

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktorin: Professorin Dr. phil. Gabriele Meyer

Integration akademischer Berufsrollen in die Pflegepraxis

Eine empirische Untersuchung aus praxeologischer Perspektive

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum für das Fachgebiet
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Doris Eberhardt, M.Sc.
geboren am 02.05.1974 in Amberg

Betreuer: PD Dr. rer. medic. Gero Langer

Gutachter/in: PD Dr. rer. medic. Gero Langer
Prof. Dr. phil. Susanne Schewior-Popp, Mainz
Prof. Dr. phil. habil. Manfred Stock

20.09.2016
16.08.2017

Referat

Zielsetzung: Krankenhäuser stehen derzeit vor der Aufgabe, akademische Berufsrollen mit erweitertem Aufgabenspektrum in die Pflegepraxis zu integrieren. Ausgehend von der praxeologischen Wissenssoziologie besteht die Annahme, dass hierbei die kollektiven Orientierungen der gegenwärtigen Pflegeakteure eine wichtige Rolle spielen. Bleiben diese unberücksichtigt, können Widerstände bzw. Akzeptanzprobleme entstehen, die es verhindern, das Potential der neuen Berufsrollen auszuschöpfen. Die Ergebnisse der Arbeit sollen dazu beitragen, mögliche negative Bewertungshaltungen in ihrer Verflechtung mit habituellen Momenten zu verstehen und daraus Implikationen für die Gestaltung von Integrationsprozessen abzuleiten.

Methodik: Die Daten wurden in drei verschiedenen akutstationären Einrichtungen mittels Gruppendiskussionen erhoben. Es fanden drei Diskussionen mit insgesamt 16 Pflegepraktikern statt. Die Datenauswertung erfolgte unter Rückgriff auf die dokumentarische Methode nach Bohnsack und zielte auf die Rekonstruktion von Erwartungshorizonten hinsichtlich der künftigen Integration der akademischen Rollen in Verknüpfung mit alltagspraktischen Orientierungen ab.

Ergebnisse: Als Orientierungsproblem konnte die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Selbstwirksamkeit in Zeiten der Akademisierung rekonstruiert werden. Die antizipierten Veränderungen werden im Kontext der Selbstwirksamkeit auf zwei Aspekte bezogen: die Bewältigung des Berufsalltags und das Erfahren von Anerkennung. Die sich hierbei dokumentierenden Orientierungsgehalte weisen auf einen fehlenden professionellen Habitus hin, der die Bewertungslogiken maßgeblich beeinflusst.

Schlussfolgerungen: Die Berücksichtigung des alltagspraktischen Wissens der gegenwärtigen Pflegeakteure spielt für die Implementierung akademischer Berufsrollen eine wichtige Rolle. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine erfolgreiche Implementierung davon abhängt, inwieweit es gelingt, die offenbar bislang noch nicht verinnerlichten professionellen Denkmuster und Werthaltungen in der Praxis zu verankern. Damit stellt sich die Frage nach geeigneten Implementierungsstrategien wesentlich komplexer dar, als sie bisher behandelt worden ist. Das herausgearbeitete Spannungsverhältnis zwischen den normativen Zielstellungen einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis und dem gegenwärtigen Habitus der Pflege kann genutzt werden, um Implementierungsstrategien zu entwickeln.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Hintergrund	1
1.1	Akademiker in der Pflegepraxis	1
1.1.1	Aufgabenprofil	2
1.1.2	Implementierungsstand	8
1.2	Forschungsproblem	13
2	Theoretischer Rahmen und Forschungsstand	18
2.1	Literaturrecherche und -bearbeitung	19
2.2	Metatheoretische Verankerung der Studie	20
2.3	Theoretische Vorannahmen zur Handlungslogik in der Pflege	25
2.3.1	Handlungsgegenstand	25
2.3.2	Handlungsstruktur	29
2.3.3	Beziehungsgestaltung	31
2.3.4	Zusammenfassung der theoretischen Vorannahmen	34
2.4	Forschungsbefunde zur Handlungslogik in der Pflege	35
3	Methodischer Zugang und Forschungspraxis	50
3.1	Forschungsziele und Fragestellung	50
3.2	Wahl des Designs	51
3.3	Methodische Grundlagen	51
3.3.1	Das Gruppendiskussionsverfahren als Erhebungsmethode	51
3.3.2	Die dokumentarische Methode als Auswertungsverfahren	53
3.4	Qualitätsstandards und ethische Prinzipien	61
3.5	Forschungspraktisches Vorgehen	64
3.5.1	Fallauswahl und Feldzugang	64
3.5.2	Datenerhebung	66
3.5.3	Datenauswertung	68
4	Ergebnisse	68
4.1	Beschreibung der Stichprobe und der Diskussionsabläufe	69
4.2	Empirische Rekonstruktion	71
4.2.1	Komparative Analyse	71
4.2.2	Verdichtung der Ergebnisse: Die Aufrechterhaltung beruflicher Selbstwirksamkeit als Orientierungsproblem	105
5	Diskussion	115
5.1	Einordnung und Theoretisierung des Orientierungsproblems	115
5.1.1	Die Bewältigung des Berufsalltags im Spannungsfeld von Erwartungshorizonten und alltagspraktischen Orientierungen	115
5.1.2	Das Erfahren von Anerkennung im Spannungsfeld von Erwartungshorizonten und alltagspraktischen Orientierungen	126
5.1.3	Zusammenfassende Einschätzung	141
5.2	Schlussfolgerungen für die Implementierungspraxis	144
5.3	Methodische Reflexion und Ansatzpunkte für weitere Forschung	151
6	Zusammenfassung	156
	Literaturverzeichnis	158
	Thesen der Dissertation	178

Anhang	i
Studieninformation	i
Aufgabenprofil	ii
Liste exmanenter Nachfragen	iii
Richtlinien der Transkription	iv
Beispiel eines thematischen Verlaufs	v
Exemplarische Auswertung einer Diskussionspassage	vi
Selbständigkeitserklärung	xi
Erklärung über frühere Promotionsversuche	xii
Lebenslauf	xiii
Danksagung	xiv

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erwartungshorizonte nach Lamprecht	56
Tabelle 2: Modi der Diskursorganisation	59
Tabelle 3: Merkmale der Teilnehmenden.....	69
Tabelle 4: Verdichtete Ergebnisse der empirischen Rekonstruktion	108
Tabelle 5: Zuordnung der empirisch rekonstruierten Orientierungsgehalte zu den empirisch belegten Ausdrucksformen des Habitus der Pflege.....	142
Tabelle 6: Zuordnung der empirisch rekonstruierten Negativvorstellungen zu den normativen Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis	143
Tabelle 7: Ansatzpunkte zur Bearbeitung des Spannungsverhältnisses zwischen den normativen Zielstellungen einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis und dem gegenwärtigen Habitus der Pflege.....	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhältnis zwischen Orientierungsrahmen und -schemata.....	23
Abbildung 2: Formen der Überführung einer Neuerung in die Handlungspraxis	147
Abbildung 3: Auszug aus dem Transkript	vi

Abkürzungsverzeichnis

AK DQR	Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
ANP	Advanced Nursing Practice
APNs	Advanced Practice Nurses
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
DRG	Diagnosis Related Groups
GD	Gruppendiskussion
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1 Einleitung und Hintergrund

1.1 Akademiker in der Pflegepraxis

Der in der deutschen Pflegelandschaft bisher stark im Lehr- und Leitungsbereich vorangetriebene Akademisierungsprozess ergreift seit einigen Jahren auch die klinische Pflege. So existiert mittlerweile eine Vielzahl von Bachelorstudiengängen mit dem Ziel der akademischen Primärqualifizierung von Pflegenden zur unmittelbaren Tätigkeit in der Versorgungspraxis¹. Neben der Erfüllung eines Professionsmerkmals (Bollinger et al. 2006) und der Orientierung am europäischem Niveau (Stöcker 2008) stellt die akademische (Erst-)Ausbildung eine wichtige Voraussetzung dar, um künftig Pflegefachlichkeit auf hohem Niveau sicherzustellen und damit den anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung Rechnung tragen zu können (Hasseler 2012). Die hinlänglich bekannten und häufig vorgetragenen epidemiologischen, demographischen und ökonomischen Trends, die zu neuen Bedarfskonstellationen in der Versorgungspraxis führen, stehen nicht im Fokus dieser Arbeit und werden deshalb hierin nicht wiederholt (vgl. hierzu z.B. Hasseler 2012; Kälble 2012; Wissenschaftsrat 2012). Vielmehr soll dem Erkenntnisinteresse der vorliegenden Forschungsarbeit nach in diesem Kapitel geklärt werden, wie – ausgehend von den Unterschieden zwischen Berufsschul- und Hochschulqualifikation – potentielle Einsatzfelder und Aufgaben der Studienabsolventen² in der klinischen Pflege aussehen und welcher Stand derzeit in Deutschland bei der Implementierung akademischer Berufsrollen verzeichnet werden kann. Die gesamte Arbeit steht ausschließlich im Kontext der Integration von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in die direkte Patientenversorgung. Der Fokus liegt hierbei auf dem akutstationären Versorgungsbereich. Sofern nicht anders kenntlich gemacht, sind mit den Begriffen „Akademiker, akademisch ausgebildete Pflegenden, akademische Berufsrollen, Absolventen, Studierende, Bachelor-Pflegende“ usw. immer Absolventen bzw. Studierende eines primärqualifizierenden Pflegestudiums gemeint, das für Aufgaben in der direkten Pflege qualifiziert. Hierzu werden auch äquivalente nachqualifizierende Studienprogramme auf Bachelor-Niveau (Moers et al. 2012) gezählt. Unberührt bleiben die anderen Bereiche der Pflegeakademisierung, z.B. Pflege-Management, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft sowie APN-Rollen im engen Sinne³.

¹ In einer 2013 veröffentlichten Übersicht werden 40 grundständige pflegebezogene Studiengänge aufgelistet (Lücke 2013). Es ist davon auszugehen, dass zwischenzeitlich noch mehr hinzugekommen sind.

² Auf die vollständige Ausschreibung beider Geschlechter oder Sparschreibungen wurde zugunsten der leichteren Lesbarkeit und Rezeption des Textes verzichtet. Wenn möglich werden geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen verwendet. Ist dies nicht möglich, schließt die verwendete männliche Form die weibliche immer mit ein.

³ Advanced Nursing Practice (ANP) stellt eine erweiterte und vertiefte Pflegepraxis dar, in der die pflegerische Behandlung auf das derzeit beste verfügbare Wissen gestützt wird, um eine optimale Pflegequalität

1.1.1 Aufgabenprofil

Betrachtet man den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR), zeichnet sich das DQR-Niveau 6, sprich das Niveau von Bachelor-Pflegenden, durch folgende Fachkompetenz aus (AK DQR 2011):

„Über Kenntnisse zur Weiterentwicklung eines wissenschaftlichen Faches *oder* [Hervorhebung im Original] eines beruflichen Tätigkeitsfeldes besitzen“ sowie „über ein sehr breites Spektrum an Methoden zur Bearbeitung komplexer Probleme in einem wissenschaftlichen Fach, [...] weiteren Lernbereichen *oder* [Hervorhebung im Original] einem beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen“.

Demgegenüber wird DQR-Niveau 5, d.h. das Niveau berufsschulisch ausgebildeter Pflegepraktiker⁴, mit folgenden fachlichen Kompetenzen gleichgesetzt (ebd.):

„Über integriertes Fachwissen in einem Lernbereich *oder* [Hervorhebung im Original] über integriertes berufliches Wissen in einem Tätigkeitsfeld verfügen. Das schließt auch vertieftes fachtheoretisches Wissen ein. Über ein sehr breites Spektrum spezialisierter kognitiver und praktischer Fähigkeiten verfügen. Arbeitsprozesse übergreifend planen und sie unter umfassender Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen beurteilen. Umfassende Transferleistungen erbringen“.

Diese Gegenüberstellung macht den für den künftigen Einsatz akademischer Pflegepraktiker wohl bedeutendsten Unterschied zwischen berufs- und hochschulischem Niveau klar, den Zegelin (2005) dadurch beschreibt, dass akademisch ausgebildete Pflegepraktiker in der Lage sind, ihr Feld weiterzuentwickeln, indem sie eine Verbindung zwischen Theorie, Forschung und Praxis herstellen. Im Gegensatz hierzu befähigt die traditionelle Berufsbildung vor allem dazu, Wissen zu übernehmen und im Berufsfeld anzuwenden. Wenngleich die Anforderungen an die entsprechenden wissenschaftli-

zu erreichen. Gleichzeitig werden neue pflegerische Angebote unter Einbezug aktueller Forschungsergebnisse entwickelt und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Advanced Practice Nurses (APNs) versorgen eine spezifische Patientenpopulation mit komplexen Pflegebedürfnissen, sind für die Entwicklung von klinischen Leitlinien und Standards in ihrem Fachgebiet verantwortlich, beraten und leiten Pflegefachpersonen an, begleiten Veränderungsprozesse und übernehmen so eine aktive Rolle bei Praxisentwicklungsmaßnahmen. Diese Funktionen dienen einer nachhaltigen Sicherstellung der Effektivität, Effizienz, Kontinuität, Qualität und Sicherheit der geleisteten Pflege. Durch den Fortschritt auf verschiedensten Ebenen tragen APNs neben einer Verbesserung der Pflege zur notwendigen Systemveränderung bei. Neben der entsprechenden klinischen Expertise gilt international ein Masterabschluss in Pflege als Voraussetzung für die Ausübung dieser Tätigkeit (Schober und Affara 2008). Langfristig wird eine Harmonisierung der momentan in Deutschland noch häufig auf Bachelorniveau angesiedelten Qualifizierung angestrebt (DBfK, ÖGKV & SBK 2013).

⁴ Die im DQR aktuell getroffene Zuordnung der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflegeausbildung zu Niveau 4 wird dem im Krankenpflegegesetz geforderten Kompetenzniveau nicht gerecht. Die derzeitige Einstufung widerspricht sowohl der Empfehlung der Expertengruppe für die Gesundheitsberufe als auch den berufsständischen Vertretungen (DBfK 2014). Aufgrund dieses Widerspruchs muss die künftige Gültigkeit der vorliegenden Einstufung infrage gestellt werden. Im Anschluss an die Expertenvoten aus Berufsforschung und -politik wird die berufsschulische Ausbildung in der vorliegenden Arbeit Niveau 5 zugeordnet.

chen Kompetenzen mit der Höhe des akademischen Grades zunehmen (AK DQR 2011), kommt das von Zegelin angesprochene Unterscheidungsmerkmal berufs- und hochschulisch ausgebildeter Pflegenden bereits auf der ersten Stufe der Hochschulbildung, sprich auf Bachelorniveau, zum Tragen. Somit konturiert das für die hochschulische Bildung spezifische Moment der Wissenschaftlichkeit (Hülken-Giesler und Korporal 2013) und damit verbunden die Kompetenz zur „Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand“ (Darmann-Finck et al. 2014, S. 18) entscheidend das Aufgabenprofil der Bachelor-Pflegekräfte.

Auch in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Wissenschaftsrat 2012) wird genau dieser Unterschied adressiert und herangezogen, um die Notwendigkeit einer (Teil-)Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (nachfolgend werden die Ausführungen des Wissenschaftsrats ausschließlich auf die Pflegeberufe bezogen) zu begründen. So hält der Wissenschaftsrat insbesondere die Fähigkeit von Pflegepersonen, das eigene „Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidence-Basierung kritisch prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen [zu] können“ (ebd., S. 8), für unabdingbar für die künftige Sicherstellung der Versorgungsqualität und ist der Auffassung, „dass eine Weiterentwicklung der [...] üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen nicht ausreicht, um die erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln“ (ebd., S. 8).

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das sich aus den oben aufgeführten DQR-Niveaus ableiten lässt, ist der Komplexitätsgrad, der mit einer Problemstellung oder beruflichen Handlungssituation verbunden ist. Wann eine Pflegesituation als komplex oder sogar als hochkomplex bezeichnet werden kann bzw. was die Komplexität von Pflegesituationen ausmacht, ist nicht allgemeingültig festgelegt. Im Glossar des DQR wird Komplexität definiert als „Eigenschaft einer Anforderungsstruktur, in der eine Vielzahl in Wechselwirkung stehender Faktoren zu berücksichtigen ist und die Lösung von Problemen den Abgleich unterschiedlicher Teilaspekte und des Gesamtzusammenhangs in einem iterativen Prozess verlangt“. So können Pflegebedarfe beispielsweise als komplex bezeichnet werden, wenn „mehrere sich beeinflussende Pflegeanlässe vorliegen, die Interaktionen über Dyaden und Triaden hinausgehen, Klientinnen/Klienten sich in problematischen Lebenslagen befinden oder [...] weitreichende Entscheidungen zur Versorgung getroffen werden müssen“ (Knigge-Demal et al. 2011, S. 8). Auch für Grünewald et al. (2014) besteht Komplexität im Anschluss an Luhmann in der Interdependenz sachlicher (Multimorbidität, Chronizität, steigende Zahl von Therapiemöglichkeiten und Spezialisten), zeitlicher (verkürzte Behandlungszeiten und ein

dadurch verstärkter Entscheidungsdruck) und sozialer (erhöhte Zahl von involvierten Entscheidungsträgern bzw. Interaktionspartnern) Dimensionen einer Pflegesituation. Verstärken sich diese komplexitätssteigernden Dimensionen wechselseitig, kommt es den Autoren nach zu hochkomplexen und schwer steuerbaren Behandlungssituationen. In engem Zusammenhang mit dem Anforderungskriterium der Komplexität und dem angestrebten Kompetenzprofil akademischer Pflegepersonen steht das Konzept des Kritischen Denkens (Critical Thinking) (Darmann-Finck 2012). Neben einer spezifischen Grundhaltung fasst kritisches Denken verschiedene höhere kognitive Fähigkeiten zusammen, die bei Problemen erforderlich sind, in denen keine standardisierten Lösungen angewendet werden können (Adams 1999; Simpson und Courtney 2002). Im gesamten Pflegeprozess müssen fortwährend klinische Urteile gebildet und Entscheidungen getroffen werden. Hierfür stellt Kritisches Denken eine unverzichtbare Voraussetzung dar (Müller-Staub 2006). Gerade die Umsetzung eines „Advanced Nursing Process“ (Müller-Staub 2015), d.h. eines vertieften, fortgeschrittenen Pflegeprozesses unter Anwendung wissenschaftlich basierter Pflegeklassifikationen, setzt neben Kenntnissen über Pflegediagnostik ausgeprägte kritische Denkfähigkeiten voraus (ebd.). So kommen auch Blättner und Georgy (2008, S. 172 f.) zu dem Schluss, dass sich die Niveaustufen berufsschulischer und akademischer Ausbildung neben der Breite und Tiefe des Wissens vor allem in der zunehmenden Kritik- und Entscheidungsfähigkeit unterscheiden. Gerade die kritische Sicht auf die Welt, sprich das Bewusstsein, dass alles immer auch ganz anders sein könnte, als es zu sein scheint, und damit die Fähigkeit, unterschiedliche Deutungen vorzunehmen, zu prüfen und sich in Arbeitskontexten zu bewegen, in denen nicht auf festgeschriebene Standards des Handelns zurückgegriffen werden kann, wird von professionell Pflegenden benötigt und entspricht Blättner und Georgy (ebd.) nach mindestens Niveau sechs des DQR. Diese Zuschreibung verweist unmittelbar auf die Aufgabe professioneller Problemlösung in direkten Pflegesituationen.

Auch der Kabinettsentwurf zum Gesetz zur Reform der Pflege (PfIBRefG 2015) deutet auf ein erweitertes Ausbildungsziel hochschulisch ausgebildeter Pflegepersonen hin. Demnach befähigt der Studienabschluss insbesondere

- 1) zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen.
- 2) dazu, vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlichen – institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten.

3) dazu, sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse zu erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen.

4) dazu, sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinanderzusetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können.

5) dazu, an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken.

Der gegenwärtige Fachdiskurs (Stemmer und Dorschner 2007; Kälble 2008b; Hülksen-Giesler et al. 2010; Friedrichs und Schaub 2011; Schilder 2010; Moers et al. 2012; Wissenschaftsrat 2012; Meyer und Köpke 2012; Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012; Hülksen-Giesler und Korporal 2013; Moers 2013; Müller und Hellweg 2013; Bachmann et al. 2014; Dangel und Korporal 2014; Moers 2014; DPR und DGP 2014; Reiber und Linde 2014; Backhaus et al. 2015) lässt mit hoher Übereinstimmung ein Handlungsfeld für Bachelor-Pflegende erkennen, das vor allem Aufgaben in der direkten Patientenversorgung beinhaltet, ergänzt von Aufgaben zur fachlichen Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Beispielsweise sind neben der wissenschaftsbasierten klinischen Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem Patienten als direkte Versorgungsaufgaben auch die Steuerung und Koordination des gesamten Pflegeprozesses einschließlich der Kommunikation mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten, die Durchführung spezifischer Tätigkeiten, wie z.B. Anleitung, Schulung und Beratung sowie die Supervision von Assistenzkräften zu sehen. In der fachlichen Weiterentwicklung der Pflegepraxis wird Bachelorabsolventen die Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation neuer Konzepte unter Rückgriff auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden, das Aufbereiten bzw. Nutzbarmachen von Forschungswissen, systematische Unterstützung der Kollegen in der Anwendung dieser Erkenntnisse im lokalen Kontext, die fachliche Leitung von Teams und Arbeitsgruppen sowie die aktive Mitgestaltung bzw. die Initiierung von Veränderungen zugeschrieben. Für dieses erweiterte Berufsprofil empfiehlt der deutsche Wissenschaftsrat (2012) eine Akademisierungsquote von 10-20%.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass deutsche Studien über die Wirkung einer akademischen Erstausbildung auf die Kompetenzentwicklung Pflegenden bislang weitestgehend fehlen und auch die Zusammenschau internationaler Studien hierüber keine

eindeutigen Aussagen zulässt (Darmann-Finck 2012)⁵. Die vorliegenden Daten geben jedoch Hinweise darauf, dass Pflegende mit Bachelorqualifikation mit zunehmender Berufserfahrung ein höheres Kompetenzniveau erreichen als Pflegende ohne akademischen Abschluss (ebd.). Obwohl die Verbesserung der Performanz von Pflegenden durch eine akademische Qualifikation bislang empirisch weitgehend ungeklärt ist, wird einhellig davon ausgegangen, dass Pflegende mit akademischer Ausbildung durch ihre im Studium erworbenen Kompetenzen und ihre damit verbundene stärkere reflexive Haltung qualifizierter arbeiten können, als dies mit einer berufsschulischen Ausbildung möglich ist (Friedrichs und Schaub 2011, S. 3; Wissenschaftsrat 2012). Diese Annahme lässt sich durch die Ergebnisse einer jüngst abgeschlossenen Evaluation von 11 Modellstudiengängen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Nordrhein-Westfalen erhärten (Darmann-Finck et al. 2014). Da diese Evaluation nicht als experimentelle Studie konzipiert war, kann sie zwar keinen gesicherten Nachweis über die Wirkung der hochschulischen Bildung auf die Kompetenz von Pflegenden erbringen. Mit einem Mix verschiedener Methoden und Perspektiven konnten jedoch konsistente Daten gesammelt werden, so dass sich unter Berücksichtigung der Vorstudien sowie sämtlicher innerhalb des Evaluationsauftrags durchgeführter kompetenzbezogener Analysen einschließlich der Evaluationsergebnisse die Indizien verstärken, „dass die intendierten Bildungsziele der Hochschulen bei den Studierenden erreicht werden und damit auch im Praxisfeld wirken können“ (Darmann-Finck et al. 2014, S. 58 f.).

Exkurs: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten als Handlungsfeld für Bachelorabsolventen

Dem Grundgedanken einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) folgend wird der Einsatz akademischer Pflegepraktiker in dieser Arbeit keinesfalls mit dem Entstehen von „Hilfsärzten“, „Juniordoktoren“ oder einem „Arztersatz“ gleichgesetzt. Auch wenn akademisch ausgebildete Pflegende in erweiterten Rollen auch erweiterte Methoden und Behandlungszugänge verfolgen, geht es nicht darum, ärztliche Funktionen zu ersetzen bzw. Ärzte zu entlasten, sondern darum, die Gesundheitsversorgung durch erweiterte und vertiefte Pflegeangebote um eine eigenständige Dimension zu ergänzen (Schober und Affara 2008, S. 63). Auch steht die Ausführung medizinischer Einzeltätigkeiten ohne sinnhafte pflegerische Arbeitszusammenhänge und dazugehörige Verantwortungsübernahme für Diagnose, Indikationsstellung und Evaluation nicht im Einklang mit einem zukunftsorientierten Verständnis von professio-

⁵ Im Gegensatz hierzu konnte im gleichen Review und auch in dessen aktualisierter Version (Darmann-Finck et al. 2014) insbesondere in Bezug auf die Mortalität, Krankenhausverweildauer und Häufigkeit von Komplikationen ein signifikanter Zusammenhang zwischen hochschulischer Ausbildung und Patientenoutcomes gezeigt werden.

neller Pflege⁶ (Meyer 1998; Müller 1998). Sollen bisher ärztlich verantwortete Aufgaben im Rahmen der Aufgabenneuverteilung im Krankenhaus an Pflegende übertragen werden, sind Rollen und Profile einschließlich der dazugehörigen Qualifikation und Verantwortungsübernahme zu entwickeln (Stemmer und Böhme 2008). Hierbei ist es wichtig, zwischen erweiterten Aufgaben und erweiterten Rollen zu unterscheiden (Schober und Affara 2008). Dies basiert auf der Auffassung, dass Berufe nicht durch ihre Aufgaben definiert werden. Vielmehr lenkt die über die Aufgabe hinausgehende professionelle Perspektive das Wesen dieser Aufgaben (Carryer 2002). Vor der Übernahme medizinischer Aufgaben muss daher geprüft werden, ob diese sich dazu eignen, die pflegerische Perspektive zu erweitern und sie damit zur Weiterentwicklung von Pflegerollen und -praxis beitragen. Dies trifft in erster Linie auf Aufgaben zu, welche sich um den allgemein anerkannten Kernbereich von Pflege gruppieren (Meyer 1998) und daher eng mit der originär pflegerischen Sichtweise bzw. pflegerischen Werten und Zielen in Verbindung stehen (Gaidys 2011). Um dem Ziel einer professionellen Berufsausübung (Bollinger et al. 2006) und der Rechenschaftspflicht für die entsprechenden Verantwortungsbereiche nachkommen zu können – aber auch, um Versorgungsbrüche, Informationsverlust und zusätzliche Schnittstellen zu verhindern, ist hierbei nicht die Delegation von Einzeltätigkeiten, sondern die eigenverantwortliche Übernahme von ganzen Aufgabenkomplexen im Sinne einer vollständigen Handlung umzusetzen (SVR 2007). So ist zwar 2012 die Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben in Kraft getreten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011). Es darf jedoch bezweifelt werden, dass diese Richtlinie zu der notwendigen Erhöhung der Autonomie der Pflegenden bei der Durchführung ganzer Aufgabenkomplexe führen wird. Behrens und Selinger (2012) merken hierzu kritisch an, dass es sich bei einer ganzen Reihe der dort aufgeführten übertragbaren Tätigkeiten um die bloße Übertragung prozedurenbezogener Aufgabensegmente handelt, die auch jetzt schon von Pflegefachpersonen in Delegation übernommen werden. Auch wenn die Richtlinie einen wichtigen ersten Schritt zur Rollenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen darstellt, geht sie jedoch kaum über den Status Quo hinaus (ebd.). Ob sich eine Verschiebung von diagnosebezogenen Aufgabenkomplexen, in deren Rahmen Pflegekräfte eigenverantwortlich handeln können, in naher Zukunft realisieren lässt, ist derzeit noch unklar (Schüler et al. 2013). Von der Ärzteschaft wird der

⁶ Die tradierte Schwerpunktsetzung auf arzneiliche Tätigkeiten, irreführend auch als Behandlungs- bzw. spezielle Pflege bezeichnet, gehört zu einer überholten Auffassung von professioneller Pflege (Müller 1998; Friesacher 2015). Andernorts werden diese Aufgaben als „paramedizinische“ (Vogd 2015, S. 77) Aufgaben bezeichnet oder firmieren lediglich unter dem Begriff „indirekte Pflege“ (Brandenburg 2003, S. 143).

Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch akademisierte Gesundheitsfachberufe nach wie vor eine klare Absage erteilt und stattdessen an der Struktur der Delegation festgehalten (Bundesärztekammer 2015). Daher wird die selbständige Ausführung heilkundlicher Aufgaben in dieser Arbeit nicht in die Diskussion um das erweiterte Rollenprofil von Bachelorabsolventen einbezogen. Die Möglichkeit der Übernahme von Aufgaben mit medizinischem Funktionsbezug unter Supervision des Arztes, wie sie aus dem Berufsbild des *Physician Assistant* bekannt ist (Höppner 2008, S. 252) und mancherorts als Beitrag zur akademischen Weiterentwicklung der Pflegeberufe gesehen wird⁷, steht sowohl der Professionalisierung des Pflegeberufs als auch dem geforderten Ausbau wirksamer pflegerischer Versorgungskonzepte entgegen (Wissenschaftsrat 2012) und soll hier deshalb ebenfalls nicht als mögliches Berufsprofil der Absolventen verfolgt werden.

1.1.2 Implementierungsstand

Die Implementierung akademischer Berufsrollen in die Pflegepraxis beschäftigt derzeit viele Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Eine vollständige Erfassung des Implementierungsstandes liegt derzeit nicht vor (Schöps et al. 2015). Allerdings liegen Ergebnisse aus unterschiedlichen Begleitforschungen zu dualen Studiengängen und verschiedenen nichtrepräsentativen Studien bzw. Teilerhebungen vor, die im Folgenden dargestellt werden. Da pflegebezogene Bachelorstudiengänge erst seit rund 10 Jahren existieren (DPR und DGP 2014), werden hierbei nur Daten nach 2004 berücksichtigt.

Eine Verbleibsanalyse von Bachelorabsolventen der Jahrgänge 2004-2006 an der Evangelischen Hochschule Berlin zeigt, dass viele der Absolventen zwar in der direkten Patientenversorgung verbleiben, ihre im Studium erworbenen Kompetenzen hier jedoch nicht zum Einsatz kommen (Drechsel und Zierl 2011). Qualitative Daten zum Stand der Integration der Absolventen des Berliner Bachelor of Nursing-Studiengangs, die anhand von Experteninterviews mit kooperierenden Pflegedirektoren erhoben wurden, bestätigen die Ergebnisse der Verbleibsanalyse. Auch hier wurde festgestellt, dass Pflegeakademiker als Gesundheits- und Krankenpfleger angestellt sind und keine Aufgabengebiete existieren, die gezielt die studienspezifische Expertise abfordern (Bormann 2011). Einer 2011 durchgeführten Befragung 52 stationärer und 145 ambulanter Pflegeeinrichtungen zufolge beschäftigen 27,6% der Einrichtungen akademisch

⁷ Vgl. z.B. Schurr in einer Podiumsdiskussion auf dem Kongress "Physician Assistant - Assistenzarzt oder Arztassistent" (Boucsein 2006). Vgl. auch Bartholomeyczik (2010, S. 144 ff.) zu der irreführenden Ansicht, dass die Übernahme ärztlicher Aufgaben ein Weg zur Professionalisierung der Pflege sei, sowie Kapitel 2.3.1 in dieser Arbeit.

ausgebildete Pflegekräfte, von denen die überwiegende Mehrzahl (82%) leitende Tätigkeiten ausübt. Weitere Beschäftigungsfelder liegen im Qualitätsmanagement, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder Beratung (Busch 2012). Dieses Bild spiegelt auch die neueste und wohl repräsentativste Erhebung – die Umfrage im Rahmen des Krankenhausbarometers 2014 – wider. Zwar haben mittlerweile 58% der befragten Einrichtungen Pflegekräfte mit akademischem Abschluss unter ihren Mitarbeitern. Die überwiegende Zahl der Kliniken beschäftigt jedoch Absolventen im Bereich Pflegemanagement (82%). In etwa der Hälfte der Einrichtungen arbeiten Pflegewissenschaftler (52,1%) und Pflegepädagogen (42%). Absolventen betriebswirtschaftlicher Gesundheitsstudiengänge sind in gut jedem dritten Krankenhaus zu finden. Pflegekräfte mit patientenorientierten Studienabschlüssen sind hingegen nur in 7% der Krankenhäuser engagiert (Blum et al. 2014). Auch eine jüngst veröffentlichte qualitative Erhebung von sechs Krankenhäusern in Mitteldeutschland und Nordrhein-Westfalen zu den Tätigkeitsfeldern von Bachelor- und Masterabsolventen zeigt, dass zwar in allen ausgewählten Einrichtungen akademische Pflegepersonen angestellt sind, der größte Teil jedoch im administrativen und Managementbereich tätig ist (Schöps et al. 2015).

Die „akademische Qualifizierungsoffensive“ (Kälble 2008a, S. 49) in der Pflege wurde vorrangig durch berufs- und bildungspolitisch motivierte Entwicklungen vorangetrieben und erfolgte lange Zeit ohne systematische Verbindung zur klinischen Pflege bzw. Bezug zu Versorgungsbedarfen (Bollinger und Gerlach 2014). Da die dualen Studiengänge nicht auf Nachfrage der Arbeitgeber entwickelt wurden, sondern auf Initiative des Bildungssystems (Kaltenbach-Schmökel 2014), ist es nicht weiter verwunderlich, dass die von Vertretern aus Bildung, (Berufs-)Politik und Wissenschaft postulierten Entwicklungsnotwendigkeiten und das dort konsistent entworfene Berufsprofil akademisch ausgebildeter Pflegepraktiker noch nicht im notwendigen Umfang in der Praxis angekommen sind. Vielmehr herrscht bezüglich der Beschäftigung akademisch ausgebildeter Kollegen große Unsicherheit in den Einrichtungen. Häufig bestehen nur vage und zudem heterogene Vorstellungen darüber, wie diese Pflegeakademiker eingesetzt werden sollen (Kälble 2008b; Lüftl und Kerres 2012; Güse 2013; Hundt und Hövell 2015; Backhaus et al. 2015).

So konstatieren Drechsel und Zierl (2011) als Ergebnis der oben angeführten Verbleibsanalyse, dass der Bachelor-Abschluss von den einstellenden Institutionen nur als Einstellungskriterium, nicht aber als zusätzliche Qualifikation für die konkrete Pflegepraxis gesehen wird. Diesen Schluss legt auch eine Stellenanzeigenanalyse aus dem Jahr 2009 nahe, in der von den rund 1572 an Absolventen pflegebezogener Studiengänge gerichteten Stellenanzeigen die höchste Zahl der Stellen für den Arbeitsbereich der Stationsleitung (27,3%) und Pflegedienstleitung (26%) verzeichnet werden konn-

ten, gefolgt von Stellen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (16,9%) sowie in der Heim-/Einrichtungsleitung (14,1%) oder dem Qualitätsmanagement (3,4%). Nur 0,1% der offenen Stellen ließen sich hingegen für die praktische Pflege ausmachen (Fleischmann 2013). Eine 2010 veröffentlichte, nichtrepräsentative Befragung von Führungspersonen in der Alten- und Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen bestätigt diesen Trend (Kuckert 2010). Hier geben 62% der Befragten an, gerne studiertes Personal einzustellen, dieses jedoch im Sinne von Schlüsselfunktionen im Managementbereich vorwiegend in Leitungs- und Führungspositionen einsetzen zu wollen. Und auch die Ergebnisse der 2013 durchgeführten Unternehmensbefragung im Rahmen des BMBF-Projekts „Offene Hochschule Oberbayern (OHO)“ (Fraunhofer et al. 2014) zeigt dieselbe Haltung. Die speziell mit Blick auf die Pflegedienstleitungen in Krankenhäusern betrachtete Auswertung von 30 Datensätzen der Unternehmensbefragung macht deutlich, dass die Arbeitgeber der Gesundheitsbranche vor allem einen Mehrwert in der Akademisierung ihrer Führungskräfte sehen (Reinhardt-Meinzer 2015). Diese zum Teil älteren Daten spiegeln sich auch in der besagten Umfrage des Krankenhausbarometers 2014 wider. Hier sehen 44% der teilnehmenden Kliniken keinen Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegekräften in ihrer Einrichtung. Von den 57% der Häuser, die einen eindeutigen Bedarf angeben, berichten nur 11% einen krankenhausesweiten Bedarf bzw. 5% einen Bedarf auf vielen Stationen. Der Rest sieht den Bedarf nur in einem Bereich oder in wenigen Bereichen bzw. nur für ausgewählte Funktionen: Hier dominiert mit 64% der Nennungen wieder der Einsatz akademisierter Pflegekräfte in Leitungsfunktionen. Für den Einsatz in der klinischen Versorgung sehen hingegen lediglich 6% der Einrichtungen Bedarf.

In Erhebungen, in denen ein deutlicher Bedarf an akademischen Pflegepraktikern postuliert wird, zeigt sich Unklarheit und Unsicherheit bezüglich deren Einsatzes. In einer 2011 von Bartels, Simon und Plohmann (2012) durchgeführten qualitativen Bedarfsanalyse zur Pflegeakademisierung mit acht Interviewpartnern aus den Bereichen Personalgewinnung und -entwicklung wird ersichtlich, dass im Gegensatz zum eingeschätzten großen Bedarf an akademischen Pflegepraktikern wenig Klarheit über Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Absolventen herrscht. In dieser Erhebung kommt ebenfalls die Vorstellung zum Ausdruck, Pflegeakademiker vor allem in den traditionell akademisierten Pflegenden zugeschriebenen patientenfernen Bereichen zu verorten. In einer 2012 durchgeführten qualitativen Untersuchung zum Bedarf und zu den Anforderungen an hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonen aus Sicht von Entscheidungsträgern wird in den 13 Experteninterviews mit Vertretern aus Pflegemanagement, Geschäftsführung, Bildung und Fachverbänden unisono der Bedarf an bzw. der Nutzen

von hochschulisch qualifizierten Pflegepersonen geäußert. Konkrete Handlungsfelder und Kompetenzprofile der Absolventen bleiben jedoch weitgehend offen (Simon und Flaiz 2015a). Die Forscherinnen kommen zum Schluss, dass „die Restrukturierungsmaßnahmen und die Gestaltung des Qualifikationsmix in der Praxis den Akademisierungsbestrebungen auf Hochschuleseite deutlich hinterherhinken“ (Simon et al. 2013). Die von Lüftl und Kerres (2012) veröffentlichten (Teil-)Ergebnisse der Begleitforschung zum Studiengang „Pflege dual“ an der Katholischen Stiftungshochschule München machen deutlich, dass sich zwar drei der sechs befragten Leitungen einen Einsatz der Absolventen in der direkten Versorgung vorstellen können, jedoch in keiner der Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt Vorbereitungen für den Einsatz der Absolventen von „Pflege dual“ getroffen wurden. Die Autorinnen schließen darüber hinaus aus den Ergebnissen der Begleitforschung, dass ein hohes Maß an Unwissenheit im Hinblick auf die Inhalte und Ziele des dualen Studiengangs vorhanden ist. Zum selben Schluss kommt Belzner in ihrer 2013 durchgeführten qualitativen Studie zu den Sichtweisen von dual Studierenden auf die berufsschulische⁸ und akademische Ausbildung. Hier wird ebenfalls deutlich, dass die Befragten vor allem zu Beginn des Studiums eine klare berufliche Perspektive vermissen (Belzner 2014). Ein ähnliches Bild wird im 2014 veröffentlichten Abschlussbericht der Evaluation der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen gezeichnet (Darmann-Finck et al. 2014). Ergebnisse der dort durchgeführten Studierenden-Befragung zeigen, dass sich bei über der Hälfte der zum Studiengangsende befragten Studierenden die Erwartungen an das Studium nicht erfüllt haben, was in erster Linie mit unklaren beruflichen Perspektiven sowie eingeschränkten oder nicht vorhandenen Karrierechancen begründet wird. Die scheinbar fehlende Klarheit über berufliche Vorteile des Studiums im Gegensatz zur berufsschulischen Ausbildung lässt die Autoren darauf schließen, dass derzeit die akademischen Kompetenzprofile in der Pflegepraxis kaum nachgefragt werden, dass dort Informationen über die Kompetenzen hochschulisch ausgebildeter Kollegen fehlen und dass bislang kaum Konzepte zur systematischen Integration von Bachelorabsolventen existieren (ebd.). Gleiches gilt für die Ergebnisse der im Projekt OHO durchgeführten drei Experteninterviews mit Vertretern aus den Bereichen Fort- und Weiterbildung, strategische Unternehmensentwicklung und Pflegeorganisation. Hier stellt Reinhardt-Meinzer (2015) fest, dass es derzeit in Bezug auf die direkte Pflege noch kein in sich schlüssiges Konzept für den Einsatz akademischer Pfleger gibt.

Hundt und Hövell (2015) nehmen die in der Praxis vorhandene Unklarheit bzw. Unsi-

⁸ Die korrekte formale Bezeichnung müsste hier äquivalent zu der in Deutschland etablierten Schulform der Berufsfachschulen für Krankenpflege „berufsfachschulisch“ lauten. Dieser Begriff wird jedoch zugunsten der besseren Lesbarkeit mit „berufsschulisch“ gleichgesetzt.

cherheit zum Anlass ihrer qualitativen Studie, in der sie die Vorstellungen von Stationsleitungen, Pflegedienstleitungen, dual Studierenden und einer Schulleitung über künftige Arbeitsfelder grundständig akademisch ausgebildeten Pflegepersonals erfassen. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung bestätigen, dass die Befragten zwar überwiegend Bedarf an grundständig akademisch ausgebildeten Pflegepersonen sehen, jedoch vielfältige und unterschiedliche Vorstellungen über deren Arbeitsfelder existieren. Die Forscherinnen resümieren, dass Ziele und Inhalte des Studiums vor allem in Pflegemanagement und -praxis nicht klar sind und es an konkreten Implementierungskonzepten fehlt.

Fazit

Obwohl die meisten der genannten Untersuchungen keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, lässt die hohe Konsistenz der Ergebnisse folgende Schlüsse hinsichtlich des Implementierungsstands zu:

- 1) Wenngleich sich das Berufsprofil akademisch ausgebildeter Pflegepraktiker innerhalb wissenschaftlicher und (berufs-)politischer Positionen klar und weitgehend konsistent darstellt, haben diese Überlegungen bisher kaum Eingang in die Pflegepraxis gefunden.
- 2) Das Kompetenzprofil und die konkreten klinischen Aufgabenbereiche der Absolventen sind für Akteure der Pflegepraxis offenbar nach wie vor zu wenig greifbar.
- 3) Auch wenn viele Entscheidungsträger der Akademisierung positiv gegenüberstehen, scheint mehrheitlich kein flächendeckender Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegenden in der direkten Patientenversorgung gesehen zu werden.
- 4) Einrichtungen, in denen klinisch arbeitende Pflegeakademiker im Sinne des oben skizzierten Berufsprofils flächendeckend und systematisch eingesetzt werden, gehören nach wie vor zur Ausnahme.
- 5) In den wenigsten Einrichtungen liegen systematische Implementierungsstrategien vor.

Auch wenn einzelne Aktivitäten zur systematischen Integration von Absolventen zu verzeichnen sind (Grünwald et al. 2014; Grünwald et al. 2015; Lücke 2015; Eberhardt 2017), steht der Großteil der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland vor der Herausforderung, entsprechende Rollenprofile zu entwickeln, Stellen zu schaffen und die Berufseinmündung der akademisch ausgebildeten Pflegepersonen zu steuern. Hierbei spielt die bereits vor mehr als zwanzig Jahren postulierte Forderung, dass es nicht ausreicht, bisherige Konzepte pflegerischer Ausbildung und Praxis unverändert auf Hochschulniveau zu „liften“, sondern dass mit der Akademisierung auch

ein neues Verständnis von Pflege umgesetzt werden müsse, eine entscheidende Rolle (Mogge-Grotjahn 1993, S. 83). Es gilt, die Strukturen in der Praxis so zu verändern, dass das erweiterte Kompetenzprofil akademischer Pflegepersonen zur Entfaltung kommen und damit die Versorgungsqualität gesteigert werden kann. Dies stellt eine komplexe Anforderung dar und hat entsprechend weitreichende Auswirkungen für die gesamte Einrichtung (DPR und DGP 2014). Somit gehört die Integration der akademisierten Pflegenden zu den dauerhaften Fragen, die die Pflege auch in den nächsten Jahren weiter beschäftigen werden (Backhaus et al. 2015).

1.2 Forschungsproblem

Bryant-Lukosius, Dicenso, Browne und Pinelli (2004) weisen im Rahmen ihrer umfangreichen Aktivitäten zur Implementierung einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis darauf hin, dass neue Rollen im Gesundheitswesen stark von den Werten, Vorstellungen und Erfahrungen der Stakeholder beeinflusst sind. Diese Erfahrungen werden durch die Ergebnisse einer Metasynthese zur Entwicklung erweiterter pflegerischer Rollen unterstützt (Jones 2005). Hier konnte gezeigt werden, dass die Veränderung von Rollenprofilen das berufliche Selbstverständnis der Beteiligten verunsichert, was zu Konflikten und kontraproduktiven Verhaltensweisen führen kann. Jones betont, dass durch die negative Einstellung von Teammitgliedern gegenüber neuen Pflegerollen bestehende Rollenkonflikte der Rolleninhaber verstärkt werden können. Setzt man sich mit der im angloamerikanischen Sprachraum aufzufindenden einschlägigen Literatur hinsichtlich der Etablierung neuer pflegerischer Rollenprofile auseinander, trifft man immer wieder auf die Forderung, bereits in der Planungsphase zu erheben, wie die Veränderung von allen beteiligten bzw. betroffenen Personengruppen bewertet wird (z.B. Schober und Affara 2008, S. 106; Lombriser und Abplanalp 2010, S. 218 ff.; Sangster-Gormley et al. 2011). Auch innerhalb der deutschen Diskussion wird das Wissen um die Bewertungshaltungen der gegenwärtigen Praktiker als bedeutsam für den Einmündungsprozess der akademischen Kollegen eingestuft. Im Zusammenhang mit ihrer systematischen Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland benennen Lehmeier und Schleinschok (2011, S. 197) als wichtiges Forschungsdesiderat die Beantwortung der Frage, wie sich Reaktionen und Akzeptanz der gegenwärtigen Berufsangehörigen auf die akademisch ausgebildeten Kollegen darstellen. Der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2014) empfehlen in ihrem Positionspapier zu den Arbeitsfeldern künftiger akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen ebenfalls, die Einstellung und Argumente der Praktiker im Vorfeld zu beleuchten. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass dadurch der

Integrationsprozess entscheidend beeinflusst werden kann. Als mögliche Gründe für Vorbehalte bzw. Widerstände führen sie fehlendes Verständnis für den höheren Qualifikationsbedarf und die notwendigen Qualitätsverbesserungen, Konkurrenzempfinden und Neid, unterschiedliche Erwartungen an die Absolventen, vermutetes „Kompetenzgerangel“ oder einen womöglichen „Qualifikationswirrwarr“ (ebd.). Auch Grünewald et al. (2015) äußern im Rahmen ihres Entwurfs zum Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis, dass Angst, Unsicherheit und Konkurrenzdenken die Integration der Absolventen und die neue Aufgabe gefährden können und betonen, dass es wichtig ist, bei der modellhaften Implementierung der neuen Rollen deren Akzeptanz, die gegenseitigen Erwartungen und das Konfliktpotential zu evaluieren.

Dass der Bildungswandel und die bevorstehende Integration akademischer Berufsrollen durchaus die Gefahr von Akzeptanzproblemen, Vorurteilen und Widerständen in der Praxis bergen, ist bekannt. Einzelne Positionen wie „die Akademisierung der Pflegeausbildung dürfe nicht erkaufte werden durch eine ‚verräterische‘ Proletarisierung der beruflichen Pflegeausbildung“ (Kristel 2011, S. 93), die Behauptung, durch die Akademisierung gäbe es bald nur noch „Häuptlinge und keine Indianer mehr“ (Decker 2013, S. 293), oder die Frage danach, wer denn dann die Arbeit mache (Lemke 2013, S. 56), zeigen, wie emotional diese Diskussion mitunter geführt wird.

Doch auch in Befragungen – die meisten davon wurden bereits aufgeführt – finden sich Anhaltspunkte für die Haltungen bzw. Einstellungen der gegenwärtigen Pflegeakteure gegenüber der Integration von Bachelorabsolventen in die direkte Pflege.

In den Experteninterviews zum Stand der Integration der Absolventen des Berliner Bachelor of Nursing-Studiengangs stufen die befragten Pflegedirektoren die berufliche Akzeptanz der Absolventinnen unter nicht akademischem Pflegepersonal als „problematrische und ambivalente Determinante“ (Bormann 2011) ein. Ebenso kommen in den Experteninterviews des Projekts OHO Ängste zur Sprache, die insbesondere bei Mitarbeitern vermutet werden, die keinen akademischen Werdegang planen, und daraus resultierende potentielle Spannungen (Reinhardt-Meinzer 2015). Die befragten Leitungspersonen in der Marktanalyse von Kuckert (2010) vermuten Probleme durch eine Vergrößerung des sogenannten Theorie-Praxis-Konflikts, die größere Hierarchieabstufung sowie den Verlust zwischenmenschlicher Werte. Kritisch sehen sie auch die Frage, wer die ursprünglich pflegerischen Aufgaben übernehmen wird, und erwarten zudem Konfliktpotential durch die Umstrukturierung der Tätigkeitsfelder. Auch Lüftl und Kerres (2012) stoßen im Rahmen ihrer Begleitforschung zum Studiengang „Pflege dual“ an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München auf Skepsis und Vorbehalte

in der Pflegepraxis gegenüber dem dualen Studiengang. Vor allem die Befürchtung, die Studierenden stünden der Praxis nach dem Studium nicht zur Verfügung, führt hier zu einer ablehnenden Haltung – so die Ansicht der befragten Leitungen, die beobachten, dass viele Studierende ihr Studium verschweigen, um keine Ressentiments heraufzubeschwören.

Ähnliches beschreiben auch die Studierenden selbst. So geht aus der Studierendenbefragung in der besagten Begleitforschung an der Katholischen Hochschule München hervor, dass fast die Hälfte der Schülerstudierenden in der Praxis mit Ablehnung gegenüber ihrem Studiengang konfrontiert sind und dies als belastend erleben. Die Forscherinnen vermuten als Ursache für die ablehnende Haltung die Sorge der herkömmlich ausgebildeten Pflegenden, neben dem akademischen Abschluss eine Abwertung zu erfahren (Lüftl und Kerres 2010). Auch die 2011/2012 an der Evangelischen Hochschule Berlin befragten dual Studierenden erleben in der Praxis Skepsis und Vorurteile ihnen bzw. der akademischen Ausbildung gegenüber (von Fabio Knöfler et al. 2012). In den von Belzner durchgeführten Interviews mit dual Studierenden berichten ebenfalls viele der Befragten, dass sie in der eigenen Berufsgruppe eine primär ablehnende Haltung gegenüber dem dualen Studium erleben, was für sie zu Rollenkonflikten führt und teilweise sogar dazu, dass sie sich in der Praxis nicht als Studierende „outen“. Jedoch gibt es auch Studierende, die sich nicht mit Ablehnung konfrontiert fühlen bzw. keine Einschränkungen erleben (Belzner 2014). Hundt und Hövell (2015) kommen in ihrer qualitativen Studie zu dem Schluss, dass sich die Akzeptanz in der Praxis sehr unterschiedlich darstellt. Die Kategorien diesbezüglich reichen von hoher über unklare bis hin zu niedriger Akzeptanz. Hohe Akzeptanz zeigt sich in den Interviews vor allem im Zusammenhang mit einer generell positiven Haltung der Teilnehmenden zu Bildung und Entwicklung. Ebenfalls wird von den Studierenden erlebt, dass sich die Akzeptanz mit steigendem Erwerb von Wissen über das Studium erhöht. Vom Pflegemanagement wird vermutet, dass die Akzeptanz davon abhängig sein wird, ob die Studierenden ihre Kompetenzen gewinnbringend einbringen können und wie diese auf ihre Kollegen zugehen, sprich von den sozialen und personalen Kompetenzen der Absolventen. Als Gründe für eine niedrige Akzeptanz kommen vor allem die Unklarheit über den Nutzen des Studiums und die Einsatzbereiche der Absolventen, Konkurrenz- und Verdrängungsängste zum Tragen. Auch in dieser Studie zeigt sich, dass vorhandene negative Einstellungen der Pflegepraktiker dazu führen, dass Studierende ihren Studierenden-Status ungern bekannt geben.

Auch im Krankenhausbarometer 2014 wurde die Akzeptanz gegenüber akademischen Kollegen erhoben. Hier wird deutlich, dass die Pflegemitarbeiter mit Studienabschluss

in der Regel eine hohe Akzeptanz unter den übrigen Pflegenden genießen. Die meisten (71%) Einrichtungen verneinen, dass manchmal Probleme bei der Akzeptanz auftreten. Kollegen, die schon vorher im Haus beschäftigt waren, werden auch nach ihrem akademischen Abschluss voll akzeptiert (96% Zustimmung). Auch neue Kollegen mit akademischer Qualifikation haben in der Regel keine Probleme, von ihren Kollegen akzeptiert zu werden. Treten Akzeptanzprobleme auf, hängen diese vor allem mit der fehlenden oder geringeren Praxiserfahrung der akademischen Pflegekräfte zusammen. So berichtet gut die Hälfte der Einrichtungen, dass Pflegeakademiker mit wenig Praxiserfahrung häufig Probleme haben, von ihren Kollegen akzeptiert zu werden.

Einen weiteren Einflussfaktor auf die Akzeptanz der akademischen Kollegen scheinen die positiven Auswirkungen darzustellen, die mit deren Einsatz in Verbindung gebracht werden. Je größer in der Umfrage die Verbesserungen der Pflegequalität, des Patienten-, Case- und Qualitätsmanagements durch die akademisierten Pflegenden beurteilt wurden, umso höher war die Akzeptanz. Die potentielle Gefahr der Erhöhung der Arbeitsbelastung der Pflegenden durch akademische Kollegen, die wegen ihres Studiums nicht mehr voll einsetzbar waren, nahmen die meisten Krankenhäuser (59%) nicht wahr (Blum et al. 2014). Diese positive Einschätzung hebt sich deutlich von den anderen Befunden ab. Wie diese Umfrage ebenfalls ergab, sind in den wenigsten Häusern Absolventen mit patientenorientierten Studienabschlüssen in der direkten Pflege eingesetzt. Wie bereits ausgeführt, beschäftigt die überwiegende Zahl der Kliniken Pflegeakademiker in den bisher dominierenden Bereichen Pflegemanagement, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik. Daher ist davon auszugehen, dass sich in der Befragung auch die Akzeptanz gegenüber genau diesen Kollegen widerspiegelt, wodurch sich die Ergebnisse nicht unmittelbar auf den Einsatz von akademischen Pflegepraktikern mit dem eingangs skizzierten klinischen Berufsprofil übertragen lassen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Praxis unterschiedliche Bewertungshaltungen gegenüber dem Studium bzw. den Studierenden bestehen. Auch wenn anhand der vorliegenden Daten keine quantitativen Aussagen hierzu getroffen werden können, zeigen diese deutlich, dass die akademische Qualifizierung bzw. die künftige Implementierung akademischer Pflegepraktiker in der Praxis nicht nur positiv gesehen werden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Bewertungen vorhanden sind, die sich hemmend auf die Implementierung der neuen Rollen auswirken können. Auffallend ist, dass überwiegend Personen befragt wurden, deren Arbeitsfeld aufgrund ihrer Funktion eher von der Pflegewirklichkeit entfernt ist (Leitungspersonen, Personalverantwortliche, Lehrende), oder aber Studierende selbst. Damit fehlen Daten zur subjektiven Sichtweise einer wichtigen Akteursgruppe – die Pflegepraktiker selbst. Dies

macht die Ergebnisse keinesfalls wertlos. Jedoch ist ihre Aussagekraft für die in der Praxis vorliegende Bewertungshaltung und die damit verbundenen, möglichen Auswirkungen auf Integrationsprozesse eingeschränkt.

Benner (2012, S. 214) zufolge sind Bewertungen stark von der beruflichen Sozialisation beeinflusst, wobei der Sozialisationsprozess weitestgehend auf der Grundlage eines Systems von nicht weiter hinterfragten Werten und Annahmen abläuft. Es kommt dabei weniger zur freien Wahl, welche Werte man für sich übernimmt oder ablehnt, sondern vielmehr zur Übernahme der mit der gängigen Handlungspraxis verknüpften Handlungsmaximen, Entscheidungsregeln, kollektiven Orientierungen und sozialen Deutungsmustern, deren man sich in der Regel jedoch nicht bewusst ist.

Aus diesen hintergründigen und unterschwellig wirkenden Selbstverständlichkeiten speist sich die geteilte Grundüberzeugung der Pflegeakteure über die Korrektheit und Bedeutung praktizierter Handlungsstrategien, auf deren Grundlage auch Bewertungen vorgenommen werden (Schroeter 2013).

Diese Erkenntnis spiegelt sich auch in Konzepten der Evaluationsforschung wider. So kommt beispielsweise Lamprecht in ihrer Evaluationsstudie zur Kooperationspraxis professionsverschiedener pädagogischer Akteure zu dem Schluss, „dass Werthaltungen nicht auf der Ebene von explizierbaren Motiven angesiedelt werden, die auf einer reflexiv-rationalen Ebene zugänglich sind“ (Lamprecht 2012, S. 245). Vielmehr kommen bei der Konstitution von Bewertungslogiken unbeeinflussbare Aspekte, wie implizite Bedeutungszuschreibungen, emotionale Rahmungen und erfahrungsbasierte Wissensbestände zum Tragen. Erst in Kenntnis dieser heimlichen Agenda kann beispielsweise die Verhinderung einer Programmumsetzung verstanden werden. Lamprecht (ebd., S. 19) schlussfolgert, dass im Fokus von Evaluationsbemühungen⁹ demnach habituell verankerte Werthaltungen, sprich Werte, die an die Logik der Pflegepraxis anschließen, stehen müssen. Auch Vogd (2009b) hebt im Zusammenhang mit Evaluationen im Gesundheitswesen hervor, dass die Kenntnis von der Praxis inhärenten Relevanzsystemen und impliziten Bewertungskriterien der Beteiligten eine wichtige Rolle für die Gestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen spielt. Auf Basis ihrer Evaluationsstudie zu organisationskulturellen Praktiken resümiert Mensching überdies, dass das Verständnis etablierter Praxen und ihrer Funktionen die Wahrscheinlichkeit erhöht, „dass anschließende Veränderungsbemühungen des Managements nicht an

⁹ Der Begriff *Evaluation* wird häufig mit der Bewertung von Ergebnissen gleichgesetzt. Evaluationen können jedoch nicht nur die Wirksamkeit oder das Ergebnis einer Programmumsetzung bewerten. Dementsprechend können in verschiedenen Phasen Evaluationen durchgeführt werden: beispielsweise vor der Einführung einer Neuerung, um die Bedarfslage zu bewerten (vgl. ausführlicher Fierz 2010). Dementsprechend meint der Begriff *Evaluation* in der vorliegenden Arbeit die Bewertung der Sichtweise der Pflegepraktiker hinsichtlich der bevorstehenden Einführung akademischer Berufsrollen.

der teilweise enormen Widerständigkeit von Organisationskulturen scheitern“ (Mensching 2010, S. 62).

Bezogen auf das eigene Forschungsinteresse bedeutet dies, dass es nicht ausreicht, die gegenwärtigen Pflegeakteure anhand ihrer expliziten Bewertungen hinsichtlich des künftigen Einsatzes akademischer Kollegen als positiv und weniger positiv eingestellte Mitarbeiter zu klassifizieren, und dass auch das Wissen über die explizit geäußerten Bewertungen nicht ausreicht, um geeignete Implementierungsstrategien zu entwickeln. Gerade unter dem Aspekt der Organisationsentwicklung scheint es weitaus erkenntnisreicher, die den Bewertungshaltungen der Pflegenden zugrundeliegenden kollektiven Werthaltungen und Orientierungen nachzuvollziehen.

Nach der Darlegung des Problemhintergrunds und des Erkenntnisinteresses wird nun die metatheoretische und gegenstandsbezogene Einordnung des zu untersuchenden Phänomens vorgenommen, um dann im nächsten Schritt die Forschungsfrage zu konkretisieren.

2 Theoretischer Rahmen und Forschungsstand

In diesem Kapitel erfolgen die Verankerung der Forschungsarbeit in einen theoretischen Bezugsrahmen sowie die Auseinandersetzung mit Ergebnissen bestehender Untersuchungen. Die zirkuläre Strategie des qualitativen Forschungsprozesses bedingt ein ebenso zirkuläres Vorgehen bei der Literaturrecherche und -bearbeitung (Döring und Bortz 2016a, S. 25 ff.). Da dieser Prozess in der linearen Darstellungslogik der vorliegenden Arbeit nicht ersichtlich ist, wird zunächst das Vorgehen bei der Recherche und Bearbeitung der Literatur verdeutlicht. Danach wird auf die praxeologische Wissenssoziologie eingegangen. Als Metatheorie stellt diese die analytischen Grundbegriffe für die Forschungspraxis zur Verfügung, deren vertiefte Kenntnis zu den Voraussetzungen für die flexible und präzise Anwendung der dokumentarischen Methode gehört (Bohnsack 2005). Im nächsten Abschnitt werden theoretische Vorannahmen über die pflegerische Handlungslogik getroffen. Hierbei ist beabsichtigt, Merkmale einer professionellen Berufspraxis normativ zu beschreiben und damit Anforderungen an berufsbezogene Denkmuster und Handlungspraktiken von Pflegeakteuren zu verdeutlichen. Am Ende des Kapitels werden bereits vorliegende Forschungsbefunde zur Logik des Pflegehandelns vorgestellt und mit dem eigenen Erkenntnisinteresse in Bezug gesetzt.

2.1 Literaturrecherche und -bearbeitung

Przyborski und Wohlrab-Sahr machen deutlich, dass sich die theoretischen Kenntnisse, die für eine empirische Untersuchung erforderlich sind, im Vergleich von hypothesenprüfenden und rekonstruktiven Verfahren auf jeweils unterschiedliche Ebenen beziehen: Während sich das Vorwissen im zweiten Fall unmittelbar auf den Untersuchungsgegenstand bezieht, referiert es im ersten Fall auf Metatheorien, mit denen begrifflich-theoretische Grundlagen erfasst und methodische Entscheidungen begründet werden (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 43 f.). Die Auseinandersetzung mit gegenstandsbezogenen Theorien erfolgt hingegen erst während oder nach der Datenauswertung (Przyborski 2004; Kleemann et al. 2013; Shaha und Schnepf 2013; Döring und Bortz 2016d). Diese Vorgehensweise ist den methodologischen Leitprinzipien „Offenheit“ und „Induktion“ (Lamnek 2005) geschuldet. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung zielt der Erkenntnisgewinn qualitativer Forschung nicht auf die Überprüfung vorab aufgestellter Hypothesen ab, sondern vor allem auf die Bildung neuer Hypothesen und Theorien. Um unbekannte Phänomene oder auch andersartige Konstellationen bekannter Aspekte zu entdecken, muss die Analyse an der empirischen Wirklichkeit und nicht am theoretischen Wissensbestand der Forschenden ausgerichtet werden (Kleemann et al. 2013, S. 22).

Gleichzeitig erscheint auch in hypothesenbildenden bzw. entdeckenden Erkenntniszusammenhängen gänzliche Offenheit im Sinne einer theoriesuspendierenden und rein induktiven Vorgehensweise unmöglich und zudem auch nicht zielführend (Przyborski 2004, S. 276 f.; Döring und Bortz 2016b, S. 66). Der (vor allem in der Grounded Theory) für lange Zeit gepflegten Überbetonung des induktiven Erkenntnismodus – in dem Daten gänzlich aus dem Material emergieren sollen – wird heute eine abduktive Erkenntnislogik gegenübergestellt, in der gegenstandsbezogene Theorien als heuristische Werkzeuge zur weiteren Ausdifferenzierung der entstehenden Theorie gelten (vgl. ausführlich Strübing 2014, S. 58 ff.). Die auf diesem Weg gewonnenen Annahmen werden wiederum fortlaufend am empirischen Material überprüft und ggf. verändert bzw. weiterentwickelt. Das bedeutet, dass gegenstandsbezogene Theorien in der qualitativen Forschung durchaus vorab zur Kenntnis genommen werden sollten. Verstanden als „sensibilisierende Konzepte“ (Strübing 2014, S. 29 im Anschluss an Blumer) ermöglicht dieses Kontextwissen eine erste Annäherung an den Forschungsgegenstand, schärft das Erkenntnisinteresse und ist impulsgebend, verständnisfördernd und orientierend für das eigene Feld und Material (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 276). Somit soll theoretisches Vorwissen nicht gänzlich abgelegt, sondern vielmehr bewusst gemacht, reflektiert und offengelegt werden (Döring und Bortz 2016c, S. 111).

Fest steht jedoch: „Eine dem Forschungsprozess vorgelagerte Festlegung auf eine bestimmte, den weiteren Forschungsprozess dann vorstrukturierende und steuernde wissenschaftliche Theorie über den Gegenstand soll ausdrücklich vermieden werden“ (Döring und Bortz 2016d, S. 66).

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde zu Beginn der Arbeit vor allem nach Literatur recherchiert, um das Forschungsproblem vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes zu beschreiben, die Studie (meta-)theoretisch zu verankern und das methodische Vorgehen auszuarbeiten. Außerdem wurde vor der empirischen Phase mittels einer ersten, breit angelegten und orientierenden Recherche nach Studien zum gewählten Forschungsproblem gesucht, vorrangig mit dem Ziel, bereits durchgeführte ähnliche Studien bzw. Forschungslücken zu identifizieren. Der Großteil der gegenstandsbezogenen Literaturrecherche und -arbeit fand jedoch erst statt, als die Basistypik bereits vorlag und zum größten Teil ausdifferenziert war. Auf diese Weise sollte das eigene empirische Material vor der Datenanalyse so wenig wie möglich mit vorhandenen Befunden in Berührung gebracht werden, „um nicht der Versuchung zu unterliegen, das vorgefundene Material lediglich subsumtionslogisch bereits vorhandenen Kategorien zuzuordnen“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 44).

Die zweite Recherche konnte vor dem Hintergrund der vorhandenen Rekonstruktionen deutlich spezifischer gestaltet werden. Nun galt es gegenstandsbezogene Anschlüsse zu identifizieren, die als heuristische Werkzeuge zur abschließenden Ausdifferenzierung der Basistypik herangezogen wurden. Dasselbe gilt für die systematische Bearbeitung der eingeschlossenen Studien und gegenstandsbezogenen Theorien, die auch erst in dieser Phase stattfand. Ebenfalls am Ende der Studie erfolgte eine erneute Recherche zum Aufgabenprofil und Implementierungsstand von Pflegeakademikern (vgl. Kapitel 1.1). Zwischenzeitlich neu hinzugekommene relevante Untersuchungen fanden entsprechend Berücksichtigung.

2.2 Metatheoretische Verankerung der Studie

Um etwas über die Handlungspraxis zu erfahren, in welche die zukünftigen Bachelorabsolventen integriert werden, reicht es nicht aus, die Logik der Verständigung *über* die Praxis zu rekonstruieren. Vielmehr müssen das Handeln in der Praxis und das handlungsleitende Wissen mit ihrer unter Umständen abweichenden Logik systematisch davon unterschieden werden. Grundlage dieser Annahme stellt die von Bohnsack entworfene „Praxeologische Wissenssoziologie“ (Bohnsack 2007a) mit ihren engen Bezügen zur Wissenssoziologie in der Tradition Mannheims (Mannheim 1964) und der Habituskonzeption Bourdieus (Bourdieu 1979) dar.

Zentral in der Mannheim'schen Wissenssoziologie ist die Unterscheidung zweier Wissenstypen: während wir es beim theoretischen bzw. kommunikativen Wissen, das auch als Common-Sense-Konstruktion bezeichnet wird, mit einer interpretativen und definitorischen Herstellung von Wirklichkeit zu tun haben, handelt es sich beim atheoretischen bzw. konjunktiven Wissen um handlungspraktisches, inkorporiertes Erfahrungswissen. Konjunktives Wissen wird in der Praxis angeeignet und orientiert diese zugleich auch. Obwohl es Handeln¹⁰ in der Praxis anleitet und sich durch einen hohen Grad an Selbstverständlichkeit auszeichnet, ist es den Handelnden in der Regel nicht auf bewusster Ebene zugänglich (Mannheim 1964). Das bedeutet, dass konjunktives Wissen im Gegensatz zu theoretischem Wissen, welches theoretisch-begrifflich expliziert werden kann, zwar als stillschweigendes, implizites Wissen vorhanden ist, jedoch nicht detailliert artikuliert bzw. auf den Begriff gebracht werden kann (Przyborski und Sluneko 2010). Für gewöhnlich ist uns dieses atheoretische Wissen im Medium mentaler Bilder gegeben und wird so über die Vermittlung dieser Bilder im Sinne von metaphorischen Darstellungen bzw. bildhaften Erzählungen und Beschreibungen verbal ausgedrückt (Bohnsack 2013a).

Mannheim stellt heraus, dass konjunktives Wissen grundlegend als kollektives Wissen konzipiert ist, da es sich innerhalb konjunktiver Erfahrungsräume – also gemeinsam gelebter Praxis – bildet. Erst durch kollektive Wissensbestände und Strukturen wird Interaktion und alltägliche Praxis innerhalb von Gruppen ermöglicht. Der konjunktive Erfahrungsraum verbindet diejenigen, die an den dort gegebenen Wissensbeständen und Strukturen auf Basis gemeinsamer Erlebniszusammenhänge teilhaben (Mannheim 1964). Dies setzt jedoch nicht voraus, dass sich die Gruppenmitglieder kennen oder die hierfür relevanten Erfahrungen gemeinsam gemacht haben. Auch in anderen sozialen Einheiten, wie z.B. in Bildungs-, Berufs- und Arbeits- sowie Gendermilieus bildet sich über kollektive Wissensbestände und Strukturen auf der Basis existentieller Gemeinsamkeiten ein konjunktiver Erfahrungsraum aus (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 104 f.).

In dieser Hinsicht ist die Pflegepraxis als ein konjunktiver Erfahrungsraum zu verstehen. So dürften sich beispielsweise klinisch tätige Pflegende angeregt über die Art und Weise der Zusammenarbeit mit Ärzten sowie über diesbezüglich vorherrschende Hierarchiegefüge unterhalten können, auch wenn sie sich nicht persönlich kennen. Wenn derartige Gemeinsamkeiten angesprochen sind, verstehen Gesprächspartner einander unmittelbar. In Abgrenzung zum gegenseitigen Interpretieren, welches durch wechs-

¹⁰ Im Anschluss an Groeben, Schlee und Wahl (1988, S. 11 ff.) beschränkt sich der Begriff des Handelns in der vorliegenden Arbeit nicht nur auf Handlungen im engen Sinne, sondern schließt auch Verhalten ein, z.B. in Form von absichtsvollen und sinnhaften Verhaltensweisen.

seitige Perspektivübernahme und theoretisch-reflexive Explikation vollzogen wird, bedeutet Verstehen, dass die Akteure in der Lage sind, intuitiv, unmittelbar und adäquat auf das Gesagte zu reagieren, ohne es interpretieren zu müssen. Der Ausdruck eines konjunktiven Erfahrungsraumes wird somit erst in Relation zu nachfolgenden und vorhergehenden Äußerungen bzw. Reaktionen und Re-Reaktionen der anderen Beteiligten erfassbar (Bohnsack 2013a).

Direkt verbunden mit dem konjunktiven Wissen und ebenfalls ein zentraler Begriff der Praxeologischen Wissenssoziologie ist das Konzept des Habitus, mit welchem Bohnsack die Struktur der Handlungspraxis fasst. Er macht hierfür insbesondere die Perspektive des Habitus „als die Praxis strukturierende Struktur“ (Bohnsack 2013b) fruchtbar. Nach Bourdieu (1989) kann der Habitus als komplexer Zusammenhang von Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmustern, in dem sämtliche inkorporierte, frühere soziale Erfahrungen zum Ausdruck kommen, bezeichnet werden. Er besteht nicht aus einzelnen konkreten Gewohnheiten, sondern ist als tiefer liegendes, nicht direkt beobachtbares Dispositionssystem zu verstehen. In dieser Weise disponiert der Habitus Angehörige einer sozialen Gruppe, einer Schicht oder eines Milieus zu bestimmten Wahrnehmungen und Bewertungen, aber auch zu bestimmten Handlungsmustern bzw. Praktiken (Kroneberg 2010, S. 105 f.). Oder wie Schiereck es im Anschluss an Bourdieus Habituskonzept für die Pflege auf den Punkt bringt: „Pflegekräfte sind handelnde und erkennende Akteure, die sowohl über einen ausgeprägten Praxis-sinn verfügen als auch über ein durch berufliche Sozialisation erworbenes Präferenzsystem von stabilen kognitiven Strukturen und Handlungsschemata, von denen sich die Wahrnehmung der sozialen Situationen und die darauf abgestimmten Reaktionen leiten lassen“ (Schiereck 2000). Die grundsätzliche Konzeption des Begriffs in seiner soziologischen Bedeutung verortet den Habitus also immer zwischen sozialem Akteur (individuelle Dispositionen auf Subjekt-Ebene) und sozialer Struktur (objektiv gesellschaftliche Möglichkeiten auf Struktur-Ebene) (Lenger et al. 2013). Bourdieu geht jedoch davon aus, dass unser Handeln nicht unmittelbar durch den Habitus angeleitet wird. Vielmehr ergibt sich aus diesem lediglich die Disposition zu bestimmten Handlungs-, Wahrnehmungs- oder Bewertungsarten. Wie Handeln genau ausgestaltet wird, wird damit auch durch den jeweiligen Kontext und die spezifische Situation beeinflusst (Bourdieu 1989).

Ausgehend von den eben beschriebenen methodologischen Grundlagen beschäftigt sich die Praxeologische Wissenssoziologie mit der handlungspraktischen Herstellung von Realität durch habitualisierte Praktiken, welche auf konjunktivem Wissen basieren.

Das durch Erfahrungen erworbene und geprägte konjunktive Wissen, welches die Handlungspraxis orientiert, bezeichnet Bohnsack auch als Habitus oder Orientierungsrahmen im engen Sinne. Er unterscheidet diese Begriffe vom Gegenbegriff der Orientierungsschemata als kommunikatives Wissen, das Wissen um Normen und Rollenbeziehungen innerhalb der Gesellschaft. Die Begriffe Orientierungsrahmen und Orientierungsschemata verweisen demnach auf diese beiden unterschiedlichen Wissensformen. Gleichzeitig ist der Orientierungsrahmen im weiteren Sinne auch als übergeordneter Begriff¹¹ zu dem der Orientierungsschemata zu verstehen (Abb. 1). Dies begründet Bohnsack (2013a, S. 179 ff.) aus praxeologischer Perspektive damit, dass Orientierungsschemata ihre handlungspraktische Relevanz erst durch die Rahmung, Integration oder auch Brechung innerhalb der Dimension der Handlungspraxis erhalten. Ebenso reproduziert, konturiert und ggf. transformiert sich der Habitus erst in der Auseinandersetzung mit Normen und Anforderungen. D.h. Orientierungsrahmen und -schemata begründen in wechselseitiger Bezugnahme Wissen und Handeln im Alltag. Demnach sind auch in sprachlichen Äußerungen immer beide Ebenen impliziert: Orientierungsschemata und Orientierungsrahmen.



Abbildung 1: Verhältnis zwischen Orientierungsrahmen und -schemata (aus Bohnsack 2013a, S. 182)

¹¹ An anderen Stellen verwendet Bohnsack den Begriff des Orientierungsmusters auch als Oberbegriff für Orientierungsschemata und Orientierungsrahmen (vgl. ausführlicher Bohnsack 2010a).

In diesem Sinne müssen wir also das kommunikative Wissen als ein Wissen *über* Pflegepraxis vom Wissen *innerhalb* der Pflegepraxis unterscheiden. D.h., zum Alltagswissen der Pflegenden gehört zum einen kommunikatives Wissen auf der Common-Sense-Ebene, wobei wir es hierbei mit den Theorien, Vorstellungen und subjektiven Intentionen der Akteure zu tun haben. Zum anderen verfügt die gegenwärtige Berufsgruppe über ein implizites oder stillschweigendes Wissen, welches sie aufgrund ihrer berufsbiographischen Gemeinsamkeiten teilt und welches sie innerhalb der Pflegepraxis mit Bezug auf diese handlungsfähig macht.

Die Existenz dieser beiden Wissensebenen begründet auch, dass unser Verhalten gegenüber Begriffen und Realitäten nicht identisch ist (Bohnsack 2013a). Beispielsweise dürfte allen Pflegenden der Begriff der Patientenautonomie als institutionalisiertes Leitbild bzw. generalisierte Erwartungshaltung oder auch als Common-Sense-Theorie klar sein. Trotzdem können sich die Praktiken der Pflegenden, d.h. die Art und Weise, auf die sie die Autonomie des Patienten im Pflegeprozess verwirklichen oder auch nicht, hiervon unterscheiden. Die Art und Weise, praxeologisch gesprochen der Modus Operandi, wie Pflegende mit den an sie herangetragenen Erwartungen, mit Normen und Anforderungen in der Handlungspraxis umgehen, ist das Produkt des Habitus im Sinne von im gemeinsam gelebten Erfahrungsraum beruflicher Pflege erlernten Praktiken bzw. Haltungen zur handlungspraktischen Bewältigung (diskrepanter) normativer Anforderungen (Bohnsack 2013b).

Die Unterscheidung von expliziten und impliziten Wissensbeständen führt nach Bohnsack (2006, S. 142) weiterhin dazu, dass zwischen – wie er es nennt – expliziten Bewertungen und impliziten Werthaltungen unterschieden werden muss. Er ordnet Bewertungen auf Ebene des theoretisch-reflexiven Wissens und Werthaltungen auf einer tieferliegenden, in die Handlungspraxis eingelassenen Ebene des Wissens ein. Im Anschluss daran weist Lamprecht (2012, S. 44) darauf hin, dass Bewertungen häufig mit institutionalisierten Rollenerwartungen und den darin eingelassenen Normen zusammenhängen, wohingegen Werthaltungen infolge des praktischen Gebrauchs dieser Normen bzw. deren alltagspraktischer Umsetzung entstehen – sie sind also an habituell verankerte Praktiken gebunden. So sind Werthaltungen zwar Formen des Wissens, im Unterschied zu Bewertungen aber nicht Gegenstand des reflektierenden Bewusstseins bzw. des Denkens (Bohnsack 2006, S. 143). Das bedeutet, dass Bewertungen in ihrem wörtlichen Sinngehalt leicht zugänglich sind, während Werthaltungen implizit bleiben und in der Regel nicht theoretisch-argumentativ auf den Begriff gebracht werden können. Wie viele das soziale Handeln betreffende Phänomene können

auch die mit dem im Habitus implizierten Werte, Überzeugungen und Verhaltensnormen nicht unmittelbar abgefragt werden (Neubauer 2003, S. 30; Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 9). Im Unterschied zu Bewertungen und Präferenzen auf der Ebene der Common-Sense-Theorien liegen die generalisierungsfähigen Werthaltungen und mit ihnen verknüpften Interessen als implizite Wissensbestände bzw. Codes vor und müssen deshalb erst entschlüsselt werden (Bohnsack und Nentwig-Gesemann 2010). Somit erfolgt der empirische Zugang zu Werthaltungen über die Rekonstruktion des in der Handlungspraxis implizierten atheoretischen, handlungsleitenden Wissens.

Im nächsten Abschnitt werden zunächst die der Forschung zugrunde gelegten theoretischen Vorannahmen im Sinne von Common-Sense-Theorien über die professionelle Handlungspraxis in der Pflege dargelegt, um danach Befunde empirisch rekonstruierter Ausdrucksformen pflegerischen Handelns zu beleuchten und damit zum *Modus Operandi*¹² vorzudringen.

2.3 Theoretische Vorannahmen zur Handlungslogik in der Pflege

Die nachfolgende theoretisch-normative Beschreibung der Logik professionellen Pflegehandelns soll zur Reflexion und Offenlegung des eigenen Vorwissens sowie zur konzeptionellen Annäherung an den Forschungsgegenstand beitragen. Zur Klärung werden der Handlungsgegenstand, die Handlungsstruktur sowie die unmittelbare Gestaltung der Beziehung mit dem Pflegeempfänger herangezogen.

2.3.1 Handlungsgegenstand

Um sich der professionellen Handlungslogik beruflicher Pflege theoretisch zu nähern, scheint es zunächst sinnvoll, den Gegenstand, auf den sich das Handeln bezieht, zu klären. Da die vorliegende Arbeit auf Pflege im Kontext der Krankenhausversorgung fokussiert und sich gerade dort die Etablierung einer eigenständigen und spezifischen Pflegepraxis nur in direkter Auseinandersetzung mit der ärztlichen Profession ereignen kann (Lorenz 2000), wird diese Gegenstandsbestimmung in Abgrenzung zur Medizin vorgenommen.

Gemeinsam ist Pflegenden und Ärzten, dass sie sich mit kranken Menschen¹³ befassen und einen gemeinsamen Auftrag zum Wohl des Patienten haben. Wie in jeder

¹² Da die mit der dokumentarischen Methode rekonstruierten Orientierungen auf dieselbe Ebene impliziter Wissensbestände und Praktiken abzielen, die Bourdieu als *Habitus* oder *Modus Operandi* bezeichnet, werden die Begriffe *Orientierung*, *Werthaltung* und *Habitus* in dieser Arbeit synonym verwendet und verstanden. Allerdings geht es hierin um berufsbezogene Orientierungen in der pflegerischen Praxis.

¹³ Da die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus hochgradig mit Krankheiten bzw. deren Auswirkungen zu tun hat, beziehen sich die vorliegenden Ausführungen vorrangig auf diesen Schwerpunkt, ohne jedoch

Wissenschaftsdisziplin ergeben sich die wesentlichen Unterschiede von Medizin und Pflege aus der spezifischen Perspektive, hier speziell auf den kranken Menschen, die bestimmt, welche Phänomene relevant sind und wie diese verstanden werden sollen (Kirkevold 2002, S. 137).

An dieser Stelle sei vorweggenommen, dass Pflegende vor allem in der Krankenhausversorgung nach wie vor stark in medizinische Handlungsräume eingebunden sind. Schließlich befähigt die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege explizit dazu, ärztlich veranlasste Maßnahmen eigenständig durchzuführen oder bei diesen zu assistieren (KrPflG 2003). Diese Aufgaben werden in der Regel mit dem Begriff der Behandlungspflege gefasst. Hiermit sind jedoch vom Arzt delegierte Tätigkeiten gemeint, die im reinen Funktionsbezug zur Medizin stehen und Pflegende auf eine zuarbeitende Rolle festschreiben (Müller 1998). Bezeichnungen wie „paramedizinische Aufgaben“ (Vogd 2011) oder „medizintechnische Tätigkeiten“ würden demnach dem Wesen der sogenannten Behandlungspflege eher gerecht. Obwohl das irreführende Potential und die katastrophalen Konsequenzen der tradierten Unterteilung der Pflege in die sogenannte Grund- und Behandlungspflege im pflegewissenschaftlichen Diskurs umfangreich aufgearbeitet wurden, halten sich diese Begrifflichkeiten hartnäckig. Es scheint, dass viele Pflegende nach wie vor sowohl die selbst- als auch die fremdattribuierte Höherwertigkeit arztnaher und technikintensiver Aufgaben im Gegensatz zur Minderwertigkeit direkter Pflegeaufgaben internalisiert zu haben scheinen (Friesacher 2015). So muss konstatiert werden, dass die Pflege – auch wenn sie sich langsam vom reinen Funktionsbezug zur Medizin zu lösen beginnt – es bisher noch nicht geschafft hat, ein eigenes selbstreferentielles Regelsystem zu etablieren (Bauch 2005; Schroeter 2005). Dass im Gegensatz zum ärztlichen Beruf für die Pflege keine gesetzlich festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben bestehen, erschwert zusätzlich eine klare Positionierung und Schärfung des professionellen Berufsprofils (Kälble 2005). Diesbezüglich stellt jedoch die Tatsache, dass im Entwurf des neuen Pflegeberufsgesetzes (PflBRefG 2015) erstmals Vorbehaltsaufgaben für den Bereich der Pflege beschrieben werden, einen vielversprechenden Ausblick dar.

Nach Luhmann strukturiert jedes Funktionssystem der modernen Gesellschaft seine Kommunikation und autonome Selbstorganisation nach einem zweiwertigen Code (Luhmann 2004, S. 75 ff.). Diese Codes werfen Möglichkeitsräume auf, in denen Handlungsorientierungen bevorzugt einrasten können (Vogd 2011, S. 80). Im Gegensatz zur Dichotomie des medizinischen Codes *gesund/krank* vermutet Behrens den Code der

Aufgaben der Gesundheitserhaltung, -förderung und Prävention sowie durch spezielle Lebensphasen (z.B. im Alter oder der Geburtsvorbereitung) entstehende Versorgungsanlässe auszuschließen.

Pflege in der Zweiteilung *gepflegt/ungepflegt* (Behrens 2005, S. 53). Hohm (2002, S. 141 ff.) hingegen spricht sich für *pflegefähig/pflegeunfähig* aus. Ungeachtet dessen, dass diese Vorschläge unterschiedlich gewertet werden können, liegt ihre Bedeutung für die Pflege in der spezifischen Identifikation als eigener Funktionsbezug, der sich trennscharf und plausibel von dem der Medizin unterscheidet. Die sogenannte Behandlungspflege im Sinne des medizinischen Codes ist primär an der Krankheit orientiert und bietet keinen Raum für die konzeptionelle Selbstbestimmung der Pflege¹⁴ (Vogd 2011, S. 76 ff.). Um sich diesem selbstbestimmten Raum anzunähern, schlägt Vogd (ebd.) vor, alle Tätigkeiten, die indirekt oder direkt medizindiagnostischen und -therapeutischen Vollzügen dienen, auszuklammern, und zu schauen, was als spezifisch pflegerischer Funktionsbezug übrig bleibt. Demnach beginnt dieser dort, wo es um die Auswirkungen von Krankheit bzw. deren Therapie auf die Alltagsbewältigung geht.

Eine Unterscheidung, die in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt, ist die von Krankheit und Kranksein. Während sich ärztliches Handeln im Regelfall auf ersteres, sprich auf beeinträchtigte Körperstrukturen und -funktionen konzentriert, stehen im Fokus pflegerischen Handelns die damit in Verbindung stehenden Einschränkungen in der Bewältigung des Alltags bzw. in der sozialen Teilhabe. Das heißt, dass in der Pflege vor allem Befunde über das subjektive Erleben von Krankheit, die subjektiv wahrgenommene Alltagskompetenz, die individuell verbliebenen Ressourcen zur Wahrnehmung von Alltagsaktivitäten und zur Ermöglichung von Teilhabe oder aber auch die zu fördernden gesunden Anteile eine wichtige Rolle einnehmen (Behrens 2002; Hunstein 2003). Zu betonen ist, dass zwischen Krankheit und Kranksein kein lineares Verhältnis besteht (Bartholomeyczik 2010). Wenngleich sich Pflege und ärztliches Handeln ergänzen, leitet sich Pflege nicht automatisch aus der Medizin ab, sondern verfügt über ein von der Medizin separates Bearbeitungsfeld (Bauch 2005; Bartholomeyczik 2010, S. 138; Vogd 2011).

Der Wissenschaftsrat legte jüngst im Rahmen der Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen eine Definition vor, mit der das dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis vom Gegenstand der Pflege nochmals zusammenfassend auf den Punkt gebracht werden kann: „Pflegerisches Handeln zielt auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit in der Lebensführung. Zur

¹⁴ Dass die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen und unter entsprechenden Voraussetzungen durchaus sinnvoll sein kann, bleibt an dieser Stelle unberücksichtigt. Für Näheres hierzu sei z.B. auf Stemmer und Böhme (2008) verwiesen. Ebenso außer Acht bleibt die Annahme, dass professionelle pflegerische Entscheidungen kaum ohne das hierzu erforderliche Wissen über Krankheiten zu treffen sind.

kurativmedizinischen Gesundheitsversorgung ist die Pflege insofern komplementär, als sie Krankheiten nicht zu heilen versucht, sondern bei der Bewältigung der individuellen Folgen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit unterstützt“ (Wissenschaftsrat 2012, S. 40 f.).

Eine klare Abgrenzung des pflegerischen Gegenstands von dem der Medizin ist nicht zuletzt für die Etablierung interprofessioneller Diskurse von Bedeutung. Erst wenn die beteiligten Akteure dazu in der Lage sind, ihren besonderen eigenen beruflichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich zu bestimmen, zu begründen und abzugrenzen, kann aus dieser Positionierung heraus interprofessionell gehandelt werden (Sieger et al. 2010b). Interprofessionelle Zusammenarbeit richtet sich auf ein gemeinsames Ziel, das besser durch Kooperation erreicht werden kann als alleine (Schweitzer 1998). Sie ist durch folgende Aspekte gekennzeichnet (SVR 2007; Stemmer und Böhme 2008; Höhmann 2008):

- Die beteiligten Berufsgruppen verfügen über eine eigene Perspektive auf die Problemstellung.
- Die unterschiedlichen Sichtweisen ergänzen sich zur Verbesserung der Problemlösung.
- Alle beteiligten Berufsgruppen verfügen über Kompetenz und Zuständigkeit für alle Schritte der eigenen Aufgabe (Assessment, Problemdefinition, Zielsetzung, Planung, Durchführung und Evaluation).
- Jeder Partner anerkennt die Sichtweisen und Interessen der anderen und verfolgt gleichzeitig die eigenen Interessen und Sichtweisen.

Zur konkreten Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin schlagen Behrens und Selinger (2012) das Modell der horizontalen Koordination vor: Wird für die Planung und Durchführung pflegerischer Aufgaben die Sichtweise anderer Disziplinen benötigt, unterstellt sich die Pflegeperson nicht dem Kollegen der anderen Disziplin, welcher dann Maßnahmen an sie delegiert, sondern trifft unter Berücksichtigung der eingeholten Informationen die Entscheidung über die pflegerische Maßnahme nach wie vor selbst und eigenverantwortlich. Die Pflegeperson kennt und beachtet jedoch auch Grenzen des eigenen Zuständigkeitsbereichs und trägt Verantwortung dafür, sich grundsätzlich alle notwendigen Informationen von anderen an der Versorgung Beteiligten einzuholen, bevor sie eine pflegerische Entscheidung trifft.

2.3.2 Handlungsstruktur

Neben der Gegenstandsbestimmung erscheint es für die Klärung der pflegeprofessionellen Handlungslogik unverzichtbar, nach der Handlungsstruktur zu fragen. Um diese Frage zu beantworten, erweist sich der strukturtheoretische Zugang nach Oevermann (2009) als fruchtbar, dessen breite pflegewissenschaftliche Rezeption und Diskussion vor allem im Professionalisierungsdiskurs zum Tragen kommt (Weidner 1995; Remmers 2000; Veit 2004; Raven 2006; Cassier-Woidasky 2007; Dörge 2009b; Schwarz 2009; Bartholomeyczik 2010; Hülsken-Giesler 2010). Neben der Bedeutung für die Klärung des Professionsstatus der Pflege ist dieser Ansatz – wie Friesacher unlängst in seiner kritischen Theorie der Pflegewissenschaft ausgearbeitet hat – auch zur Erklärung der pflegerischen Handlungslogik geeignet, da es mit ihm gelingt, bestehende einseitige und verengte Perspektiven auf das Pflegehandeln zu überwinden und zu einer angemessenen Konzeption des pflegerischen Handlungs- und Strukturbegriffs zu kommen (Friesacher 2008, S. 265).

Insbesondere mit Bezug auf den Entwurf von Friesacher (2008, S. 259 ff.) soll dieser Ansatz in seinen Grundzügen nachgezeichnet werden: Professionelles pflegerisches Handeln zeichnet sich durch eine doppelte Professionalisierung aus. Zum einen stellt die Entwicklung von wissenschaftlichem bzw. theoretischem Wissen die erste Stufe dar, die alle akademischen Berufe durchlaufen. Auf diese Weise wird die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis zunächst einmal vergrößert. Diese erfahrungswissenschaftliche Erkenntnisbasis wird nun in der zweiten Stufe in die konkrete Praxissituation umgesetzt. Hier verringert sich die Diskrepanz wieder. Die Art und Weise, wie dieses methodisch abstrakte Wissen auf die Bewältigung der anstehenden Probleme bzw. Krisen angewandt wird, ist von zentraler Bedeutung für den professionellen pflegerischen Habitus. Denn bei dieser Übermittlung geht es nicht um eine bloße Übertragung von pflegeberuflichen Standarddeutungen und -lösungen. Aufgrund der Heterogenität, Veränderlichkeit und Komplexität von Pflegesituationen kann pflegerisches Handeln nicht (vollkommen) standardisiert oder vorab bestimmt werden. Friesacher (ebd.) hebt hervor, dass professionelle Pflegeentscheidungen eines hermeneutisch basierten Arbeitsbündnisses von Pflegeperson und Pflegeempfänger bedürfen, in dem implizites Wissen, Intuition, Erfahrungen, theoretisches Wissen und hypothetisch-deduktives Vorgehen verknüpft werden. Zugleich ist die Bereitschaft erforderlich, eigene Deutungen stets als unsicher zu bewerten und immer wieder aufs Neue zu überprüfen und anzupassen (Bensch, 2014). Wenngleich dem Erfahrungswissen eine herausragende Rolle im professionellen Handeln zugeschrieben wird, kann dieses nur auf der Grundlage theoretischen Wissens wirksam werden, das eine notwendige Rahmenbedingung

von professionellem Handeln darstellt. Friesacher betont in diesem Zusammenhang, dass trotzdem immer ein Rest an Unsicherheit und Nicht-Wissen bleibt, der für die pflegerische Handlungslogik geradezu als konstitutiv anzusehen ist und bezeichnet Pflegehandeln daher als „Arbeiten in Ungewissheit“ (ebd., S. 262). Besonders bedeutsam für den professionellen Habitus ist neben der Akzeptanz dieser Ungewissheit vor allem aber die Fähigkeit und Bereitschaft, die widersprüchlichen und Unsicherheit auslösenden Anforderungen professioneller Arbeit nicht nur zu ertragen, sondern aktiv auszubalancieren (Loos 2006).

Durch die vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass professionelles Pflegehandeln stets auch theoriegeleitet ist. Die Vermittlung von Theorie und Praxis gelingt jedoch nur, wenn ein professionstypischer Habitus hinsichtlich der Rezeption und Verwendung von wissenschaftlichem Wissen entwickelt wird, der die ganze Person und ihre berufliche Identität umfasst (Altrichter et al. 2005). Dies beginnt damit, dass die widersprüchliche Einheit von allgemeingültigen Regeln und hermeneutischem Fallbezug – von Behrens (2005) als unaufhebbarer Differenz zwischen interner und externer Evidence bezeichnet – als konstitutives Moment professionellen Handelns verinnerlicht und akzeptiert wird. So müssen professionell Pflegenden zwar über wissenschaftliches Regelwissen verfügen. Gleichzeitig muss jedoch klar sein, dass Standards, Leitlinien, Konzepte etc. – die ja im besten Fall Zusammenfassungen des aktuell bestehenden wissenschaftlichen Wissens sind – nicht die individuellen Ziele, Bedürfnisse und Empfindungen der Pflegeempfänger abbilden und daher nie die Pflegeentscheidung im Einzelfall vorgeben können (Behrens 2005).

Der spezifische Umgang mit Wissen als Voraussetzung für theoriegeleitetes Handeln setzt ein generelles Verständnis von Theorien als gedanklich entwickelte Annahmen über die Wirklichkeit voraus. Damit wird anerkannt, dass eine Theorie nie in der Lage ist, die Wirklichkeit in ihrer Komplexität und mit allen Strukturen abzubilden, sondern diese eher idealtypisch und stark vereinfacht beschreibt. Nicht zuletzt bedeutet das, dass eine einzige Theorie unzureichend für das Beschreiben der Pflegepraxis ist. Die Vielschichtigkeit von Pflegesituationen verlangt einen differenzierten Gebrauch unterschiedlicher Theorien, d.h., je nach Pflegephänomen, Patientenklientel, Altersgruppe, Lebenssituation, Einschränkungen, Bedürfnissen usw. wird entschieden, welche Theorie(n) zum Tragen kommt bzw. kommen (Moers und Schaeffer 2014).

Die Erwartung an Theoriewissen liegt also nicht in einer unmittelbaren Handlungsanweisung, sondern vielmehr in der Bereitstellung von Deutungsmöglichkeiten, mit denen die Praxis systematisch reflektiert, analysiert, beurteilt oder beschrieben werden kann (Kirkevold 2002). Dieser Denkweise ist gleichermaßen inhärent, dass die Übersetzung

von Wissen in Handeln immer eine aktive, nicht standardisierbare Eigenleistung erfordert und dass die Erweiterung der Basis methodisierter und explizit begründeter Problemlösungen wiederum eine Freistellung der Wissenschaft von ihrer unmittelbaren Praxisfunktion erfordert (Oevermann 2009). Vereinfacht gesagt hat der professionell Handelnde das dynamische Spannungsfeld von Theorie und Praxis geradezu als „normal“ und sogar positiv für die Weiterentwicklung von Pflegewissen und -praxis verinnerlicht (Arnold 2001) und ist in der Lage, dieses unter Zuhilfenahme eigener Deutungen und Erfahrungen sowie persönlichen Wissens in der beruflichen Praxis aufzulösen. Theoretisches Wissen wird als notwendige rationale Grundlage anerkannt, keinesfalls jedoch als rigide Handlungsregel. Im Paradigma der Evidence-basierten Pflege bedeutet dies, dass Nachweise in Form von Forschungsergebnissen nicht als absolut angesehen werden, sondern dass diese Ergebnisse als wertvoller Teil der Entscheidungsfindung geschätzt werden und gleichzeitig die Unsicherheit, die mit den Ergebnissen einhergeht, akzeptiert wird (Roes et al. 2013). Neben der fallgerechten Anwendung von Regelwissen im hermeneutisch basierten Arbeitsbündnis erfordert professionelles Pflegehandeln auch eine besondere Form der Beziehungsgestaltung, die nachfolgend beleuchtet wird.

2.3.3 Beziehungsgestaltung

Mischo-Kelling setzt als Grundvoraussetzung für die pflegerische Urteilsbildung und Entscheidungsfindung die Fähigkeit zur „Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen“ (Mischo-Kelling 2012, S. 339) voraus. Gerade diese Betroffenheit und Identifikation unterscheidet laut Oevermann (2009, S. 115) die professionelle Handlungspraxis vom Expertenhandeln, wie z.B. das des Ingenieurs. Der Ingenieur kann sein theoretisches Wissen auf ein technisches Problem anwenden, indem er deduktiv-nomologisch konkrete praktische Lösungen ableitet oder Erfindungen nachträglich theoretisch begründet. Im Gegensatz dazu wenden Pflegende ihr Wissen auf ein lebenspraktisches, ggf. existentielles Problem an, was automatisch die Lebenspraxis selbst in ihrer Autonomie und Würde in Frage stellt (Raven 2007). Auch für Friesacher liegt das originär Pflegerische in einer „an den Grundbedürfnissen ansetzende(n) Beziehungsarbeit in existentiellen, die Integrität bedrohenden Lebenssituationen“ (Friesacher 2008, S. 333). Friesacher spezifiziert die grundlegende Handlung und Einstellung in der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit dem Begriff der „Fürsorge“ (ebd., S. 301) und verweist damit auch auf die handlungsleitende Bedeutung ethischer Werturteile in der pflegerischen Beziehungsgestaltung.

Eine solche Beziehung setzt voraus, den Patienten in seiner Einzigartigkeit anzuerkennen, sprich als ganze Person, nicht nur mit seinen rollenförmig-spezifischen, sondern auch mit seinen diffus-familialen Personenanteilen (Raven 2009). Gemäß Schroeter soll hierzu „idealiter [...] die komplexe Lebenswelt, die objektive Lebenslage und die subjektive Lebensweise des Patienten eingeschätzt werden, um auf der Grundlage dieser umfänglichen Daten und Informationen einen angemessenen, bedarfsorientierten individuellen Versorgungsplan zu erstellen“ (Schroeter 2008, S. 68). Dieser Anspruch kann jedoch nur durch die größtmögliche personale Nähe der Pflegeperson eingelöst werden. Auf der anderen Seite muss diese die zur kritischen Analyse notwendige Distanz einhalten und Involviertheit vermeiden. Dies verweist auf die Dialektik von Nähe und Distanz als Kennzeichen der pflegerischen Beziehung. Gemäß Remmers löst diese Dialektik vor allem dann Probleme aus, „wenn sich der professionelle Rahmen helfender Beziehungen und der Privatbereich mit seinen eigenen Bedürftigkeiten und Interessen unentwirrbar vermengen“ (Remmers 2010, S. 44). Somit prägen aus Remmers Sicht Abgrenzung und Ausbalancieren, ohne jedoch in innere Teilnahmslosigkeit oder Entfremdung zu verfallen, den erforderlichen professionellen Habitus von Pflegenden. Mischo-Kelling (2012, S. 382) weist unter diesem Gesichtspunkt darauf hin, dass von Pflegenden in mehreren Richtungen und Beziehungen Grenzarbeit sowie Identifikationsarbeit zu leisten ist. Sie betont, dass Pflegende gerade hinsichtlich des Ziels, den Patienten bei seinen Lern- und Adaptationsprozessen unterstützen und im Verlauf der Beziehung situativ angemessene Rollen übernehmen zu können, dazu in der Lage sein müssen, zwischen den unterschiedlichen zwischenmenschlichen Beziehungsformen zu unterscheiden.

Zentral ist in diesem Zusammenhang das Bewusstsein über den Unterschied von professionellen und alltäglichen Beziehungen. Veit (2004, S. 146 ff.) führt hierzu aus, dass Alltagsbeziehungen von subjektiven Normen bestimmt werden, weshalb sie auf Gegenseitigkeit ausgerichtet sind und von momentanen Stimmungen beeinflusst werden. Professionelle Beziehungen sind hingegen von den Erwartungen an die Berufsrolle geprägt, zu denen die Berufsgruppe sich bekennt und deren Erfüllung sie gegenüber der Gesellschaft zugesagt hat. Damit werden persönliche Befindlichkeiten sowie Sympathie oder Antipathie gegenüber einem Patienten als Begründung für oder gegen die Aufnahme einer Beziehung ausgeschlossen. Mit der Übernahme einer professionellen Pflegerolle stehen also die Interessen des Patienten im Mittelpunkt und nicht mehr die eigenen. Trotzdem schließen professionelle Beziehungen Gefühle wie Vertrauen, Empathie oder Verständnis ein. Dadurch suggerieren sie alltägliche Nähe, ohne sie jedoch zu erfüllen. Dies zeigt sich auch daran, dass in Alltagsbeziehungen die Gefühle beider

Gesprächspartner gleichermaßen angesprochen werden können, während in einer professionellen Beziehung vor allem die Gefühle des Patienten zum Thema gemacht werden. Die Anforderung an die Pflegeperson besteht vielmehr darin, die eigenen Gefühle zu kontrollieren und zu regulieren, d.h. zwischen den Bedürfnissen des Patienten bzw. dem situativen Bedarf und den eigenen Grenzen, etwa dem eigenen Gefühl von Stimmigkeit, sensibel auszuwärtieren (Kumbruck 2010c). Des Weiteren zeigt Veit (2004) auf, dass die Interaktion in Alltagsbeziehungen häufig Selbstzweck ist, während sie in professionellen Beziehungen Mittel zum Zweck ist. Die Pflegenden verfolgen spezifische Ziele, die sie durch die entsprechende Art und Weise der Gestaltung der Interaktion erreichen. So z.B. wenn sie auf die Gefühle von Patienten einwirken, um Erleichterung zu verschaffen, zu trösten, Gelassenheit zu fördern, Sinn zu vermitteln, negative Gefühle der Patienten im Zusammenhang mit den sie erwartenden pflegerischen und medizinischen Interventionen zu kompensieren (Kumbruck 2010c).

Es wird deutlich, dass der pflegerischen Beziehungsgestaltung nicht nur eine persönliche zwischenmenschliche Bedeutung zukommt, sondern auch eine wesentliche therapeutische Komponente (Pohlmann 2006; McCormack und McCance 2010; Benner 2012). Die Pflege-Patienten-Beziehung gilt damit nicht nur als Voraussetzung für pflegerisches Handeln, sondern gleichzeitig als Inhalt von Pflege (Arndt 1997), in der die entsprechende Interaktionsform ein professionell einzusetzendes Arbeitsmittel darstellt.

Als weiteres konstitutives Moment der Beziehungspraxis soll die Wahrung bzw. Ermöglichung von Autonomie des Patienten beleuchtet werden. So zeigt Oevermann (2009, S. 117) auf, dass die erfolgreiche stellvertretende Krisenbewältigung zwangsläufig die Abhängigkeit des Klienten von der Expertise des Professionellen erhöht und zugleich festschreibt, wenn nicht gegengesteuert wird. Er weist darauf hin, dass deshalb gleichzeitig zur stellvertretenden Krisenbewältigung stets auch die größtmögliche und systematische Beteiligung des Klienten am Bewältigungsprozess – im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe – in den Blick genommen werden müsse.

Innerhalb einer personenzentrierten Pflegepraxis entfaltet sich dieses Prinzip als Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (McCormack und McCance 2010). Dieses ist zunächst durch ein Verständnis geprägt, das den Patienten nicht als Laien ansieht, der sich dem Expertenwissen möglichst widerspruchsfrei beugen muss, sondern als Experte seiner Bedürfnisse, Lebensbedingungen und -gewohnheiten, der genau dieses Wissen aktiv in den Entscheidungsprozess mit einbringt. Weiterhin sind Pflegeperson und Patient in diesem Konzept nicht nur gleichermaßen am Informationsfluss und an der Entscheidungsfindung beteiligt, sondern tragen auch beide gemäß ihrer Rolle Verantwortung für die Vereinbarung und Umsetzung der Entscheidung (Buchholz

et al. 2011). Die Merkmale der partizipativen Entscheidungsfindung finden sich auch bei Behrens und Langer (2010) im Kontext der Evidence-basierten Pflege wieder. Hier erfährt insbesondere der Aufbau interner Evidence Beachtung, ohne den eine professionelle pflegerische Entscheidung nicht möglich ist.

Neben dem grundlegenden „professionellen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis“ (Behrens 2005, S. 54) bedeutet die von Oevermann geforderte Hilfe zur Selbsthilfe auch, dass Pflegende den Pflegeempfänger so ausgewogen und verständlich über die Vor- und Nachteile angedachter Maßnahmen aufklären müssen, dass er überhaupt in der Lage ist, sich am Entscheidungsfindungsprozess aktiv zu beteiligen. Gerade hierfür ist der eben schon ausgeführte Rückgriff auf wissenschaftliches Wissen unabdingbar (Fechtelpeter und Meyer 2012; Köpke 2012). Die besondere Situation des Patienten, ökonomische Rahmenbedingungen (Friesacher 2008, S. 337 f.), systemimmanente Handlungszwänge (Stratmeyer 2002) sowie die asymmetrische Beziehung (Darmann 2000) machen jedoch als strukturelle Merkmale von Pflegehandeln eine kritische Betrachtung der Forderung nach Wahrung (vollständiger) Autonomie notwendig. Den Patienten trotz oder gerade wegen dieser Strukturmerkmale zur größtmöglichen Entscheidungsbeteiligung zu befähigen, ist beruflich Pflegenden aufgegeben. Sich dieser Verantwortung nicht zu entziehen, sondern bewusst und aktiv zu stellen, gehört daher ebenfalls zur professionellen Beziehungspraxis.

2.3.4 Zusammenfassung der theoretischen Vorannahmen

Im Gegensatz zur Medizin liegt der Fokus der Pflege auf dem *Kranksein* des Patienten und nicht auf dessen *Krankheit*. Professionelles Pflegehandeln ist demnach auf die Unterstützung des Patienten im Umgang mit Auswirkungen von Krankheit bzw. Therapie auf die Alltagsbewältigung ausgerichtet und ergänzt die Patientenversorgung durch eine eigenständige Dimension. Diese eindeutige Positionierung und Abgrenzung stellt die Voraussetzung zur Bestimmung des originär pflegerischen Handlungsraums dar, ohne die auch interprofessionelle Zusammenarbeit nicht gelingen kann.

Die pflegerische Handlungsstruktur ist hochgradig durch die widersprüchliche Einheit von Theorie und Praxis geprägt, die es im stellvertretenden Krisenhandeln aufzulösen gilt. Um fallbezogene Bewältigungsstrategien zu entwerfen, müssen wissenschaftliches Regelwissen, eigene Erfahrungen und implizites Wissen mit dem lebenspraktischen Wissen des Patienten verbunden werden. Damit geht die Unmöglichkeit einher, Pflegehandeln (vollkommen) zu standardisieren. „Handeln in Ungewissheit“ stellt daher ein zentrales Merkmal der pflegerischen Handlungspraxis dar.

Neben einer theoriegeleiteten, hermeneutisch basierten Handlungspraxis konstituiert

sich Pflege auch in einer besonderen Form der Beziehungsgestaltung, die sich deutlich von Alltagsbeziehungen abgrenzt. Die Gestaltung des professionellen Arbeitsbündnisses mit dem Patienten ist durch die Dialektik von Nähe und Distanz bestimmt, die ein ständiges Ausbalancieren seitens der Pflegeperson erfordert. Da der Beziehungsarbeit eine wesentliche therapeutische Komponente zukommt, wird sie zum Inhalt und Arbeitsmittel der Pflege. Nicht zuletzt erfordert die der professionellen Beziehung inhärente Asymmetrie eine Beziehungspraxis, in der die „Hilfe zur Selbsthilfe“ und Wahrung größtmöglicher Autonomie systematisch in das stellvertretende Bewältigungshandeln einbezogen werden müssen.

2.4 Forschungsbefunde zur Handlungslogik in der Pflege

Wie bereits ausgeführt, gestaltete sich die Literaturrecherche als iterativer Prozess, was eine kontinuierliche Anpassung der Suchbegriffe erforderte. Als geeignete Strategie für die Suche nach gegenstandsbezogenen Forschungsbefunden erwies sich eine mit der Suche im Schneeballsystem kombinierte Abfrage wissenschaftlicher Literaturdatenbanken. Recherchiert wurde in den Datenbanken *Medline* und *Cinahl*. Ebenfalls durchgeführt wurde eine Handsuche in den Zeitschriften *Pflege*, *Pflegewissenschaft*, *Pflege und Gesellschaft*, *Heilberufe Science*, *Pflegezeitschrift* und *Die Schwester/Der Pfleger*. Die Literaturverzeichnisse einschlägiger Studien wurden gesichtet und dort aufgeführte weitere maßgebende Quellen aufgenommen. Dabei stellte sich heraus, dass relevante Arbeiten vor allem in Form von Monographien vorliegen. Aus diesem Grund wurden die Datenbanken *Karlsruher Virtueller Katalog* und *Google Scholar* ebenfalls durchsucht. Folgende Überlegungen leiteten die Auswahl der Studien an:

Das Feld der Pflege lässt sich in verschiedene und nach jeweils eigenen Logiken verfahrenende Subfelder aufteilen (Hohm 2002, S. 158; Schroeter 2005). So unterscheiden sich z.B. Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege deutlich hinsichtlich der Berufstradition, der beruflichen Sozialisation und auch der Ausbildungsschwerpunkte (Eylmann 2015). Da sich kollektive Handlungsorientierungen generell milieuspezifisch ausbilden (Bohnsack 2010b), wurde der Fokus auf Studien der Krankenhauspflege gelegt. Aufgrund der international unterschiedlichen Entwicklung des Pflegeberufs wurden nur deutsche Untersuchungen berücksichtigt. Zudem wurden quantitative Erhebungen und nicht-rekonstruktive qualitative Untersuchungen (z.B. mit ausschließlich inhaltsanalytisch-zusammenfassenden Verfahren) außer Acht gelassen, da im Erkenntnisinteresse dieser Arbeit vor allem Sinnstrukturen bzw. implizite Bedeutungen stehen (zum Unterschied von offenen und rekonstruktiven Forschungsverfahren vgl. Bohnsack 2005).

Als Ergebnis der Recherche soll zunächst festgehalten werden, dass im Vergleich zur beachtlichen Anzahl an konzeptionellen Auseinandersetzungen mit der Logik der pflegerischen Handlungspraxis weitaus weniger Bemühungen zu deren empirischer Rekonstruktion zu verzeichnen sind (vgl. dazu auch Gerlach 2013, S. 47 ff.). Studien, in denen die Alltagspraxis der Akteure als Ausgangspunkt genommen wird, um Bewertungshaltungen hinsichtlich der Implementierung akademischer Berufsrollen zu analysieren, konnten nicht identifiziert werden. Allerdings wurden sieben Studien gefunden, die praxeologische Einblicke in das Handlungsfeld der Pflege geben. Die Ergebnisse der Untersuchungen (allesamt Dissertationen) sind zwar in anderen Erkenntniszusammenhängen entstanden. Sie erlauben jedoch Rückschlüsse auf das Selbstverständnis, das Handeln und die subjektive Wahrnehmung von Pflegenden und damit auf die gelebte Pflegepraxis. Die Untersuchungsergebnisse werden nachfolgend referiert und im Anschluss daran hinsichtlich ihrer Bedeutung für das eigene Erkenntnisinteresse diskutiert.

Die einzige Studie, die der Perspektive der praxeologischen Wissenssoziologie folgt, stellt die Forschung von *Gerlach (2013)* dar. Sie kann dem Strang der Professionalisierungsforschung zugeordnet werden und wendet sich vor dem Hintergrund der voranschreitenden Akademisierung der Frage zu, ob zwischenzeitlich von einer gemeinsamen professionellen Identität von Pflegeakademikern ausgegangen werden kann. Hierzu führt Gerlach sechs Gruppendiskussionen mit insgesamt 36 Pflegeakademikern aus den Arbeitsbereichen Management, Lehre und Wissenschaft durch. Mit Hilfe der dokumentarischen Methode rekonstruiert sie zwei Orientierungsrahmen mit gegensätzlichem Charakter, die sie begrifflich als traditionellen und akademischen Orientierungsrahmen fasst.

Den akademischen Orientierungsrahmen kennzeichnet ein gemeinsames Verständnis von guter Pflege, das die Wiederherstellung oder Erhaltung größtmöglicher Autonomie des Patienten, psychosoziale Betreuung sowie den Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegeprozess betont. Pflege wird in diesem Orientierungsrahmen in positiver Abgrenzung zur Medizin als eigenständiger Beitrag zum Versorgungsgeschehen begriffen. Darüber hinaus ist dem akademischen Orientierungsrahmen auch ein „wissenschaftliches“ (ebd., S. 208) Verständnis von theoriebasiertem Handeln eigen, so dass zum einen Theorien bewusst zur Reflexion, Analyse und Strukturierung von Pflegehandeln herangezogen werden und zum anderen die entsprechenden Theorien benannt werden können. Dieses Verständnis ist an eine Kritik der gegenwärtigen Praxis und der traditionellen Ausbildung gekoppelt. Der Mehrwert einer akademischen Ausbildung wird klar betont.

Im traditionellen Orientierungsrahmen findet sich hingegen kein gemeinsames Verständnis von guter Pflege. Eine allgemeine Definition wird verweigert mit der Begründung, dass die Frage nach guter Pflege nur subjektiv, sprich im konkreten Einzelfall beantwortet werden kann. Die fehlende Objektivierung guter Pflege ist unmittelbar mit der Unfähigkeit verbunden, den eigenständigen Beitrag zur Versorgung zu definieren. Zudem zeichnet sich der traditionelle Orientierungsrahmen durch die Abwehr jeglicher Kritik an der gegenwärtigen Praxis aus. Beispielsweise werden hemmende ökonomische Vorgaben selbst dann kritiklos hingenommen, wenn betriebswirtschaftliches Wissen vorhanden ist. Gerlach sieht dies als unmittelbare Folge der fehlenden Definition des eigenständigen Versorgungsbeitrags, ohne die eine pflegfachliche Kritik an Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Außerdem kommt bei den traditionell orientierten Pflegenden ein Verständnis von theoriebasiertem Handeln zum Tragen, das Gerlach als „handwerklich“ (ebd., S. 208) bezeichnet. Dieses ist von einer Auffassung geprägt, der zufolge jedes Pflegehandeln per se theoriebasiert sei, auch wenn die zugrundeliegende Theorie nicht benannt werden kann. So herrscht die Meinung vor, jeglichem Pflegehandeln lägen unbewusst Theorien zugrunde. Damit verbunden ist die Bewertung der traditionellen Ausbildung als ausreichend für die Befähigung zu theoriebasiertem Handeln sowie das Anzweifeln der Notwendigkeit einer akademischen Qualifizierung.

Auch wenn die Untersuchung nicht mit Absolventen eines klinisch ausgerichteten Bachelorstudiengangs durchgeführt wurde, ist sie für die eigene Fragestellung insofern interessant, als das Spannungsfeld zwischen akademischem Orientierungsrahmen und traditionellem Orientierungsrahmen zum Ausdruck kommt. Ebenfalls bedeutsam erscheint, dass eine akademische Ausbildung offenbar nicht automatisch zu einer professionellen Identität führt und dass damit – wie Gerlach betont – auch die Frage offen bleibt, welcher der beiden Orientierungsrahmen sich bei Pflegeakademikern künftig durchsetzen wird.

Die Analysen von *Dörge (2009b)* zielen in eine ähnliche Richtung. In ihrer Forschungsarbeit geht sie der Frage nach, inwieweit sich die von Oevermann beschriebene Strukturlogik professionellen Handelns in der Pflegerealität widerspiegelt. Angelehnt an die Grounded Theory-Methode erfolgt eine Sekundäranalyse des bereits vorliegenden Datenmaterials. Dabei handelt es sich um sieben Interviews von berufsschulisch ausgebildeten Pflegepersonen, die ambulant tätig sind und im Rahmen einer anderen Studie zum Unterstützungsbedarf chronisch kranker Menschen befragt wurden. Dörge ergänzt das Datenmaterial mit sechs weiteren, selbst durchgeführten Experteninterviews mit Pflegenden, die in stationären Einrichtungen tätig sind und über einen pfl-

gewissenschaftlichen Hintergrund verfügen.

Dörge identifiziert auf Basis ihres Datenmaterials zwei Handlungstypen: Typ 1) Handeln als Verrichtung und Typ 2) Handeln als Beziehung.

Typ 1 ist durch eine Orientierung an technisch-instrumentellen Verrichtungen gekennzeichnet, deren Durchführung stark an von außen vorgegebenen zeitlichen Fixpunkten wie z.B. festen Essenszeiten ausgerichtet wird. Obwohl die starren zeitlichen Strukturen die Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden einschränken, werden diese nicht hinterfragt bzw. auch ohne Notwendigkeit wie automatisiert aufrechterhalten. Situative Gestaltungsspielräume werden nicht erkannt und demzufolge auch nicht genutzt. Auffallend ist auch die massive Verwiesenheit des Handelns auf Regeln sowie die unreflektierte Reproduktion vertrauter Handlungsabläufe. Alternativen oder Abweichungen werden bei diesem Handlungstyp nicht in Erwägung gezogen. Dabei zeigt sich, dass die starren und durchaus beschränkenden Routinen des Tagesablaufs Orientierung und Handlungssicherheit für die Pflegenden bieten und damit auch als Entlastung empfunden werden. Als Orientierungs- und Begründungsfolie für die Pflegepraxis dienen im Handlungstyp 1 vorwiegend tradiertes und intuitives Wissen sowie subjektive Alltagstheorien. Der kritisch-reflektierten Nutzung fundierten theoretischen Pflegewissens wird hingegen nur eine äußerst geringe Wertschätzung beigemessen. Die Neigung zur unreflektierten Standardisierung spiegelt sich auch in der Beziehung zum Pflegebedürftigen wider. Dörge kommt zu dem Ergebnis, dass sich Pflege eher am und nicht mit dem Pflegebedürftigen gestaltet. Die diffuse Beziehungsgestaltung ist stark von Sympathie und Antipathie geprägt. Zudem wird dem Patienten eine vorwiegend unmündige und passive Rolle zugeschrieben – beispielsweise werden die Probleme des Patienten von der Pflegekraft definiert. Dabei steht eine medizinisch-pathogenetische Sichtweise im Vordergrund. Die Rollenbeziehung zwischen Arzt, Pflegekraft und Pflegebedürftigen kommt laut Dörge einem paternalistisch-autoritären Ein- und Unterordnungsverhältnis gleich.

Auch die Pflegenden, die dem Handlungstypus 2 zugeordnet werden können, nehmen extern gesetzte Restriktionen wahr und erleben diese als Belastung. Im Gegensatz zu der fatalistisch-resignativen Haltung der Kollegen des verrichtungsorientierten Handlungstypus engagieren sie sich jedoch, um verbleibende Handlungsspielräume nutzen und trotz einschränkender Rahmenbedingungen das Optimum für den Patienten erreichen zu können. Die Pflegenden des Handlungstypus 2 sehen den Patienten als Individuum, was sich in einer aktiven Beziehungsgestaltung und symmetrischen Aushandlungsprozessen zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem ausdrückt. Ihnen ist die widersprüchliche Einheit von Theorie und Praxis deutlich bewusst. Sie gestalten ihre Handlungen auf der Grundlage theoretisch fundierter Kenntnisse und abstrahieren die-

se jedoch soweit, dass sie diese mit der Lebenspraxis der Patienten übereinbringen können. Durch den reflektierten Transfer von Regelwissen auf den Einzelfall ist es den beziehungsorientierten Pflegenden möglich, unter Berücksichtigung der Besonderheit der Situation flexible Handlungsalternativen zu entwickeln und dem Pflegeempfänger dadurch bestmögliche Unterstützung bei der Problemlösung bzw. Krisenbewältigung zukommen zu lassen. Somit findet Pflege bei diesem Handlungstypus mit dem Patienten statt und nicht am Patienten. Trotz des Faktums der ärztlichen Weisungsgebundenheit in vielen Bereichen sehen die Pflegenden des Handlungstyps 2 ihre Aufgabe in der Zusammenarbeit mit den Ärzten nicht nur in der Rückmeldung von Problemen oder der bloßen Ausführung von Anordnungen, sondern hinterfragen diese aktiv und leiten argumentative Aushandlungsprozesse ein, deren Ziel es ist, die Belange des Patienten bestmöglich zu vertreten.

In ihrer Untersuchung stellt Dörge fest, dass Handlungstypus 2 zwar überproportional bei Pflegenden mit pflegewissenschaftlicher Qualifizierung zum Ausdruck kommt, eine akademische Qualifizierung alleine jedoch kein hinreichendes Kriterium für professionelles Handeln darstellt. Sie macht abschließend deutlich, dass professionelles Handeln in der Pflegepraxis nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist, eine derartige Handlungspraxis jedoch zum Zeitpunkt der Studie kein Alltagsphänomen darstellt.

Eine deutlich ältere Studie, ebenfalls aus dem Bereich der Professionalisierungsforschung, stellt die Arbeit von *Weidner (1995)* dar. Mit dem Ziel, aktuelle Stärken und Schwächen einer gesundheitsfördernden Praxis zu analysieren und Schlussfolgerungen für eine künftig professionalisierte Praxis abzuleiten, werden in dieser Arbeit handlungsleitende Kognitionen, Erfahrungen und Einstellungen von Pflegenden im Hinblick auf professions- und gesundheitsbezogene Themenstellungen rekonstruiert. Mittels eines vierphasigen Verfahrens zur typisierenden Generalisierung von Aussagen wertet er 20 leitfadengestützte Interviews von Pflegenden auf internistischen Abteilungen aus. Weidner ermittelt auf Grundlage ihrer detailreichen Analysen zentrale personal- und patientenorientierte Aspekte einer gesundheitsfördernden Pflegepraxis. Zu der personalbezogenen Seite zählen Belastungen und Bewältigungsweisen der Pflegenden, Kommunikations- und Interaktionsstrukturen im Team, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Wahrnehmung des Systems Krankenhaus. Die Perspektive der Patientenorientierung drückt sich in der Begegnung mit dem Patienten, in Begegnungen mit Bezugspersonen sowie in der Zusammenarbeit in formellen und informellen Institutionen des Gesundheitswesens aus.

Bezüglich der Belastungen der alltäglichen Pflegearbeit (Zeitdruck, Arbeitslast, Personalmangel) zeigt sich in den Interviews ein relativ homogenes Bild. Die Ursachenzu-

weisung ist hingegen vielschichtig und individuell. Die Bewältigungsweisen zeigen keine systemischen Ansätze und sind überwiegend individualisierender und defensiver Natur. So wird ein aktives Angehen häufig nicht erwogen bzw. für nicht erfolgreich gehalten, weil sich in den Augen der Pflegenden an den Rahmenbedingungen nichts ändert. Maßnahmen gegen die Belastungen sind dem Einzelnen überlassen. Kraftquellen ergeben sich vorwiegend aus gelungenen Arbeits- und privaten Beziehungen. Dieselben Muster prägen die Interaktions- und Kommunikationsstrukturen im Team. Auch hier wird die Bewältigung beruflicher und persönlicher Erfahrungen und Probleme nicht systematisch in Besprechungen integriert, sondern ist vielmehr abhängig von der Zufälligkeit personeller Konstellationen und organisatorischer Gegebenheiten.

Des Weiteren rekonstruiert Weidner als ambivalentes Strukturkennzeichen der Pflege deren zentrale Position bei gleichzeitigem marginalem Einfluss. Diese Ambivalenz kommt vor allem in der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Ausdruck. So wird die Bewertung der pflegerischen Arbeit durch die anderen Berufsgruppen von den Teilnehmern als überwiegend problematisch im Sinne von abwertend wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit den Ärzten nehmen Pflegende eine reaktive und weitgehend passive Rolle ein. Diese Zusammenarbeit wird unterschiedlich erlebt, wobei die Qualität der Kooperation nahezu ausschließlich an der Person und Einstellung des Arztes festgemacht wird. Bezüglich des Systems Krankenhaus dominiert die Wahrnehmung undurchsichtiger Strukturen, die sowohl Abläufe als auch Entscheidungen betreffen. Somit zeigt sich ein fragmentarisches Bild von der Institution Krankenhaus, das zu einer kritisch ablehnenden und resignativen Haltung führen kann. Ein ideales Krankenhaus wird überwiegend an arbeitsorganisatorischen und baulichen Veränderungen festgemacht.

Das pflegerische Selbstverständnis der Interviewten ist durch ein diffuses Bild von Pflege und durch die Beschreibung von pflegerischen Tätigkeitskatalogen bzw. Handlungsrezepten geprägt. Dabei zeigt sich eine betont mechanistische Haltung, die sich an Routineabläufen orientiert. Allerdings kommt im Selbstverständnis der Pflegenden auch die Bedeutung des persönlichen Verhältnisses zum Patienten zum Tragen. Der Begegnung mit dem Patienten wird im Gegensatz zu den vielen anderen anfallenden Tätigkeiten ein besonderer Stellenwert beigemessen. Dabei wird die „körperliche Begegnung“ (ebd., S. 301) von der „psycho-sozialen Begegnung“ (ebd., S. 304) unterschieden. In der körperlichen Begegnung dominiert eine technizistische Einstellung, in der körperliche Phänomene und die eher instrumentelle Durchführung körperbezogener Tätigkeiten im Vordergrund stehen. Die psychosoziale Begegnung bezieht sich hingegen auf die umfassende Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten. Diese soziale Begegnung geht deutlich über das zur Verrichtung körperbezogener Tätigkei-

ten notwendige Maß der Interaktion hinaus und integriert auch Menschen und Dinge, zu denen der Patient eine Beziehung hat. Implizit zeigt sich in den Interviews jedoch eine Betonung der körperlichen Aspekte der Begegnung. Zentrale Funktion in der Beziehung mit dem Patienten nimmt dessen Rückmeldung ein, zum einen als Symbol für den Erfolg des eigenen Handelns und zum anderen als zentrale Kraftquelle.

Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung mit dem Patienten fällt auf, dass Aspekte des Privat- und des Berufslebens miteinander vermengt werden. Diese Beziehung ist stark von aus dem Privatleben vertrauten Handlungsmustern wie z.B. Sympathie und Antipathie geprägt. Die professionelle Reflexion von Vertrauen, Nähe und Distanz fehlt weitgehend. Beispielsweise wird das Gespräch von den Pflegenden als wichtiges Medium zur Gestaltung der psychosozialen Beziehung eingestuft, in der Praxis findet es jedoch zufällig und beiläufig statt und wird auf destruktive Weise von Arbeitsroutinen unterbrochen.

Die Interviews lassen auf eine unregelmäßige, sporadische Zusammenarbeit mit externen formellen und informellen Institutionen schließen. Diese wird jedoch überwiegend als nicht notwendig angesehen. Der Einbezug von Bezugspersonen des Patienten gehört hingegen zur üblichen Handlungspraxis. Gründe hierfür stellen die eigene Arbeitsentlastung, die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen zwischen Patienten und Angehörigen sowie die Sicherung der Kontinuität der Pflege nach der Entlassung dar. Die Pflegenden leiten die Bezugspersonen hierzu an, beraten und leisten emotionale Unterstützung.

Weidner konstatiert zusammenfassend das Fehlen von Kompetenzen zur systematischen, kollektiven und organisatorischen Bewältigung von Belastung sowie zur professionellen Gestaltung von Beziehungen sowohl zum Patienten als auch zu anderen Berufsgruppen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass zu den Voraussetzungen einer gesundheitsfördernden Pflegepraxis vor allem Begründungs- und Entscheidungskompetenzen mit entsprechenden Spielräumen sowie soziale Kompetenzen gehören.

Obwohl oder gerade weil diese Arbeit über 20 Jahre alt ist, sind ihre Ergebnisse für die eigene Fragestellung aufschlussreich. Denn viele der in dieser Studie beschriebenen Phänomene lassen sich auch in den anderen hier dargestellten Arbeiten finden. Hieran wird deutlich ersichtlich, dass es sich bei diesen nicht um neue Denk- und Handlungsmuster handelt, sondern dass diese in der Pflegepraxis offenbar seit Jahrzehnten unverändert wirken.

Als dritte Arbeit aus dem Kontext der Professionalisierung soll die Studie von Veit (2004) vorgestellt werden, die auf das professionelle Handeln von Pflegenden insbesondere hinsichtlich der Beziehungsgestaltung und fallgerechten Anwendung von Pfl-

maßnahmen fokussiert. Im Gegensatz zu den beiden anderen Studien ermittelt Veit jedoch die Sichtweise der Patienten. Aus der Auswertung von 20 narrativen Patienteninterviews ergibt sich ein Bild der pflegerischen Handlungspraxis, das sich durch die Sicherheit der Pflegenden in den pflegetechnischen Standards und Unsicherheit in der Patientenorientierung auszeichnet.

Es wird deutlich, dass sich Pflegekräfte in ihrem fachlichen Wissen sicher sind, über handwerklich-technische Fähigkeiten verfügen und Pflegehandlungen sicher und gekonnt ausführen. Gleichzeitig erhalten die Patienten trotz der großen fachlichen Sicherheit nicht immer die Pflege, die sie sich wünschen bzw. erwarten. Dabei zeigen sich der Glaube der Pflegenden an absolute Standards und Regeln sowie große Stabilität und Starrheit in der Anwendung derselben. Das Nichtabweichen von erlernten Schemata hat zur Folge, dass ein Arbeitsbündnis, in dem individuelle Aushandlungsprozesse auf Basis von Fallverstehen zum Tragen kommen, in der Regel nicht initiiert wird. Stattdessen entscheiden Pflegende sehr individuell, ob, wann und mit welchem Patienten sie eine Pflegebeziehung aufnehmen und wie sie diese gestalten. Insgesamt erleben Patienten hier eine sehr große und personenabhängige Bandbreite in der Gestaltung der Pflegebeziehung. Die Unsicherheit in der Patientenorientierung beinhaltet auch den unsicheren Umgang mit Nähe und Distanz. Entweder engagieren sich Pflegende aus dieser fehlenden Professionalität heraus emotional zu stark oder sie vermeiden den gefühlsmäßigen Kontakt mit Patienten. Daraus folgt, dass Patienten sich sehr stark auf einzelne Pflegekräfte fixieren. Veit stellt fest, dass die Pflegenden aufgrund ihres unzureichenden Rollenverständnisses sowie der Unkenntnis professioneller Strategien der Beziehungsgestaltung häufig auf Alltagsstrategien zurückgreifen, und macht deutlich, dass diese zur Gestaltung einer professionellen Pflegebeziehung ungeeignet sind. Ebenso hebt sie die fehlende hermeneutische Kompetenz hervor, ohne die eine sinnvolle Abwandlung erlernter Schemata auf den individuellen Patienten nicht möglich ist.

Neben der Erkenntnis, dass wichtige Voraussetzungen für professionelles Handeln offenbar noch nicht erfüllt sind, gibt die Studie von Veit Aufschluss über verschiedene Merkmale der Handlungspraxis von Pflegenden. Aufgrund der fehlenden eindeutigen metatheoretischen Verankerung des Analyseverfahrens wird jedoch nicht klar, ob ihre Untersuchung auf die Rekonstruktion fallspezifischer Sinnstrukturen oder die vom Fall abgelöste Struktur der Praxis abzielt¹⁵. Da im Gegensatz zu den anderen Studien die

¹⁵ Nicht alle rekonstruktiven Verfahren vermögen die Unterscheidung des subjektiven Sinns von der Struktur der Praxis (Bohnsack 2005). Hier gewinnen vor allem wissenssoziologisch fundierte Verfahren an Bedeutung, da diese auf die Explikation des konjunktiven und damit milieuspezifisch gebundenen kollektiven Wissens abzielen (vgl. Kapitel 3.3). Während auch die Grounded Theory als in „allen Stadien und auf allen Ebenen des Forschungsprozesses operierende Vergleichsgruppenbildung“ (Bohnsack 2013c, S. 251)

Sicht der Patienten erhoben wurde, ermöglichen die Ergebnisse im Sinne der Triangulation von Perspektiven jedoch ein reichhaltigeres Bild der empirischen Realität (Flick 2011b).

Einen etwas anderen Zugang wählt *Arnold (2008)* in ihrer ethnographischen Studie zur sozialen Realität der Krankenhauspflege. Sie wendet sich den Fragen zu, warum Pflegende so handeln, denken und empfinden, wie sie es tun, welche subjektive Definition von Professionalität sie haben und welche Relevanz dabei das Geschlecht hat. Die Daten wurden auf einer neurologischen und einer internistischen Station eines Krankenhauses der Maximalversorgung mittels teilnehmender Beobachtung und leitfadengestützter Interviews erhoben und in Anlehnung an die Methodik der Grounded Theory ausgewertet. Das Ergebnis beschreibt, in welcher Weise sich die historisch konstituierte Hausarbeitsnähe der Pflege im Habitus der Pflegenden widerspiegelt und welche Bedeutung dieser für die Umsetzung und die Inhalte professioneller zugewandter Pflege hat.

So rekonstruiert Arnold einen Habitus, der nicht – wie von ihr vor dem Hintergrund des Einflusses christlicher Werte auf die Entwicklung des Pflegeberufs vermutet – von der Aufopferung für das Wohl der Patienten geprägt ist, sondern von Tüchtigkeit. Dieser Habitus ist dadurch gekennzeichnet, dass es vor allem gilt, gegenüber Kollegen Rechenschaft abzulegen. Die pflegerische Handlungspraxis ist hochgradig von der Anforderung geprägt, die Arbeit bis zum Ende der Schicht zu „schaffen“. Werden Arbeiten nicht „geschafft“ und für die nachfolgenden Kollegen liegen gelassen, kommt es zu Schuldgefühlen. Dabei zeigt sich, dass nicht alles, was Pflegende tun, als Arbeit gilt, sondern nur materiell sichtbare hausarbeitsähnliche Tätigkeiten. Hierzu gehören in erster Linie körpernahe direkte Pfl egetätigkeiten, patientenferne hauswirtschaftliche Aufgaben sowie indirekte oder direkte Dienstleistungen für die Ärzte. Diese „Arbeit“ wird unterschieden von „etwas für den Patienten tun“, also Zuwendung und Gespräche mit Patienten, die jedoch nicht als Arbeit gelten. Dies führt Arnold darauf zurück, dass in der Pflege hausarbeitsnahe Arbeiten beruflich ausgeübt werden, die prinzipiell innerhalb beruflicher Sphären eher fremd sind, nicht zuletzt deshalb, weil Zuwendung zeitlich schwer vorausplanbar und in Abläufe einzutakten ist. In dieser Logik kann Zuwendung als unsichtbare Arbeit auch nicht „liegen bleiben“ im Gegensatz zu „handfesten“, sprich sichtbaren Arbeiten. Folglich werden bei großem Arbeitsdruck vor allem Abstriche bei der Zuwendung gemacht, um mit der Arbeit „fertig zu werden“. Arnold

fallübergreifende Abstraktionen ermöglicht, stellen andere rekonstruktive Verfahren wie z.B. die objektive Hermeneutik die fallspezifische Besonderheit in den Mittelpunkt der Analyse und setzen damit das eigene Wissen um das Typische eher implizit voraus, als dass sie dieses explizieren (ebd.).

stellt fest, dass Pflegende im Arbeitsalltag zwar permanent Zuwendung leisten, sie diese aber nicht als Arbeit auffassen. Der von Arnold beschriebene „quasi-private Charakter der Zuwendung“ (ebd., S. 557) kann beispielsweise daran festgemacht werden, dass diese Art von Leistung nicht dokumentiert wird oder nicht bei Personalbemessungen zum Tragen kommt.

Als weiteres zentrales Phänomen rekonstruiert Arnold den Zeitdruck, der im Habitus der Pflegenden verkörpert ist. So ist Zeitdruck für Pflegende zum einen körperlich spürbar (z.B., wenn Patienten beim Essenreichen viel Zeit benötigen; in diesem Fall verspüren Pflegende Unruhe und müssen Kraft aufwenden, um ruhig sitzen bleiben zu können und zwischenzeitlich nichts anderes zu tun), zum anderen drücken sie diesen auch körperlich aus (z.B. wenn Pflegende sich bewusst zum Patienten setzen, um einen Kontrast zur Körperhaltung bei der „Arbeit“ herzustellen und damit deutlich zu machen, dass sie sich Zeit nehmen). Stark damit verbunden ist eine implizite Werthaltung, in der eine sitzende Körperhaltung oder das Dastehen und Zuhören mit „Nichtstun“ (ähnlich der Situation bei der Visite) gleichgesetzt werden. So macht Arnold deutlich, dass gerade die Pflegeprozessmethode dem Habitus der Pflegenden widerspricht. Die sitzende und schreibende Tätigkeit, die z.B. mit der Pflegeanamnese oder der Planung verbunden ist, steht dem „tätigen Habitus“ (ebd., S. 559) der Pflegenden entgegen.

Sich Zeit und Ruhe nehmen zu können zeigt sich in der Studie als wesentliche Voraussetzung für die Leistung von Zuwendung. Arnold betont auf Basis ihrer Ergebnisse, dass Zeit haben bzw. nicht haben keine unumstößliche Aussage sei. Während sich manche Pflegende in der Studie Zeit nähmen, sprächen andere davon, keine Zeit zu haben. Ungeachtet dessen, dass die Möglichkeit, sich Zeit nehmen zu können, von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird, kommt Arnold zu dem Schluss, dass keine Zeit zu haben stets auch eine implizite Prioritätensetzung der Pflegeakteure selbst darstellt. Für Arnold ist der Zeitdruck, den die Pflegenden körperlich zu spüren bekommen, wenn sie Zuwendung geben und ihre „Arbeit“ bewusst hintanstellen, das Produkt der historischen Konstitution von Pflege als hausarbeitsnaher Frauenarbeit und deren Abwertung gegenüber medizinischen Arbeiten. So ist das Pflege-Medizin-Verhältnis trotz freundschaftlich geprägter Zusammenarbeit und klar definierter Aufgabenbereiche durch die prinzipielle Unterordnung der Pflegeleistungen unter die Leistungen der Medizin und die Abhängigkeit pflegerischer Arbeiten von medizinischen Anordnungen gekennzeichnet.

Auch *Stiller (2005)* bedient sich ethnographischer Methoden, um die subjektive Sichtweise von Pflegenden einer neurologischen Abteilung auf ihre Praxis zu ermitteln. Konkret geht es ihr um das Verständnis des eigenständigen Beitrags zur Verbesserung

des Gesundheitszustandes des Patienten. Mit Hilfe unterschiedlicher Verfahren analysiert die Forscherin teilnehmende Beobachtungen, schriftlich verfasste Pflegeszenen sowie Daten aus Pflegedokumentationen, um auf diese Weise Zugang zu informellen Normen, Werten und Strategien der Gruppe zu bekommen.

Im Material zeigt sich, dass die Pflegenden ihre Arbeit vorrangig als Zuarbeit für die Medizin und andere angrenzende Berufsgruppen definieren. Hierbei herrscht ein Verständnis von Pflegearbeit als praktisches, jedoch unspezifisches Ergänzungshandeln zur eigentlich heilsamen Medizin vor. Eine Wahrnehmung der eigenen Pflegeleistung und damit des eigenen Erfolgs fehlt. Stiller macht deutlich, dass durch dieses Verständnis das traditionelle Bild von Aufopferung und Fremdbestimmung aufrechterhalten wird. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass die Pflegenden ihre unzureichende Kompetenz, Pflege als eigene Leistung zu definieren, nur sehr bedingt als professionsbezogene Schwäche rahmen.

Einige der Pflegenden sind durchaus dazu in der Lage, Pflegemaßnahmen, mit denen sie die Gesundung des Patienten beeinflussen wollen, zu formulieren. Allerdings sind sich alle Beteiligten einig, dass im bestehenden System keine Möglichkeiten für die Umsetzung eigenständiger Pflegeziele gegeben sind. Verantwortlich hierfür wird die Machtstellung der Medizin gemacht und ausdrücklich beklagt. So zeigt sich hinsichtlich der Verantwortungsübernahme und Mitbestimmung bei medizinischen Entscheidungen ein ähnliches Bild: obwohl dieser Wunsch bei manchen Pflegenden vorhanden ist, wird ein Einfluss auf diese Entscheidungen generell als unmöglich entworfen, wodurch sich das Gefühl der Fremdbestimmtheit verfestigt. So wird beispielsweise auch das erfolgreiche Vertreten von pflegerischen Zielen, die nicht mit den ärztlichen übereinstimmen, hochgradig vom individuellen Geschick der Pflegenden abhängig gemacht.

Medizinische Aufgaben werden unabhängig davon, ob sie direkt für den Patienten oder unmittelbar für die Ärzte erbracht werden, generell als Dienstleistung für die Medizin gesehen. Stiller führt als Folge aus, dass pflegerische Leistungen, die im Rahmen medizinischer Tätigkeiten erbracht werden (könnten), nicht wahrgenommen werden. Ebenfalls unsichtbar bleibt die zentrale Funktion, die Pflegenden in der Sicherstellung reibungsloser Abläufe einnehmen. Obwohl das häufig spontane Ausbalancieren von Schwächen der Organisation mit einem Gefühl des „Lückenbüßers“ bzw. des „Mädchen[s] für alles“ (ebd., S. 138) einhergeht, gleichen die Pflegenden diese Unwägbarkeiten mehr oder weniger lautlos klagend aus. Ähnlich dem Unvermögen, Pflege als eigene Leistung zu definieren, wird auch die mangelnde Klärung von pflegerischen Zuständigkeiten nicht als Schwäche der eigenen Profession erkannt, sondern hierarchischen und strukturellen Rahmenbedingungen zugeschrieben.

Als weiteres Ergebnis rekonstruiert Stiller ein Prozessverständnis, das den idealtypi-

schen Regelkreislauf des Pflegeprozesses als Bewertungskriterium ansetzt. Ein solches Prozessverständnis verstellt den Blick auf erreichte Teilziele als eigene Leistung und erschwert den in Pflegesituationen erforderlichen professionellen Umgang mit Ungewissheiten bzw. der Nichtstandardisierbarkeit von Maßnahmen.

Ein letzter Aspekt der Studie betrifft die Beziehung zum Patienten. Als wesentlicher Aspekt in der pflegerischen Beziehungsgestaltung zeigt sich Gefühlsarbeit, die vor allem durch die positive Rückmeldung der Patienten zur Arbeits- und Berufszufriedenheit beiträgt. Gleichzeitig fällt auf, dass die Gefühlsarbeit nicht als solche definiert und damit auch nicht als eigene pflegerische Leistung definiert werden kann. So liegt die Gefühlsarbeit, die Pflegenden dem Patienten zukommen lassen, im eigenen Ermessen. Ein Verständnis darüber, was professionelle Beziehungsarbeit ausmacht, fehlt laut Stiller jedoch. Diese Unsicherheit lässt sich auch im Umgang mit Nähe und Distanz erkennen – Stiller beschreibt hier ein Ausbalancieren von Zuwendung und massiven Abwehrreaktionen.

Die Studie von Stiller zeigt auf, dass die Pflegenden die eigenen Leistungen nicht deklarieren und ihre Arbeit daher nicht mit Stolz verbinden können. Stattdessen wird eine Haltung der Resignation im Sinne einer selbstattribuierten „Opferrolle“ (ebd., S. 130) deutlich. Stiller zeigt auf, dass sich Pflegenden mit ihrer „Selbstdefinition als fremdbestimmt“ (ebd.) die Chance vergeben, disziplinen- und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Lösung praktischer Probleme heranzuziehen sowie ihre „internalisierte Opferrolle“ (ebd.) zu überwinden. Als praktische Konsequenz der fehlenden Definition des eigenständigen Beitrags zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten ergibt sich, dass Patientenprobleme nicht interprofessionell bearbeitet werden. Stiller vermutet, dass die eigenen Kompetenzen auch bewusst geheim gehalten werden und Leistungen (wie z.B. bei der Gefühlsarbeit) nicht nach außen sichtbar gemacht werden bzw. nicht sichtbar gemacht werden sollen. Die Forscherin sieht dies als eine unbewusste Strategie der Pflegenden, die verbliebene Kontrolle und Selbstbestimmung zu wahren, nämlich über Leistungen, die sie außerhalb der routinemäßigen Versorgung erbringen. Denn würden diese transparent, könnten sie als taxierbare Aktivitäten eingefordert und verhandelt werden.

Als letzte Arbeit wird die Studie von *Evers (2012)* vorgestellt. Diese Untersuchung ist im Kontext der Bildungsforschung entstanden und bietet Befunde zur Handlungspraxis in der gerontopsychiatrischen Pflege. In seiner Arbeit verfolgt Evers eine empirisch gestützte Curriculumsentwicklung in der pflegeberuflichen Bildung. Hierzu führt er u.a. sechs Gruppendiskussionen mit insgesamt 68 in der gerontopsychiatrischen Pflege tätigen Personen durch. Anhand des Forschungsansatzes der Grounded Theory arbei-

tet er bedeutsame Arbeitssituationen heraus, die in der gerontopsychiatrischen Praxis aus Sicht der Diskussionsteilnehmenden bewältigt werden müssen. Auf dieser Basis rekonstruiert er als Schlüsselproblem in der gerontopsychiatrischen Pflege „die besondere Ausprägung der Ungewissheit im Handeln“ (ebd., S. 219).

Die besondere Herausforderung bzw. Belastung in der gerontopsychiatrischen Pflege entsteht zum einen dadurch, dass die Pflegenden die Bedürfnisse des Patienten aufgreifen sollen, jedoch eigentlich nicht genau wissen, wie sie ihm helfen können. Zum anderen können die Pflegenden aufgrund des instabilen Verhaltens der psychisch veränderten Pflegeempfänger nie sicher sein, wie sich Arbeitsabläufe und -organisation gestalten und wie diese zu planen sind. Um ihr professionelles Handeln unter diesen Bedingungen zu gestalten, nutzen die Pflegenden unterschiedliche Handlungsstrategien, die in zwei Extrempunkten ihren Ausdruck finden: Zum einen Wissbegier, Offenheit und Kreativität; diese Ausprägung ist stark mit dem Interesse an einer einfallsreichen und am Menschen ausgerichteten Pflege verbunden. Und zum anderen Gleichgültigkeit und Restriktion; hier steht vor allem das Interesse im Vordergrund, die Arbeit trotz hoher Belastung im Sinne von Mindestvorgaben bewältigen zu können.

Bei der Ausrichtung des pflegerischen Handelns in Richtung Wissbegier, Offenheit und Kreativität zeigt sich eine fragende und forschende Haltung gegenüber dem Patienten und z.B. den Gründen für sein Verhalten, ein fortlaufendes Experimentieren, um die passenden Handlungsoptionen herauszufinden sowie eine aktive und kooperative Problemlösung, bei der die Zusammenarbeit im Team eine große Rolle spielt. In der direkten Interaktion mit dem Patienten zeichnet sich diese Ausrichtung durch eine Sichtweise aus, bei der die eigenen Aufgaben in der Ermöglichung von Orientierung, Struktur und Normalität für den Patienten, im Beaufsichtigen und Beschützen der psychisch veränderten Menschen und der Aufrechterhaltung des aktuellen Stands sowie Anerkennung kleinster Fortschritte gesehen werden. Diesen Handlungsweisen liegt zudem eine Orientierung zugrunde, die sich durch Wertschätzung und Respekt gegenüber dem Patienten, durch die Betonung von Verständnis und Einfühlungsvermögen sowie durch eine flexible Arbeitsgestaltung auszeichnet.

Die Ausrichtung an Gleichgültigkeit und Restriktion ist hingegen von einer Haltung gekennzeichnet, in der belastende bzw. unbefriedigende Situationen als gegeben hingenommen werden. Erkennbare Missstände werden bzw. sollen nicht angesprochen werden; Schwierigkeiten werden eher verdrängt. Es besteht eine Haltung gegenüber dem Patienten, in der dieser in geringerem Maße als eigenständige Person wahrgenommen wird, was u.a. dazu führt, dass dessen Wille teilweise ignoriert oder sogar gegen seinen Willen gehandelt wird. Darüber hinaus zeigt sich als Handlungsoption in der direkten Auseinandersetzung mit dem Pflegeempfänger der Missbrauch der eige-

nen Machtposition, so z.B. die Androhung von Sanktionen bis hin zur Ausübung von Gewalt, um das vermeintlich Notwendige zu erreichen. In Ergänzung hierzu lässt sich auch das medikamentöse Ruhigstellen als Handlungspraxis erkennen. Ebenfalls in Verbindung mit der gleichgültigen und restriktiven Ausrichtung steht eine starre, unflexible Arbeitsgestaltung.

Mit einer dritten Handlungsstrategie, die sozusagen quer zu den anderen beiden Handlungsausrichtungen liegt, versuchen Pflegende diese beiden ambivalenten Handlungspole in der Balance zu halten. Diese Strategie liegt vor allem in einem (oftmals vergeblichen) Versuch einer Kompromisslösung oder darin, einen Spagat zwischen dem Ideal und dem tatsächlich Realisierbaren hinzubekommen, so z.B. zwischen einer individuell ausgerichteten und situationsorientierten Pflege und der geforderten Mindestanzahl von Patienten, die in einem bestimmten Zeitraum versorgt werden müssen.

Evers geht davon aus, dass sich die Praxis der gerontopsychiatrischen Pflege innerhalb dieser beiden Ausprägungen abspielt und dass sich in jeder Einrichtung (unterschiedlich hohe) Anteile aus beiden Richtungen finden lassen. Anhand der Daten zeichnet sich für ihn jedoch ab, dass in der Praxis oftmals eine eher in die eine oder andere Richtung weisende grundlegende Tendenz vorliegt.

Verbunden mit der besonderen Ungewissheit und den darauf bezogenen ambivalenten Handlungsstrategien sind unterschiedliche Konsequenzen. Im Erleben der Pflegenden löst dieses Phänomen vorrangig negative Gefühle aus. Evers beschreibt hier Zwiespalt, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Versagensängste, Resignation, Überforderung, Druck und Belastung. Als weitere Konsequenz wird sichtbar, dass die Pflegenden danach streben, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. Je nach Handlungsausrichtung versuchen sie, eher die Anforderung einer am Menschen orientierten Pflege oder andere Anforderungen zu erfüllen, wie z.B. den Erwartungen anderer Akteure oder institutionellen Vorgaben und Abläufen Rechnung zu tragen.

Fazit

Die vorgestellten Untersuchungen ermöglichen einen facettenreichen Einblick in die pflegerische Handlungspraxis. Allen Studien gemein ist die Diskrepanz zwischen den normativen Zielstellungen einer professionellen Handlungslogik und gegenwärtigen Handlungspraktiken. Einige Ambivalenzen scheinen sich wie ein roter Faden durch alle Studien zu ziehen und geben damit Hinweise auf die kollektive Dimension der Handlungspraxis. Stark zusammengefasst unterstreichen die Studienergebnisse folgende

empirisch belegte Ausdrucksformen pflegerischen Handelns¹⁶:

- die Orientierungslosigkeit hinsichtlich der eigenständigen pflegerischen Perspektive bzw. des eigenen Beitrags zum Versorgungsgeschehen
- die Betonung und Festschreibung der eigenen Fremdbestimmung und Opferrolle, die der Suche nach und der aktiven Gestaltung von Handlungsspielräumen entgegensteht
- die unreflektierte Standardisierung des Handelns sowie die Vernachlässigung der Individualität und Kontextgebundenheit von Pflegesituationen
- das Unvermögen zur interprofessionellen Zusammenarbeit
- die besondere Bedeutung der Beziehung zum Patienten bei gleichzeitigem Unvermögen, diese professionell zu gestalten
- die fehlende reflektierte Bezugnahme auf theoretisches Wissen
- Zeitdruck als inhärenten Bestandteil der Pflegepraxis

Diese in einem ambivalenten Verhältnis zu den normativen Zielsetzungen stehenden empirisch belegten Ausdrucksformen zeigen eindrücklich, dass Common-Sense-Theorien nicht ausreichen, um sich der Eigenlogik des Pflegehandelns zu nähern. Ob und in welcher Weise diese Diskrepanzen für die Akzeptanz von akademischen Berufsrollen und damit auch für deren Implementierung eine Rolle spielen, ist bislang ungeklärt. Eine wissenssoziologische Analyse von Bewertungshaltungen bietet die Chance, Konflikte zwischen dem intendierten professionellen Handeln der Pflegeakademiker und gegenwärtigen Handlungsorientierungen zu durchdringen und an die dahinterliegenden Sinnkonstruktionen zu gelangen. Die konzeptionelle Annäherung an die professionelle Handlungslogik, wie sie im vorangegangenen Kapitel entfaltet wurde, bietet hierfür einen theoretischen Rahmen. Der Gewinn der praxeologischen Perspektive liegt vor allem darin, dass Akzeptanzprobleme oder Widerstände von der Ebene des Individuums abgelöst werden und sich dadurch Spannungsfelder erkennen lassen, die sich aus der Logik der Praxis ergeben. Diese Erkenntnisse sind z.B. dann hilfreich, wenn akademische Rollen untergraben werden oder ihr Potential nicht in vollem Umfang zur Entfaltung kommt, obwohl explizit Offenheit und Akzeptanz gegenüber den neuen Kollegen geäußert wird.

¹⁶ Vor dem Hintergrund der eigenen Konstruktionen werden die referierten Ergebnisse ausführlicher in Kapitel 5 diskutiert.

3 Methodischer Zugang und Forschungspraxis

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Methoden begründet und in ihrer Umsetzung beschrieben. Ausgehend von der nun zu konkretisierenden Fragestellung wird zuerst auf das Forschungsdesign eingegangen. Danach erfolgt eine Einführung in die Grundprinzipien der Gruppendiskussion und der dokumentarischen Methode, um im Anschluss daran die der Arbeit zugrunde gelegten Qualitätsstandards und ethische Prinzipien zu beschreiben. Ausgehend hiervon wird im letzten Abschnitt das eigene forschungspraktische Vorgehen vorgestellt und beispielhaft verdeutlicht.

3.1 Forschungsziele und Fragestellung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln hergeleitet, besteht die Annahme dieser Arbeit darin, dass das alltagspraktische Wissen der gegenwärtigen Akteure für die gelingende Implementierung akademischer Berufsrollen eine wichtige Rolle spielt. Studien, in denen Bewertungshaltungen gegenüber diesem Vorhaben aus praxeologischer Sicht beleuchtet werden, fehlen bislang. Diese Art von Erkenntnis wäre jedoch hilfreich, um etwaige Akzeptanzprobleme nicht nur aufzuzeigen, sondern in ihrer Verflechtung mit habituellen Momenten verstehen zu können. Hinzu kommt, dass unter den verschiedenen Akteuren in der Regel auch unterschiedliche Orientierungen vorliegen (Vogd 2011, S. 150) und es daher wichtig erscheint, die Orientierungen der Pflegepraktiker selbst zu erfassen. Bisher wurden überwiegend andere Personengruppen (Leitungspersonen, Personalverantwortliche, Lehrende oder auch Studierende) zu ihren Vermutungen und Wahrnehmungen *über* die Sichtweise von Pflegepraktikern befragt.

Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Forschungsziele konkretisieren. Die Arbeit zielt auf:

1. Die empirische Rekonstruktion zu folgenden Fragen:
Welche Vorstellungen und Erwartungen (Erwartungshorizonte) lassen sich in der Gruppe der Pflegepraktiker hinsichtlich der bevorstehenden Integration akademischer Berufsrollen finden? Auf welche kollektiven Orientierungen verweisen die Erwartungshorizonte? Welche negativen Bewertungsprozesse entstehen aus der Diskrepanz zwischen Erwartungshorizonten und der Logik der Praxis?
2. Die systematische Einordnung und Diskussion der empirischen Ergebnisse vor dem Hintergrund der referierten gegenstandsbezogenen Studien und weiterer relevanter Erkenntnisse auf diesem Gebiet.
3. Die Diskussion der rekonstruierten Bewertungslogiken hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung für die Integration akademischer Berufsrollen.

3.2 Wahl des Designs

Um die Forschungsfrage zu beantworten, ist ein qualitativer Ansatz erforderlich, da dieser zum einen auf das verstehende Erschließen der subjektiven Wahrnehmung der Befragten und zum anderen auf das Entwickeln von Hypothesen zu einem bisher wenig bekannten Phänomen abzielt (Lamnek 2005, S. 75 ff.). Die Vorannahme, dass Werthaltungen implizit in die Handlungspraxis der Akteure eingelagert und eher nicht auf der Ebene theoretisierender Diskurse der Akteure über ihre Praxis zu finden sind (Vogd 2009a, S. 36), spricht für eine Methode, die nicht nur Zugang zum reflexiven theoretischen Wissen, sondern auch zu kollektiven Routinen und Orientierungen der Berufsgruppe erlaubt. Unter den qualitativen Methoden kommen hierfür nur rekonstruktive Verfahren in Frage (Bohnsack 2010a), „welche von ihrer methodologischen Anlage her auf Latenzen zielen, also über das Erheben und die Kartierung von Inhalten hinausgehen“ (Vogd 2009a, S. 33). Um berufsgruppenspezifisches Orientierungswissen und habituell verankerte Werthaltungen herauszuarbeiten, bietet sich ein praxeologischer Zugang an, der mit der Gruppendiskussion als Erhebungsmethode und der dokumentarischen Methode als Auswertungsverfahren Umsetzung findet (Bohnsack et al. 2006, S. 7; Vogd 2009b, S. 46). Welche forschungspraktischen Prinzipien bei diesen Verfahren zu berücksichtigen sind und wie sich die Datenerhebung und -auswertung konkret gestaltet, wird nachfolgend skizziert.

3.3 Methodische Grundlagen

3.3.1 Das Gruppendiskussionsverfahren als Erhebungsmethode

Das Gruppendiskussionsverfahren in der dokumentarischen Methode ist von denjenigen Gruppenverfahren abzugrenzen, in denen das Individuum Ausgangspunkt der Untersuchung bleibt und das Gruppensetting vorwiegend aus ökonomischen Gründen gewählt wird (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 101 f.). In der dokumentarischen Methode zielt das Gruppendiskussionsverfahren auf die Rekonstruktion kollektiver Wissensbestände bzw. Orientierungen ab. Bohnsack (2010b, S. 103) knüpft bei der Entwicklung des Verfahrens an Mangolds Konzept der Gruppenmeinung an. Dieser konnte empirisch zeigen, dass Gruppenmeinungen nicht als „Summe von Einzelmeinungen, [...] sondern als Produkt kollektiver Interaktionen“ (Mangold 1960, S. 49) entstehen. Somit wird in der dokumentarischen Methode davon ausgegangen, dass sich kollektive Orientierungen nicht erst situativ innerhalb des Gruppendiskussionskontextes ausbilden, sondern die Gruppe vielmehr den Ort darstellt, an dem die bereits vorhandenen, im konjunktiven Erfahrungsraum gebildeten Wissensbestände artikuliert werden. Durch die verschiedenen Auswertungsschritte der dokumentarischen Methode

kann rekonstruiert werden, ob das Gespräch auf unterschiedlichen oder gemeinsamen Erfahrungen beruht. So kommt Kollektives vor allem durch wechselseitige Steigerung und dramaturgische Verdichtung zum Ausdruck (Przyborski 2004, S. 30).

Die Rekonstruktion kollektiver Wissens- bzw. Orientierungsbestände setzt sowohl hinsichtlich der Moderation als auch des Ablaufs von Gruppendiskussionen verschiedene Durchführungsprinzipien voraus. Kollektive Orientierungen können nur auf der Basis wechselseitiger Bezugnahme der Teilnehmenden ausgewertet werden. Deshalb müssen diese zumindest phasenweise ohne Eingriff des Forschenden miteinander sprechen können. Ebenfalls wichtig für die Rekonstruktion kollektiver Orientierungen ist es, nachvollziehen zu können, welche Themen fremdinitiiert waren und dadurch nicht zu den fokussierten Erlebniszentren der Gruppe gehören bzw. evtl. bewusst vermieden wurden. Bei der Erhebung sind folglich alle Anstrengungen auf einen selbstläufigen Diskurs der Gruppe zu richten, bei dem diese ihr eigenes Relevanzsystem entfaltet und nicht das des Forschers abarbeitet (Schäffer 2011).

Für die Diskussionsleitung sind nach Bohnsack (2007b, S. 208 ff.) spezifische Prinzipien zu berücksichtigen: Es werden nur Themen und keine Propositionen vorgegeben. Interventionen sind immer an die ganze Gruppe gerichtet. Fragen werden unpräzise, offen oder in Aneinanderreihung formuliert, was dem Prinzip der „demonstrativen Vagheit“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 112) entspricht. In die Verteilung der Redebeiträge wird nicht eingegriffen. Fragen werden so formuliert, dass die Teilnehmenden detaillierte Beschreibungen generieren können. Neben der grundlegenden Haltung des Moderators wird die Diskussion nach drei Phasen strukturiert, welche nachfolgend auf Grundlage der Ausführungen von Bohnsack (2002, S. 315 ff.), Loos und Schäffer (2001, S. 53) sowie Przyborski und Wohlrab-Sahr (2009, S. 111 ff.) beschrieben werden.

Immanente Phase

Zu Beginn der Diskussion wird die Moderation auf die Erzeugung von Selbstläufigkeit gerichtet. Die Gruppe bestimmt selbst, welche Themen sie nach der Eingangsfrage diskutiert. Vom Moderator werden keine neuen Themen eingebracht. Darüber hinaus verzichtet dieser darauf, das Gespräch zu strukturieren oder zu lenken. Nur wenn das Gespräch ins Stocken gerät, stellt er die Selbstläufigkeit durch immanente Nachfragen wieder her.

Exmanente Phase

Nachdem die für die Gruppe zentralen Themen selbstläufig abgearbeitet worden sind, bringt der Diskussionsleiter in exmanenter Weise die für ihn relevanten Themen und

Fragen ein, die noch nicht diskutiert wurden. D.h., dass anders als in der immanenten Phase nun neue Themen initiiert werden dürfen. Hierzu verwendet er eine am Erkenntnisinteresse ausgerichtete Fragenliste. Trotz der im qualitativen Forschungsprozess erforderlichen Offenheit und Flexibilität ist dieses Vorgehen wichtig, um eine völlig beliebige Diskussion bzw. ein Abschweifen von den Erkenntniszielen zu verhindern. Gleichzeitig müssen die Fragen so formuliert sein, dass die Teilnehmenden selbst entscheiden können, welche Themen sie ansprechen und in welcher Weise sie dies tun. Die Liste dient zum einen als Orientierungshilfe vor Beginn der Gruppendiskussion und leitet zum anderen für das Forschungsinteresse wichtige Nachfragen in der exmanenten Phase an. Zum anderen ist sie auch deshalb wichtig, da jeder Gruppe dieselben Fragen gestellt werden sollen. Nur so kann bei der Datenauswertung ein präziser Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen hergestellt werden.

Direktive Phase

Gegen Ende der Diskussion spricht der Moderator Widersprüche, Inkonsistenzen sowie offene Fragen, die während der Diskussion aufgefallen sind, direkt an. In dieser Phase dürfen durchaus auch Orientierungsgehalte (Propositionen) vorgegeben werden. Auch das Prinzip der „demonstrativen Vagheit“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 112) verliert an dieser Stelle seine Gültigkeit.

3.3.2 Die dokumentarische Methode als Auswertungsverfahren

Mit Hilfe der dokumentarischen Interpretation erschließt sich der Interpret Zugang zu konjunktivem Wissen. Aufgabe des Forschers ist hierbei, das konjunktive, handlungsleitende Wissen als ein den Erforschten zwar bekanntes, jedoch von ihnen nicht explizierbares Wissen zur begrifflich-theoretischen Explikation zu bringen. Ausgehend von den bereits in Kapitel 2.2 beschriebenen Wissensformen besteht das strukturierende Prinzip aller Auswertungsschritte in der Unterscheidung von immanentem bzw. wörtlichem und dokumentarischem Sinngehalt (Objekt- und Dokumentensinn). Diese beiden Ebenen sind in jeglicher Kommunikation vorhanden. Während sich der immanente Sinngehalt auf das begrifflich-explizierte Wissen, d.h. auf das unmittelbar und objektiv nachvollziehbar Gesagte bezieht, umfasst der dokumentarische Sinngehalt das konjunktive Wissen und fragt danach, wie das Gesagte behandelt wird.

Neben dem dokumentarischen Sinngehalt richtet sich die Aufmerksamkeit des Interpreten zusätzlich auf die Diskursorganisation, d.h. die Art der kollektiven Hervorbringung des Textes sowie die unterschiedlichen Textsorten (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 286 ff.). Nachfolgend werden die Schritte der Interpretation dargelegt – wenn nicht anders gekennzeichnet im Anschluss an Bohnsack (2010b, S. 134 ff.)

Schritt 1: Thematischer Verlauf, Auswahl von Passagen, Transkription

Die dokumentarische Methode erfordert keine Volltranskription der Diskussionen. Vielmehr werden für die Feinanalyse relevante Passagen identifiziert und transkribiert. Hierzu wird beim Abhören der Bänder zuerst ein thematischer Verlauf erstellt, d.h. alle Themen der Diskussion werden der Reihenfolge nach kurz benannt sowie die entsprechenden Stellen des Tonträgers notiert. Die Aufmerksamkeit gilt an dieser Stelle vor allem dem thematischen Wechsel. Die Phasen der Behandlung eines Themas werden Passagen genannt. Eine Passage stellt die kleinstmögliche Interpretationseinheit dar, denn nur in thematisch abgeschlossenen Gesprächsabschnitten erhält der Interpret hinreichend Kontext zur Rekonstruktion des immanenten Sinngehalts. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass nur in abgeschlossenen Passagen die zur Rekonstruktion von Orientierungen notwendigen drei Äußerungszüge bzw. Diskursbewegungen vollständig vorliegen. Darüber hinaus wird jeweils vermerkt, ob es sich um Fokussierungsmetaphern (interaktiv oder metaphorisch dichte Passagen) handelt und ob das Thema von der Gruppe angesprochen oder von der Gesprächsleitung initiiert wurde. Auf dieser Grundlage werden diejenigen Passagen ausgewählt, die zum Gegenstand der reflektierenden Interpretation werden sollen. Lediglich diese Passagen werden transkribiert. Die auszuwählenden Passagen sollten eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Eingangspassagen werden immer ausgewählt, da diese für den Rückschluss auf die Fallstruktur von Bedeutung sind.
- Passagen, die eine hohe metaphorische und interaktive Dichte in Relation zu anderen aufzeigen. Dieses Kriterium weist darauf hin, dass sich die Gruppe auf sogenannte gemeinsame Erlebniszentren eingependelt hat, in denen kollektive Orientierungen rekonstruiert werden können. Das gilt ebenfalls für Passagen, in denen die bevorzugte Textsorte gewechselt oder ein Thema besonders lange und ausführlich behandelt wird.
- Passagen, die inhaltlich dem Erkenntnisinteresse entsprechen.

Für die Transkription empfiehlt es sich, auf ein für die Erfassung von Gruppendiskussionen und die dokumentarische Interpretation geeignetes Transkriptionssystem zurückzugreifen, so z.B. auf das System „Talk in Qualitative Social Research“ (TIQ) (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 164 ff.).

Schritt 2: Formulierende Interpretation

Die transkribierten Passagen werden in der sich im Gespräch entwickelten Abfolge nach Ober- und Unterthemen differenziert. In den Unterthemen wird der wörtliche bzw.

immanente Sinngehalt (WAS wurde gesagt) paraphrasierend zusammengefasst. Mit diesem Schritt soll zum einen das Sinnverständnis der Passage als Ausgangsbasis für die weitere Interpretation kontrolliert und zum anderen die Sprache der Erforschten in die Sprache des Forschers überführt werden. Beide Aspekte dienen als Kontrollfunktion und fördern die intersubjektive Überprüfbarkeit. Redebeiträge werden hierbei nicht den einzelnen Sprechern zugeordnet. Dadurch wird der Blick bereits auf die kollektive Hervorbringung des Textes gelenkt. Formulierungen, die auf der Ebene des immanenten Sinngehalts nicht zugänglich sind oder die nicht knapper und präziser paraphrasiert werden können, werden als wörtliche Zitate aufgenommen.

Schritt 3: Reflektierende Interpretation

Die reflektierende Interpretation zielt auf die Explikation von Orientierungen bzw. Habitusformen ab. Hierbei wird der dokumentarische Sinngehalt herausgearbeitet. Hierzu erfolgt der für die gesamte Methodologie konstitutive Wechsel der Analyseeinstellung vom „WAS“ zum „WIE“. So geht es bei diesem Interpretationsschritt nicht darum, zu erfassen, welcher Inhalt mitgeteilt wird, sondern in welchem Rahmen das Mitgeteilte behandelt wird und welcher Orientierungsrahmen bzw. Habitus sich dabei dokumentiert (Bohnsack et al. 2013a). Bohnsack verweist auf drei Strukturmerkmale, durch welche Orientierungen prinzipiell gekennzeichnet sind: positive Horizonte (erstrebenswerte Ideale), negative Horizonte (abzulehnende Richtung) und Enaktierungspotentiale (Möglichkeit, Orientierungen im Alltagshandeln umzusetzen). Nach Przyborski (2004, S. 55) eignen sich folgende Fragen, um die Analyse in diesem Schritt anzuleiten: „Was zeigt sich hier über den Fall? Welche Bestrebungen und/oder Abgrenzungen sind in den Äußerungen, den Diskursbewegungen impliziert? Welches Prinzip, welcher Sinngehalt kann eine derartige Äußerung motivieren, hervorbringen? Welches Prinzip kann mir zwei oder gar mehr (thematisch) unterschiedliche Äußerungen als Ausdruck desselben zugrunde liegenden Sinns verständlich machen“?

Dabei ist nicht von Interesse, was an den Darstellungen faktisch wahr bzw. objektiv richtig ist, sondern was sich darin über die Darstellenden und deren Orientierungen dokumentiert. D.h., der Geltungscharakter von Aussagen wird eingeklammert. Wichtig ist zudem die Unterscheidung zwischen Habitus und intendiertem Ausdruckssinn. Der intendierte Ausdruckssinn bezieht sich auf Motive und Absichten des Erzählenden, die durch seine kommunikative Selbstdarstellung zum Ausdruck gebracht werden. Da man sich als Interpret des intendierten Ausdruckssinns des Sprechers nie ganz sicher sein kann, wird dieser in der Perspektive der dokumentarischen Methode ebenfalls nicht erfasst.

Für die Rekonstruktion von Bewertungslogiken hat es sich nach Lamprecht (2012, S. 42) bewährt, Erwartungshorizonte¹⁷ als Orientierungskomponenten zu rekonstruieren. Durch ihr Erwartungshorizonte-Modell stellt Lamprecht ein „Analyseinstrument zur Rekonstruktion geistiger Gebilde auf der Basis sprachlicher Erzeugnisse“ (Lamprecht 2013, S. 189) zur Verfügung, das die Herausarbeitungen impliziter Wissensbestände aus Imaginationen bzw. Antizipationen ermöglicht¹⁸. Dieses beinhaltet vier Kategorien von Erwartungshorizonten (Tab. 1): Positive Horizonte sind als Vorstellungen definiert, die als erstrebenswert gelten und potentiell umsetzbar sind. Negative Horizonte sind Vorstellungen, die als nicht erstrebenswert gelten und deren Umsetzung abgelehnt wird. Demgegenüber sind positive Gegenhorizonte Ideale, die nicht erreicht werden können, jedoch trotzdem bewundert werden. Negative Gegenhorizonte sind nach dieser Logik Vorstellungen, die sowohl abgelehnt werden als auch nicht realisiert werden können.

Tabelle 1: Erwartungshorizonte nach Lamprecht (2012, S. 42)

Positive Horizonte	Negative Horizonte	Positive Gegenhorizonte	Negative Gegenhorizonte
Diese Vorstellung ist für die Gruppe erstrebenswert und scheint potentiell umsetzbar.	Diese Vorstellung wird von der Gruppe abgelehnt, obwohl sie potentiell umsetzbar scheint.	Diese Vorstellung ist für die Gruppe erstrebenswert/wird von ihr bewundert, obwohl sie nicht umsetzbar scheint.	Diese Vorstellung wird von der Gruppe abgelehnt und scheint darüber hinaus auch nicht umsetzbar.

Nach Lamprecht eröffnet erst die Verknüpfung der Erwartungshorizonte mit alltagspraktischen Orientierungen einen Zugang zur Bewertungslogik. Aus diesem Grund werden die rekonstruierten Erwartungshorizonte in ihrer fallspezifischen Verknüpfung mit der Alltagspraxis untersucht. Für deren Erhebung und Auswertung ist die Unterscheidung von expliziten Bewertungen und impliziten Werthaltungen relevant (vgl. Kapitel 2.2). Beziehen sich Pflegepraktiker auf expliziter Ebene beispielsweise auf das

¹⁷ Unter Rückgriff auf das Methodeninventar der rekonstruktiven Sozialforschung und dokumentarischen Evaluationsforschung zeigt Lamprecht in einer rekonstruktiv-responsiven Evaluationsstudie, wie sich Bewertungslogiken auf Basis von alltagspraktischen Orientierungen und Imaginationenprozessen rekonstruieren lassen. Hierbei entwirft sie in Erweiterung des Gegenhorizonte-Modells von Bohnsack (1989) das Modell der Erwartungshorizonte (vgl. Lamprecht 2012, S. 42).

¹⁸ Zur Rekonstruktion von Antizipationen siehe auch Wulf (2008) und (Lamprecht 2010).

Ziel einer guten Pflege, verbinden sie damit unterschiedliche Werthaltungen und Strategien, wie sich diese in der Alltagspraxis konkret umsetzen lässt.

Diskursorganisation

Um kollektive Orientierungen herausarbeiten zu können, gilt es darüber hinaus festzustellen, wie die Redebeiträge aufeinander bezogen sind. Hierfür wird danach gefragt, welcher Horizont in der ersten Äußerung entworfen wurde, so dass die nächste Äußerung als sinnvolle Reaktion bzw. Weiterführung nachvollzogen werden kann. Denn erst wenn die Reaktion auf eine vorangegangene Aussage durch weitere Äußerungen als adäquate Reaktion bestätigt wird, ist sie nicht nur für den Produzenten, sondern auch für die anderen eine passende Reaktion (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 291). Um den kollektiven Sinngehalt zu erschließen, muss der Sprecherwechsel, genauer gesagt die Abfolge von mindestens zwei, besser drei aufeinander bezogenen Äußerungen in den Blick genommen werden. So werden neben dem semantischen Textgehalt auch die formalen Strukturen der Diskursorganisation rekonstruiert. Hierdurch versucht der Interpret, das Regelwissen der Erforschten, das in den konjunktiven Wissensbeständen angesiedelt ist und in den jeweiligen Reaktionen zum Ausdruck kommt, auf den Begriff zu bringen. Dieses Vorgehen ist zentral, um valide Aussagen über das Vorhandensein konjunktiver Erfahrungsräume treffen zu können (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 291).

Für die Interpretation bedeutet dies, dass die Verschränkung der Redebeiträge analysiert werden muss. Dies erfolgt mit Hilfe des nachfolgenden spezifischen Begriffsinventars der dokumentarischen Methode (Przyborski 2004, S. 61 ff.):

Orientierungen werden grundsätzlich in Form von *Propositionen* zum Ausdruck gebracht. Propositionen finden sich in der Regel da, wo neue Themen beginnen. Innerhalb desselben Themas können jedoch mehrere Propositionen auftauchen. Das Ende der Proposition wird häufig durch den Wechsel der Textsorte angezeigt. Themeninitiiierungen und Nachfragen seitens der Diskussionsleitung stellen ebenfalls Propositionen dar. Fallen der Abschluss eines Themas und das Aufwerfen eines neuen Themas in einer Diskursbewegung zusammen, handelt es sich um eine *Transposition*.

Die Aus- und Weiterbearbeitung einer Orientierung wird als *Elaboration* bezeichnet und kann in Form von *Validierungen* (Bestätigung der Proposition mit z.B. „ja genau“, „das stimmt“ oder bestätigendes Aufgreifen der Orientierung), durch *Exemplifizierung* (Beleg mit Beispielen) oder durch *Differenzierung* (Markierung von Grenzen der Orientierung, Einschränkung der Reichweite oder Relevanz, Ausklammerung von Orientierungsgehalten, Modifikation des aufgeworfenen Horizonts) stattfinden.

Mit einer *Konklusion* wird das Thema abgeschlossen und der Orientierungsgehalt im

Sinne einer abschließenden Bewertung bzw. eines Fazits dargelegt. Hier können zwei Formen unterschieden werden: Zum einen die *echte oder thematische Konklusion*, in der die Orientierung noch einmal verdichtet bzw. generalisiert auf den Punkt gebracht wird oder aber auch antithetische Orientierungskomponenten in einer weiteren (eigentlichen) Orientierung synthetisiert werden. Zum anderen können Themen durch eine *rituelle Konklusion* abgeschlossen werden, wobei z.B. irrelevante Nebenthemen in den Vordergrund gerückt werden oder eine Metakommunikation eingeläutet wird, das Thema als irrelevant oder unbehandelbar ausgeklammert oder sich widersprechende Orientierungsgehalte in eine andere Zeit oder auf einen anderen Ort verlagert werden.

Die Diskursorganisation kann nach Przyborski (2004, S. 95 ff.) in fünf Modi ausdifferenziert werden:

Der *univoke Modus* zeichnet sich dadurch aus, dass sich Orientierungen über Themen und Teilnehmer hinweg wiederholen. Innerhalb gemeinsamer Erlebniszentren sprechen die Teilnehmenden gemeinsam und überlappend, ohne sich jedoch zu stören. So gibt es in fokussierten Abschnitten keinen primären Sprecher. Die Teilnehmenden bestärken sich gegenseitig. Oft wird schon vor dem Ende der Pointe einer Erzählung auf diese reagiert, da die Teilnehmenden diese vorwegnehmen können, ohne selbst dabei gewesen zu sein.

Der *parallele Modus* hat große Ähnlichkeiten mit dem univoken Modus. Auch hier wird ein homologes Orientierungsmuster zum Ausdruck gebracht. Er unterscheidet sich dadurch, dass Erzählungen und Beschreibungen nicht von mehreren Teilnehmern wie aus einem Munde gesprochen, sondern eher nebeneinandergestellt werden, so z.B. durch gegenseitiges Paraphrasieren von Aussagen. Auf diese Weise wird ein und derselbe Orientierungsgehalt in unterschiedlichen Variationen zum Ausdruck gebracht.

Im *antithetischen Modus* widersprechen sich Orientierungen zunächst (*ja, aber...*), was jedoch keine Rahmeninkongruenz darstellt, sondern eher der Suche gleichkommt, wer die gemeinsam geteilte Orientierung am besten ausdrücken kann. Wie beim univoken Modus kann es auch im antithetischen Modus vorkommen, dass Pointen oder Emotionen vorweggenommen werden, obwohl es sich um die Erzählung der Gegenseite handelt. Am Ende werden die sich zunächst scheinbar widersprechenden Orientierungen zu einer gemeinsamen Orientierung synthetisiert.

Kennzeichnend für den *oppositionellen Modus* hingegen ist das offene Gegeneinander von Orientierungen. Widersprüche lassen sich nicht auflösen. Am Ende münden die gegensätzlichen Orientierungen nicht in eine Synthese. Stattdessen kommt es vielmehr zu Themenabbrüchen oder -wechseln.

Im *divergenten Modus* liegt ebenfalls ein Gegeneinander von Orientierungen vor. Im Unterschied zum oppositionellen Modus wird das Thema scheinbar gemeinsam bearbeitet. Letztendlich bleiben die unterschiedlichen Orientierungen aber nebeneinander bestehen, wobei das strittige Thema z.B. durch eine rituelle Synthese (z.B. durch Einläuten irrelevanter Nebenthemen oder Metakommunikation) verlassen wird.

Die Diskursorganisation ist konstitutiv für den Zugang zur Kollektivität. Je nachdem, ob inkludierende oder exkludierende Modi vorliegen, können Rückschlüsse auf das Vorhandensein eines gemeinsamen geteilten Erfahrungsraums gezogen werden (Tab. 2). Darüber hinaus gibt die spezifische Form der Diskursorganisation, die ja selbst kollektive Praxis ist, Einblicke in diese Praxis (Loos und Schäffer 2001, S. 65).

Tabelle 2: Modi der Diskursorganisation (Przyborski 2004, S. 286 f.)

	Inkludierende Modi	Exkludierende Modi
Erfahrungsbasis	wird geteilt	wird nicht geteilt
Orientierungsrahmen	gemeinsamer Orientierungsrahmen	kein gemeinsamer Orientierungsrahmen bzw. Rahmeninkongruenz
Modus	univok parallel antithetisch	oppositionell divergent

Textsorten

Für die rekonstruktive Auswertung müssen Textsorten, in denen sich das konjunktive Wissen dokumentiert, von Textsorten unterschieden werden, in denen sich das kommunikative Wissen dokumentiert¹⁹ (Bohnsack 2013a).

Konjunktives Wissen tritt uns vor allem in sprachlichen Bildern bzw. Szenen oder in Erzählungen und Beschreibungen entgegen. In Bewertungen oder Argumentationen hingegen kommen eher theoretisches Wissen bzw. Common-Sense-Theorien zum Ausdruck. Zentrale Textsorten für die Rekonstruktion von Orientierungen sind daher Erzählungen oder Beschreibungen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 284).

Doch auch nicht-narrative Textsorten lassen sich dokumentarisch interpretieren. Gerade in der dokumentarischen Evaluationsforschung ist der Umgang mit theoretisieren-

¹⁹ Zur Unterscheidung charakterisiert Nohl (2009, S. 20 f.) die Textarten wie folgt: Erzählungen zeichnen sich durch die detaillierte Darstellung singulärer Ereignisse mit Anfang und Ende aus. Beschreibungen fokussieren hingegen mehr oder weniger auf regelmäßig wiederkehrende Aktivitäten bzw. Handlungsabläufe oder illustrieren feststehende Sachverhalte. Typische Hinweise auf Beschreibungen sind daher Worte wie „immer, normalerweise, meistens“. Argumentationen sind daran zu erkennen, dass sie meist abstrakt beschreibende Bewertungen, theoretische Zusammenfassungen oder Stellungnahmen zum Diskussionsgegenstand beinhalten. Allerdings können Vergleiche mit konkreten Ereignissen (z.B. „Das ist genauso wie bei...“) eine ähnliche Funktion erfüllen wie Erzählungen und konjunktive Wissensbestände zum Ausdruck bringen (Lamprecht 2010).

den, argumentierenden, erklärenden und bewertenden Beiträgen von besonderer Bedeutung (Bohnsack und Nentwig-Gesemann 2006; Nentwig-Gesemann 2010). So weist Lamprecht (2012, S. 42) darauf hin, dass sich gerade im Zusammenhang mit Erwartungshorizonten alltagspraktische Orientierungen auch in Argumentationen bzw. Bewertungen dokumentieren können. Nohl (2009, S. 50) betont, dass es wichtig ist, theoretisierende und argumentierende Beiträge nicht als das zu rekonstruieren, was sie sein sollen: als Erläuterungen von Handlungsmotiven und -gründen bzw. Stellungnahmen. Auch hier muss der Wechsel der AnalyseEinstellung vom „WAS“ zum „WIE“ folgen: Anstatt des wörtlichen Sinngehalts von Bewertungen oder Stellungnahmen muss die dahinterliegende Sinnstruktur, die alltagspraktische Orientierung, die sich in der Argumentations- bzw. Bewertungslogik zeigt, rekonstruiert werden (Bohnsack 2006, S. 142 ff.). Indem die theoretisch-reflexiven Passagen zu Passagen, in denen sich implizite Orientierungen und Werthaltungen dokumentieren, in Bezug gesetzt und auf Übereinstimmungen und Diskrepanzen hin untersucht werden, kann ein vertieft verstehender Zugang zur Fallstruktur gewonnen werden (Nentwig-Gesemann 2010, S. 168). Der Modus Operandi, d.h. die Praxis des Sprechens, des Theoretisierens und des Argumentierens gibt in diesem Fall Aufschluss über die Orientierungsrahmen, innerhalb derer Themen und Problemstellungen bearbeitet werden (Nohl 2009, S. 50; Bohnsack 2010a). Interaktiv dichte und emotional aufgeladene Diskussionssequenzen haben hierbei als „Sequenzen fokussierter Argumentation“ (Nentwig-Gesemann 2010, S. 67) einen ähnlich hohen Stellenwert wie Fokussierungsmetaphern. Gerade wenn Argumentationen oder Bewertungen bildhafte, d.h. metaphorische oder auch imaginative Sprachgehalte aufweisen, können sich implizite Wissensbestände erschließen, indem man analysiert, wie die Teilnehmenden diese Bilder gemeinsam verwenden, d.h. mit alltagspraktischer Bedeutung füllen (Lamprecht 2010). Hier dokumentiert sich in prägnanter Weise das, was die Gruppe auf Ebene der expliziten Wissensbestände, Perspektiven und Zielvorstellungen verbindet oder voneinander trennt.

Komparative Analyse und Tertium Comparationis

Kollektive Orientierungen gelten dann als valide und reliabel, wenn sie zum einen in empirisch fundierter und überprüfbarer Weise gewonnen wurden und sich zum anderen ihre Reproduktionsgesetzlichkeit über unterschiedliche Themen und Phasen sowohl innerhalb der einzelnen Gruppendiskussion als auch über den Vergleich mit anderen Gruppen hinweg im Material nachweisen lässt (Przyborski 2004, S. 36). So müssen Vergleichshorizonte, die ganz zu Beginn noch über das gedankenexperimentelle Durchspielen von funktional äquivalenten Reaktionen zur empirisch gegebenen Reaktion entworfen werden, nach und durch empirisch beobachtbare, sprich im Mate-

rial nachweisbare Vergleichshorizonte ersetzt werden (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 296 ff.).

Um die Gefahr der Nostrifizierung, also die (unbewusste) Einordnung und Interpretation des Erforschten in eigene Erfahrungen und bereits vorhandene Theorien zu minimieren, bildet die fallinterne und -übergreifende komparative Analyse einen integralen Bestandteil dieser Methodik (Nohl 2013, S. 272). Der Begriff *fallinterne komparative Analyse* bedeutet, dass nach der Herausarbeitung der Orientierungskomponenten in den ersten Passagen eines Falls weitere thematisch unterschiedliche Passagen in einem komparativen Analyseschritt hinsichtlich homologer Orientierungsmuster überprüft werden. Fallübergreifend bedeutet, dass überprüft wird, ob sich die gefundenen Orientierungen auch in den anderen Fällen finden lassen. Dabei werden die gefundenen Orientierungen immer weiter verfeinert und erweitert (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 296 ff.).

Das hierbei gefundene Gemeinsame bildet ein Drittes, das den Vergleich strukturiert – das Tertium Comparationis. Dieses ist allerdings nicht von vornherein gegeben, sondern bildet sich erst in der vergleichenden empirischen Rekonstruktion heraus. Das Tertium Comparationis verändert sich im Laufe der Interpretation, indem es immer weiter abstrahiert und damit vom einzelnen Fall gelöst wird. Dabei kann es sowohl auf der Ebene des immanenten als auch des dokumentarischen Sinngehalts ansetzen. Durch die fortschreitende Abstrahierung wandelt es sich so vom (fallübergreifend) vergleichbaren Thema zum (fallübergreifend) abstrahierten Orientierungsrahmen. Dabei schließt das jeweils gebildete Tertium Comparationis die vorangegangenen Tertia Comparationis ein und mündet schließlich in ein fallübergreifend abstrahiertes Tertium Comparationis, das nicht auf thematischer Ebene angesiedelt ist und auch als Orientierungsrahmen (Nentwig-Gesemann 2013, S. 314), Basistypik (ebd., S. 313), Orientierungsfigur (ebd., S. 297) oder -problem (Amling 2015, S. 16) bezeichnet wird. Auch die sukzessive Abstrahierung des Tertium Comparationis verhindert die Nostrifizierung und stellt sicher, dass die entwickelten Theorien in der Empirie gegründet sind (Nohl 2013, S. 279).

3.4 Qualitätsstandards und ethische Prinzipien

In der Literatur können unterschiedliche Vorschläge für Qualitätsstandards bzw. Gütekriterien der qualitativen Forschung verzeichnet werden (Lincoln und Guba 1985; Leininger 1992; Morse und Field 1998; Polit et al. 2004; Flick 2007). Da diese Kriterien nicht immer stimmig sind und zudem aufgrund der „unhintergehbaren Perspektivengebundenheit von Forschung“ (Reichert 2000) nicht auf jede Form bzw. jeden Ansatz im

qualitativen Forschungsparadigma übertragen werden können, liegt hinsichtlich der Frage nach Gütekriterien nicht derselbe Konsens vor wie für die klassischen Kriterien quantitativer Forschung (Flick 2010). Angesichts der sich immer weiter ausdifferenzierenden Vielfalt an Methodologien und Methoden bestehen mittlerweile Zweifel darüber, ob einheitliche Kriterienkataloge für das gesamte Feld der qualitativen Forschung überhaupt formulierbar sind. Gleichzeitig würde der Verzicht auf die Bewertung qualitativer Studien mittels transparenter Qualitätsstandards Beliebigkeit nach sich ziehen und Kritik am jeweiligen Forschungsprozess unmöglich machen, was im Sinne der Wissenschaftlichkeit nicht vertretbar ist (Döring und Bortz 2016c, S. 106 ff.)

Berli (2010) schlägt in diesem Zusammenhang in dem Sinne eine doppelte Strategie vor, dass ansatzübergreifend vertretbare Gütekriterien etabliert werden, die wiederum ansatzintern auf die spezifischen methodologischen Grundannahmen angewendet werden. Trotz verschiedener Systematisierungsversuche (vgl. z.B. Whitemore et al. 2001) steht die angesprochene Etablierung von übergreifenden Kriterien bislang noch aus. Ungeachtet der bereits angemerkten Zweifel darüber, ob derartige Kriterien überhaupt zu formulieren sind, ist Berli soweit zuzustimmen, dass die wesentliche Bezugsebene für die Formulierung von Qualitätsstandards die theoretische und methodologische Verankerung der Studie darstellen muss (vgl. ausführlicher Bohnsack 2005). Demnach werden in der vorliegenden Arbeit die für die rekonstruktive Methodologie und hier insbesondere für die Gruppendiskussion und dokumentarische Methode reformulierten klassischen Gütekriterien herangezogen, um die Qualitätsstandards der vorliegenden Arbeit zu verdeutlichen. Inwiefern diesen Kriterien Rechnung getragen wurde, geht aus der abschließenden Methodenreflexion in Kapitel 5.3 hervor.

Maßgebliche Voraussetzung für die *Gültigkeit* und *Zuverlässigkeit* der Interpretationen ist nach Bohnsack (ebd.) die methodische Kontrolle des Fremdverstehens, die durch folgende Standards sichergestellt wird:

- Die empirischen Rekonstruktionen (Konstruktionen zweiten Grades) sind aus dem Material (Konstruktionen ersten Grades) herauszuentwickeln.
- Durch die Arbeitsschritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation erfolgt der Wechsel der Analyseeinstellung vom Was (Beobachtung erster Ordnung) zum Wie (Beobachtung zweiter Ordnung).
- Einzeläußerungen sind in ihren von den Erforschten selbst hergestellten Kontexten zu erfassen (Kontextualisierung), d.h., zum einen wird eine Äußerung erst im Kontext der kommunikativen Gattung (Textsorte) adäquat interpretierbar und zum anderen nur unter Berücksichtigung der Reaktionen bzw. Redebeiträge der anderen Diskussionsbeteiligten.

- Die Art und Weise der interaktiven Bezugnahme der Beteiligten aufeinander (Diskursorganisation) sowie des Sprecherwechsels (turn takings) müssen nachvollzogen werden.
- Die Differenzen zwischen den Sprachen, Interpretationsrahmen und Relevanzsystemen von Forschenden und Erforschten bedürfen ebenfalls methodischer Kontrolle. Dies bedeutet für die Datenerhebung, dass Gruppendiskussionen so moderiert werden, dass die Teilnehmenden ihr eigenes kommunikatives Regelsystem und Relevanzsystem entfalten können (Selbstläufigkeit). Für die Datenauswertung bedeutet dies, auf untersuchungsleitende Hypothesen zu verzichten und theoretische Vorannahmen bei der Interpretation weitgehend auszuklammern.

Als weiterreichende Qualitätsstandards führt Bohnsack (ebd.) die *metatheoretische Fundierung* und die *Generalisierung* an:

- Die metatheoretische Fundierung der qualitativen Analyse fördert ebenfalls die methodische Kontrolle der Interpretationen, da die flexible und präzise Anwendung von Forschungsprinzipien folglich mit der vertieften Kenntnis der zugrundeliegenden Metatheorie einhergeht.
- Sie ist zudem Voraussetzung für die Reflexion der Paradigmenabhängigkeit der eigenen Forschung und der Aspekthaftigkeit der eigenen Ergebnisse.
- Generalisierbarkeit von Ergebnissen kann in rekonstruktiven Verfahren durch die Bildung von (Ideal-)Typen auf dem Wege gezielter komparativer Analyse erreicht werden.
- Das Niveau der Validität und Generalisierung der einzelnen Typik ist davon abhängig, inwieweit sie von anderen, auf der Grundlage der fallspezifischen Beobachtungen ebenfalls möglichen Typiken unterscheidbar ist, und wie vielfältig, d.h. multidimensional der einzelne Fall innerhalb einer ganzen Typologie verortet werden kann.

Da methodische Standards und Gütekriterien auch Konsequenzen für die Ergebnisdarstellung haben, soll zudem das Kriterium der *intersubjektiven Überprüfbarkeit* der Ergebnisse herangezogen werden (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 354):

- Die methodischen Schritte sind offenzulegen und nachvollziehbar zu machen.
- Die Ergebnisse müssen so dargestellt werden, dass dadurch die Reproduktionsgesetzlichkeit der herausgearbeiteten Struktur am Material nachgewiesen

werden kann. D.h. es muss gezeigt werden, dass sich Strukturelemente sowohl im einzelnen Fall als auch über diesen hinaus systematisch finden lassen.

Neben der Auseinandersetzung mit Qualitätsstandards schließt die vorliegende Studie auch spezifische forschungsethische Überlegungen ein. Bei den Befragten handelt es sich weder um eine Personengruppe mit eingeschränkter Selbständigkeit, noch besteht ein Abhängigkeitsverhältnis zur Forscherin. Daher schien es nicht notwendig, eine Ethikkommission einzubeziehen. Allerdings wurden die für die Durchführung von Forschung mit Menschen allgemeinen ethischen Prinzipien *Achtung der Person*, *Benefizienz* und *Gerechtigkeit* (LoBiondo-Wood und Haber 2005, S. 427) wie folgt berücksichtigt:

Zum Schutz der Würde und Rechte der Informanten wurden die potentiellen Teilnehmer mündlich in einem persönlichen Gespräch sowie schriftlich (Anhang i) über die freiwillige Entscheidung zur Teilnahme, das Erkenntnisinteresse, die beteiligten Personen sowie die Art und Weise der Erhebung informiert. Dabei wurde explizit auf den vertraulichen Umgang mit den Daten hingewiesen. Eine zusätzliche schriftliche Einverständniserklärung wurde als nicht notwendig erachtet, da mit dem Erscheinen zur Diskussionsrunde nach der schriftlichen Aufklärung mit mindestens zweiwöchiger Bedenkzeit von einem implizierten Einverständnis ausgegangen wurde. Es bestand zu keinem Zeitpunkt der Studie die Gefahr von Risiken oder Schäden. Um das Recht auf Anonymität und Vertraulichkeit zu wahren, wurden die Gruppendiskussionen beim Transkribieren anonymisiert, so dass einzelne Aussagen nicht zurückverfolgt werden konnten. Des Weiteren wurde bei der Beschreibung der Ergebnisse auf Informationen verzichtet, die einen Rückschluss auf die Einrichtung zulassen. Nach Abschluss der Dissertation werden die Forschungsergebnisse den Untersuchten zur Verfügung gestellt.

Ebenfalls bestand zu keinem Zeitpunkt der Studie die Gefahr einer ungerechten Behandlung. Um unnötige Belastungen (Zeitaufwand, Fahrtkosten) für die Teilnehmenden zu vermeiden, wurden die Gruppendiskussionen am Arbeitsplatz durchgeführt.

3.5 Forschungspraktisches Vorgehen

3.5.1 Fallauswahl und Feldzugang

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung – das Herausarbeiten von Orientierungen, die als vom Einzelfall abgelöst anzusehen sind – setzt die Kontrastierung von (mindestens) zwei Fällen voraus (Nohl 2013, S. 287). Um den Orientierungsrahmen auf seine Gültigkeit hin überprüfen, aber auch um ihn entsprechend präzisieren und in seinen spezi-

fischen Ausprägungen erfassen zu können, wurde die Anzahl auf drei Gruppen erweitert. Über die optimale Gruppengröße bei Gruppendiskussionen herrschen unterschiedliche Meinungen vor. In der Literatur ist eine Spanne der Angaben von 3 - 20 Teilnehmenden zu verzeichnen (Lamnek 2005, S. 109 f.). Fühlen sich die Diskutanten vom Thema weniger stark betroffen, besteht gerade in kleinen Gruppen die Gefahr, dass die Diskussion nur schwer anläuft. Da die Intensität der Auseinandersetzung mit dem relativ neuen Thema des Einsatzes akademischer Pflegender und damit der Grad der (emotionalen) Betroffenheit der Teilnehmenden nicht eingeschätzt werden konnte, wurde eine Gruppengröße von mindestens vier Personen angestrebt.

Um eine angemessene Moderation und Erfassung des Verlaufs zu gewährleisten, wurde die Höchstzahl der Teilnehmenden auf sieben Personen begrenzt. Ausschlaggebend bei zusammengesetzten Gruppen ist die Strukturidentität der Erfahrungen, d.h., die Teilnehmenden müssen über hinreichend ähnliche Erfahrungsräume und existentielle Hintergründe verfügen. Erst dann entsteht eine lebendige Diskussion, in der sich kollektive Orientierungen in einer für die Analyse zugänglichen Dichte repräsentieren (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 109).

Aus organisatorischen Gründen konnten maximal zwei bis drei Pflegende eines Stationsteams gleichzeitig an den Diskussionen teilnehmen, so dass keine Realgruppen für die Diskussionen in Frage kamen. Da Angehörige derselben Berufsgruppe als strukturidentische Gruppe gelten (Przyborski 2004), konnte die Diskussionsgruppe aus Pflegenden von unterschiedlichen Stationen zusammengesetzt werden. Die dadurch geschaffenen organisatorischen Voraussetzungen sollten die Möglichkeit der Teilnahme für interessierte Pflegende erhöhen.

Der Feldzugang erfolgte über die Pflegedienstleitungen der jeweiligen Einrichtung. Diese wurden persönlich oder telefonisch über das Forschungsvorhaben informiert und nach ihrem Einverständnis gefragt. Um die notwendige Betroffenheit vom Diskussions-thema sicherzustellen, wurden nur Einrichtungen ausgewählt, in denen Bachelor-Studierende vor Ort eingesetzt waren. So sollte sichergestellt werden, dass die Pflegenden bereits in der Praxis mit dem Thema „Akademisierung der Pflege“ in Berührung gekommen waren. Ob dies auf die jeweiligen Teams zutraf, wurde im Vorfeld durch ein persönliches Gespräch mit der Pflegedienstleitung ermittelt. Bei Einverständnis der Pflegedienstleitung wurde in zwei Fällen mit der Stationsleitung und in einem Fall mit der Weiterbildungsverantwortlichen ein Termin vereinbart, bei dem die potentiellen Teilnehmer vor Ort persönlich von der Forscherin über das Forschungsprojekt informiert und zur Teilnahme an den Gruppendiskussionen eingeladen wurden. Zur Teilnahme bereite Personen erhielten danach eine schriftliche Einladung mit entsprechenden Informationen zu Inhalt, Ablauf, Ort und Zeit der Gruppendiskussion sowie zur

Gewährleistung von Anonymität und Datenschutz (Anhang i). Um Ausfälle zu reduzieren, wurden die Stationsleitung bzw. die Weiterbildungsverantwortliche sowie die Teilnehmenden einige Tage vor dem Termin erneut kontaktiert (Lamnek 2005, S. 124).

3.5.2 Datenerhebung

Fragenliste und Kurzinformation

Auf Basis des Erkenntnisinteresses wurde vorab eine Liste mit exmanenten Nachfragen angefertigt (siehe Anhang iii). Bei der Akquise der Diskussionsteilnehmer stellte sich heraus, dass innerhalb der Pflgeteams irreführende Vermutungen zum Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegepraktiker vorhanden waren. Beispielsweise stand immer wieder die Vermutung im Raum, dass akademisch ausgebildete Pflegende als Arztersatz bzw. -assistenz eingestellt würden. Da herausgefunden werden sollte, inwiefern die Logik der Praxis mit dem künftigen Einsatz akademischer Pflegepersonen – und zwar im Sinne des eingangs skizzierten Berufsprofils – kollidiert, schien es zielführend, die Teilnehmenden auch auf Basis entsprechender Szenarien diskutieren zu lassen. Qualitative Forschungsmethoden unterliegen dem Standard, so offen gestaltet zu werden, dass sie der Komplexität des Forschungsgegenstandes gerecht werden können (Flick 2011a). Aus diesem Grund wurde das Vorgehen bei der Gruppendiskussion angepasst und ein literaturgestütztes (Stemmer und Dorschner 2007; Kälble 2008b; Hülsken-Giesler et al. 2010; Friedrichs und Schaub 2011; Schilder 2010; Moers et al. 2012; Wissenschaftsrat 2012; Meyer und Köpke 2012; Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012; Moers 2013) exemplarisches Aufgabenprofil erstellt, das den Teilnehmenden nach der ersten völlig freien Diskussionsphase als gemeinsame Diskussionsgrundlage vorgelegt wurde. Das Aufgabenprofil ist im Anhang (ii) einzusehen.

Durchführung

Die Gruppendiskussionen wurden nach dem Frühdienst bzw. nach dem Unterricht in einem abgetrennten Raum innerhalb der Einrichtung durchgeführt. Durch die vertraute Umgebung sollte zum einen eine angenehme Gesprächsatmosphäre hergestellt werden (Loos und Schäffer 2001, S. 49). Zum anderen sollte durch die leichte Erreichbarkeit des Diskussionsorts der Aufwand für die Teilnehmenden so gering wie möglich gehalten und dadurch die Teilnahmebereitschaft erhöht werden. Der Erhebungsort bot sich auch aus methodischer Sicht an, da der Untersuchungsgegenstand auf das Handeln bzw. Verhalten der Teilnehmenden innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit ausgerichtet war (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 77) und somit eine große Affinität zur Realdiskussionssituation bestand (Lamnek 2005, S. 120). Die Gruppendiskussionen

wurden mittels Tonband aufgezeichnet. Die Durchführung erfolgte nach den in Kapitel 3.3.1 beschriebenen Phasen und reflexiven Grundprinzipien. Das Gespräch wurde mit dem Eingangsstimulus²⁰ initiiert und in Gang gehalten, ohne es zu strukturieren und zu lenken. Bei Bedarf wurden immanente Nachfragen gestellt. Nachdem die für die Gruppe selbst zentralen Themen abgearbeitet waren, wurden exmanente Nachfragen gestellt und Widersprüche, Inkonsistenzen oder offene Fragen direkt angesprochen. Nach diesem ersten Diskussionszyklus wurde das exemplarische Aufgabenprofil ausgeteilt und gemeinsam gelesen. Die Moderation des anschließenden zweiten Diskussionszyklus orientierte sich ebenfalls wieder an den spezifischen Phasen und reflexiven Prinzipien: Zuerst diskutierte die Gruppe selbstläufig anhand eines offenen Stimulus²¹ über die Kurzinformation. Dabei bestimmten die Teilnehmenden selbst, welche Textstellen aufgegriffen und in welchem Zusammenhang diese diskutiert werden sollten. Auch hier war es oberstes Ziel, keine Propositionen vorzugeben, Selbstläufigkeit herzustellen und der Gruppe die Möglichkeit zu geben, eigene Relevanzsysteme zu entfalten. Es wurden ebenfalls exmanente Nachfragen gestellt und gegen Ende direktive Fragen eingebracht. Ganz zum Schluss wurde nachgefragt, ob für die Gruppe wichtige Fragen oder Themen offen geblieben seien, und Gelegenheit gegeben, diese ggf. anzusprechen. Nach Diskussionsende füllte jeder Teilnehmer einen Fragebogen zu soziodemographischen Daten aus, und die Forscherin erstellte ein Beobachtungsprotokoll über die Diskussion. Die Transkription der Aufnahmen erfolgte nach dem für die Erfassung von Gruppendiskussionen und für die dokumentarische Auswertung geeigneten Transkriptionssystem „Talk in Qualitative Social Research“ (TIQ), welches im Anhang (iv) einzusehen ist²². In den Transkripten sind Personen zum Zweck der Anonymisierung mit Großbuchstaben gekennzeichnet. So sind die Großbuchstaben „A“, „B“, „C“ usw. Bezeichnungen für die verschiedenen Diskussionsteilnehmenden. Der Kleinbuchstabe dahinter bezeichnet das Geschlecht, „m“ steht für maskulin und „f“ für feminin. Die Moderatorin ist mit dem Buchstaben „Y“ ausgewiesen. In der Diskussion erwähnte Personen, Orte, Städte, Einrichtungen usw., die einen Rückschluss auf die Teilnehmenden oder die Institution zulassen, wurden ebenfalls maskiert. Die Zahlenangabe unter dem Diskussionsabschnitt bezieht sich auf die Zeilennummerierung im Transkript.

²⁰ Der Eingangsstimulus lautete: „Sie alle haben gemeinsam, dass Sie zukünftig mit Kollegen in den Stationen arbeiten werden, die ein Pflegestudium absolviert haben. Was glauben Sie, wie wird das werden? Was denken Sie da drüber? Und wie geht es Ihnen damit?“

²¹ Der Stimulus nach dem Lesen der Kurzinformation lautete: „Was denken Sie über diese Funktionsbeschreibung? Was lesen Sie heraus? Was ist besonders interessant, diskussionswürdig, fragwürdig?“

²² Die Transkripte wurden mit Hilfe des Transkriptions-Programms „f4“ ausnahmslos durch mich erstellt.

3.5.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte ab dem Zeitpunkt, zu dem alle Gruppendiskussionen vorlagen, um von Beginn an fallübergreifende komparative Analysen vornehmen zu können. Wie in Kapitel 3.3.2 ausführlich beschrieben, erfolgte die Auswertung des empirischen Materials auf Basis der dokumentarischen Methode. Da die Fragestellung auf die Artikulation von Erwartungen und Vorstellungen ausgerichtet ist und nicht auf erlebte Situationen, erwies sich dabei das von Lamprecht (2013) weiterentwickelte Erwartungshorizonte-Modell als besonders geeignet. Um das eigene Vorgehen bei der Datenauswertung nachvollziehbar zu machen, werden die durchgeführten Schritte der Reihe nach kurz skizziert. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sind im Anhang ein exemplarischer thematischer Verlauf (Anhang vi) sowie ein ausführliches Interpretationsbeispiel (Anhang vii) einzusehen.

Umsetzungsschritte

1. Anfertigung von thematischen Verläufen für alle Fälle
2. Auswahl der zu transkribierenden Passagen
3. Formulierende und reflektierende Interpretation der transkribierten Passagen unter Berücksichtigung fallinterner komparativer Analysen
4. Fallübergreifender Themenvergleich und Auswahl von thematisch gleichen Passagen der anderen Fälle
5. Formulierende und reflektierende Interpretation der ausgewählten transkribierten Passagen unter Einbezug fallinterner und fallübergreifender komparativer Analysen
6. Validation, Ausdifferenzierung und Abstraktion der rekonstruierten Orientierungen durch den Einbezug der interpretierten Passagen der anderen Fälle.
7. Zusammenfassende Dar- und Gegenüberstellung des gemeinsamen Orientierungsproblems in seinen verschiedenen Ausprägungen

4 Ergebnisse

Die Teilnehmenden repräsentieren Akteure eines Berufsfeldes, das durch die Akademisierung im Wandel begriffen ist. Die Pflegenden entfalten in den Diskussionen interaktiv Bilder, Vorstellungen und Erwartungen (Erwartungshorizonte) hinsichtlich der anstehenden Veränderungen und diskutieren diese vor dem Hintergrund ihrer All-

tagserfahrungen. In den empirischen Rekonstruktionen zeigt sich, wie die Pflegenden die veränderte Praxis entlang alltagspraktischer Orientierungen bzw. impliziter Werthaltungen bewerten. Nachfolgend wird die Stichprobe hinsichtlich ihrer Merkmale beschrieben und kurz auf die Erhebungssituationen eingegangen. Im Anschluss daran wird die empirische Rekonstruktion auf Grundlage der komparativen Analyse dargestellt, um die rekonstruierten Orientierungen anschließend zusammenzufassen und auf diese Weise das gemeinsame Orientierungsproblem und seine Facetten zu verdichten.

4.1 Beschreibung der Stichprobe und der Diskussionsabläufe

Die Diskussionen wurden im Zeitraum April bis Juni 2013 an drei verschiedenen Kliniken in Bayern durchgeführt. Sie fanden alle in den Räumen der jeweiligen Einrichtung statt und dauerten zwischen 70 und 90 Minuten. Die genaue Beschreibung der Merkmale der Stichprobe können Tabelle 3 entnommen werden. Diese Beschreibung dient nicht wie in der quantitativen Forschung dazu, festzustellen, inwieweit die Stichprobe die Berufsgruppe repräsentiert. Vielmehr soll gemäß der qualitativen Forschungslogik der pflegeberufliche Kontext der Teilnehmenden so weit verdeutlicht werden, dass die Leser die Relevanz der Ergebnisse für die eigene Praxis beurteilen können (LoBiondo-Wood und Haber 2005, S. 249 f.).

Tabelle 3: Merkmale der Teilnehmenden

Ausbildung	
Gesundheits- und Krankenpflege	10
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	4
Generalistisch, Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	2
Geschlecht	
weiblich	15
männlich	1
Berufsjahre nach Ausbildung	
Unter 5 Jahren	6
10-15 Jahre	1
über 20 Jahre	9
Alter	
20-29	6
30-39	1
40-49	7
50-59	2

Fachbereich	
Gastroenterologie	1
Onkologie	3
Intensiv	1
Chirurgie	1
Pädiatrische Gastroenterologie	2
Neuropädiatrie	2
Kinderchirurgie	2
Kardiologie	1
Kardiologie/Stroke Unit	1
Neurologie	1
Gynäkologie	1

Die Teilnehmenden von *Gruppe 1* kommen von zwei verschiedenen Stationen. Koordiniert durch die Stationsleitungen, zeigen sich bei der Akquise ein hohes Interesse und eine große Bereitschaft der Pflegenden, an der Gruppendiskussion teilzunehmen. Alle sechs Personen, die im Vorfeld zusagen, sind auch bei der Diskussion anwesend. Es herrscht eine offene und lockere Atmosphäre. Die rund 90-minütige Diskussion gestaltet sich hochgradig selbstläufig; alle Teilnehmenden diskutieren lebhaft und setzen gleichermaßen aktiv propositionale Gehalte. Der Diskursmodus ist überwiegend univok bzw. parallelisierend.

Die Teilnehmenden von *Gruppe 2* gehören ebenfalls zwei verschiedenen Stationen an. Hier zeichnet sich bereits in der Akquisesituation eine eher zurückhaltende Bereitschaft zur Teilnahme ab. Von den sechs Personen, die ihre Teilnahme zusagen, nehmen schließlich vier teil. Die Atmosphäre während der Diskussion kann als eher sachlich-wertschätzend bezeichnet werden. Die rund 70-minütige Diskussion gestaltet sich ebenfalls selbstläufig, wobei drei Teilnehmende gleichermaßen aktiv propositionale Gehalte einbringen, während eine Teilnehmerin überwiegend die Rolle der Zuhörerin einnimmt. Der Diskursmodus gestaltet sich überwiegend antithetisch.

Koordiniert durch die Weiterbildungsverantwortliche erklärten sich bei der Akquise für *Gruppe 3* spontan sechs Pflegenden bereit, die auch alle teilnahmen. Die Teilnehmenden dieser Gruppe gehören alle unterschiedlichen Stationen an. Die Diskussionsatmosphäre der rund 90-minütigen Diskussion stellt sich offen und locker dar. Alle beteiligen sich gleichermaßen an der lebhaften selbstläufigen Diskussion, wobei eine Teilnehmerin dadurch hervorsticht, weniger aktiv propositionale Gehalte zu setzen, son-

dem die überwiegend antithetischen Propositionsgehalte der Gruppe in Konklusionen zu synthetisieren.

4.2 Empirische Rekonstruktion

Da die Fülle des empirischen Materials in der rekonstruktiven Sozialforschung mit einer gewissen Problematik bei der Ergebnisdarstellung einhergeht, sind Abkürzungsstrategien erforderlich. So geht es darum, die Interpretationen auf ein lesbares Ausmaß zu reduzieren und gleichzeitig intersubjektive Überprüfbarkeit zu gewährleisten (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 353). Diesem Prinzip wurde auch in der vorliegenden Arbeit gefolgt. Es wurden typische Transkriptauszüge ausgewählt, die dem Leser Einblick in den Erfahrungs- und Erlebniszusammenhang der Teilnehmenden geben und ihn in die Lage versetzen, die geleisteten Interpretationen nachzuvollziehen bzw. überprüfen zu können. Um die Nachvollziehbarkeit der geteilten Orientierungsgehalte und ihrer Reproduktionsgesetzlichkeit für den Leser zu erleichtern, erfolgt die Darstellung entgegen der Auswertung nicht chronologisch, sondern entlang der Facetten des Orientierungsproblems. Die auswertungsleitenden Fragen werden zur besseren Fokussierung an dieser Stelle nochmals vorangestellt: *In welchem Kontext diskutieren die Pflegenden den künftigen Einsatz von Bachelorabsolventen und die damit in Verbindung stehenden antizipierten Veränderungen? Welche Bilder bzw. Erwartungshorizonte hinsichtlich des Einsatzes der Bachelorabsolventen sowie der Kooperationspraxis erzeugen sie interaktiv? Welche alltagspraktischen Orientierungen zeigen sich in dieser Rahmung?*

4.2.1 Komparative Analyse

Was alle Gruppen vorrangig und gleichermaßen beschäftigt, ist die Frage, ob der Bachelorabsolvent weiterhin „am Bett“ arbeitet. Inwieweit sich die akademischen Kollegen am praktischen patientennahen Handeln beteiligen, wird in allen Diskussionen als Bewertungsmaßstab für den künftigen Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegepersonen herangezogen. Folgende Textpassage zeigt, wie die Pflegenden in Gruppe 1 gleich nach wenigen Minuten zum Kern dieser Orientierung vordringen.

- Af: *Ja gut das kommt auf das Aufgabenspektrum an was demjenigen dann ähm (.) zuteilwird sag ich mal*
- Bf: *↳ aber das soll ja Pflege sein, es geht ja da drum, dass die studieren Pflege, die machen ja arbeiten ja praktisch die müssten ja so wie wir auf Station arbeiten*
- Af: *Das ist die Frage (.) machen die irgendwelche was weiß ich dass jetzt*
- Ff: *↳ genau, des (?)*
- Af: *zum Beispiel wir haben ja jetzt diese ganzen PKMS-Sachen irgendwelche Assessment-Dinger, machen die solche Sachen? Sind die für so*

was da?
 Bf: *└Ja ich hätt ma a vorstellen können dass die vielleicht die DRG's (.) weil die die*
 Cf: *└Aber is des jetzt Pflege?┐*
 Bf: *des jetzt machen (.) ja weil die machen ja quasi ne Sonderausbildung dafür*
 Ef: *└Des gehört aber zu Pflegemanagement eigentlich*
 Cf: *└Ja eben, des is ja dann (?)*
 Ef:
 Bf: *└Aber des kann sein, dass die des da mit integrieren*
 Bf: *└Dass se da keinen mehr brauchen, die des separat nochmal die Ausbildung machen müssen, ne diesen Kurs*
 ?f: *└mmh┐*
 Ff: *└Also wie weit sind die wirklich am Bett*
 ?f: *└Ja eben (?)┐*
 ?f: *└Ja genau (?)┐ (GD 1, Z. 61-86)*

In dieser Passage dokumentiert sich ein Verständnis, das echte Pflegearbeit am Bett verortet („die machen ja arbeiten ja praktisch die müssten ja so wie wir auf Station arbeiten“). Af elaboriert den hohen Stellenwert des praktischen Vor-Ort-Handelns anti-thetisch, indem sie pflegerische Aufgaben in Erwägung zieht, die nicht unmittelbar praktisch beim Patienten ausgeführt werden („PKMS-Sachen“, „irgendwelche Assessment-Dinger“, „DRG's“). Für sie bedeutet Pflege offenbar nicht nur, patientennahe zu arbeiten. Im antithetischen Diskursmodus diskutieren die Pflegenden, ob derartige Aufgaben als Pflege oder eher als Pflegemanagement zu bezeichnen sind und markieren so ihre unterschiedlichen Erfahrungen diesbezüglich. In der Konklusion wird die Diskussion über das, was Pflege ist, zu Ende gebracht: Ff stellt die Frage danach, inwieweit die Bachelorabsolventen „wirklich am Bett“ sind und bringt in dieser Konklusion die Orientierung noch einmal verdichtet auf den Punkt. Durch das Wort „wirklich“ dokumentiert sich auf sprachlicher Ebene, dass administrative Aufgaben vielleicht zur Pflege gehören können, aber dass die geleistete patientennahe Arbeit als das angesehen wird, was zählt. Die validierende Reaktion der übrigen Teilnehmenden zeigt den diesbezüglich geteilten Erfahrungsraum der Pflegenden an.

Im weiteren Verlauf der Diskussion arbeiten die Pflegenden diesen Orientierungsgehalt weiter aus.

Af: *Ja das is so die nächste Frage, wie isn dann der Personalschlüssel auf*
 Bf: *└Eben┐* *└genau┐*
 ?f: *└Genau┐*
 Af: *Station? hab ich eine ähm akademische Schwester, gehn wir jetzt mal*
 Bf: *└die studiert hat┐*
 Af: *davon aus die macht PKMS die macht die Assessment-Dinger oder was immer jetzt an theoretischen Sachen noch dazu kommt. hab ich dann einfach für die Praxis eine Pflegekraft weniger in der Früh. na, sol-*
 Cf: *└ja zum Beispiel┐*

?f: └ja┘
Af: *che Sachen zum Beispiel. wenn mir wieder was anderes dafür abge-
nommen wird. das heißt es teilt sich immer mehr auf. wir ham's ja jetzt
auch mit der Arzthelferin schon, das heißt wir kriegen ja sag ich mal
auch in der Außenwirkung auf die Patienten, wir habe viele Köpfe ja, im*
Bf: └Ja┘
?f: └(?)┘
Af: *Stationszimmer sind immer Köpfe aber es muss halt auch einer auf die*
Bf: @(.)@
Af: *Glocke gehen, ne so*
Ff: └mmh┘
?f: @(.)@ (GD 1, Z. 105-125)

Durch die Frage nach dem Personalschlüssel werden implizit die Bestrebungen der Diskussion um die Arbeit des Bachelorabsolventen am Bett deutlich. Es zeigt sich die Befürchtung, dass der Bachelorabsolvent nicht zur Bewältigung der anfallenden Arbeit herangezogen werden kann. Durch die wiederholte Validierung dieser Proposition kommt die Brisanz des Themas für die Gruppe zum Ausdruck. Af bringt als Beispiel der Aufgabendifferenzierung die Funktion der medizinischen Fachangestellten ein, die zwar zum Pflgeteam gehören, sich jedoch nicht an patientennahen Arbeiten beteiligen²³. Sie deutet an, dass das Vorhandensein vieler Personen („*wir haben viele Köpfe ja, im Stationszimmer sind immer Köpfe*“) nicht mit einer besseren Bewältigung unmittelbar anfallender Pflegeaufgaben gleichzusetzen ist („*aber es muss halt auch einer auf die Glocke gehen*“). Durch das Bild der „*Köpfe*“ kommt die Vorstellung von Pflegenden, die zwar anwesend sind und z.B. administrative Aufgaben erfüllen, jedoch mit ihren Händen keinen Beitrag zur echten Pflegearbeit leisten, metaphorisch zum Ausdruck. Implizit zeigt sich durch das Beispiel des klingelnden Patienten der unmittelbare Handlungsdruck, der in der pflegerischen Praxis im Vordergrund zu stehen scheint. Entlastung wird offenbar vor allem durch Entlastung von gerade diesem Handlungsdruck erlebt. Die anderen scheinen derartige Situationen zu kennen und halten diese offenbar für typisch, denn noch bevor Af die Pointe der Aussage gebracht hat, stimmen sie lachend zu, wodurch sich auf Diskursebene der gemeinsame Erfahrungsraum dokumentiert: Pflegearbeit findet im Patienten- und nicht im Stationszimmer statt. Diskursorganisatorisch zeigt sich durch das Lachen auch, dass sich die Pflegenden von Kollegen, die sich nicht am patientennahen praktischen Handeln beteiligen, abzugrenzen versuchen und sie den potentiell so gearteten Einsatz der akademischen Kollegen in den negativen Horizont rücken.

²³ Dass diese nicht für die praktische Pflegearbeit zuständig sind, geht aus der Aussage von Af nicht hervor. Erfahrungsgemäß haben medizinische Fachangestellte im Stationsbetrieb die Funktion sogenannter Organisationsassistentinnen oder Stationssekretärinnen inne. Sie übernehmen vorwiegend administrative und organisatorische Aufgaben und sind nicht an der pflegerischen Versorgung beteiligt. Aus diesem Grund kann dieser Hinweis als Beispiel für eine zwar dem Pflgeteam angehörige, jedoch nicht pflegepraktisch arbeitende Person interpretiert werden.

In der folgenden Passage spekuliert die Gruppe über die Studien- bzw. Berufsmotivation akademischer Pflegepersonen. Im antithetisch-parallelisierenden Modus bringt die Gruppe erneut ihre positive Orientierung an der Übernahme patientennaher, praktischer Pflegearbeit zum Ausdruck und konzipiert diese jedoch als mit dem Handlungsfeld eines Akademikers nicht vereinbar:

- Ff: *Wie die Ef schon gesagt hat, dass is für mich auch ne große Frage mit welchem Hintergrund man so ne duale Ausbildung oder so'n Studium antritt. weil wenn ich von mir aus geh, klar des sind bestimmt viele Inhalte die mich auch sehr interessieren aber von Anfang an hab ich des jetzt (.) trotz Abi jetzt auch mich ganz bewusst sofort dafür entschieden weil ich einfach halt wirklich mit den Leuten und am Bett stehen wollte (.) ja und ähm des net mit dem Hintergrund mich da so fern wie möglich zu halten und dann nur zu delegieren oder nur auszudenken was könnte dem jetzt guttun. ich will's dann auch ausführen. mit welchem Hintergrund greifen die des auf (.) wollen die dann trotzdem oder haben die*
- Df: *↳ja aber ich denk mir des is*
- Ff: *dann auch auch ähm den Willen oder Ding dann auch am Bett zu stehen oder treten die des an wo se sagen ne ich will da eher (.) des theoretisch des dann leiten*
- Cf: *na ja wenn se nur am Bett stehen wollten, dann bräuchten se kein Studium da können's die normale Ausbildung machen (.) also der Verantwort-*
- Ff: *↳mmh*
- Df: *↳genau, ich denk*
- Cf: *wortungsbereich wird mit Sicherheit schon größer*
- Df: *Und ich glaub der Anreiz is schon so zum einen son Stück gesellschaftliche Anerkennung (.) und auch die Bezahlung, das ganz klar is wenn*
- Cf: *↳genau des isses*
- Df: *se studiert haben is des Gehalt ein bissl anders*
- ?f: *↳genau*
- ?f: *↳so isses* (GD 1, Z. 205-230)

Durch ihre Aussage, dass sie sich generell für die Inhalte eines Pflegestudiums interessiere, sich aber trotz Abitur bewusst gegen ein Studium entschieden habe, weil sie praktisch arbeiten („mit den Leuten und am Bett stehen“) wolle, entwirft Ff implizit ein Bild von akademisch ausgebildeten Pflegenden als ausschließlichen Theoretikern. Darin dokumentiert sich ein Bild von Theorie und Praxis als nicht vereinbare Sphären: man sei entweder Theoretiker oder Praktiker. Diese Orientierung wird weiter ausgearbeitet, indem sie Tätigkeiten akademisch ausgebildeter Pfleger mit nur „ausdenken“ oder „delegieren“ gleichsetzt. Das in diesem Zusammenhang abwertende Wort „nur“ rückt die fehlende Beteiligung an der Verrichtung von Pflegemaßnahmen in den negativen Horizont. Dieser Horizont wird durch Cf antithetisch elaboriert, indem sie klar betont, dass man nicht zu studieren brauche, um „am Bett zu stehen“. Somit wird akademisch ausgebildeten Pflegepersonen explizit ein größerer Verantwortungsbereich sowie mehr Anerkennung und Verdienst zugeschrieben. Interaktiv überführt die Gruppe einen höheren Sozialstatus und eine höhere Bezahlung als durchaus legitime Berufs-

motivation für akademische Pflegekräfte in eine gemeinsame Konklusion. Die Erwartung an Bachelorabsolventen, auch den Willen zu haben, am Bett zu stehen, und die gleichzeitige Feststellung, dass man nicht zu studieren brauche, um nur am Bett zu stehen, verdeutlichen implizit die ambivalente Werthaltung. Patientennahe Arbeit wird als Ideal in den Mittelpunkt gerückt und gleichzeitig abgewertet, indem ihr von vornherein die einer akademischen Qualifikation angemessene Verantwortung, Bezahlung und Anerkennung abgesprochen wird. Gesellschaftliche Anerkennung, die Übernahme von Verantwortung und gute Bezahlung scheinen also als Attribute für die Stelle eines Akademikers für die Gruppe nicht mit praktischer Pflegearbeit vereinbar zu sein.

Auch in Gruppe 2 kann eine Orientierung, in der Leistung an patientennahes, praktisches Handeln geknüpft wird, rekonstruiert werden. So bringt eine Teilnehmerin dieses Thema gleich zu Beginn der Diskussion als Reaktion auf den Eingangsstimulus ein.

Y: *Also Sie haben alle gemeinsam dass zukünftig Kollegen in den Stationen arbeiten werden die ein Studium haben also die Auszubildenden sind ja jetzt schon auf dem Markt sozusagen die ersten sind auch schon fertig also zum Beispiel in anderen Häusern und auch hier wird's so sein. ähm wenn Sie da dran denken wie geht's Ihnen damit was denken Sie drüber (.) wie wird des werden was glauben Sie was geht da so in Ihnen vor was haben Sie auch so für Gedanken im Kopf und was für Emotionen auch.*

Df: *Magenschmerzen (.) @eindeutig Magenschmerzen@ wie gesagt weil es gibt dann schon welche die dann dieses äh Studium dazu be- äh benutzen, dass sie einfach dann sagen nö warum soll ich mir noch die Hände am Patienten schmutzig machen oder an äh Infusionsaufhängen oder das beobachten oder jenes beobachten oder Verbände machen äh ich bleib lieber am PC sitzen und die andern sollen mal schön machen (.) so paar solche hab ich eben kennen gelernt und da sind auch viele von meinen jetzigen Arbeitskollegen mit solchen in Berührung gekommen und wir haben alle dieselben Bedenken in der Richtung dass wir dann nur noch die ausführenden Kräfte sind und eben die Studierenden sich hinter dem PC verkriechen und die ganzen ja wie soll man sagen nichtpflegerischen Arbeiten machen (GD 2, Z. 1-37)*

Df befürchtet, dass sich Bachelorabsolventen lieber „hinter dem PC verkriechen“, als praktisch mitzuarbeiten. Durch die Metapher des Verkriechens wird ein solches Verhalten als Abkapseln oder Flucht gerahmt und rückt dadurch in den negativen Horizont. In der Konklusion dieser Passage, die sich noch über den zitierten Ausschnitt hinaus fortsetzt, werden das Interesse und die Bereitschaft von Pflegenden, patientennah zu arbeiten, von der Gruppe validiert. Die stark abwertende Metaphorik („Hände am Patienten schmutzig machen“) deutet implizit darauf hin, dass pflegerische Arbeiten im Gegensatz zu „nichtpflegerischen Arbeiten“ eher unangenehm sind. So dokumentieren sich auch in dieser Gruppe ähnlich widersprüchliche Orientierungsgehalte: praktisches Handeln wird einerseits in den Mittelpunkt des Pflegeberufs gestellt und gleichzeitig

abgewertet. Dadurch deutet sich das belastende Potential patientennaher Pflegearbeit an, und es wird auf impliziter Ebene klar, dass die Frage nach der praktischen Mitarbeit des Bachelorabsolventen vom Motiv der Bewältigung des Arbeitsdrucks geleitet ist. In Gruppe 3 lässt sich diese Orientierung in strukturidentischer Weise rekonstruieren. In der nachfolgenden Beispielpassage wird diese in markanter Weise zum Ausdruck gebracht, indem die Frage nach der Beteiligung der Bachelorabsolventen an der praktischen Arbeit direkt mit der Frage nach deren Beteiligung am Schichtdienst verknüpft wird.

- Bf: *Also ich hab Angst dass die denken sie müssen nicht mehr am Bett arbeiten und ja (.) ja ich weiß auch net so recht ich bin auch noch so skeptisch weil man einfach wirklich net weiß was denen ihr Aufgabengebiet ist, also ich hab schon mit vielen Leuten drüber geredet und ja es weiß halt einfach keiner genau (.) was des mal wird mit denen (.) °also des befürcht halt ich dass die° die wissen ja selber noch net genau was die erwartet*
- Cm: *└Ja erwartet, aber ich denk mal das ist so ein fließender Prozess (.) früher haben wir Krankenpfleger geheißen heute heißen wir Gesund- und (.)*
- ?f: *└Kranken└*
- Cm: *└Krankenpfleger und dann früher oder später wird sich diese Form wieder ändern und wird dann fließend übergehen in ein Bachelorstudium also bin ich halt dann wie in anderen Ländern nix anderes wie eine Krankenschwester am Bett und des hat uns ja damals der Professor XY gesagt, die wo des studieren mit der Vorstellung herzukommen und zu sagen ich geh nimmer an´s Bett äh hat er klipp und klar gesagt dann sind Sie hier fehl am Platz also Sie werden nach wie vor am Bett arbeiten. und nur halt mit einem ganz anderen fundierten wissenschaftlichen Hintergrundwissen*
- Ff: *└Aber das Problem ist manche meinen das ja (.) die meinen sie haben keinen Schichtdienst mehr und müssen nicht mehr*
- Cm: *└ja bloß (?) └*
- Ff: *am Bett arbeiten und (.)*
- Cm: *└ganz genau aber das ist*
- Ff: *└des versteh ich halt dann net└ (GD 3, Z. 1-31)*

Bf stellt die Diskussion gleich zu Beginn in den Kontext der Befürchtung, der Bachelorabsolvent stehe nicht mehr für die Pflege am Bett zur Verfügung, und betont damit implizit die Bedeutung der Übernahme patientennaher Tätigkeiten. Cm validiert die Proposition von Bf, indem er unter Rückgriff auf den internationalen Vergleich und die Aussage eines Professors die direkte Patientenversorgung als zentrale Aufgabe akademisch ausgebildeter Pflegender ausweist. Im parallelen Modus arbeitet die Gruppe ihre positive Orientierung an der praktischen Pflegearbeit aus. Doch auch in dieser Gruppe wird eine gewisse Ambivalenz deutlich: patientennahe Arbeit wird einerseits als berufliches Ideal entworfen („mit der Vorstellung ... ich geh nimmer an´s Bett ... sind Sie hier fehl am Platz“) und andererseits als etwas, das man machen bzw. nicht machen „muss“, implizit abgewertet. Diese Diskrepanz in direkter Verknüpfung mit dem

Als weiterer fallübergreifender Erwartungshorizont zeigt sich die Annahme, dass durch den Einsatz von Bachelorabsolventen künftig vermehrt theoretisches bzw. wissenschaftliches Wissen²⁴ in die Praxis überführt werden soll. So diskutieren alle Gruppen den künftigen Einsatz von akademischen Pflegepersonen im Kontext des Verhältnisses von Theorie- und Praxiswissen. Die folgende Passage stellt ein Beispiel für diesen Auseinandersetzungsprozess dar. Hier konstituiert Gruppe 3 den zuvor interaktiv erzeugten Erwartungshorizont einer wissenschaftlich basierten Pflege als nicht vereinbar mit der Alltagspraxis. Dabei zeigt sich die Tendenz, Theoriewissen per se abzuwerten.

- Cm: *Und wir wollen jetzt auf einmal wissenschaftlich arbeiten, Hallo?*
 Bf: *↳ aber es fängt ja schon an Du lernst in der Krankenpflegeschule was und des kannst Du ja auf Station auch net wirklich umsetzen*
 Df: *↳ aber des kann doch net unser Ziel sein, wir spalten doch. ich*
 Bf: *↳ ja*
 Df: *kann doch net den Leuten die tollsten Sachen lernen und die Praxis geht in die komplett andere Richtung des geht doch net*
 Ef: *↳ Basale Stimulation is sowas Tolles aber Du kannst es nicht anwenden*
 ?f: *↳ ja*
 Bf: *Aber dafür bräuchten wir einfach*
 Af: *↳ Also ich bin jetzt seit einem halben Jahr aber ich weiß nicht wann ich eine basale Stimulation angewendet hab* (GD 3, Z. 135-148)

Durch die ironisch gerahmte Aussage („und wir wollen jetzt auf einmal wissenschaftlich arbeiten, Hallo?“) versucht Cm, sich von einer wissenschaftlichen Pflege abzugrenzen und entwirft diese damit als nicht realisierbar. Bf validiert diese Proposition, indem auch sie betont, dass es ihr nicht möglich sei, das in der Ausbildung erlernte Wissen in der Praxis umzusetzen. Auch Df validiert diesen propositionalen Gehalt („aber des kann doch net unser Ziel sein“). Sie setzt die Bestrebungen einer wissenschaftlichen Pflege mit „spalten“ gleich, wodurch sich auf metaphorischer Ebene ein Bild von Theorie und Praxis als nicht vereinbare Sphären dokumentiert. Durch die ironische Distanzierung rückt sie Theoriewissen als Basis für Pflegehandeln in den negativen Horizont („den Leuten die tollsten Sachen lernen und die Praxis geht in die komplett andere Richtung“). Im parallelen Modus bringt die restliche Gruppe hierfür Beispiele aus der eige-

²⁴ Ob die Teilnehmenden bei der expliziten Bezugnahme auf Theoriewissen auch wissenschaftliches Wissen meinen und umgekehrt, lässt sich im Zuge der Rekonstruktion nicht feststellen und ist auch nicht Gegenstand der Arbeit. Da es in den Diskussionen – und dementsprechend auch in den Ergebnissen – um das Verhältnis von Theorie und Praxis geht, wird auf die mit dieser Trennung verbundene Gleichsetzung von theoretischem und wissenschaftlichem Wissen rekurriert (Schondelmayer et al. 2013, S. 289), und die Begriffe werden in diesem Kontext synonym verwendet. Ebenfalls werden im Kontext des Theorie-Praxis-Verhältnisses theoretisches und empirisches Wissen nicht unterschieden, sondern diese Produkte zusammenfasst und vergrößert als „Theorie“ bezeichnet. Somit werden alle Formen wissenschaftlichen Wissens unter dem Begriff „wissenschaftlich“ subsumiert und von dem Begriff „erfahrungsbasiert“ unterschieden.

nen Praxis („*Basale Stimulation is sowas Tolles aber Du kannst es nicht anwenden*“) wodurch sich die Orientierung, in der Theoriewissen als nicht in die Praxis umsetzbar konzipiert wird, als von der Gruppe geteilt bestätigt.

Auch Gruppe 2 stellt den bevorstehenden Einsatz akademischer Kollegen in den Kontext der Umsetzung von Theoriewissen in die Praxis. Hierbei bestätigt sich die Orientierung, in der wissenschaftliches bzw. theoretisches und Alltags- bzw. praktisches Wissen als diskrepant konzipiert werden.

Df: *Es gibt auch wirklich Studierende die meinen sie haben super theoretische Ideen und versuchen die uns rein zu drücken was in der Praxis mit dem Personalstand den wir haben gar net möglich ist wo Du Dir sagst Du bist ja nur noch dazu verdonnert irgendwelche Dokumentationen zu machen irgendwelche Sachen in PC einzugeben und wo bitteschön bleibt mein Patient*

Cf: *↳ aber des is ja jetzt auch schon so*

Df: *↳ hm*

Af: *↳ @wegen denen is des net@ ((lacht))*

Df: *↳ deswegen kommen die ja* (GD 2, Z. 141-149)

Df kritisiert das Vorhaben mancher Studierender, die Praxis mithilfe von Theoriewissen zu verändern, das jedoch ihrer Meinung nach unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht handlungsleitend sein kann. Mit dem Begriff „*Ideen*“ und durch den ironischen Unterton („*super theoretische*“) charakterisiert sie Theoriewissen als geistiges Gebilde und rückt Wissen, das sich in der Praxis als untauglich erweist, in den negativen Horizont. Df wirft den Studierenden außerdem vor, sie würden versuchen, ihr Theoriewissen anderen „*reinzudrücken*“. In dieser Metaphorik dokumentiert sich zunächst die Abgrenzung von der aufgezwungenen Ausrichtung der Praxis am Theoriewissen. Was sich hier ebenfalls dokumentiert, ist die antizipierte Bedrohung, dass das Theoriewissen nicht theoretisch bleiben, sondern das praktische Handeln verändern würde. Somit scheint die ablehnende Haltung gegenüber Theoriewissen eng mit der Ablehnung der damit potentiell verbundenen veränderten Handlungspraxis zusammenzuhängen. Da Veränderungen bestehende Abläufe und Routinen gefährden und dadurch Effizienz und Handlungssicherheit erst einmal herabsetzen, muss theoriegeleitetes Handeln notwendigerweise negativ definiert werden. Dies gilt vor allem dann, wenn die Veränderung der Praxis durch Theoriewissen mit Druck auferlegt wird und hierbei kein Mitspracherecht besteht. Df verweist darauf, dass die Umsetzung von theoretischem Wissen in die Praxis aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich sei („*was in der Praxis mit dem Personalstand den wir haben gar net möglich ist*“). Implizit zeigt sich in dieser Aussage eine Ohnmachtshaltung sowie positive Orientierung an der Entlastung von der Verantwortung, die eigene Praxis anders zu gestalten. Df kritisiert vor allem die Zunahme administrativer Aufgaben, die zu Lasten der Zeit für den Patienten gehe. Von

der Gruppe explizit validiert, zeigen sich auch in dieser Passage Zeitdruck und Arbeitsverdichtung als in die Pflegepraxis eingeschrieben. Darüber hinaus dokumentiert sich die Befürchtung, dass sich diese Situation mit dem Einsatz akademischer Kollegen weiter zuspitzen könnte. Cf und Af elaborieren diese Proposition antithetisch. Sie betonen, der Zeitdruck bestünde bereits jetzt schon und könne nicht dem Bachelorabsolventen zugeschrieben werden. Dessen Einsatz solle ganz im Gegenteil zur Entlastung führen. Cf und Af versuchen damit, sich von der generellen Abwertung theoriegeleiteten Handelns abzugrenzen, was durch ihr Lachen auch auf performativer Ebene angezeigt wird. Damit grenzen sie die von Af aufgeworfene Orientierung ein.

In der nachfolgend dargestellten Konklusion der Passage werden die antithetischen Orientierungsgehalte in eine Synthese überführt.

- Df: *Jetzt die Angst ist einfach dass wenn (.) ähh noch mehr Studierende auf der Station sind mit vielen theoretischen super Ideen aber zum einen die fehlende Berufserfahrung sag ich Dir ganz ehrlich (.) die fehlende Berufserfahrung kombiniert mit einem Haufen Theorie. das kann man alles verbessern (.) ist eine ganz schlechte Mischung*
- Cf: *mmh ((zustimmend))*
- Df: *(3)*
- Alle: *(3)* (GD 2, Z.170-175)

Af bringt ihre Orientierung, in der theoretisches Wissen als nicht alltagstauglich eingestuft wird und theoriegeleitetes Handeln eine deutliche Abwertung erfährt, erneut zum Ausdruck. Dies zeigt sich auf performativer Ebene durch den wiederholten fast wortgleichen ironisch gerahmten Verweis auf die „*theoretischen super Ideen*“ der Bachelorabsolventen. Die Befürchtung, dass die eingebrachten theoretischen Ideen nicht theoretisch bleiben, sondern durch die Überführung in die Praxis mit einer Veränderung derselben einhergehen („*das kann man alles verbessern*“), wird ebenfalls aufs Neue bekräftigt. Sie schließt das Thema ab, indem sie betont, dass „*die fehlende Berufserfahrung kombiniert mit einem Haufen Theorie*“ eine „*ganz schlechte Mischung*“ sei. Implizit spricht sie die Gefahr an, die mit der Überführung von Theoriewissen in die Praxis ohne Überprüfung an der Erfahrung verbunden ist. Cf validiert die Bedeutung der Berufserfahrung, woraufhin der Diskurs zum Erliegen kommt. Damit zeigt sich der von Af aufgeworfene negative Horizont – durch theoriegeleitetes Handeln Veränderungen zu initiieren, die den Anforderungen und Bedingungen praktischer Handlungsfähigkeit nicht standhalten können – auf Ebene der Diskusorganisation als geteilte Orientierung.

Im weiteren Verlauf arbeitet die Gruppe diesen Orientierungsgehalt erneut aus. In dieser Passage diskutieren die Teilnehmerinnen auf Basis des vorgelegten Aufgabenpro-

files²⁵ und thematisieren selbstinitiiert die potentielle Aufgabe der Bachelorabsolventen, die Pflegequalität durch den Einbezug neuester Erkenntnisse zu verbessern.

- Cf: Dass des halt dann wirklich ihre Aufgabe immer wieder für das Fachgebiet was weiß ich einmal im Monat kriegen sie nen Tag wo se wirklich schau'n gibt's neue Infos gibt's irgendwas wie machen des andere Kliniken. arbeiten die anders weil da ham wir ja oft ja die Zeit wirklich nicht
- Df: └mh┘
- Cf: └nö┘
- Df: dafür (.) oder sie schauen gibt's Studien zur Mukosistis-Prophylaxe hat
- Af: └ja┘
- Cf: sich was verändert das die sich damit wirklich befassen
- Af: └ja┘
- Df: └hm┘
- Af: Ja aber des Problem des ich dabei seh ähm ich denk dass es überall auf der Welt jeden Tag irgendwelche Studien gibt zu onkologischer Pflege
- Df: └hm┘
- Af: nur musst Du irgendwann mal Deinen Weg finden also man darf net zu
- Df: └hm┘
- Af: eingefahren werden aber ich kann net alle Monat meinen Mukositis
- Cf: └nee ich┘
- Af: Standard einfach umschmeißen weil (.) aus
- Cf: └ja des is ja damit nicht gesagt oder
- Af: └ja┘ └immer wieder
- Cf: hinterfragt halt ja┘
- Af: mal Infos gibt also was weiß ich vierteljährlich halbjährlich sagt also ich hab mal g'schaut was gibt's so Neues auf dem Markt. gibt's was Neues
- Cf: └ja┘
- Bf: zur Mukositis ham wir neue Therapien oder irgendwas dass der dafür
- Cf: └hm┘
- Af: halt zuständig ist und dann des Team wiederum (.) informiert
- Bf: └genau┘ └ja┘
- Af: Weil die meisten Studien geh'n sowieso mindestens ein halbes Jahr es gibt gar keine kürzeren
- Cf: └ja des schon┘
- Af: Ne aber des laufen ja verschiedene Studien zum gleichen Thema weißt wie ich mein und wenn jetzt überall ne Studie aufploppt
- Bf: └hm┘ └mmh┘
- Cf: └aber des wär ja
- Af: └des rauszufiltern┘ └ja (.) oder
- Cf: └mmh┘
- Af: brauchen wir's gar net weil bei uns des auf Station eigentlich schon so
- Cf: └mmh┘
- Af: gut implementiert is weißt was ich mein?
- Cf: └ja┘
- Bf: └ja┘
- Df: └genau┘ (GD 2, Z. 496-544)

Die Pflegenden sind sich darin einig, dass es generell wünschenswert sei, neues Wissen zu integrieren, und betonen gleichzeitig, derartige Aufgaben aufgrund fehlender

²⁵ Die vorgelegte Kurzinformation, aus dem die Unterteilung des Aufgabenprofils in drei übergeordnete Handlungsbereiche (hier von der Gruppe als Blöcke bezeichnet) hervorgeht, ist im Anhang (ii) einzusehen.

Zeit nicht übernehmen zu können. Die konsequente Externalisierung veränderungshemmender Faktoren, in der sich eine Ohnmachtshaltung und positive Orientierung an der Entlastung der eigenen Verantwortung für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis dokumentiert, kann in allen Gruppen als fallübergreifende Logik rekonstruiert werden. So schreiben Af und Cf die Verantwortung, durch die Integration von neuem Wissen die Praxis zu verbessern, dem Bachelorabsolventen zu und erklären diese Aufgabe für akademisch ausgebildete Kollegen explizit zum positiven Horizont. Cf schlägt vor, dem Bachelorabsolventen obligatorisch Zeit dafür zu geben, kontinuierlich nach neuem Wissen zu suchen und dieses in die Praxis einfließen zu lassen. Diese Proposition wird von Af antithetisch elaboriert. Da sich der Wissensstand ihrer Meinung nach täglich ändere, hält sie es für nicht zielführend, die gängige Praxis dauernd an das neueste Wissen anzupassen, sprich ununterbrochen zu verändern. Interaktiv arbeitet die Gruppe ihre Erwartung an den Bachelorabsolventen aus: er solle nur relevantes Wissen herausfiltern. Damit markiert sie den negativen Horizont der Orientierung: die durch permanentes Verfolgen von neuem Wissen erzeugte Überforderung. Dieser propositionale Gehalt wird von der Gruppe validiert und zeigt sich auch in der Erwartung, das Beibehalten bestehender Strukturen durch neues Wissen legitimieren zu können. Dies stellt auch die Konklusion der Passage dar, in der die antithetischen Orientierungsgelände in einer übergeordneten Produktionsregel auf den Punkt gebracht werden: Neues Wissen wird generell für gut befunden. Die Akzeptanz von Veränderungen der Praxis durch dieses Wissen wird jedoch hochgradig davon abhängig gemacht, inwieweit diese die unmittelbare Handlungsfähigkeit in der Praxis gefährden.

In Gruppe 1 werden identische Orientierungen entfaltet, die an folgendem Beispiel verdeutlicht werden. In der folgenden Passage diskutieren die Teilnehmerinnen ebenfalls auf Basis des vorgelegten Aufgabenprofils. Auch sie setzen sich selbstinitiiert mit Aufgabenblock 2 (Pflegetqualität durch den Einbezug neuester Erkenntnisse entwickeln und sicherstellen) auseinander.

Af: Also dieser 2. Block muss ich sagen, dafür ist glaub ich ist so'n Bachelor gut und da hilft er mir auch (.) da hilft er mir in meiner täglichen Arbeit

Ff: $\perp (\quad ? \quad) \perp$
 Ef: $\perp (?)$ was ganz anders jetzt wie das was wir gelernt haben (.) und da denk ich hat auch das Studium ne

Af: $\perp ja \perp$
 Ff: $\perp auf alle Fälle \perp$ $\perp also da (?) \perp$
 ?f: $\perp mmh ja \perp$

Af: Berechtigung (.) da jetzt nich find ich (deutet auf Block 1)
 Ef: $\perp genau \perp$ $\perp ja also das is was ganz anderes die Inhalte im$
 ?f: $\perp mmh des stimmt \perp$
 Ef: zweiten Block, mit denen haben wir uns jetzt net

Ff: └ja┐
 Af: └dafür hab ich auch keine Zeit
 dafür hab ich keine Zeit (.) mich in Ruhe hinzusetzen und zu sagen das
 Ff: └genau des is des wo einem im Alltag die Zeit fehlt┐
 Ff: └ja┐
 Af: *muss ich lesen hier muss ich gucken da muss ich suchen und wenn ich*
 Ff: └ja┐
 Af: *dafür jemand hab denk ich kann mir des viel bringen*
 Ff: *Na ich könnt mir schon auch vorstellengrad Punkt 2 und 3 von einigen*
 Sachen wo man jetzt selber net so hatte oder gar net macht oder auch
 Af: └mmh┐
 Ff: *gar net so kann weil man einfach kein Werkzeug in die Hand gekriegt*
 hat dafür und dass des aber ja die Qualität der eigene Arbeit schon st-
 Af: └ja┐
 ?f: *(.) gut steigern kann.* (GD 1, Z. 413-435)

Interaktiv rahmt die Gruppe die potentielle Aufgabe des Bachelorabsolventen, neueste Erkenntnisse in die Pflege einzubringen, als sinnvolle und berechtigte Tätigkeit. Allerdings wird auch in dieser Passage deutlich, dass es den Pflegenden in erster Linie darum geht, durch den Einbezug von Theoriewissen die eigene Handlungsfähigkeit steigern zu können („*da hilft er mir in meiner täglichen Arbeit*“). Sie betonen, dass es ihnen nicht möglich sei, sich selbst hierbei einzubringen – beispielsweise selbst zu recherchieren oder nachzulesen. Die Gründe hierfür werden externalisiert („*dafür hab ich auch keine Zeit*“), so dass sich die bereits rekonstruierte Ohnmachtshaltung gegenüber äußeren Umständen sowie die positive Orientierung an der Entlastung der eigenen Verantwortung für die potentielle Veränderung ihrer Praxis auch bei dieser Gruppe nachvollziehen lässt. Diese entwirft in dieser Passage die Steigerung der Qualität der Pflege durch den Einbezug neuester Erkenntnisse in die Praxis als positives Ideal. Doch scheint es den Teilnehmerinnen erstrebenswert, diese Aufgabe exklusiv dem Bachelorabsolventen zuzuordnen. So rücken sie die entlastende Funktion des Bachelorabsolventen in diesem Zusammenhang explizit in den positiven Horizont und rahmen ihn als Ressource („*wenn ich dafür jemand hab... kann mir des viel bringen*“), was implizit das Motiv bestätigt, sich von der eigenen Verantwortung für die Weiterentwicklung ihrer Praxis entlasten zu wollen.

Im Gegensatz dazu zeigt sich im weiteren Diskussionsverlauf die Diskrepanz zwischen der explizit positiv bewerteten Hilfestellung durch den theoretisch²⁶ arbeitenden Bachelorabsolventen und der impliziten Werthaltung, bei der praktisches Handeln, sprich das Agieren vor Ort, einen höheren Wert besitzt als theoretisches Arbeiten.

Df: *Den 2. Block merk ich kann ich aus einer gewissen Distanz auch so se-*

²⁶ Theoretisches Arbeiten wird nachfolgend als Überbegriff für alle Arbeiten verwendet, die nicht praktisch-instrumentell und nicht unmittelbar „am“ Patienten ausgeführt werden. So z.B. die Dokumentation und Pflegeplanung, aber auch wissenschaftliches Arbeiten, wie z.B. Literaturrecherche, Konzeptentwicklung, Evaluationen usw.

- hen, dass ich mir denk – ja könnt hilfreich sein. mein erster Impuls war na ja des ist dann eine vielleicht, wenn´s brennt die sich zurückzieht und sagt oh da muss ich jetzt erst mal die neuesten Erkenntnisse nachlesen*
- ?f: *└(des kann natürlich auch sein) ┘*
- ?f: *└ (?) ┘*
- Af: *└ja aber Du hast dann vielleicht am Folgetag wenn das irgendwas Schwerwiegendes ist, hat die was gefunden was Dir wirklich in der täglichen Arbeit weiter hilft (.) weißt so (.)*
- Ff: *└könnt ich mir auch vorstellen (GD 1, Z. 450-459)*

Mit ihrer Befürchtung, dass sich der Bachelorabsolvent „zurückzieht“, „wenn´s brennt“, um z.B. etwas nachzulesen, setzt Df theoretisches Arbeiten implizit mit dem Rückzug von der eigentlichen Pflegearbeit gleich. Hierbei zeigt sich erneut der hohe Stellenwert des praktischen Vor-Ort-Handelns bzw. die mit dem unmittelbaren Handlungsdruck verknüpfte Leistungsorientierung. Dieser Orientierungsgehalt wird von einer Beteiligten validiert. Durch die ironisch gerahmte Aussage („*oh da muss ich jetzt erst mal die neuesten Erkenntnisse nachlesen*“) kommt zum Ausdruck, dass theoretisches Wissen als nicht für die lebenspraktischen Bewältigung von Anforderungen geeignet angesehen wird. Af elaboriert diese Proposition antithetisch. Für sie ist es durchaus vorstellbar, dass Theoriewissen zu effektiverem Handeln beitragen kann („*wenn das irgendwas Schwerwiegendes ist*“...*vielleicht hat die was gefunden was Dir wirklich in der täglichen Arbeit weiterhilft*“). In der Wortwahl „*Schwerwiegendes*“ kommt die Orientierung konkludierend zum Ausdruck: Der Einbezug von Theoriewissen ist nicht durch den Wunsch bestimmt, funktionierende Lösungen oder Routinen zu hinterfragen, sondern dient dazu, in Krisen, sprich bei Problemstellungen, bei denen die eigene Handlungspraxis nicht zum erwünschten Ergebnis führt, Lösungsansätze zu finden. In einer solchen Situation würde der theoretisch arbeitende Bachelorabsolvent, der zwar nicht unmittelbar als Ressource zur Regulation des Handlungsdrucks herangezogen werden könnte, trotzdem zur Bewältigung von Versorgungsaufgaben beitragen.

Wie dies für die Gruppe konkret aussieht, wird deutlich, als die Moderatorin im weiteren Diskussionsverlauf eine immanente Nachfrage zum mehrfach von der Gruppe genannten Begriff der „Augenhöhe“ stellt und sie bittet, diesen Begriff zu erläutern:

- Y: *Wie könnte des konkret aussehen? Auf Augenhöhe haben Sie jetzt mehrfach genannt, was heißt denn des wenn Sie mal Beispiele sagen, was meinen Sie da damit?*
- Bf: *Na wenn jetzt irgendein Problem ein Kind hat vielleicht äh ein Hauptproblem und ich komm net weiter, dass ich zu dem hingehen kann und sag hör mal schau Dir des mal an wir haben jetzt des und des gemacht ich komm net weiter. hast Du irgendeine Idee wie man des jetzt was man da noch machen kann. und der dann halt schaut was man irgendwelche wissenschaftlichen Dinger liest und dann kommt und sagt ich*
- Af: *└mmh┘*
- Bf: *hab des und des gelesen probiert des mal aus und dann gucken wir*

mal was wird (.) irgendwie so kann ich mir des jetzt vorstellen dass man
 Af: └ja┐
 ?f: └mmh┐
 ?f: └genau┐
 Bf: dann hingeht und sagt ich hab des schau nach und hilf mir dann
 Alle: (2) (GD 1, Z. 697-713)

Bf entwirft die Vorstellung, dass sich Pflegende bei einem bedeutsamen klinischen Problem, das sie selbst nicht lösen können, an den Bachelorabsolventen wenden und diesen beauftragen können, in der Literatur nach Lösungen zu suchen, die er ihnen dann wiederum als mögliche Handlungsoptionen präsentiert, als positiven Horizont. Erneut dokumentiert sich hier das Leitmotiv für die Reflexion der eigenen Handlungspraxis und den Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse: die lebenspraktische Krisenbewältigung („wir haben jetzt des und des gemacht ich komm net weiter“). In diesem Zusammenhang wird auch das Prinzip der aufsuchenden Hilfe betont. D.h., die akademischen Kollegen werden angefragt, zu helfen („dass ich zu dem hingehen kann und sag hör mal), und nicht umgekehrt. Das unaufgeforderte Unterbreiten oder drastischer gesagt, das Verordnen von Verbesserungsmaßnahmen rückt somit in den negativen Horizont. Es ist den Pflegenden wichtig, Veränderungsprozesse entlang eigener Problemstellungen selbstbestimmt einzuleiten. Dieser Orientierungsgehalt wird von der Gruppe validiert. In der Konklusion wiederholt Bf noch einmal ihre Vorstellung „dass man dann hingeht“, um sich Hilfe zu holen. Durch diese Dopplung wird auch auf performativer Ebene der Kern der Orientierung bestätigt.

Die Betonung von Berufserfahrung und praktischer Handlungsfähigkeit spielt in den Diskussionen immer wieder eine große Rolle. Doch zeigt sich bei der reflektierenden Interpretation, dass diese Orientierung nicht nur in ihrer Funktion für die erfolgreiche Bewältigung von Versorgungsaufgaben zum Tragen kommt. So lassen sich in diesem Zusammenhang auch selbstlegitimierende und -anerkennde Attribuierungsmuster rekonstruieren. Folgendes Beispiel stellt die Eingangspassage von Gruppe 1 dar:

Y: *Wir haben ja gesagt es werden künftig Kollegen auf die Stationen kommen die grundständig studiert haben. ja wie geht´s Ihnen jetzt damit, wie denken Sie da drüber, wie erleben sie des, was ham Sie für Gefühle und Gedanken. wie finden sie des. Tauschen Sie sich da mal so über Ihre Meinungen aus.*
 Af: *Na? Also das sind ganz viel Fragen die sich mir da stellen, also nicht*
 Cf: └mmh.°┐
unbedingt die Frage, ist die mir jetzt übergeordnet oder nicht. (4) weil (2) des denk ich wird nicht so sein also ich seh des eher so als ein nebeneinander, na. vielleicht tut sich da jemand schwerer damit der weniger Berufserfahrung hat. ich denke der wird da vielleicht eher so was hierarchisches da drin sehen, ich jetzt eher nicht. ähm vielleicht kann es ein fruchtbares Nebeneinander geben. wobei ich mir halt jetzt über die Aufgaben dieser (2) akademischen Schwestern noch nicht im

Ff: Klaren bin (räuspern)
(?) Für mich auch

(GD 1, Z. 1-16)

Während Af auf expliziter Ebene betont, dass sie nicht denkt, dass der Bachelorabsolvent ihr übergeordnet sein werde, zeigt sich auf impliziter Ebene die antizipierte Bedrohung, weisungsgebunden zu sein. Die Zweifel über die hierarchische Gleichstellung der Pflegenden ohne und mit Bachelorabschluss dokumentieren sich zum einen in den längeren Denkpausen während des Sprechens und zum anderen durch die Formulierungen „ich denke“ „eher nicht“ und „vielleicht“. Die Praxiserfahrung der Pflegenden scheint für Af einen Einfluss auf die Hierarchie zu haben („vielleicht tut sich da jemand schwerer damit, der weniger Berufserfahrung hat. Ich denke der wird da noch eher so was Hierarchisches da drin sehen“). Auch das Bild des „Nebeneinanders“, das zweimal wiederholt wird, deutet implizit auf den Wunsch nach Gleichstellung hin. In dieser Passage deutet sich bereits an, dass die in homologer Art und Weise wiederzufindende positive Orientierung an der Berufserfahrung auch dazu dient, sich des eigenen Werts in Zeiten des Bildungswandels vergewissern zu können. Wenig später wird diese Orientierung von der Gruppe weiter ausgearbeitet. Die Teilnehmerinnen spekulieren, dass die Pflegeausbildung vielleicht an andere Länder angepasst werden und generell in ein Studium umgewandelt werden könne. In einem solchen Szenario schreiben sie der akademisch ausgebildeten Pflegekraft zwar vor allem eine delegierende Funktion zu, betonen jedoch gleichzeitig, dass diese ohne Praxiserfahrung nicht zielführend wahrgenommen werden könne.

Af: Ja aber auf der anderen Seite wird sich jemand der studiert hat und einfach weniger Praxisstunden hat schwer tun (.) des zu delegieren (.) weil
?f: └ja┘
Af: er, na, also da wird er Schwierigkeiten haben weil wenn Du den Blick für die Praxis nicht hast, kannst auch schlecht delegieren. so ganz leicht wegrationalisieren kannst Du uns da nicht, weil das (?)
Bf: └also ich denk, das
wird auch noch dauern (?) 20 bis 25 Jahre (?)
Af: └ja ja┘
Ff: └ ? ┘
Cf: └ aber des weiß ich ja nicht (?)┘
?f: └ich denk auch (?) so┘
?f: └mmh┘
Af: └ja ja┘ (GD 1, Z. 182-196)

Af macht die Fähigkeit, zu delegieren, stark von der Praxiserfahrung abhängig. Diese Proposition wird durch eine Teilnehmerin validiert. Die Formulierung, „den Blick“ für die Praxis zu haben bzw. nicht zu haben, verweist auch darauf, Situationen in ihrer Gesamtheit wahrnehmen und intuitiv handeln zu können. Diese Fähigkeit, die nur mit entsprechender Praxiserfahrung erworben werden kann, wird als Voraussetzung für das

Übertragen von Aufgaben gerahmt. Mit ihrer Konklusion „so ganz leicht wegrationalisieren kannst Du uns da nicht“ arbeitet sich Af zum Kern der Orientierung vor, der durch die Gruppe validiert wird. Indem pflegerische Expertise vor allem an Berufserfahrung und Praxiswissen geknüpft wird, kann die Anerkennung der eigenen Kompetenz trotz der Akademisierung aufrechterhalten werden. So ist sich die Gruppe einig, allein aufgrund ihrer Berufserfahrung für die Erbringung der pflegerischen Leistung weiterhin unabkömmlich zu sein.

Dieser Orientierungsgehalt lässt sich auch in Gruppe 2 rekonstruieren. So betonen die Teilnehmerinnen in der nachfolgenden Beispielpassage, dass ein Studium nicht zur Überlegenheit in der Bewältigung des Arbeitsalltags führe, und legitimieren gleichzeitig die Bedeutung der eigenen Rolle.

- Af: *Wenn Du so nen frisch Studierenden sag ich jetzt mal in Anführungszeichen bei uns auf die Station stellst ist der heillos überfordert denk ich*
- Cf: *so wie jede Schwester auch die*
- Df: *ja jede Schwester ja*
- Af: *ja*
- Cf: *frisch (?) schon erst mal ja*
- Af: *mein ich ja es macht keinen Unterschied erst mal es macht keinen Unterschied ob Du nen Frischexaminierten oder nen Frischexaminierten und Studierenden auf die Station stellst weil jede Station ist fachspezifisch*
- Cf: *mmh*
- Df: *ja*
- Af: *zifisch und die werden heillos untergehen wenn da keiner ist der sie an die Hand nimmt und mitnimmt*
- Df: *jaa* (GD 2, Z. 179-193)

Auch hier wird pflegerische Expertise an praktische Erfahrung geknüpft, was zur Folge hat, dass angenommen wird, der Bachelorabsolvent sei nicht anders als Pflegende mit beruflicher Ausbildung zu Beginn der Berufstätigkeit „heillos überfordert“. Die Attestierung der Überforderung in diesem Zusammenhang bestätigt die bereits rekonstruierte Orientierung, in der Leistung an patientennahe praktische Tätigkeiten geknüpft ist. Die Priorisierung von praktischem Wissen und Können ermöglicht es den Teilnehmerinnen, sich die Rolle zuzuschreiben, die Bachelorabsolventen „an die Hand zu nehmen“. Dadurch dokumentiert sich auf metaphorischer Ebene das Gefühl von Überlegenheit. Somit wird deutlich, dass die Anknüpfung von Pflegekompetenz an Erfahrungswissen und praktische Handlungskompetenz auch eine zentrale Funktion für selbstanerkennde und -legitimierende Attribuierungsmuster einnimmt.

In markanter Weise kann auch in folgender Passage das Aufrechterhalten der eigenen Anerkennung als Strategie der Pflegenden im Umgang mit den künftigen Entwicklungen gezeigt werden. Hier diskutieren die Teilnehmerinnen darüber, dass akademisch

ausgebildete Pflegepersonen ihrer Meinung nach eher in das Handlungsfeld von Leitungspersonen eingreifen und weniger in das der Pflegepraktiker.

- Cf: *Der wird eher Respekt haben wenn er kommt und denkt oh Gott die ist jetzt schon 20 Jahre auf Station als Krankenschwester, da hat jeder erst*
 Df: *└mh┘*
 Cf: *mal will er davon lernen oder weiß da misch ich mich erst mal net ein und schau eher ab wie arbeitet die wie macht die des oder? also*
 Df: *└mh┘*
 Af: *└Ja ich denk wenn Du Dein Fachgebiet gerne machst und auch gerne arbeitest und Deine Fort- und Weiterbildungen machst was soll Dir denn passieren?*
 Df: *└mh┘*
 Af: *wenn Du auf dem aktuellen Stand immer bleibst wird Dir nie jemand was*
 Df: *└mh┘*
 Af: *machen können wenn Du weißt wie Du arbeitest was Du tust und was*
 Cf: *└nee┘*
 Df: *└mh┘*
 Af: *richtig und falsch ist kann der noch so studiert haben (.) wird er Dir die*
 Cf: *└ja┘*
 Af: *Erfahrung kann er Dir net nehmen. bei jeder Intensivverlegung was wir*
 Cf: *└ja┘*
 Af: *gmacht haben (2) kann er Dir net nehmen. und er fängt bei null auch*
 Df: *└mh┘*
 Cf: *an.*
 Cf: *└ja┘* (GD 2, Z. 322-342)

Auch in dieser Passage zeigt sich die positive Orientierung an Erfahrungswissen. Interaktiv arbeitet die Gruppe diese Orientierung aus, bei der Anerkennung hauptsächlich aus Berufserfahrung gewonnen wird. Diese Proposition wird von Af differenzierend elaboriert. Sie hält es ebenfalls für wichtig, sich fort- und weiterzubilden, um fachlich auf dem neuesten Wissenstand zu bleiben. Durch die direkte Verknüpfung von Wissensaneignung und praktischer Handlungsfähigkeit („wenn Du weißt wie Du arbeitest was Du tust“) kommt jedoch zum Ausdruck, dass es vor allem darum geht, Wissen vor dem eigenen Erfahrungshintergrund richtig anwenden zu können. Darauf deutet auch das in diesem Zusammenhang aufgeführte Beispiel der Verlegung eines Patienten auf die Intensivstation, sprich die hochgradig veränderliche und komplexe Versorgungssituation eines kritisch kranken Menschen, hin. Gerade derartige Situationen sind ohne Erfahrungswissen nicht erfolgreich zu bewältigen. Das eigene Handeln wird dann als wirksam erlebt, wenn Praxissituationen durch Rückgriff auf Erfahrung gemeistert werden können. Auch in dieser Passage können selbstanerkennende Attribuierungsmuster auf strukturidentische Art und Weise nachvollzogen werden. Durch die wortgleich wiederholte Aussage, der Bachelorabsolvent könne einem die Erfahrung nicht nehmen („kann er Dir net nehmen“), wird auf performativer Ebene die Konklusion angezeigt. Implizit kommt hierbei die Befürchtung zum Ausdruck, dass durch die künftige Existenz akademisch ausgebildeter Kollegen etwas aus dem eigenen Kompetenzbereich weg-

genommen bzw. die eigene Kompetenz geschmälert würde. Dieser antizipierten Bedrohung könne jedoch damit begegnet werden, indem Expertise an Erfahrungswissen geknüpft werde. Dadurch fange der Bachelorabsolvent trotz seines hohen Maßes an Theoriewissen nach dem Studium „*bei null*“ an, wodurch die Hierarchisierung aufgrund formaler Bildungsabschlüsse verhindert bzw. abgemildert und die eigene Kompetenz aufgewertet wird.

Das nachfolgende Textbeispiel stammt aus der dritten Diskussion. Auch in dieser Gruppe bestätigt sich die Funktion der positiven Orientierung an der praktischen Handlungskompetenz für die Aufrechterhaltung selbstanerkennender Attribuierungsmuster.

- Af: *Ich muss ehrlich sagen ich hab Angst dass ich mich dann selber dabei (.) ertappe praktisch dass ich dann zu einem Bachelor praktisch sage das haben wir jetzt schon immer so gemacht und des machen wir jetzt auch so dass ist egal ob Du jetzt studiert hast oder nicht. ich glaub dass das verdammt schwierig wird rauszufinden was eigentlich für den Patienten das Beste ist und das ist ja das Wichtige dran, also nicht was ähm so vielleicht wir gelernt haben oder die jetzt so lernen oder eigentlich dass der Patient den Vorteil draus zieht eigentlich also*
- Ff: *↳Aber ich glaub es kommt darauf an wer von den Bachelors das zu Dir sagt, weil ich sag mal manche wo das studieren sind für mich nicht*
- ?f: *↳ja↳*
- Ff: *ernst zu nehmen weil die taugen in der Praxis schon jetzt nichts und studieren aber. (.) des stinkt halt mir dann. das ist meine Meinung und*
- Alle: *↳((lachen))↳*
- Ff: *von dem her möchte ich mir nicht sagen lassen, was ich zu tun hab weil wenn er schon nicht weiß wie man einen Patienten richtig versorgt ja dann (.) weiß ich halt auch nicht des kann mir dann der Bachelor auch nicht sagen was dann richtig ist (GD 3, Z. 55-73)*

In ihrer selbstkritischen Auseinandersetzung grenzt sich Af implizit von einer Praxis ab, die die Veränderung der Praxis durch Fortführung unreflektierter Traditionen verhindert. Dabei wertet sie Theoriewissen nicht per se ab, sondern versteht diese als mögliche positive Handlungsoption. Jedoch geht es ihr darum, das Wissen so anzuwenden, dass der Patient profitiert. Ff elaboriert diese Proposition antithetisch, indem sie beschreibt, dass studierende Kollegen, die die Praxis nicht bewältigen können, trotz ihres Theoriewissens für sie nicht „*ernst zu nehmen*“ seien. Das Lachen der Gruppe an dieser Stelle deutet auf die Brisanz des Gesagten hin und bringt den negativen Horizont nochmals zum Ausdruck, von dem sich die Teilnehmenden abzugrenzen versuchen: Expertise an Theoriewissen anzuknüpfen. Im Gegensatz dazu ermöglicht die Anknüpfung von Expertise an praktisches Wissen und Können, sich selbst Kompetenz zuzuschreiben und dadurch die potentielle Bedrohung der Fremdbestimmung durch die akademisch ausgebildeten Kollegen abzuwenden.

Das Erleben von Anerkennung schließt jedoch weitere Komponenten ein. So geht es den Pflegenden nicht nur darum, ihren Status aufgrund ihrer Erfahrung und ihres praktischen Könnens aufrechtzuerhalten. Gerade die Aussicht, Pflegeentscheidungen eigenverantwortlich zu treffen, scheint ihnen wichtig zu sein, wie in nachfolgenden Beispielpassagen gezeigt wird.

So stuft Gruppe 1 bei der Diskussion des schriftlich vorgelegten Aufgabenprofils die Umsetzung des Pflegeprozesses (von der Gruppe als „erster Punkt“ bezeichnet) als originäre eigene Aufgabe ein. Die Teilnehmerinnen betonen im parallelen Modus, dass sie diese auch weiterhin selbstbestimmt ausführen wollen.

- Y: *Und ähm gibt's auch Nachteile oder Schwierigkeiten oder Bedenken oder Fragen die Sie beschäftigen wenn Sie jetzt so die Aufgabenfelder hier angucken?*
- Alle: (4)
- Af: *Bloß in dem ersten Punkt. dass ich da in meiner Kompetenz beschnit-*
- Ff: *└ja┘*
- ?f: *└mmh┘*
- Ef: *└genau┘*
- Af: *ten werde dass da über meinen Kopf bestimmt wird was ich eigentlich*
- ?f: *└ja°┘*
- ?f: *└ja° (?)┘*
- Af: *selber weiß und selber machen will auch. die anderen zwei Punkte jetzt*
- Ff: *└ja┘*
- Af: *nicht aber das erste da*
- Bf: *└das erste┘*
- ?f: *└ja┘*
- Ff: *Seh ich auch so da möchte ich eigentlich net wirklich was großartig abgeben*
- Af: *└mmh┘*
- Alle: (7) (GD 1, Z. 589-604)

In Zusammenschau mit dem rekonstruierten positiven Horizont, durch den Bachelorabsolventen von patientennahen praktischen Tätigkeiten und damit vom unmittelbaren Handlungsdruck entlastet werden, erscheint das Bestreben, gerade diese Aufgabe nicht abgeben zu wollen, erst einmal paradox. Doch hier handelt es sich vielmehr um einen zweiten Horizont, der sich als Gegenpol zum belastenden Potential unmittelbarer Versorgungsaufgaben rekonstruieren lässt. Gemäß ihrer Orientierung, Expertise eng an praktisches Wissen und Können zu knüpfen, bescheinigen sich die Pflegenden in der direkten Patientenversorgung folgerichtig die notwendige Kompetenz und auch entsprechende Entscheidungsverantwortung. Im Rahmen der selbstattribuierten Expertise, nicht über das eigene Handeln bestimmen zu können, sondern als Erfüllungsgehilfe zu fungieren („dass da über meinen Kopf bestimmt wird was ich eigentlich was ich eigentlich selber weiß“), rückt somit in den negativen Horizont. Was sich hierin dokumentiert, sind wieder anerkennungssichernde Strategien, die diesmal eng an eigenver-

antwortliches Arbeiten geknüpft sind. Dass die Regulation von Handlungsdruck nicht auf Kosten der Selbstbestimmung gehen dürfe, bestätigt sich auch in anderen Passagen. Nachfolgender Diskussionsabschnitt von Gruppe 2 illustriert das Spannungsverhältnis dieser beiden Horizonte anschaulich. Die Gruppe diskutiert hier darüber, dass die Zunahme administrativer Aufgaben zu Lasten der Zeit für die Durchführung patientennaher Aufgaben gehe damit auch den Arbeitsdruck erhöhe:

Df: *Es wird ja jetzt es is ja jetzt schon zum Teil so dass Du Dir wirklich denkst wann zum Henker hab ich denn noch Zeit für den Menschen der da liegt der krank ist der mich braucht net bloß meine Behandlungspflege net bloß meine Waschaktionen net bloß meine schnell Verbandssachen*

Cf: *↳ aber des is ja des was Du vorhin gsagt hast dass Du befürchtest dass die alle am Computer sitzen wär doch für Dich positiv weil die würden dann deine Computerarbeit übernehmen*

Af: *↳ ja*

Df: *↳ aber es is doch des Problem is doch es ist ja eigentlich die Krankenpflege sollte ja eigentlich eine Teamarbeit sein sprich es ist keiner der permanent nur die Sache macht aus diesem Schema sind wir ja raus früher war's so da hast Du eine Schwester war dazu verdammt die hat nur die Spritzen ausgeteilt eine war nur dazu verdammt alle Blutdruck durchzumessen die andere war dazu verdammt alle durchzuwaschen diese Aufteilung von der sind wir ja Gott sei Dank schön längstens weg. es gibt sowas wie die Bereichspflege mittlerweile (.) ähm wo wir schon eigentlich alle dasselbe miteinander machen sollten (GD 2, Z. 152-170)*

In dieser Passage zeigt sich wieder der in die Pflegepraxis eingeschriebene Zeitdruck. Df konzipiert an dieser Stelle jedoch einen in sich heterogenen Erwartungshorizont. Das Dilemma ergibt sich einerseits aus dem impliziten Wunsch, von den in ihren Augen nicht-pflegerischen Tätigkeiten, wie z.B. der Computerarbeit, entlastet zu werden, um mehr Zeit für den Patienten zu haben sowie andererseits aus der Erwartung an den Bachelorabsolventen, gerade nicht am Computer zu sitzen, sondern sich an der praktischen Arbeit zu beteiligen. Af und Df bringen diesen Widerspruch explizit zur Sprache. Sie elaborieren den Erwartungshorizont antithetisch und weisen Df darauf hin, dass der Bachelorabsolvent ihre Computerarbeit übernehmen und sie dadurch entlasten könne. Daraufhin rückt Df jedoch eine funktionsbezogene Aufgabendifferenzierung in den negativen Horizont („es ist keiner der permanent nur die Sache macht“). Sie elaboriert diese Proposition mit einem Beispiel aus früheren Zeiten, nämlich der Versorgung der Patienten nach dem Funktionspflegesystem. Das Schreckliche bzw. das Unerträgliche („eine Schwester war dazu verdammt“) einer funktionellen Aufgabenteilung wird durch die industriell anmutende Metaphorik („durchzumessen“ und „durchzuwaschen“) implizit deutlich: dadurch zum Erfüllungsgehilfen degradiert zu werden, der – ähnlich der Fließbandfertigung – fremdbestimmte Tätigkeiten lediglich ausführt, ohne Einfluss auf

Arbeitsabläufe bzw. den gesamten Versorgungsprozess nehmen zu können. Somit steht eine Aufgabendifferenzierung, auch wenn sie potentiell zur Entlastung von Arbeitsdruck führt, dann im Widerspruch zu den anerkennungssichernden Strategien der Pflegenden, wenn deren Selbstbestimmung dadurch verringert wird.

Auch anhand der folgenden Passage können diese beiden übergeordneten Horizonte, zwischen denen sich die Auseinandersetzung mit den künftigen Entwicklungen vollzieht, in charakteristischer Weise deutlich gemacht werden.

- Cf: Aber das hat ja dann für uns dann können wir viele Sachen gar nicht mehr machen so wie Pflegeplanung weil Du wenn Du Deine Patientenversorgung machst wie Grundpflege wahrscheinlich da wird die Arbeitsaufgabe wird sich dann auch verlagern dass wir mehr Grundpflege machen müssen und praktisch die vielleicht eine Pflegeplanung machen und Dir sagen da hab ich jetzt eine Pflegeplanung gemacht mach das jetzt
- Af: Kommt auf meinen Arbeitsaufwand an. kann mir ja durchaus helfen
- Bf: kann mir helfen aber es nimmt ja dann auch wieder wieder was weg
- Af: Lja Lja
 (.) unter Umständen. das kommt jetzt drauf an wie man es mit Leben füllt ne. unter Umständen ja
- Alle: (6) (GD 1, Passage 16, Z. 612-624)

Dass Cf die antizipierte Aufgabendifferenzierung gerade an der Aufteilung von Pflegeplanung und Grundpflege (und beispielsweise nicht die Aufteilung zwischen komplexen Pflegesituationen und Situationen mit hohem Standardisierungsgrad) festmacht, bestätigt die bereits rekonstruierte Orientierung, in der theoretisches und praktisches Arbeiten getrennt voneinander betrachtet werden. Darin dokumentiert sich ein Verständnis, in dem die Verknüpfung dieser beiden Arbeitsformen als für berufliches Handeln nicht konstitutiv erachtet wird. Darüber hinaus zeigt sich erneut die Vorstellung der vorwiegend theoretisch arbeitenden akademischen Pflegeperson. Indem Cf auf expliziter Ebene betont, derartige Aufgaben wie z.B. die Pflegeplanung würden den Pflegenden dann „weggenommen“, so dass diese dann stattdessen „mehr Grundpflege machen müssen“, wertet sie praktisches Arbeiten erneut ab. Zudem zeigt sich auch hier die antizipierte Bedrohung, weisungsgebunden zu sein bzw. fremdbestimmt arbeiten zu müssen („da hab ich jetzt eine Pflegeplanung gemacht mach das jetzt“). Af und Bf elaborieren diese Proposition antithetisch und verdeutlichen auf typische Weise das Spannungsfeld, in dem sich die Auseinandersetzung mit den künftigen Entwicklungen vollzieht. Dem positiven Horizont einer potentiellen Entlastung durch eine Aufgabendifferenzierung („kann mir ja durchaus helfen“), steht der negative Horizont der unfreiwilligen Abgabe von Verantwortung, d.h. der Degradierung zur rein ausführenden Kraft („aber es nimmt ja dann auch wieder wieder was weg“) gegenüber. Af überführt die unterschiedlichen Orientierungen in eine Konklusion. Für sie kommt es darauf an, wie

den negativen Horizont gerückt. Auch hier steht der aufgeworfene negative Horizont zunächst in Widerspruch dazu, patientennahe Tätigkeiten eher als belastend oder unangenehm zu rahmen und den Einsatz der Bachelorabsolventen deshalb explizit danach zu bewerten, inwieweit sich diese an der Arbeit „am Bett“ beteiligen. Wie sich jedoch im weiteren Verlauf zeigt, geht es in dieser Passage erneut um die Ausarbeitung von Strategien zur Sicherung selbst- und diesmal auch fremdattribulierter Anerkennung. Erneut können in dieser Passage die Orientierung, Expertise an Erfahrungswissen anzuknüpfen („Das geht nich mit Theorie“, „da steht das nich in der Literatur“) sowie der negative Horizont des fremdbestimmten Handelns („Also ich würd net wolln das ich jetzt ne Woche bei dem Kind bin... und dann kommt einer und sagt ... des muss so und so und so gemacht werden“) bestätigt werden. Es wird nicht hinterfragt, was eine akademisch ausgebildete Pflegeperson hier vielleicht anders machen bzw. ob sich dadurch ein potentieller Nutzen für den Patienten ergeben würde. Stattdessen wird das vorgelegte Aufgabenprofil genutzt, um sich gemeinsam der eigenen Kompetenzen hinsichtlich der Umsetzung des Pflegeprozesses zu vergewissern und damit – qua Praxiserfahrung – beratende bzw. edukative Aufgaben als eigenverantwortlichen Handlungsbereich zu legitimieren („da ham wir auch die Erfahrung und Werkzeug in der Hand und des kriegen wir auch hin“). Es wird jedoch deutlich, dass das dialogische Verhältnis mit dem Patienten vor allem als Möglichkeit zur Rückkopplung gerahmt wird („dann hast Du dann auch keine Resonanz ... bei dem zu Beratendem“). Patienten und Angehörigen wird damit auf impliziter Ebene zugeschrieben, den Erfolg des eigenen Handelns anerkennen zu können. Der Patienten- bzw. Angehörigenkontakt zeigt sich somit in seiner Funktion für die Pflegenden, sich der eigenen Anerkennung vergewissern zu können.

Auch Gruppe 2 arbeitet sich an der Proposition, die durch das vorgelegte Aufgabenprofil aufgeworfen wird, auf strukturidentische Art und Weise ab, wodurch die Bedeutung des Patientenkontakts für Anerkennungsprozesse bestätigt wird. In der nachfolgenden Passage handelt es sich um die Reaktion auf die immanente Nachfrage der Moderatorin bezüglich der zuvor geäußerten Ablehnung der ausschließlichen Koordination und Steuerung des Pflegeprozesses durch den Bachelorabsolventen.

- Y: *Jetzt haben sie gerade gesagt oder ich glaub ich hab's gehört irgendwie ähm am Rande so, den oberen Block Koordination und Steuerung vom Pflegeprozess des könnte man als Aufgabe für den Bachelor weglassen. Hab ich das richtig verstanden oder können Sie das nochmal als Beispiel sagen oder wie Sie das sehen?*
- Df: *Im Prinzip sind des ja Sachen die wir so ganz nebenbei wie Du auch schon gesagt hast so unbewusst eh schon machen*
- Cf: *↳ ja also find ich auch es ist schwierig weil wenn mir dann jemand sagt Du musst jetzt den Patienten anlei-*

Df: *ten das weiß ich selber also des is so (.) weiß ich net des mach ich ja*
 Cf: *selber auch gerne da würd ich nur ungern sagen das des nur noch der darf der studiert hat, des Anleiten und Beraten des macht mir ja Spaß*
 Df: *↳jaa*
 Af: *↳also ich schick Ihnen dann später die Schwester Cf, die berät Sie dann über (.) wie Sie richtig Ihre*
 Cf: *↳ja*
 Df: *↳@die Möglichkeiten@*
 Af: *Mukositisprophylaxe-Lösung anwenden und*
 Df: *↳ja*
 Cf: *↳genau*
 Cf: *↳und manche Patienten kommen mit der Schwester gut zurecht und dann die Schwester kommt*
 Df: *↳leben*
 Cf: *mit dem Patienten gut zurecht auf dem seinem Niveau einfach vom Re-*
 Df: *↳ja*
 Cf: *den her vom Verständnis her des fänd ich eher schade oder blöd ein-*
 Af: *↳ja ja*
 Cf: *fach wenn des dann nur noch einer übernimmt oder wenn's dafür einen gäbe. ich find des muss ganz individuell sein*
 Df: *↳ja*
 Af: *↳des würd ihn ja auch langweilen stell dir vor den ganzen Tag durch die Zimmer geh'n und jedem erklären wir er seine Mukositisprophylaxe-Lösung anzuwenden hat da*
 Cf: *↳ja* *↳((lacht))*
 Af: *@wirst ja wahnsinnig@* (GD 2, Z.548-582)

Für die Gruppe gehört die Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses als Selbstverständlichkeit zu ihrer derzeitigen Handlungsroutine („Im Prinzip sind des ja Sachen die wir so ganz nebenbei wie Du auch schon gesagt hast so unbewusst eh schon machen“). Auch in dieser Gruppe werden keinerlei Überlegungen angestellt, ob die Übernahme dieser Aufgaben durch eine akademisch ausgebildete Pflegeperson zu Veränderungen führen bzw. einen Mehrwert haben könnte. Vielmehr wird das vorgelegte Aufgabenprofil ebenfalls genutzt, um sich selbstanerkennend und -legitimierend der notwendigen Kompetenz in diesem Aufgabenbereich zu vergewissern. Im parallelen Modus arbeitet die Gruppe die eigenständige Umsetzung patientennaher Aufgaben als positiven und die Abwertung („es ist schwierig weil wenn mir dann jemand sagt Du musst jetzt den Patienten anleiten das weiß ich selber“) oder gar Verdrängung der eigenen Kompetenz in diesem Bereich („da würd ich nur ungern sagen das des nur noch der darf der studiert hat“) als negativen Horizont aus. Auffallend in diesem Zusammenhang ist das gewählte Beispiel, mit dem Cf den Orientierungsgehalt elaboriert. Wie in den anderen Gruppen wählt auch sie das Beispiel des Anleitens bzw. Beratens („des Anleiten und Beraten des macht mir ja Spaß“). Demnach ergibt sich für sie der positive Horizont daraus, durch die Weitergabe ihres Fachwissens zur eigenen Zufriedenheit beizutragen. Dadurch zeigt sich eine Orientierung, in der die kommunikativen Anteile

der Pflegearbeit nicht nur pflegerisch zweckgebunden eingesetzt werden, sondern auch der Erhöhung des eigenen (pflegerischen) Wohlbefindens dienen. Diese Proposition wird durch Df und Af validiert. Durch die ironisch gerahmte Aussage („also ich schick Ihnen dann später die Schwester Cf, die berät Sie dann über (.) wie Sie richtig Ihre Mukositisprophylaxe-Lösung anwenden“) wird auf provokante Art und Weise der negative Gegenhorizont verdeutlicht, von dem sich die Gruppe abzugrenzen versucht: das Ausschließen von Beratungs- und Anleitungsaufgaben aus dem eigenen Verantwortungsbereich. Dabei wird deutlich, dass Cf gelungene Interaktion von professionellem Verhalten ablöst und eher an gegenseitige Sympathie und Passfähigkeit persönlicher Eigenschaften anbindet. Dadurch bestätigt sich die Orientierung, in der gerade die hochkommunikativen Anteile der Pflegearbeit nicht (nur) als Arbeitsmittel gesehen werden, sondern vor allem auch als Möglichkeit, sich mit der eigenen Persönlichkeit einzubringen und Anerkennung zu erfahren. Verstärkt wird dies durch den expliziten Verweis auf die Unvermögen einer einzigen Person, der erforderlichen Individualität Rechnung tragen zu können. So kann die rekonstruierte Beziehungsorientierung auch in dieser Passage in ihrer Bedeutung für das fremdorientierte Anerkennungsbedürfnis der Pflegenden nachvollzogen werden. Der aufgebaute Gegensatz am Ende der Passage, dieses Aufgabenfeld explizit als stereotyp und damit als nicht zumutbar für den Bachelorabsolventen zu überzeichnen („den ganzen Tag durch die Zimmer geh´n und jedem erklären wir er seine Mukositisprophylaxe-Lösung anzuwenden hat da @wirst ja wahnsinnig@“), verweist implizit auf die erneute Distanzierung davon, dass diese Anerkennung verschaffende Pflegesituation künftig exklusiv vom Bachelorabsolventen übernommen wird. Im (eher unsicheren) Lachen bei dieser Aussage und in der stark überzeichnenden Darstellung dokumentieren sich diesbezüglich zwar gewisse Zweifel und Ängste, was jedoch nichts an der grundsätzlichen Orientierung ändert. Von daher wird diese Aussage auch nicht weiter bearbeitet – das Thema gilt als beendet.

Weitere anerkennungssichernde Strategien zeigen sich in der Auseinandersetzung mit potentiellen Auswirkungen des Einsatzes von akademisch ausgebildeten Kollegen auf die eigene Zusammenarbeit mit den Ärzten. So scheinen die Pflegenden neben Patienten vor allem auch der Berufsgruppe der Ärzte zuzuschreiben, die eigene Kompetenz bzw. Arbeit anerkennen zu können.

Cf: *Ja vielleicht geht´s auch mal in die richtige Richtung weil´s eben dann auch bei den Ärzten positiver dasteht, also damit kann vielleicht der Beruf ein bissl aufgewertet werden vielleicht? ich weiß es eben net kommt dann drauf an wer es im Endeffekt dann auch ausführt und wie die Pflegekräfte sich verhalten*

Bf: *↳ Ja da bin ich ein wenig beunruhigt ich denk mir vielleicht geht des ein wenig in die Richtung dann weißt schon dass die Ärzte dann hergehen und die Studierten mehr auf die Therapie hinzu*

weiß schon mehr fragen mehr einspannen damit und wir dann mehr also als Nichtstudierte mehr in die Pflege oder so. weißt wie am Anfang wie ich kommen bin sind alle gerannt gekommen ja kannst Du mal helfen mit dem Port Du kannst des doch anstechen oder bla da wars ja genau so
 ?f: *└mmh┘*
 Bf: *fen mit dem Port Du kannst des doch anstechen oder bla da wars ja genau so*
 Cf: *└ja aber is des so schlimm?*
 Df: *└mmh┘* (GD 2, Z. 57-62)

Cf hofft, dass die Akademisierung zur Aufwertung des Pflegeberufs führt, und verweist hierbei explizit auf die Steigerung der Anerkennung bei den Ärzten. Sie bringt damit implizit zum Ausdruck, dass sie die derzeitige Anerkennung der Pflege von den Ärzten als nicht zufriedenstellend erlebt. Zum anderen dokumentiert sich, dass gerade diese Berufsgruppe eine zentrale Rolle für das fremdorientierte Anerkennungsbedürfnis der Pflegenden zu spielen scheint. Cf knüpft die Steigerung der Anerkennung zwar an den akademischen Bildungsabschluss, macht diese aber gleichzeitig vom individuellen Verhalten bzw. von persönlichen Aspekten abhängig („*kommt dann drauf an wer es im Endeffekt dann auch ausführt und wie die Pflegekräfte sich verhalten*“). Hier zeigt sich erneut die von Cf bereits in der vorangegangenen Passage ausgearbeitete Orientierung, in der neben formalen Kriterien vor allem die individuelle Persönlichkeit als für Anerkennung bedeutsam eingestuft wird. Bf validiert die Bedeutung der ärztlichen Berufsgruppe für das Erleben von Anerkennung, indem sie die Befürchtung äußert, dass die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten bzw. die direkte Zusammenarbeit mit den Ärzten künftig in erster Linie akademischen Pflegepersonen vorbehalten sei und Pflegenden ohne akademischen Abschluss für die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten zuständig seien. Dadurch rückt Bf ex negativo das Ausführen medizinischer Tätigkeiten in den positiven Horizont und wertet demgegenüber Pflegeleistungen ab. Neben der bereits rekonstruierten Vorstellung einer Aufgabendifferenzierung, die sich durch die Trennung von theoretischem und praktischem Arbeiten ergäbe, wird hier ein weiteres Differenzierungskriterium entworfen: die Aufteilung der Aufgaben nach medizinischen und -fernen Tätigkeiten. In der weiteren Ausarbeitung dieser Proposition wird deutlich, worin die Bedrohung läge, keine ärztlich delegierten Tätigkeiten mehr durchführen zu können. So beschreibt Bf, wie sie in der Vergangenheit durch den Umstand, als einzige Pflegeperson einen Portkatheter anstechen zu können, für die Ärzte in dieser Sache zur zentralen Ansprechpartnerin und sogar von diesen um Unterstützung gebeten worden sei. In dieser Erzählung geht es nicht um die Reaktion der Patienten. Ebenso wenig geht es um den Benefit, der Patienten durch ihre Fähigkeit, den Katheter anstechen zu können, zuteilwurde. Stattdessen ist dies vielmehr eine Geschichte von der Gleichstellung der eigenen Kompetenz gegenüber der der Ärzte, die sie durch ihr medizinisches Wissen und Können erfahren hat. Ein deutlicher Indikator für diese

Gleichstellung ist die Bitte der Ärzte, beim Anstechen des Portkatheters zu helfen. Hier zeigt sich eine Orientierung, bei der die Gleichstellung aus medizinischer Leistung bzw. Kompetenz gewonnen wird und demzufolge auch Ärzten zugeschrieben wird, diese anerkennen zu können. Mit der Frage, ob es denn so schlimm wäre, wenn die medizinischen Tätigkeiten vermehrt durch akademisch ausgebildeten Kollegen ausgeführt würden, schränkt Cf diese Orientierung jedoch ein. Für sie scheint die Gleichstellung auf dieser Ebene weniger wichtig zu sein, was sich im weiteren Verlauf der Diskussion bestätigt.

Eingeleitet durch eine exmanente Nachfrage der Moderatorin wird das Thema später erneut von der Gruppe bearbeitet. Wieder bestätigt sich die Orientierung, in der das Erbringen medizinischer Leistung als Strategie zur (vermeintlichen) Gleichstellung mit den Ärzten wirksam wird, auch hier nur für einen Teil der Gruppe. Was an dieser Passage jedoch als kollektive Orientierungsfigur gezeigt werden kann (und soll), ist die Auseinandersetzung mit anerkennungssichernden Strategien im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Wandel.

- Y: *Was wäre denn nicht von Ihrer Seite aus nicht gut wenn's so werden würde. also was für Aufgaben also was wäre denn der schlimmste Fall wo Sie sagen würden also des möchte ich auf keinen Fall dass das dann so aussieht zukünftig wenn die da sind.*
- Bf: *Wenn der einen Port anstechen darf oder Nadeln legen darf* (.)
- Df: *mmh*
- Cf: *@und Du nicht@*
- Af: *((lacht))*
- Bf: *genau* (.) *da*
- Df: *ja*
- Bf: *krieg ich mein Grant* (.) *ja*
- Af: *((lacht)) ich glaub ich*
- Df: *Weil gelernt haben wir's alle und dann ist es verboten worden dass wir es machen*
- Bf: *mmh mmh*
- Af: *Nee vor sowas hab ich eigentlich keine Angst weil ich denk mir wenn Du dich selber fort- und weiter bildest was soll Dir passieren. also wenn ich mir anschau ich denke nicht dass eine Krankenschwester die in die Fachweiterbildung geht meinetwegen weniger weiß, wie so jemand. also ich denk dass die halt einfach eine andere Gewichtung haben. aber ich denk dass die vom Stand her des ganz leicht mit denen aufnehmen können und ich trau mir wetten zu sagen wenn jemand ist der in seinem Fachgebiet interessiert ist sich fort- und weiterbildet, kann*
- Df: *mh*
- Af: *der noch soviel studiert haben wird er nie eine Chance haben gegenüber deiner Berufspraxis davor hätte ich nie Angst*
- Cf: *ich auch net aber des ist auch ein bisschen unterschiedlich*
- Af: *ja und wenn die Ports anstechen oder ne Nadel legen also ich brauch das nicht für mein Selbstwertgefühl also*
- Cf: *ja*
- Df: *brauchen nicht* (.) *des net*

Af:

Lnö ((lacht)) (GD 2, Z. 221-256)

In dieser Passage wird die Durchführung ärztlich delegierter Tätigkeiten von Bf erneut als positiver Horizont entworfen und die antizipierte Bedrohung zum Ausdruck gebracht, künftig von diesen wie bereits rekonstruiert gleichstellungsversprechenden Aufgaben ausgeschlossen zu werden. Df validiert diese Proposition, indem sie Unverständnis darüber äußert, dass die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten bereits in der Vergangenheit verboten worden sei, obwohl deren Ausführung in der Pflegeausbildung gelehrt worden sei. Af und Cf hingegen grenzen sich von der Orientierung an Anerkennung durch medizinische Leistung ab, wodurch die unterschiedlichen Erfahrungsräume markiert werden. Sowohl auf performativer Ebene durch das Lachen als auch auf expliziter Ebene („wenn die Ports anstechen oder ne Nadel legen also ich brauch das nicht für mein Selbstwertgefühl“) zeigt sich, dass Af und Cf das Bedürfnis, den eigenen beruflichen Status durch die Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten aufwerten zu wollen, eher lächerlich bzw. unpassend finden und diese Strategie ablehnen. Was jedoch als propositionaler Gehalt bestehen bleibt, ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Anerkennung im Hinblick auf die künftigen Veränderungen. Doch verweisen Cf und Af in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der eigenen „Berufspraxis“, gegen die der Bachelorabsolvent „nie eine Chance“ habe, und arbeiten damit wiederholt die positive Orientierung an Erfahrungswissen und praktischem Können in ihrer Funktion als selbstreferentielle Anerkennungsstrategie aus. Um ihren Gruppenstatus gegenüber Af und Cf aufrechtzuerhalten, relativiert nun auch Df die Bedeutung ärztlich delegierter Tätigkeiten und grenzt sich demonstrativ davon ab, auf diese Art von Anerkennung angewiesen zu sein („brauchen nicht des net“). Die Passage endet mit einer dieser Aussage und damit sich selbst bestätigenden Lachen von Af.

Auch in Gruppe 1 werden Anerkennungsprozesse mit der Zusammenarbeit mit Ärzten in Verbindung gebracht. Folgendes Beispiel zeigt einen Diskussionsausschnitt, der durch die exmanente Nachfrage der Moderatorin nach möglichen negativen Konsequenzen des künftigen Einsatzes der Bachelorabsolventen für die eigene Rolle initiiert wurde.

Ef: Wenn die sich mehr so an die Ärzte halten wie an die Schwestern, weil
?f: LmmhJ
Af: LmmhJ
Ef: des is ja nur die Schwester und des is der Studierende, also ich glaub
des würd echt zum Clinch führen
Ff: LjaJ
Df: Lalso da würd mir auch der Kamm
anschwellen (GD 1, Z. 326-334)

Hier wird die Befürchtung geäußert, der Bachelorabsolvent könnte sich mehr an die „Ärzte halten“ anstatt an die „Schwestern“. In dieser Passage wird der Status stark an den akademischen Bildungsabschluss geknüpft („und des is der Studierende“), was automatisch zur Abwertung des eigenen Status führen muss („des is ja nur die Schwester“). Der Erwartungshorizont verweist auf die Vorstellung, dass es zwischen Pflegeakademikern und Ärzten durch denselben Bildungsgrad zu einer Art Gleichstellung kommt, die zu deren intensivierter Zusammenarbeit führt. Die gewählte Metaphorik, dass dies zum „Clinch“ führen und „der Kamm anschwellen“ werde, verweist auf aggressive Momente, die mit dieser Vorstellung verbunden sind, und verdeutlicht die Brisanz des Themas. Auch wenn in dieser kurzen Passage unklar bleibt, ob mit der Aussage „an die Ärzte halten“ auch das Ausführen ärztlicher Tätigkeiten gemeint ist, bestätigt sich in diesem Zusammenhang durch den expliziten Verweis auf die Ärzte (z.B. im Gegensatz zu anderen akademisch ausgebildeten Akteuren der Patientenversorgung oder Führungspersonen) die bereits rekonstruierte Orientierung, in der gerade die Annäherung der Stellung der Pflege an die der Medizin für die Pflegenden eine wichtige Rolle einzunehmen scheint.

Auch Gruppe 3 bringt das Thema der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten selbstinitiiert in die Diskussion ein. In deutlichem Kontrast zu den anderen Gruppen wird hier jedoch die Vorstellung, die direkte Zusammenarbeit mit den Ärzten an den Bachelorabsolventen abgeben zu können, als positiver Horizont entworfen. Der nachfolgende Textausschnitt stellt den Abschluss einer längeren Passage dar, in der die Gruppe darüber diskutiert, dass sie von den Ärzten zu wenig in Entscheidungen einbezogen werde.

Ef: Du musst dann den Anreiz geben und sagen (.) schauen sie sich
 Ff: ↳wir brauchen KG↓
 Ef: mal den Patienten an so geht's doch net oder (.) musst soviel für
 die Ärzte mitdenken und des wär was wo ich sag des könnten die
 ?f: ↳ja genau↓
 Ef: uns vielleicht wirklich abnehmen
 Bf: ↳des machen wir eigentlich ja eh schon des mitdenken
 Ef: ↳aber des is ja nicht unsere Aufgabe
 Ff: ↳also wir sind inof-
 fizielle Bachelor praktisch
 Cm: ↳((lacht))↓
 ?f: ↳((lacht))↓
 Bf: ↳ja jetzt net ganz aber des mitdenken machen
 wir oder ich mach des oft dass ich jedem hier dann des musst
 Ff: ↳des macht jeder↓
 Bf: Du noch machen des musst Du noch machen aber dann kommt
 oft (.) nee. und am nächsten Tag kommt's dann so daher als
 wär's ihre Idee dann gewesen und ja
 Af: ↳ ja ich mein ich wär ja froh drum wenn die Ba-
 chelor das übernehmen würden dass ((lacht)) dass sie mit den

Cm: *Ärzten direkt zusammenarbeiten*
Lja

(GD 3, Z. 253-274)

Interaktiv bringt die Gruppe ihre Unzufriedenheit über die Zusammenarbeit mit den Ärzten zum Ausdruck. Die Problematik besteht für sie darin, diesen „den Anreiz“ zum Handeln zu geben und andauernd für diese „mitdenken“ zu müssen, womit gemeint ist, Verantwortung für das Handeln anderer übernehmen zu müssen, in diesem Fall das Handeln der Ärzteschaft. Es zeigt sich, dass die Pflegenden sich dafür verantwortlich fühlen, unerledigte Aufgaben der Ärzte zu übernehmen bzw. deren Erledigen zu sichern, um so Versorgungsdefizite zu vermeiden. Da die Verantwortungsübernahme nicht mit den entsprechenden Entscheidungsbefugnissen einhergeht, erleben die Pflegenden diese Situation als unbefriedigend, was auch implizit deutlich wird in der Vorstellung, der Bachelorabsolvent könne ihnen diese Aufgabe „abnehmen“. Durch die parallele bzw. univoke Diskursorganisation wird der konjunktive Erfahrungsmodus bezüglich der konfliktbesetzten Zusammenarbeit mit den Ärzten deutlich. Bf elaboriert die Proposition antithetisch und betont, dass das „Mitdenken“ ja bereits von ihr übernommen werde. Dadurch verdeutlicht sie implizit ihre Zweifel darüber, ob sich diese Aufgabe vom eigenen beruflichen Handeln ablösen und in das Aufgabenfeld des Bachelorabsolventen verschieben lässt. Ef argumentiert hingegen, dass es nicht zur Aufgabe von Pflegenden gehöre, Verantwortung für unerledigte ärztliche Aufgaben zu übernehmen, wodurch sie zum Ausdruck bringt, dass sie sich gerne von dieser Verantwortung entlasten würde. In der ironischen Reaktion von Ff („also wir sind inoffizielle Bachelor praktisch“) dokumentiert sich zum einen versteckte Kritik daran, künftig akademisch ausgebildeten Pflegenden Aufgaben zuweisen zu wollen, die derzeit routinemäßig von berufsschulisch ausgebildeten Pflegepersonen übernommen werden. Dadurch wird die Berechtigung einer akademischen Ausbildung implizit angegriffen. Zum anderen verweist diese Äußerung auch auf eine gewisse Enttäuschung darüber, formal nicht denselben Status wie eine akademisch ausgebildete Pflegekraft zugeschrieben zu bekommen, obwohl man letztlich dieselbe Leistung erbringe. Dieser Propositionsgehalt wird sowohl durch das Lachen der Gruppe als auch durch die Reaktion von Bf („ja jetzt net ganz“) validiert. Es ist keine Frage, dass jeder und jede der Beteiligten weiß, worum es bei der Ironisierung von Ff geht. Bf erklärt das „Mitdenken“ für die Ärzte erneut zur pflegerischen Pflicht („des musst Du noch machen“) und unterstreicht damit implizit, dass man sich dieser Verantwortung nicht entziehen könne. Ff validiert diese Proposition generalisierend („des macht jeder“), was die gängige und akzeptierte Praxis zeigt, als Pflegeperson Sorge für das Ausgleichen ärztlicher Versäumnisse zu tragen. Bf beschreibt jedoch Desinteresse und Widerstände der Ärzte gegenüber die-

sem Bemühen („des musst Du noch machen aber dann kommt oft nee“) und bringt zudem das Beispiel, dass die zunächst abgelehnten Hinweise der Pflegenden später dann trotzdem – als eigene Idee verbucht – von den Ärzten umgesetzt werden („und am nächsten Tag kommt’s dann so daher als wär’s ihre Idee dann gewesen“). Mit diesem Beispiel bringt Bf ihre Unzufriedenheit über die Missachtung der eigenen Kompetenz bzw. Person zum Ausdruck. Die selbstattribuierte Pflicht, die Durchführung unerledigter ärztlicher Aufgaben zum Wohle des Patienten sicherzustellen, kollidiert unmittelbar mit der täglichen Erfahrung, durch die unterlegene Position nicht über die notwendige Einflussnahme zu verfügen. Weit entfernt von einer gleichberechtigten Zusammenarbeit mit den Ärzten bleibt diese notwendigerweise als negativ definiert und führt nicht zum Erleben von Anerkennung. Af validiert diese Proposition, indem sie betont, dass sie „froh drum“ wäre, wenn der Bachelorabsolvent die direkte Zusammenarbeit mit den Ärzten übernehme. Als wie unbefriedigend sie die ärztlich dominierte Entscheidungshierarchie empfindet und wie wenig Aussicht auf deren Veränderung ihrer Meinung nach besteht, zeigt sich in ihrem leicht amüsierten Lachen bei dieser Aussage. Die Vorstellung, diesen Konflikt künftig auf den Bachelorabsolventen zu verlagern, kann als gemeinsame Konklusion der Passage gedeutet werden. Auch in dieser Externalisierung dokumentiert sich eine Ohnmachts- bzw. Opferhaltung, die auch als positive Orientierung an der Entlastung von der Verantwortung gedeutet werden kann, den eigenen Status aktiv zu gestalten und zu verändern.

Auch wenn der Wunsch, die direkte Zusammenarbeit mit den Ärzten bzw. arzneiliche Tätigkeiten an den Bachelorabsolventen abzugeben, unter den Teilnehmenden differiert, lässt sich fallübergreifend rekonstruieren, dass die Gleichstellung mit der Ärzteschaft eine zentrale Rolle für das Anerkennungserleben der Pflegenden spielt. Nachfolgende Passage illustriert diese Orientierung anschaulich.

- Ef: *Aber wenn die Ärzte dazu offener stehen und oder alle dazu offener stehen wenn man weiß welche Aufgabengebiete die haben dann könnten wir vielleicht in der Zusammenarbeit was voran*
↳ aber jetzt[↓]
- Bf: *bringen aber ob des halt gut geht*
- Ef: *↳ und auch wegen dem Stellenwert*[↓]
- Af: *↳ ja aber jetzt haben wir*[↓]
- Bf: *halt noch nix zu sagen und jetzt kann ich aber dann sagen ich bin aber auch studiert ich hab auch einen Bachelor und ich bin auch nicht doof und jetzt kann ich auch mal mit Dir auf gleicher Ebene reden vielleicht lassen sie sich dann mal was sagen, nich ich hab*
↳ m m m ((schüttelt[↓]
- Cm: *ungläubig den Kopf))*[↓]
- Bf: *hier acht Jahre studiert und (?)*
- Ff: *↳ des glaub ich des geht net*[↓]
- Ef: *↳ Du brauchst jemanden von der hohen Leitung die wo ein Rückgrat die wo mit den Doktoren*

Ff: Ldie
 was sagt (?)
 Ef: Lja ja weil sonst funktioniert des nicht
 Af: LJa jaL (GD 3, Z. 283-303)

Ef erhofft sich durch den künftigen Einsatz der Bachelorabsolventen eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal, wobei der Ausdruck Zusammenarbeit im Sinne einer Anschlussproposition als gleichberechtigtes Mitspracherecht bei Entscheidungen gedeutet werden kann. Im selben Satz äußert sie Zweifel daran („aber ob des halt gut geht“) und verleiht ihrer Hoffnung damit eher den Status eines unerreichbaren Ideals. Af validiert diese Proposition mit Verweis darauf, dass der „Stellenwert“ der Pflege hierdurch erhöht werden könnte, was darauf schließen lässt, dass Pflege und Medizin in der gegenwärtigen Praxis keine Gleichstellung erfahren. Auch Bf kritisiert das fehlende Mitspracherecht der Pflegenden („ja aber jetzt haben wir halt noch nix zu sagen“) und entwirft die Vorstellung, dass der akademische Bildungsabschluss dazu verhelfe, dass bei Versorgungsentscheidungen die Sichtweise der Pflegenden künftig von Ärzten als gleichberechtigt anerkannt werde. Erneut dokumentiert sich dadurch die Bedeutung der Gleichstellung mit den Ärzten für Anerkennungsprozesse. Cm und Ff konzipieren eine solche partizipativ strukturierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft abermals als unerreichbares Ideal, und zwar auch für akademisch ausgebildete Pflegepersonen. Gemeinsam schreibt die Gruppe lediglich „hohen“ Leitungspersonen mit „Rückgrat“ Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen zu. Diese Metaphorik verweist auf die Notwendigkeit von Hierarchien, Autorität und Stärke im Vertreten von Positionen, wodurch sich Machtkonflikte zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal dokumentieren. Die erforderliche Macht, sich Gehör und Einfluss zu verschaffen, schreiben sie weder sich selbst noch den Bachelorabsolventen zu, sondern verlagern sie auf die Ebene von Autoritäten. Die bereits rekonstruierte Ohnmachtshaltung bzw. die positive Orientierung an der Entlastung von der Verantwortung, den eigenen Status potentiell verändern zu können, bestätigen sich dadurch erneut.

Auch an folgendem kurzem Textausschnitt kann das an der Ärzteschaft orientierte Anerkennungsbedürfnis der Pflegenden auf charakteristische Weise gezeigt werden.

Bf: *Ich würde mir wünschen dass der Bachelor net irgendwie so ein schüchternes kleines Mädchen ist, sondern dass er oder sie*
 Ff: Lam Tisch
hauen kannL
 Bf: *eben ähm eine Respektsperson ist wo auch mal ein Arzt Respekt davor hat und*
 Cm: Ldes möchte ich mal also des hab ich noch net erlebt und
ich bin schon lange genug im Geschäft

Bf: *„Ja hab ich auch noch net aber ich würd´s mir wünschen dass es halt so wäre“ (GD 3, Z. 712-720)*

Im parallelen Modus entwerfen Bf und Ff das Idealbild, dass der Bachelorabsolvent als Autorität anerkannt werde und dessen Entscheidungen geachtet würden. Erneut liegt hierbei die besondere Betonung auf der Ärzteschaft, deren Respekt es sich zu sichern gelte („*wo auch mal ein Arzt Respekt davor hat*“). Der Ausdruck „*auch mal*“ deutet auf die in den Klinikalltag eingeschriebene Entscheidungshierarchie hin, an deren Spitze unwiderrufflich die ärztliche Profession stehe. Durch die Reaktion von Cm („*des möchte ich mal also des hab ich noch net erlebt und ich bin schon lange genug im Geschäft*“) wird dieser propositionale Gehalt validiert. Zudem dokumentiert sich hierin eine eher resignative Haltung. Die Vorstellung, die Entscheidungshierarchie durch den Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegepersonen beeinflussen zu können, wird auch in dieser Passage eher als unerreichbares Ideal ausgearbeitet. Die Ohnmachtshaltung, die in dieser Gruppe als falleigene Logik nachvollzogen werden kann, lässt es nur folgerichtig erscheinen, die Verantwortung, Hierarchien aufzuweichen und die Anerkennung einer gleichberechtigten Stellung der Pflege zu erwirken, nach außen zu verlagern. Auch wenn Bf es bisher offenbar ebenfalls nicht erlebt hat, dass Ärzte Entscheidungen von Pflegenden anerkennen, beharrt sie auf dem Wunschbild, dass dies durch den Einsatz von Bachelorabsolventen gelingen könnte, und bringt dadurch die Bedeutung der Gleichstellung der Pflege mit der Ärzteschaft für das Anerkennungsbedürfnis konkludierend auf den Punkt.

4.2.2 Verdichtung der Ergebnisse: Die Aufrechterhaltung beruflicher Selbstwirksamkeit als Orientierungsproblem

Im Rahmen der Spekulationen über den künftigen Einsatz akademischer Kollegen entwerfen die Gruppen Erwartungshorizonte und setzen sich auf spezifische Art und Weise mit diesen auseinander. Dabei konnte eine Gemeinsamkeit aller Fälle herausgearbeitet werden, die unabhängig von den diskutierten Inhalten auf ein gemeinsames Bezugsproblem verweist, das sich auch als Orientierungsproblem bezeichnen lässt: Die Pflegenden setzen sich damit auseinander, wie sich die antizipierten Veränderungen auf den Erfolg bzw. die Wirksamkeit des eigenen beruflichen Handelns auswirken, oder vielmehr damit, wie sie ihre berufliche Selbstwirksamkeit im künftig (teil-)akademisierten Berufsfeld aufrechterhalten können.

Der Gegenstand, auf den sich das Orientierungsproblem bezieht, lässt sich begrifflich mit dem von Bandura (2001) entwickelten Konzept der Selbstwirksamkeit, auch Selbstwirksamkeitserwartung genannt, fassen. Dieses bezeichnet die subjektive Erwar-

tung, den Anforderungen einer Situation gewachsen zu sein bzw. über die zur Bearbeitung einer Aufgabe nötigen Kompetenzen und Ressourcen zu verfügen. Nerdinger, Blickle und Schaper (2008, S. 612) beschreiben Selbstwirksamkeit mit Bezug auf Bandura auch als positive Einschätzung einer Person, Herausforderungen und Ereignisse in ihrer Umwelt im eigenen Sinn erfolgreich steuern und damit durch das eigene Handeln etwas bewirken zu können. Während sich allgemeine Selbstwirksamkeit auf generelle Aufgaben bzw. Anforderungen des Lebens bezieht, kommt die spezifische Selbstwirksamkeit in bestimmten Situationen zum Tragen, wie z.B. in schulischen oder beruflichen Anforderungssituationen (Satow 2002; Schwarzer und Jerusalem 2002). Berufliche Selbstwirksamkeit bezieht sich demnach auf berufliche Situationen. Dabei kann es sich auch um eine gemeinsame Domäne von Herausforderungen und Aufgaben handeln, z.B. den gesamten Arbeitskontext (Parker 1998). Bandura (1997) zufolge gehört es zu den zentralen Motiven des Menschseins, die eigene Wirklichkeit beeinflussen und gestalten zu können. Durch die Akademisierungsbestrebungen sehen sich Pflegepraktiker einer wandelnden Berufspraxis und damit einem künftigen Arbeitskontext gegenüberstehen, der für sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch mit vielen Unsicherheiten behaftet ist. Die Auseinandersetzung mit der Selbstwirksamkeit²⁷ im Kontext der anstehenden Integration akademischer Kollegen wird somit zum nachvollziehbaren Orientierungsproblem.

Aus dem empirischen Material gehen zwei übergeordnete Aspekte hervor, die für die Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegenden eine grundlegende Rolle zu spielen scheinen: die Bewältigung des Berufsalltags und das Erfahren von Anerkennung²⁸. Ausgehend hiervon kommen unterschiedliche Praktiken und Strategien zum Tragen, die auf alltagspraktische Orientierungen verweisen. Diese werden jedoch nicht bewusst gewählt, sondern dokumentieren sich im Spannungsverhältnis zu den konstituierten Erwartungshorizonten. Während im vorangegangenen Kapitel die Rekonstruktion der Ergebnisse im Prozess ihrer Entstehung auf Grundlage der komparativen Analyse im Mittelpunkt stand, geht es in diesem Kapitel darum, diese zusammenfassend dar- und gegenüberzustellen. Dadurch erreichen sie einen höheren Abstraktionsgrad, der dazu führt, dass das gemeinsame Orientierungsproblem sowie die Erwartungshorizonte im Spannungsverhältnis zu den alltagspraktischen Orientierungen verdichtet sichtbar werden. Zugleich treffen damit nicht immer alle Befunde im Detail auf alle Fälle zu. Mit

²⁷ Mit dem Begriff *Selbstwirksamkeit* ist im Folgenden immer berufliche Selbstwirksamkeit gemeint.

²⁸ Um die vorliegende Analyse an der empirischen Wirklichkeit und nicht am theoretischen Wissensbestand auszurichten (Kleemann et al. 2013, S. 22), wurde während der empirischen Rekonstruktion bewusst auf eine theoriegeleitete Differenzierung des Begriffs *Anerkennung* verzichtet und diese dem alltagspraktischen Gebrauch entsprechend mit *Würdigung*, *Bestätigung*, *Wertschätzung*, *Respekt* oder *Achtung* gleichgesetzt.

Hilfe von Tabelle 4 werden die verdichteten Ergebnisse der empirischen Rekonstruktion komprimiert dargestellt.

Bewältigung des Berufsalltags

„Wie weit sind die wirklich am Bett?“²⁹ – Verteilung von Arbeitsdruck

Zentrales Thema der Diskussionen ist die Frage, inwieweit die akademischen Kollegen „am Bett“ arbeiten. Wie rekonstruiert werden konnte, liegt dieser Fragestellung eine Orientierung zugrunde, in der pflegerisches Handeln in erster Linie mit körperbezogenen praktischen Verrichtungen gleichgesetzt wird. „Echte“ Pflegearbeit findet demnach „am Bett“ und mit den Händen statt. Hierunter fallen gleichermaßen Arbeiten, die im reinen Funktionsbezug zur Medizin stehen. Im Kontrast hierzu werden alle anderen Tätigkeiten (unabhängig davon, ob diese potentiell zum Wohl des Patienten beitragen) als sogenannte nicht-pflegerische Arbeiten gerahmt. Ebenfalls mit dieser Orientierung verbunden ist eine Haltung, in der pflegerische Leistung eng an sichtbare Ergebnisse auf Ebene der unmittelbar anfallenden Tätigkeiten in der direkten Patientenversorgung geknüpft ist. Vereinfacht gesagt zählt in der Welt der Praxis, die praktische Arbeit zu erledigen, was demzufolge auch den Wertmaßstab für die Beurteilung und Anerkennung pflegerischer Leistung darstellt. Auffallend an den Diskussionen ist die Konzeption der körperbezogenen praktischen Versorgungstätigkeiten als Kern der Pflegetätigkeit und die gleichzeitige implizite Abwertung dieser Tätigkeiten als etwas, das gemacht bzw. nicht gemacht werden „muss“. Dies geht soweit, dass die Übernahme von vermeintlich nichtpflegerischen Tätigkeiten, sprich aller Arbeiten, die keinen Beitrag zum Abarbeiten der direkten Versorgungsaufgaben leisten, sogar als Drückebergerei gerahmt werden. Darin dokumentiert sich das belastende Potential, das offenbar vor allem mit diesen Tätigkeiten einherzugehen scheint. Als wesentliche Orientierungskomponente tritt in diesem Zusammenhang das Erleben von Zeitdruck hervor, der der pflegerischen Praxis als nicht beeinflussbare Rahmenbedingung zuvorderst eingeschrieben wird. Erfolgreiches Handeln ist unter diesen Bedingungen an die zeitgerechte Bewältigung der Versorgungsaufgaben gebunden, so dass damit die Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegenden stark an das Ausmaß gekoppelt ist, in dem diese ihre Arbeit trotz Zeitmangel erledigen können. Vor dem Hintergrund der als nicht beeinflussbar entworfenen Rahmenbedingungen nimmt die Möglichkeit, den Arbeitsdruck auf möglichst viele Personen verteilen zu können, als scheinbar einzige Handlungsstrategie bedeutenden Einfluss auf das Selbstwirksamkeitserleben der Pflegenden.

²⁹ Die vorangestellten Zitate stammen aus den Diskussionen und sollen die jeweilige Ausprägung des Orientierungsproblems prägnant zum Ausdruck bringen.

Tabelle 4: Verdichtete Ergebnisse der empirischen Rekonstruktion

Orientierungsproblem: Aufrechterhaltung beruflicher Selbstwirksamkeit			
<i>Akademisierte Berufspraxis Erwartungshorizonte</i>	<i>Bedingungen, um das eigene Pflegehandeln als erfolgreich und wirksam erleben zu können</i>		<i>Gegenwärtige Berufspraxis Alltagspraktische Orientierungsgehalte</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Akademische Pflegepersonen arbeiten vorwiegend theoretisch und beteiligen sich nicht oder zu wenig an der praktischen Arbeit. - Pflegehandeln muss an wissenschaftlichem bzw. Theoriewissen ausgerichtet werden. - Berufserfahrung bzw. Erfahrungswissen werden einer akademischen Qualifikation bzw. Theoriewissen generell untergeordnet. - Nichtakademische Pflegepersonen können keinen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen nehmen und übernehmen die Rolle der Ausführenden. Für kommunikationsintensive Pflegeaufgaben werden in erster Linie akademische Pflegepersonen eingesetzt. - Für ärztlich delegierte Tätigkeiten bzw. die Zusammenarbeit mit Ärzten innerhalb des medizinischen Funktionsbezugs werden vorwiegend akademische Pflegepersonen eingesetzt 	Bewältigung des Berufsalltags	Erfahren von Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> - zeitgerechte Erledigung und sichtbare Ergebnisse als Leistungsmaßstab - körperbezogene, praktische Versorgungstätigkeiten als Gegenstand von Pflege - Zeitdruck und Belastung als Merkmale des Pflegealltags - Rahmenbedingungen nicht selbst beeinflussen zu können als unveränderliche Gegebenheit - Erfahrungswissen und praktisches Können als Dreh- und Angelpunkt pflegerischer Kompetenz - Berufserfahrung als Legitimation für Entscheidungsbefugnis - Theorie und Praxis als nicht vereinbare Sphären - Funktionalität als Anspruch an Wissen - problemgetriggerte, reaktive Anwendung von Wissen - Unterscheidung zwischen technisch-körperbezogenem und kommunikativ-sozialem Patientenkontakt - nach subjektiven Kriterien und privaten Beziehungsmustern gestaltetes Beziehungshandeln - Übernahme delegierter ärztlicher Aufgaben bzw. Zusammenarbeit mit Ärzten innerhalb des medizinischen Funktionsbezugs als Möglichkeit zur Auf- oder Abwertung der eigenen Position
	<i>Selbstwirksamkeitsstrategien im Spannungsfeld von Erwartungshorizonten und alltagspraktischen Orientierungen</i>		
	Verteilung von Arbeitsdruck	Aufwertung von Erfahrungswissen und praktischen Fähigkeiten	
Pragmatische Anwendung von Wissen	Übernahme von Entscheidungsverantwortung	Psychosoziale Begegnung mit dem Patienten	
		Gleichstellung mit den Ärzten	

In einer solchen Logik ist die Beteiligung des Bachelorabsolventen an der Durchführung patientenbezogener Routinetätigkeiten zur Verteilung von Arbeitsdruck essentiell. Könnte dieser Kollege bei gleichbleibendem Personalschlüssel hierzu nicht mehr herangezogen werden – beispielsweise weil er aufgrund seiner wissenschaftlichen Expertise nicht (nur) für direkte Versorgungsaufgaben eingesetzt würde – stünde eine notwendige Ressource zur Bewältigung der anfallenden Pflegearbeit nicht mehr zur Verfügung, wodurch sich der eigene Arbeitsdruck zwangsläufig erhöhen und die Selbstwirksamkeit eingeschränkt wird.

Auch die positive Orientierung an Erfahrungswissen und praktischer Handlungskompetenz kann in ihrer Bedeutung für die Bewältigung des Berufsalltags rekonstruiert werden. Wie gleich noch beschrieben wird, gewinnt diese Orientierung in den Diskussionen vor allem als selbstreferentielle Anerkennungsstrategie Bedeutung. Sie kommt jedoch auch in ihrer Funktion für die Verteilung von Arbeitsdruck zum Tragen. Denn der im Studium erhöhte Theorieanteil und die daraus resultierende verringerte Praxiserfahrung bzw. die weniger ausgeprägten praktisch-technischen Fähigkeiten der Studierenden werden vor allem deshalb kritisiert, da diese in der Praxis nicht äquivalent zu berufsschulisch ausgebildeten Kollegen eingesetzt werden können. Auch hier zeigt sich wieder die antizipierte Bedrohung, die akademischen Kollegen nicht im notwendigen Maße für praktische Mitarbeit heranziehen zu können, wodurch sich die eigene Belastung zwingend erhöhen würde.

„Des kannst Du ja auf Station auch net wirklich umsetzen“ – Pragmatische Anwendung von Wissen

Fallübergreifend zeigt sich die Vorstellung, dass akademisch ausgebildete Pflegepersonen vorwiegend theoretisch arbeiten. Wie bereits beschrieben, wird diese Vorstellung in den negativen Horizont gerückt, da der Bachelorabsolvent durch ein solches Aufgabenfeld in den Augen der Pflegenden nicht als Ressource zur Verteilung von Arbeitsdruck zur Verfügung stehen würde. Allerdings wird in diesem Zusammenhang auch der Erwartungshorizont entworfen, das eigene Handeln künftig vermehrt an wissenschaftlichem bzw. an Theoriewissen ausrichten zu müssen. Dieser Horizont kommt ebenfalls als Spannungsfeld zur Bewältigung des Arbeitsalltags zum Tragen. So werden die Diskussionen um die antizipierte Anforderung einer theoriegeleiteten Pflege in erster Linie in den Kontext der Diskrepanz von theoretischem und praktischem Wissen gestellt. Auffallend ist dabei eine dichotomisierende stereotype Entweder-oder-Logik, d.h. man kann entweder Theoretiker oder Praktiker sein bzw. man kann entweder theoriegeleitet handeln oder der Praxis gerecht werden. Dieses kategoriale Denken zieht die Verbindung beider Wissensarten im Sinne eines dialogischen Verhältnisses kaum

in Erwägung. Theoretisches bzw. wissenschaftliches Wissen wird zwar nicht generell abgelehnt, sondern durchaus als (positive) Handlungsoption gerahmt. Doch diese wird als mit der Praxis nicht kompatibel konzipiert. Damit lässt sich der hier entworfene negative Horizont von einer generellen Theoriefeindlichkeit abgrenzen³⁰. Die Ablehnung bezieht sich vielmehr auf die Vorstellung, dass das theoretische Wissen tatsächlich umgesetzt wird. Denn in diesem Fall würde dieses nicht mehr nur eine potentielle Handlungsmöglichkeit darstellen, sondern die Praxis tatsächlich verändern. Und hiermit wären zwangsläufig die Störung bestehender Abläufe bzw. die Unterbrechung von Routinen verbunden.

Auffallend ist, dass die fehlende Passfähigkeit von Theorie und Praxis nicht hinsichtlich ihrer Ursachen und deren aktive Beseitigung reflektiert wird, sondern vornehmlich Bedingungen zugeschrieben, die wiederum als nicht beeinflussbar entworfen werden. Ob diese Externalisierung, die sich auch bei anderen Themen zeigt, von einem Ohnmachtsgefühl geleitet ist oder von dem impliziten Wunsch, sich von der Verantwortung, die eigene Praxis anders zu gestalten, zu entlasten, lässt sich auf Basis des vorliegenden Materials nicht nachvollziehen. In jedem Fall zeigt sie aber eine gewisse Art von Passivität, die der Suche nach Handlungsspielräumen und deren aktiver Gestaltung entgegensteht.

Ebenfalls zeigt sich eine eher problemgetriggerte bzw. reaktive Haltung gegenüber der Nutzung von Wissen; d.h. die Integration neuer Erkenntnisse geht nicht von dem Wunsch aus, die Praxis zu reflektieren und nach Verbesserungspotential zu suchen. Vielmehr wird der Einbezug neuen Wissens erst dann in Betracht gezogen, wenn bisherige Routinen nicht mehr tragen. Den Pflegenden ist wichtig, den Einbezug neuer Erkenntnisse entlang eigener Problemstellungen vorzunehmen. Hierbei besteht das Ziel darin, konkrete Situationen lebenspraktisch zu bewältigen. Die aufgezwungene Umsetzung neuen Wissens, das in den Augen der Pflegenden nicht mit den gegenwärtigen Bedingungen in der Praxis vereinbar ist, rückt in den negativen Horizont. Inwieweit der Einfluss von Theorien auf das praktische Handeln zugelassen wird, bemisst sich in erster Linie an der Funktionalität des Wissens für die zeitgerechte Erledigung von Versorgungsaufgaben. Somit stehen das Aufgabenfeld der Bachelorabsolventen, Pflegepraxis theoriegeleitet³¹ (weiter-)zuentwickeln, und damit auch der programmati-

³⁰ Patry (2005) unterscheidet im Zusammenhang mit metatheoretischen subjektiven Theorien „theoriefeindlicher“ Praktiker drei Gruppen von theoriefeindlichen Argumenten: 1) Trivialitätsargument, d.h. wissenschaftliche Theorien enthalten nur Trivialitäten, die erfahrenen Praktikern ohnehin schon bekannt sind; 2) Unangemessenheitsargument, d.h. wissenschaftliche Theorien können keine Aussagen dazu machen, was genau in einer konkreten Situation zu tun sei; 3) Sprachargument, d.h. wissenschaftliche Theorien sind in einer Sprache formuliert, die nicht verständlich ist. Im Zusammenhang mit der antizipierten Forderung einer theoriegeleiteten Pflege kommt keines dieser Argumente zum Tragen.

³¹ Wie bereits auf Seite 79 ausgeführt, werden theoretisches und wissenschaftliches Wissen an dieser Stelle gleichgesetzt. In dieser Logik meint theoriegeleitetes Handeln die Bezugnahme auf wissenschaftli-

sche Kern der Akademisierung der positiven Orientierung der Pflegenden an der pragmatischen Anwendung von Wissen einander zunächst diametral entgegen.

Erfahren von Anerkennung

„Die Erfahrung kann er Dir net nehmen“ – Aufwertung von Erfahrungswissen und praktischen Fähigkeiten

Die bereits beschriebene Orientierung, in der Erfahrungswissen und praktische Fähigkeiten gegenüber Theoriewissen deutlich aufgewertet werden, lässt sich nicht nur in ihrer Funktion für die Bewältigung von Versorgungsaufgaben nachvollziehen. Sie ermöglicht den Pflegenden auch, sich in Zeiten des Bildungswandels ihres eigenen Werts zu vergewissern. Anerkennungsprozesse scheinen in der Pflegepraxis stark an Erfahrung und praktische Handlungsfähigkeit geknüpft zu sein. So zeigen sich diese Faktoren auch als wichtiges und legitimierendes Kriterium für die Anerkennung von Hierarchien und Entscheidungsbefugnissen im Pflorgeteam. Fallübergreifend wird die Stelle eines Akademikers im Gegensatz zu der von Nichtakademikern mit einem höheren Verdienst, höherer gesellschaftlicher Anerkennung und größerer Entscheidungsverantwortung attribuiert. Implizit deutet sich jedoch der Wunsch nach Gleichstellung an. Hierbei kommt die Befürchtung zum Ausdruck, dass durch die künftige Existenz akademisch ausgebildeter Kollegen die Anerkennung der eigenen Arbeit und Kompetenz geschmälert werden könnte. Dieser antizipierten Bedrohung kann begegnet werden, indem Theoriewissen als nicht ausschlaggebend für die Bewältigung des Arbeitsalltags erklärt wird und stattdessen Berufserfahrung und fachliches Können im Sinne technisch-instrumenteller Fähigkeiten zum Dreh- und Angelpunkt pflegerischer Expertise gemacht werden³². Diese konsequente Aufwertung von Erfahrungswissen und praktischer Handlungsfähigkeit ermöglicht es den Pflegenden, sich Kompetenz und Leistung zu attestieren, was fall- und themenübergreifend immer wieder in selbst- anerkennenden und -legitimierenden Attribuierungsmustern zum Ausdruck kommt. In dieser Logik führt eine akademische Ausbildung nicht zu handlungspraktischer Überlegenheit, wodurch eine automatische Höherwertigkeit formaler Bildungsabschlüsse verhindert und die Anerkennung der eigenen Leistung trotz der Akademisierung aufrechterhalten werden kann.

che Erkenntnisse sowohl theoretischer als auch empirischer Art.

³² Im Gegensatz zur Thematisierung des Theorie-Praxis-Konflikts im Kontext der Bewältigung des Berufsalltags ziehen die Pflegenden zur Aufrechterhaltung der eigenen Anerkennung das von Patry (2005) beschriebene Unangemessenheitsargument heran, dem zufolge wissenschaftliche Theorien keine Aussagen dazu machen können, was genau in einer konkreten Situation zu tun sei, um die Überlegenheit von Theoriewissen gegenüber Erfahrungswissen einzuschränken.

„Dass ich da in meiner Kompetenz beschnitten werde“ – Übernahme von Entscheidungsverantwortung

Auch die Aussicht, weiterhin selbstbestimmt handeln zu können, nimmt offenbar eine zentrale Stellung für das Erleben von Anerkennung ein, denn eng verbunden mit den eben beschriebenen Selbstattributionen sind autonomieorientierte Zuschreibungen. So wird bei der Diskussion um die potentielle Aufgabendifferenzierung zwischen akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten Pflegepersonen die Vorstellung, künftig keinen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen nehmen können, als negativer Horizont entworfen. Die Abgabe von Entscheidungsverantwortung wird dabei mit der Aberkennung von Kompetenz und Expertise gleichgesetzt. Dass fremdbestimmtes Handeln auch abgelehnt wird, wenn dadurch Entlastung von Arbeitsdruck ermöglicht würde, spricht dafür, dass die Bewahrung von Entscheidungsverantwortung vor allem für Anerkennungsprozesse wichtig zu sein scheint. Dieser Orientierungsgehalt kann zusätzlich durch folgenden empirischen Vergleichshorizont validiert werden: Im Kontrast zur Betonung von Entscheidungsverantwortung speziell bei Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses beanspruchen die Pflegenden die Verbesserung der Pflegequalität durch den Einbezug neuer Erkenntnisse nicht als autonomen Entscheidungsbereich. Da sie sich hierfür nicht die entsprechende Kompetenz zuschreiben und auch die Möglichkeit bzw. Verantwortung für die aktive Veränderung potentiell entgegenstehender Arbeitsbedingungen von sich weisen, könnten sie sich folgerichtig in diesem Arbeitsbereich nicht der eigenen Anerkennung vergewissern. Somit kann die durch Berufserfahrung und praktisches Können legitimierte Übernahme von Entscheidungsverantwortung in ihrer Funktion für das Aufrechterhalten von Anerkennung und damit für das Erleben beruflicher Selbstwirksamkeit rekonstruiert werden.

„Zu beraten oder auch einfach auch nur ein Gespräch zu führen“ – Psychosoziale Begegnung mit dem Patienten

In den Diskussionen um die potentielle Aufgabendifferenzierung zwischen akademischen und nichtakademischen Pflegepersonen fällt auf, dass insbesondere die Aussicht, nicht mehr direkt mit dem Patienten in Kontakt treten zu können, als negativer Horizont entworfen wird. In Zusammenschau mit der Tendenz, gerade die Arbeit „am Bett“ abzuwerten bzw. als belastend zu rahmen und den Einsatz der Bachelorabsolventen explizit danach zu bewerten, inwieweit sich diese hierbei beteiligen, erscheint das gleichzeitige Bestreben, sich patientennahe Aufgaben nicht „wegnehmen“ lassen zu wollen, erst einmal paradox. Doch wie sich im Material zeigt, unterscheiden die Pflegenden zwischen Patientenkontakt zu Zwecken der Durchführung technischer körperbezogener Maßnahmen und Patientenkontakt mit Fokus auf kommunikativ-

soziale Aspekte³³. Im Kontrast zu der als belastend oder unangenehm gerahmten körperlichen Begegnung wird die psychosoziale Begegnung als positiver Horizont gerahmt. So lassen sich positive Gefühle und Deutungen vor allem im Zusammenhang mit Pflegesituationen ausmachen, in denen es um Beratung, Anleitung oder das Führen von Gesprächen geht.

Die positiv gerahmten hochkommunikativen Pflegesituationen stehen zum einen in direktem Zusammenhang mit den rekonstruierten autonomieorientierten Selbstzuschreibungen – es geht also darum, in der Rolle des Ansprechpartners für den Patienten anerkannt werden zu wollen. Zum anderen zeigt sich eine Orientierung, in der gerade die psychosoziale Begegnung mit dem Patienten einen besonderen Stellenwert für Anerkennungsprozesse einzunehmen scheint. So wird diese keinesfalls als pflegerischer Auftrag bzw. pflegerisches Arbeitsmittel gerahmt. Die Pflegenden begründen ihre Forderung, diese Art von Beziehung zum Patienten auch künftig aufrecht erhalten zu wollen, nicht mit fachlich-professionellen Motiven, beispielsweise mit der Bedeutung von taktilen Aspekten (Sieger et al. 2010a) oder von Emotionsarbeit (Neumann-Ponesch und Höller 2011). Vielmehr entwerfen sie die psychosoziale Begegnung mit dem Patienten als persönlich bereichernden Teil der Pflegearbeit bzw. als Möglichkeit zur Selbstverwirklichung. Diese Funktion scheint die körperliche Begegnung nicht oder nicht in diesem Ausmaß einnehmen zu können. Somit wird deutlich, dass die Pflegenden in eine psychosoziale Beziehung zum Patienten treten wollen, da sie auf diese Weise auch Rückkopplung über den Erfolg ihrer Arbeit erhalten oder die Wertschätzung persönlicher Eigenschaften erleben können. Die sich dokumentierende Gestaltung dieser Beziehung ist dabei stark von Prinzip der Sympathie und Antipathie geprägt. Auch dadurch zeigt sich, dass Beziehungsarbeit weniger pflegerisch zweckgebunden eingesetzt wird, sondern vor allem dazu dient, dem eigenen Bedürfnis nach Anerkennung nachzukommen. Eine Aufgabenteilung, in der vorrangig akademisch ausgebildete Pflegepersonen als Ansprechpartner für Fragen und Belange des Patienten vorgesehen bzw. für stark kommunikative Pflegeaufgaben eingesetzt werden, wäre demnach mit dem Ausschluss der Pflegenden von potentiell Anerkennung verschaffenden Situationen gleichzusetzen.

³³ Da die hier rekonstruierte Unterscheidung anschlussfähig an die Ergebnisse von Weidner ist, wird nachfolgend mit den von ihm geprägten Begriffen der *körperlichen* und *psychosozialen Begegnung* (Weidner 1995, S. 304) gearbeitet.

„Jetzt kann ich auch mal mit Dir auf gleicher Ebene reden“ – Gleichstellung mit den Ärzten

Der Einsatz der Bachelorabsolventen wird fallübergreifend hinsichtlich der Auswirkungen auf die eigene Zusammenarbeit mit den Ärzten diskutiert. Eine Aufgabenteilung, die den eigenen Ausschluss von ärztlich delegierten Tätigkeiten bzw. der direkten Interaktion mit den Ärzten nach sich ziehen würde, wird jedoch unterschiedlich bewertet. Während einige diese Vorstellung kategorisch ablehnen, wird diese von anderen befürwortet. Was auf den ersten Blick wie zwei gegensätzliche Orientierungen erscheint, lässt sich auf Basis der komparativen Analyse demselben fallübergreifenden Horizont zuordnen. Zwar scheinen die Pflegenden die Zusammenarbeit mit Ärzten unterschiedlich zu erleben. Was jedoch als geteilte Erfahrung nachvollzogen werden kann, ist die zentrale Bedeutung der ärztlichen Berufsgruppe für das fremdorientierte Anerkennungsbedürfnis der Pflegenden. So lässt sich eine Orientierung rekonstruieren, in der der ärztlichen Berufsgruppe die Macht zugeschrieben wird, die Position von Pflegenden im therapeutischen Team auf- bzw. abwerten zu können. Sowohl in der Haltung, weiterhin medizinnah und in engem Kontakt mit den Ärzten arbeiten zu wollen als auch in der Haltung, diese Aufgaben gerne dem Bachelorabsolventen zu überlassen, dokumentiert sich stark und treibend das Motiv, von den Ärzten als selbstständige und gleichgestellte Berufsgruppe anerkannt zu werden. Auch der Erwartungshorizont, der mehr als Gegenhorizont, d.h. als unerreichbares Ideal, konzipiert wird, die Position der Pflege durch die Akademisierung an die der Medizin anzunähern, bestätigt dieses Anerkennungsmuster. Erleben Pflegende in der Zusammenarbeit mit Ärzten z.B. die die Partizipation an der Pflege betreffenden medizinischen Entscheidungen als positiv oder würde die Verlagerung dieser Zusammenarbeit bzw. Aufgaben auf den Bachelorabsolventen der Beraubung einer potentiellen Quelle für Anerkennung gleichkommen, wird dies als negativer Horizont entworfen. Wird hingegen die Zusammenarbeit mit den Ärzten als Benachteiligung bzw. Ungleichbehandlung erlebt und diese Situation zudem als selbst nicht beeinflussbar entworfen, ist nachvollziehbar, dass die Verlagerung der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst auf den Bachelorabsolventen als positiver Horizont entworfen wird.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die empirischen Befunde mit den in Kapitel 2 ausgeführten und weiteren theoretischen und empirischen Erkenntnissen in Beziehung gesetzt. Um die allgemeine Aussagekraft der Rekonstruktionen zu erhöhen, wird zum einen überprüft, inwieweit diese mit bereits vorhandenen Erkenntnissen auf diesem Gebiet im Einklang stehen. Zum anderen werden sie mit Hilfe von gegenstandsbezogenen Theorien reflektiert und dadurch weiterführenden Deutungen zugänglich gemacht (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 43 f.). Anschließend werden die auf diese Weise gewonnenen zentralen Erkenntnisse zusammenfassend eingeschätzt und pointiert dargestellt, um danach Konsequenzen für die Implementierungspraxis abzuleiten. Im letzten Abschnitt des Kapitels erfolgt die Diskussion des methodischen Vorgehens sowie möglicher Ansatzpunkte für die weitere Forschung.

5.1 Einordnung und Theoretisierung des Orientierungsproblems

5.1.1 Die Bewältigung des Berufsalltags im Spannungsfeld von Erwartungshorizonten und alltagspraktischen Orientierungen

Die Erwartung, mit dem Einsatz akademischer Kollegen weniger Möglichkeiten zur Verteilung von Arbeitsdruck zu haben sowie das eigene Handeln vermehrt am Theoriewissen ausrichten zu müssen, wird vor allem mit der Befürchtung verknüpft, auf diese Weise ihre Aufgaben nicht mehr bewältigen zu können. Dass gerade praktisch-instrumentelle Verrichtungen und körperliche Aspekte der Patientenversorgung eine zentrale Rolle für das Berufsverständnis von Pflegenden spielen, wird durch eine Reihe von Untersuchungen bestätigt (Weidner 1995; Veit 2004; Arnold 2008; Dörge 2009b; Gerlach 2013). Nach den Ergebnissen von Gerlach (ebd.) führt dies zu einem Identitätsdilemma der akademisch Ausgebildeten, die sich durch die Betonung der praktischen Handlungskompetenz um die Nähe zum Feld der traditionellen Pflege bemühen, um damit einer Abwertung ihrer akademischen Qualifikation entgegenzuwirken. Kellner bezeichnet dieses Phänomen als „seltsame Schiefelage im Verständnis von Pflege“, in dem „das Bett als stellvertretende Metapher für alles steht, was sich unter pflegerischer Praxis subsumieren lässt“ (Kellner 2011, S. 282). Auch der von Arnold (ebd.) rekonstruierte „tätige Habitus“, in dem nur „handfeste“ sichtbare Tätigkeiten als „richtige“ Arbeit gelten, entspricht unmittelbar der in dieser Studie rekonstruierten Leistungsorientierung, in der pflegerische Leistung eng an die zeitgerechte Erledigung der praktischen Tätigkeiten in der direkten Patientenversorgung geknüpft ist. Wie sich in Arnolds (ebd.) Studie zeigt, sind Pflegende vor allem daran orientiert, die „Arbeit“ bis zum Ende der Schicht zu „schaffen“ und nichts für die nachfolgenden Kollegen „liegen zu lassen“.

Dadurch wird die bei Gerlach (2013) in ähnlicher Form auftauchende Frage nachvollziehbar, ob die akademischen Kollegen überhaupt pflegerisch arbeiten, wenn sie nicht „am Bett“, sprich in der direkten Versorgung arbeiten. Nun gewinnt diese Frage im vorliegenden Material weniger im „philosophischen“ Sinne Bedeutung, sondern erweist sich im Zusammenhang mit dem rekonstruierten Belastungserleben als existentiell für die Verteilung von Arbeitsdruck. Dabei gehen aus den Daten zwei Aspekte hervor, die für das Belastungserleben der Pflegenden eine besondere Rolle zu spielen scheinen: zum einen der Zeitfaktor und zum anderen das Gefühl, Rahmenbedingungen generell nicht selbst beeinflussen zu können.

Der Faktor Zeit

Zeitdruck zeigt sich sowohl in der eigenen Studie als auch in einer Vielzahl anderer Arbeiten als kollektiver Erfahrungshorizont von Pflegenden (Albert 1998; Vogd 2004, S. 176; Arnold 2008; Braun et al. 2010; Kumbruck 2010a; Kumbruck 2010b; Overesch et al. 2011; Evers 2012; Müller und Hellweg 2013; Belzner 2014). Arnold (2008) beschreibt in ihrer Studie eindrücklich, wie der Zeitdruck regelrecht im Habitus der Pflegenden verkörpert ist. Dass Zeitdruck in besonderem Maße zum ohnehin stark ausgeprägten Belastungsprofil der Pflegearbeit (Michaelis 2005; Winter 2011) beiträgt, ist ebenfalls empirisch belegt. So wird in einer Längsschnittstudie zur Veränderung der Pflegearbeit unter DRG-Bedingungen der andauernd hohe Zeitdruck von Pflegenden mitunter am häufigsten als Belastungsfaktor genannt. Im zeitlichen Verlauf (2003, 2006 und 2008) nimmt dieser Faktor durchweg zu. 2008 geben im Maximum fast 75% der Befragten Belastungen durch andauernd hohen Zeitdruck an (Braun et al. 2010). Es ist unbestritten, dass der Arbeitsdruck für Pflegende durch den strukturellen Wandel der Krankenhausversorgung, den Fachkräftemangel, ökonomische Zwänge usw. in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat (Braun und Müller 2005; Hasselhorn und Müller 2005; Determann et al. 2007; Dahlgaard und Stratmeyer 2011). Dies gilt im Übrigen auch für andere Berufsgruppen im Krankenhaus (Albrecht und Wallenborn 2015). Mit Blick auf einschlägige Arbeiten fällt jedoch auf, dass die in der Pflege stark betonte und allgegenwärtige Zeitproblematik kein neues Phänomen darstellt. Bereits 1984 identifizieren Pröll und Streich (1984) in einer systematischen Analyse von Arbeitsbedingungen im Krankenhaus das Belastungspotential des Zeitfaktors. Auch Schnieders (1994) kommt bereits vor mehr als 20 Jahren im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zum Selbstverständnis von Pflegenden zu ähnlichen Ergebnissen. Als bedeutenden Belastungsfaktor rekonstruiert er die hochgradige Diskrepanz zwischen dem dringenden Bedürfnis der Pflegenden, Zeit für den Patienten zu haben, und dem tatsächlich erlebten Mangel an Zeit. Schnieders zufolge ist der Zeitmangel, den Pflegen-

de vom ersten Tag der Ausbildung an unaufhörlich wahrnehmen, förmlich eine „Eigenschaft des Berufs“ (ebd., S. 100).

Schrems (1994) beschäftigt sich Rahmen einer qualitativen Untersuchung explizit mit der Frage, wie der Zeitfaktor in der Pflegearbeit zur Belastung wird. Durch die Analyse von Zeitmustern kann sie zeigen, dass die durch Rahmenbedingungen entstehenden Zeitstrukturen (Essenszeiten, Nachtruhezeiten, Schichtwechsel usw.) weder den realen Bedürfnissen der Patienten noch denen der Pflegenden entsprechen. Zwischen den in Rasterform angelegten Tätigkeiten gibt es keinen definierten Entspannungszeitraum; jede Pause scheint ungerechtfertigt. Der Mensch erscheint als Störfaktor, wenn er sich nicht an die vorgegebenen Raster hält. Zeitpunktorientierung, Konzentration auf die Uhrzeit und Pflege im Taktsystem lassen den Aspekt der Notwendigkeit bestimmter Handlungen in den Hintergrund treten. Einschränkungen gegenüber Patientenbedürfnissen beruhen auf einer von arbeitsorganisatorischen Gründen herrührenden rigiden Ordnung. Bei fehlendem Personal wird die Arbeit auf das Notwendigste reduziert, das identisch mit Sichtbarem und Messbarem ist. Zum einen wird der Zeitmangel durch berufsfremde Tätigkeiten begünstigt, die der Pflege in ihrer für Frauenarbeit spezifischen Pufferrolle zukommen. Gleichzeitig, so Schrems, mache die diffuse Aufgabenbeschreibung nur die halbe Wahrheit aus. Denn Zeitdruck entsteht zum einen durch die mangelnde Bereitschaft der Pflegenden, Aufgaben abzugeben sowie zum anderen durch die vorrangige Konzentration auf einen reibungslosen Ablauf. Da sich im Material auch Ansätze eines reflexiven Umgangs mit Zeitstrukturen finden lassen, in dem normierte Zeitordnungen abgeschwächt oder aufgehoben werden, kommt die Autorin zu dem Schluss, dass der Gestaltungsspielraum weniger von der Zeit selbst, sondern vielmehr vom Umgang mit der Zeit ausgemacht werde. Dieselbe Deutung nimmt Arnold vor, die ebenfalls auf Basis ihrer Daten zeigen kann, dass Zeit zu haben bzw. nicht zu haben keine unumstößliche Aussage, sondern auch eine implizite Prioritätensetzung der Pflegeakteure selbst darstellt.

Für diese Annahme sprechen auch die Ergebnisse zweier weiterer Untersuchungen. Cassier-Woidasky (2007) kann in ihrer Grounded-Theory-Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität und Pflegequalität zeigen, dass das Erleben von Belastung durch Zeitmangel auch vom Grad der Patientenorientierung³⁴ beeinflusst wird. Wie sich

³⁴ Das Phänomen der Patientenorientierung ist in dieser Studie empirisch gekennzeichnet durch die Planung und Durchführung der Pflege aus Patientensicht, ein Verständnis von psychosozialer Begleitung des Patienten als originäre pflegerische Aufgabe, die Nutzung von Kommunikation als professionelles und therapeutisches Arbeitsmittel sowie die Sicherstellung von personeller Kontinuität in der Pflegeorganisation. Patientenignorierung zeigt sich dahingehend, dass die Perspektive der Patienten bei der Planung und Durchführung der Pflege kaum eingenommen wird, Pflegehandeln verrichtungsorientiert und ohne Kontinuität erfolgt, Beziehungsgestaltung und Kommunikation zufällig und ungeplant erfolgen, Zuwendung nicht als Teil von Pflege begriffen wird und Interaktionen mit dem Patienten lediglich im Rahmen von Pflegeverrichtungen stattfinden (Cassier-Woidasky 2007, S. 343 f.).

in der Untersuchung herausstellt, ist patientenignorierendes Denken und Handeln nicht nur mit einer geringeren Pflegequalität verbunden, sondern auch mit einem stärkeren Gefühl von Zeitdruck. So ist die Klage über zu wenig Zeit in den Stationen, die einer patientenignorierenden Denk- und Handlungsweise zugeordnet werden können, durchgehender Tenor. In der Station mit hoher Patientenorientierung hingegen stellt Zeitmangel trotz geringerer Personalausstattung so gut wie kein Problem dar. Hier sind vielmehr die vermehrte Nutzung von Handlungsspielräumen, eine höhere Arbeitszufriedenheit und eine größere Selbstwirksamkeitserwartung zu beobachten. Auf Basis dieser Ergebnisse kommt auch Cassier-Woidasky zu dem Schluss, dass Zeitmangel und Belastung keinesfalls alleine auf die faktische Personalausstattung und äußere Rahmenbedingungen reduziert werden sollten, sondern vielmehr dass der Blick auf die Akteure selbst bei der Gestaltung ihrer Praxis zu richten sei. Auch die Ergebnisse von Kreutzer (2010) lassen einen Zusammenhang zwischen dem Pflegekonzept und dem gelingenden Umgang mit Zeitstrukturen vermuten. So zeigt auch Kreutzer in der Untersuchung der Arbeits- und Lebenspraxis evangelischer Schwestern zwischen 1945 und 1980, dass das anfängliche Pflegekonzept, dem persönliche Zuwendung, Kontinuität im Umgang mit dem Patienten, Bedürfnisorientierung sowie ein großer Anteil aus von den Ärzten unabhängigen seelsorgerischen Tätigkeiten eingeschrieben waren, den Schwestern Spielräume in der Zeiteinteilung verschaffte, was dazu beitrug, dass trotz langer Arbeitszeiten und körperlich anstrengender Arbeit eine bemerkenswert hohe Arbeitszufriedenheit der Schwestern vorherrschte. Diese Situation änderte sich in den 1960er Jahren fundamental mit einer zunehmend funktionsbezogenen Arbeitsteilung und der Umwandlung der Pflege in einen medizinischen Assistenzberuf (ebd., S. 128). Angesichts dieser Erkenntnisse kann festgehalten werden, dass „keine Zeit zu haben“ zum inkorporierten handlungspraktischen Wissen von Pflegepraktikern gehört. Allerdings ist davon auszugehen, dass kollektive Praxen, die den Umgang mit der Zeitproblematik determinieren, in hohem Maße zum Belastungspotential des Zeitfaktors in der Pflege beitragen. Gerade in diesem Zusammenhang gewinnt das ebenfalls rekonstruierte Denkmuster Bedeutung, Arbeitsbedingungen nicht selbst beeinflussen zu können.

Der Faktor Ohnmacht

Die rekonstruierte defensive und resignative Haltung der Pflegenden, die der aktiven Gestaltung der eigenen Praxis entgegensteht, lässt sich mit Blick auf bereits bestehende Untersuchungen ebenfalls als habituell in der Pflege verankerte Handlungsform nachvollziehen (Weidner 1995; Lorenz 2000; Stiller 2005; Cassier-Woidasky 2007, S. 289; Dörge 2009b; Evers 2012; Gerlach 2013). Die Gründe hierfür lassen sich jedoch

auf Basis der vorliegenden Daten nicht rekonstruieren. In der Literatur finden sich hierzu unterschiedliche Interpretationen: Gerlach (2013) sieht die Ursache des kritiklosen Hinnehmens von Vorgaben als unmittelbare Folge der fehlenden Definition des eigenständigen Versorgungsbeitrags, ohne die eine pflegefachliche Kritik an den Rahmenbedingungen nicht möglich sei. In eine ähnliche Richtung argumentiert Bartholomeyczik (2010, S. 146). Sie betont, dass Angehörige der Pflegeberufe nach wie vor Schwierigkeiten zu haben scheinen, ihren eigenen Versorgungsauftrag zu formulieren und damit auch die notwendigen Rahmenbedingungen offensiv einzufordern. Kellner (2011) kommt zu dem Schluss, Pflegende hätten nicht gelernt, an die Möglichkeiten einer Erweiterung von Handlungsspielräumen und Erschließung von neuen Optionen zu glauben, da sie von Pflegenotstand zu Pflegenotstand gelernt hätten, „dass etwas erst dann besser wird, wenn es ihnen und damit auch den gepflegten Menschen ganz schlecht geht“ (ebd., S. 292). Weidner (1995) und Schnieders (1994) konstatieren auf Basis ihrer Untersuchungsergebnisse die fehlende Fähigkeit der Pflegenden zur systematischen Bewältigung von Problem- bzw. Konfliktsituationen, was ebenfalls eine Ohnmachts- bzw. Opferhaltung begünstige. Einen ähnlichen Erklärungsansatz bietet Kersting (2011) in ihrer qualitativen Studie zur moralischen Desensibilisierung von Pflegenden. Sie arbeitet heraus, dass die selbstattribuierte Opferrolle der Pflegenden eine Reaktion auf den unauflösbaren Widerspruch zwischen dem Anspruch pflegerischen Handelns und der Wirklichkeit des Pflegealltags darstelle, die dazu diene, sich mit „Kälte“ im Sinne von Gleichgültigkeit gegenüber diesem Widerspruch auszustatten. Dieses Reaktionsmuster biete Pflegenden eine Flucht aus der Spannung zwischen Norm und Funktionalität. Die Identifikation mit der Rolle des Schwächeren, der nichts gegen die bestehenden Strukturen ausrichten kann, erlaube es, auch entgegen besseren Wissens darüber, was richtig und notwendig wäre, innerhalb des Bestehenden zu verharren. Ähnliche Hinweise gibt die Studie von Evers (2012). Evers beschreibt „Gleichgültigkeit und Restriktion“ als mögliche Strategie von Pflegenden, um durch das Hinnehmen belastender bzw. unbefriedigender Situationen als Gegebenheiten und das Ignorieren von Problemen mit der „besonderen Ungewissheit“ (ebd.) in gerontopsychiatrischen Pflegesituationen umgehen zu können.

Auch wenn die Ursachen bzw. Funktionen der Ohnmachtshaltung bzw. Opferrolle von Pflegenden an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden können³⁵, deutet sich dieses Phänomen als Zusammenspiel multipler Faktoren und als Ergebnis einer historisch gewachsenen und tradierten Kultur an. Die kollektive und selbstverständliche Handlungspraxis, die die Pflegenden in einem „Es ist halt so“ festhält (Kellner 2011, S.

³⁵ Eine umfassende Konkretisierung dieses Phänomens legt Kellner (2011) in ihrer kritisch-genealogischen Analyse der beruflichen Pflege vor.

418), erklärt jedoch, warum Pflegende auch bei belastenden Arbeitsbedingungen die aktive Suche nach Spielräumen bzw. die gezielte Veränderung von Strukturen nicht in Betracht ziehen. In dieser Logik scheint die Verteilung des Arbeitsdrucks auf möglichst viele Personen als einzige wirksame Strategie zur Bewältigung des Arbeitsanfalls in der vorgegebenen Struktur und Zeit anerkannt zu werden. Dass diese „Entlastungsstrategie“ in Konflikt mit einem Entwurf steht, in dem Bachelorabsolventen dem Stellenplan der Pflgeteams angerechnet werden, jedoch nicht für die Mitarbeit in der direkten Versorgung zur Verfügung stehen, liegt auf der Hand.

In diesem Zusammenhang soll jedoch mit Kellner darauf hingewiesen werden, dass es nicht darum gehen kann, ein „Befreiungsprogramm für die Pflege“ (Kellner, S. 419) zu erarbeiten. Sie argumentiert mit Foucault, dass Befreiung keine hinreichende Bedingung für Freiheit ist, da sie nicht zu einer Freiheit führt, die man dann „hat“. Vielmehr versteht sich Freiheit auch als bewusste Entscheidung für eine mögliche „Seinsweise“ (ebd.). Damit soll weder externen Faktoren ihr Belastungspotential abgesprochen, noch das Grundproblem der zunehmenden Arbeitsverdichtung negiert werden. Vielmehr soll verdeutlicht werden, dass Pflegende erkennen müssen, dass sie sich selbst daran hindern, Arbeitsbedingungen zu erleichtern, solange die heimliche Agenda der Konstruktion von Arbeitsbedingungen als unabänderliche Faktoren die Vermeidung von Verantwortungsübernahme und Engagement darstellt. Gleichsam der Notwendigkeit, Zeit als Gestaltungsfaktor zu verinnerlichen, um bestehende fremdgesteuerte oder unreflektierte ritualisierte Zeitmuster aufzubrechen (Schrems 1994), scheint es zwingend erforderlich, Pflegende dazu zu befähigen, Möglichkeitsräume zu suchen und zu nutzen. Räume, in denen sich, wie Keller es ausdrückt, „eine 'Praxis der Freiheit' – als Form des Sichverhaltens, die zur Entwicklung und Erhaltung von Freiheitsspielräumen geeignet ist – etablieren könnte (Keller, S. 419)“.

Somit kann festgehalten werden, dass auch dann, wenn Umfang und Zeitpunkt der theoretischen Arbeit von Bachelorabsolventen angepasst und mit Berücksichtigung der praktischen Versorgungsabläufe gestaltet würden, gegenwärtige implizite Handlungsformen und Denkmuster in Diskrepanz zum erforderlichen professionellen Habitus stünden, in dem theoretisches Arbeiten zum unverzichtbaren Teil der zu bewältigenden Versorgungsaufgaben gehört und sichergestellt wird (Deutscher Wissenschaftsrat 2012). Liegt die Priorität gemäß der gegenwärtigen Logik der Praxis weiterhin auf der Sicherstellung der zeitgerechten Bewältigung der anfallenden praktisch-instrumentellen Versorgungsaufgaben und der Verteilung von Arbeitsdruck auf möglichst viele Kollegen, werden theoretische Arbeiten im Zweifelsfall immer zugunsten der Arbeit in der direkten Versorgung zurückgestellt. Dieses Vorgehen wirkt sich nicht nur hemmend auf die angestrebte Fachentwicklung aus, sondern kann zudem bei den Inhabern der neu-

en Berufsrollen zur Überbelastung, Überforderung und zu Rollenkonflikten führen (Bryant-Lukosius et al. 2004).

Neben der Problematik, dass mit theoretisch, also nicht „am Bett“ arbeitenden Kollegen die in den Augen der Pflegenden einzig mögliche Strategie zur Bewältigung des Arbeitsdrucks außer Kraft gesetzt ist, steht mit dem wissenschaftlichen Arbeitsfeld von Bachelorabsolventen automatisch die Anforderung der Umsetzung von neuem Wissen in die Praxis im Raum. Hier ergibt sich ein zusätzliches Spannungsverhältnis zur zeitgerechten Erledigung der Versorgungsaufgaben.

Die „Theoriefeindlichkeit“ von Pflegepraktikern ist in der Literatur vielfach beschrieben (Arnold 2001; Brüche et al. 2004; Dörge 2009b; Thielhorn 2012, S. 124; Gerlach 2013; Voges 2013, S. 146). Dieses Phänomen mit der generellen Ablehnung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erklären, greift jedoch zu kurz. Wie sich in der Praxis zeigt, ist Pflegenden die Bedeutung wissenschaftlicher Ergebnisse aus der ärztlichen bzw. medizinischen Handlungspraxis bestens bekannt, und sie erkennen durchaus an, dass alle Maßnahmen der Gesundheitsversorgung – auch pflegerische – wissenschaftliche Legitimation benötigen. So scheint die in den letzten Jahren im Gesundheitswesen verstärkt zu verzeichnende Entwicklung einer Kultur der Evidence-Basierung (Meerpohl und Wild 2016) auch an der Pflege nicht spurlos vorbeigegangen zu sein. Diese eigenen Erfahrungen werden durch die Ergebnisse der Querschnittstudie von Köpke, Koch, Behncke und Balzer (2013) mit insgesamt 1023 Pflegenden aus 21 Krankenhäusern bestätigt. Dort stellt sich heraus, dass Pflegenden den Wert der Forschung für die eigene Praxis klar bestätigen. Im Vergleich zu vorangegangenen ähnlichen Untersuchungen verzeichnen Köpke et al. einen deutlichen Positivtrend in der Einstellung von Pflegenden zu einer Evidence-basierten Pflegepraxis. Die ausbleibende Umsetzung einer Evidence-basierten Pflegepraxis, so die Ergebnisse, ist vielmehr fehlenden Grundvoraussetzungen geschuldet, wie z.B. wissenschaftlichen Kompetenzen oder institutionellen Rahmenbedingungen.

Auch das eigene Material zeigt, dass die Pflegenden durchaus positiv an der Teilnahme am Wissensfortschritt orientiert sind. Gleichzeitig wird theoriegeleitetes bzw. wissenschaftsbasiertes Handeln als unvereinbar mit der Bewältigung der Praxis konzipiert. Um diese ambivalente Bewertungslogik verstehen zu können, scheint es hilfreich, sie in ihrer Verflechtung mit den unerfüllbaren Erwartungen an wissenschaftliches Wissen und der Betonung absoluter Standards und allgemeingültiger Regeln zu betrachten.

Die unerfüllbaren Erwartungen an wissenschaftliches Wissen

Theoriegeleitetes Handeln wird von den Teilnehmenden dieser Studie als unerreichbares Ideal entworfen. Als Denkmuster herrscht eine stereotype Entweder-oder-Logik vor,

in der Theorie und Praxis als unvereinbare Sphären gelten. Dies ist mit Blick darauf, dass Wissenschaft und Praxis naturgemäß unterschiedlichen Logiken folgen, nicht weiter verwunderlich. Denn während praktisches Wissen auf Handlungsfähigkeit und situative Problemlösung abzielt und daher nur in der Krise hinterfragt wird, ist wissenschaftliches Wissen dem Handlungsdruck enthoben, zielt vorrangig auf die Generierung und Weiterentwicklung allgemeingültiger Erkenntnisse ab und nützt daher nur bedingt für das Handeln im Einzelfall (Vollstedt 2001). So zeigt sich die häufig als generelle Ablehnung von Theoriewissen interpretierte Theoriefeindlichkeit der Pflegepraktiker im eigentlichen Sinne als Unzufriedenheit mit der in den Augen der Pflegepraktiker unüberbrückbaren Diskrepanz dieser beiden Wissenssysteme. Oder man könnte auch sagen, als fehlendes Verständnis darüber, dass die Umsetzung von Wissen immer ein aktiver Prozess ist, den der Wissensnutzer zu leisten hat.

In diesem Zusammenhang beschreibt Mayer (2010) die Forderung in der Pflegepraxis nach praxisbezogener bzw. -orientierter Forschung. Dabei stellt sie heraus, dass Pflegepraktiker – konsequent der eigenen Logik folgend – unter Praxisbezug anwendungsbereites, unmittelbar in die konkrete Situation umsetzbares Wissen im Sinne von Handlungsanleitungen verstehen. Dieses Deutungsmuster findet sich in einer Vielzahl von Untersuchungen (Weidner 1995; Veit 2004; Darmann 2005; Darmann-Finck 2006; Dörge 2009b). Das „Anwendbarkeitsdogma' als Legitimation der Pflegewissenschaft“ (Mayer 2010, S. 154) führt jedoch zu Erwartungen an wissenschaftliches Wissen, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen. Durch dieses Missverständnis seien Irritation, Frustration und Ablehnung im Zusammenhang mit theoriegeleitetem Handeln vorgeprogrammiert (ebd.). Zudem könne die Wissenschaft durch die dogmatische Forderung nach unmittelbarer Anwendbarkeit nur noch „praxiskonforme Wahrheiten“ (Moers 2000, S. 23) entwickeln, wodurch jegliche Weiterentwicklung verhindert würde. Darüber hinaus würden durch das alleinige Dogma einer forschungsorientierten Praxis neben theoretisch vorgegebenen Sachverhalten keine anderen Wissensformen mehr beachtet (ebd.), was ebenso unangemessen für die Pflegewissenschaft wäre, die sich als Praxiswissenschaft durch einen hochgradigen Kontextbezug auszeichnet (Mayer 2010, S. 161).

Wie deutlich wird, kann es also nicht darum gehen, diese Diskrepanz aufzulösen, indem die Handlungslogik eines der beiden Bereiche untergraben wird. Vielmehr müssen sich „beide Seiten über ihre jeweils „blinden Flecken im Klaren sein“ (Brandenburg 2015, S. 53) und lernen, wie sie voneinander profitieren können (ebd.). Das bedeutet, dass Pflegepraktiker darin gefördert werden müssten, die Logiken bzw. Unterschiede der beiden Systeme zu verstehen und als konstitutiv für die Praxiswissenschaft der Pflege zu begreifen. Darüber hinaus müssten Pflegepraktiker als selbstverständlich

anerkennen, dass jegliche Form der Wissensanwendung stets voraussetze, dass dieses Spannungsverhältnis vom Anwender aktiv ausbalanciert wird, indem dieser eine Verbindung zwischen allgemeiner Wissensbasis und individuellem Fallverstehen herstellt (Mayer 2010). Dieser Habitus zeichnet sich im eigenen Material nicht ab und kann auch anhand der vorliegenden Untersuchungen nicht als kollektive Praxis gegenwärtiger Pflegeakteure identifiziert werden. Stattdessen scheint die Integration von neuem Wissen nur möglich, wenn das Spannungsfeld von Theorie und Praxis zugunsten der eigenen Handlungslogik einseitig aufgelöst werden kann. So arbeitet auch Kersting (2011, S. 183 f.) in der bereits erwähnten Untersuchung als Reaktion der Pflegenden auf den Widerspruch von Funktionalität und Norm einen Handlungstyp heraus, den sie als „Idealisierung falscher Praxis“ bezeichnet. Pflegende mit diesem Reaktionsmuster sind sich der Defizite in der Pflegepraxis bewusst und suchen nach praktischen Möglichkeiten, um den normativen Anforderungen Rechnung zu tragen. Allerdings sind die Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge ausschließlich so konzipiert, dass sie mit der gegenwärtigen Logik der Praxis in Einklang gebracht werden können. Dabei werden strukturelle Rahmenbedingungen nicht angetastet. Vielmehr werden praktikable Möglichkeiten gesucht, die ohne Veränderung der bestehenden Strukturen umgesetzt werden können. Lösungsvorschläge sind bei näherem Hinsehen so gestaltet, dass sich die Funktionalität und nicht die Norm durchsetzt, wodurch der Blick über den bestehenden Alltag hinaus sowie die Weiterentwicklung verhindert werden. Der in Kapitel 1.1.2 beschriebene Implementierungsstand weist deutliche Parallelen zu diesem Reaktionsmuster auf. Die Implementierungsstrategien in der Praxis sehen entweder den Einsatz von Bachelorabsolventen in traditionellen bestehenden akademischen Rollen bzw. Einzelfunktionen (Leitungsfunktionen, Case-Management usw.) oder ohne Unterschied zu nichtakademischen Kollegen vor, so dass sie mit der gegenwärtigen Logik der Praxis in Einklang gebracht werden können. Denn ein Einsatz gemäß dem in Kapitel 1.1.1 beschriebenen Kompetenzprofil könnte ohne Veränderung der bestehenden Praxisstrukturen nicht erfolgen.

Wie sich im Rahmen der Implementierungsforschung feststellen ließ, gehören die Adaption einer Innovation an die Bedürfnisse der Zielgruppe und die Bedingungen des Zielsettings zu den zentralen Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementierung von Neuerungen (Damschroder et al. 2009). Zu adaptieren ist jedoch lediglich die veränderliche und anpassbare Peripherie der Innovation. Es versteht sich fast von selbst, dass der Kern, der das Wesen der Innovation ausmacht, nicht verändert werden darf (Hoben 2016). Übereinstimmend mit dem Typ „Idealisierung falscher Praxis“ (ebd.) ist die pragmatisch verkürzte Wissensanwendung, die in der vorliegenden Studie rekonstruiert wurde, durch das Motiv gekennzeichnet, auch den Kern einer Innovation zu

verändern, so dass eine reibungslose Integration in den Pflegealltag möglich wird. Ist ein solches praxiskonformes Vorgehen nicht möglich, wird die Umsetzung von neuem Wissen zwar als positive, jedoch unmögliche Option entworfen. Erwartungshorizonte lassen sich als fallspezifische Normen verstehen, deren primäre Funktion jedoch nicht darin liegt, als Ziele umgesetzt zu werden. „Stattdessen werden sie von den Gruppen genutzt, um sich gemeinsam zu vergewissern, was möglich wäre. Dabei gewinnt auch das Festhalten bzw. Tradieren von gewohnten Bewertungsritualen, in denen sich die Beteiligten ihrer Zugehörigkeit zu dieser Bewertungsgemeinschaft vergewissern, seine konstitutive als kollektivierende Funktion für die Kooperationspraxis“ (Lamprecht 2012, S. 284). Dieser Erkenntnis nach bietet die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse lediglich Ansatzpunkte zu Veränderungen auf „spekulativ-intellektueller Ebene“ (Lamprecht 2012, S. 97). Daher können keine konkreten handlungspraktischen Konsequenzen folgen. Das erklärt auch die im Material fehlende Auseinandersetzung mit der Frage, wie Praxisstrukturen so verändert werden könnten, dass der Innovationskern bei der Umsetzung aufrechterhalten bleiben kann, obwohl neues Wissen bzw. wissenschaftliche Erkenntnisse generell als wichtig und positiv gesehen werden.

Die Betonung absoluter Standards und allgemeingültiger Regeln

Im Zusammenhang mit dem Spannungsverhältnis zwischen theoriegeleitetem Handeln und der Bewältigung von Praxis erscheint ein weiterer, eng mit der gerade beschriebenen Problematik verwandter Aspekt relevant: der Glaube an absolute Standards bzw. Regeln, der sich auch empirisch als kollektives Denkmuster in der Alltagspraxis von Pflegenden zeigt (Weidner 1995; Veit 2004; Darmann 2005; Darmann-Finck 2006; Dörge 2009b). Mit der Erwartung, abstraktes wissenschaftliches Wissen in jeglicher Situation unmittelbar als Standardregel anwenden zu müssen, muss theoriegeleitetes Handeln zwangsläufig als zu unflexibel und zu wenig funktional bewertet werden. Um Wissenschaft als Hilfe für die Bewältigung von Praxissituationen wahrnehmen zu können – wie Dornheim et al. (1999) das ideale Verhältnis von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis beschreiben – muss der Übergang von Theorie in die Praxis als „hermeneutischer Akt“ (Altrichter et al. 2005, S. 29) verstanden werden, d.h. dergestalt, dass auftretende Widersprüche zwischen allgemeinem Regelwissen und konkreter Praxissituation durch handelnde Erfahrung und am Einzelfall zu entwickelnde Urteilskraft ausbalanciert werden. Altrichter et al. (ebd., S. 34) betonen die Bedeutung der sozialen Praxis und der institutionellen Bedingungen, die die Entwicklung eines solchen Habitus fördern oder einschränken. So fordert auch Arnold (2001) in der Auseinandersetzung mit dem Theorie-Praxis-Problem eine Ausweitung des Blicks über die isolierte Pflege-

person und ihre Praxis hinaus, hin zu kollektiven Strukturen und Motiven, denen Pflegende ausgesetzt sind.

Der Einfluss kollektiver Strukturen auf den Umgang mit Wissen von Darmann-Finck (2005; 2006) im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zu Deutungs- und Handlungsmustern von Pflegelehrenden eindrucksvoll dargestellt. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass in der Unterrichtspraxis das Bildungskonzept der „Regelorientierung“ deutlich dominiert. Für typische Pflegesituationen werden im Unterricht allgemeine Handlungsregeln aufgestellt und als Handlungsanweisung für die berufliche Praxis präsentiert. Fallspezifische Besonderheiten werden ignoriert, das Spannungsfeld, in dem pflegerische Entscheidungen getroffen werden, wird nicht transparent gemacht. Zudem wird die Wissensquelle der Handlungsregel nicht benannt oder kein Hinweis auf die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Überprüfung gegeben. Darmann weist auf die negativen Folgen eines solchen Bildungskonzepts hin: Handlungsregeln werden unkritisch hingenommen und tradiert. Hierdurch entsteht ein Verständnis der bloßen Anwendung von Wissen als „Rezept-Pflege“. Zudem wird es den Lernenden in der Praxis nicht gelingen, „Handeln in Ungewissheit“ (Friesacher 2008, S. 262) und hermeneutisch basiertes Entscheiden als berufliche Handlungslogik zu internalisieren, wenn paradoxe Pflegesituationen bereits im Unterricht einseitig aufgelöst und Zwänge nicht offengelegt werden. Dass gerade die Anforderung, professionelles Handeln unter der Bedingung der Ungewissheit zu gestalten, von Pflegenden als besondere Herausforderung und Belastung erlebt wird, und welche negativen Folgen sowohl für Pflegenden als auch für Patienten entstehen, wenn dies nicht gelingt, zeigt die Untersuchung von Evers (2012).

Der Umstand, dass Wissen keinen „einfachen“ Handlungszusatz darstellt, sondern erst in der Entwicklung und Erfahrung eines konkreten Professionellen zur Anwendung gelangen kann, wird im Praxissystem oft als Belastung empfunden. Altrichter et al. verdeutlichen, dass dieses bedeutsame Moment der Personalisierung mit dem in der gesellschaftlichen Praxis verankerten Strukturprinzip der „Warenförmigkeit von Wissen“ (Altrichter et al. 2005, S. 35) in Konflikt gerät. Diesem Prinzip nach kann Wissen dem Handeln als Beigabe, sprich wie eine Ware, relativ mühelos hinzugefügt werden. Entsprechend dieser Logik neigen Praxissysteme dazu, Wissen nicht über systematische und langfristige Strategien der Personalentwicklung, sondern kurzfristig über Waren- und Arbeitsmärkte verfügbar zu machen (ebd.). Suchen Pflegepraktiker als Akteure dieser Systeme nach allgemeingültigen Regeln, kann dies als Versuch gedeutet werden, die eher aufwändigen und mühsamen Aneignungsprozesse zu umgehen, in denen Wissen aktiv zu Handlungskompetenz transformiert werden muss. Stattdessen kann Regelwissen in den Augen der Praktiker schneller erworben werden und ermög-

licht damit eine zeitgerechtere Bewältigung der routinemäßigen Praxis. Dieses Motiv entspricht den Ergebnissen von Dörge (2009b), die erkennen lassen, dass sich Pfle-gende auch bei Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten hochgradig an vorgege-benen Regeln orientieren, da sie auf diese Weise Handlungssicherheit und Entlastung erfahren.

Auch wenn diese Motive aus Sicht der Praktiker nachvollziehbar sind, ist davon auszu-gehen, dass die Konzentration auf absolute Standards und allgemeingültige Regeln anstelle von situationsspezifischer Urteilsbildung (Darmann-Finck 2006) dazu beiträgt, dass Theorie und Praxis in kein produktives Verhältnis gebracht werden können. Oder anders gesagt, dass Theorie- und Praxiswissen nicht in gegenseitiger Weiterentwick-lung in die systematische und kontinuierliche Verbesserung der Pflegepraxis einfließen können (de Jong 2015). Doch auch wenn gemeinsam im Team beschlossen würde, auf welche Weise die Umsetzung von Neuerungen erfolgt, wer in die Einschätzung des Umsetzungspotentials und der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Erkenntnisse involviert wird, welche Themen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden usw., stehen die gegenwärtig in der Praxis verankerten Denkmuster und Handlungsformen hinsicht-lich Wissensanwendung in Diskrepanz zu einer Berufspraxis, in der durch den Rück-griff auf den aktuellen Stand gesicherter Erkenntnisse Qualitätsstandards gesetzt wer-den, die letztendlich auch dazu führen, die Praxis zu verändern. Da das hinlänglich bekannte und konstitutive Spannungsfeld von Innovation und Aufrechterhaltung der Funktionalität mit der Einführung akademischer Berufsrollen zweifellos an Bedeutung gewinnen wird, ist hierbei die Auseinandersetzung mit alltagspraktisch verankerten Denk- und Handlungsmustern in der Anwendung von Wissen zwingend erforderlich.

5.1.2 Das Erfahren von Anerkennung im Spannungsfeld von Erwartungsho-rizonten und alltagspraktischen Orientierungen

Bandura geht davon aus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung auch durch den Erhalt von Rückmeldungen zur eigenen Leistung bzw. zum eigenen Erfolg beeinflusst wird (Bandura 1997). Lob und Anerkennung zeigen, dass Leistung den Erwartungen rele-vanter Anderer entsprochen hat, und nehmen folglich eine solche Rückmeldefunktion ein (Hinding et al. 2012). Gerade im Arbeitskontext kommt man nicht umhin, Anerken-nung in Verbindung mit dem Aspekt der Entlohnung zu betrachten. Die rekonstruierten anerkennungsverschaffenden Strategien der Pflegenden lassen jedoch erkennen, dass eine Reduktion des Anerkennungsbegriffs auf materielle Anerkennung zu kurz greifen würde. So wird die potentiell höhere Bezahlung der Bachelorabsolventen in den Grup-pendiskussionen durchaus thematisiert. Sie steht jedoch nicht im Vordergrund des re-

konstruierten Orientierungsproblems. Als negative Erwartungshorizonte dominieren stattdessen die Aberkennung der eigenen fachlichen Kompetenz und des eigenen Leistungsanteils sowie der Verlust von sozialer Zuwendung, Teilhabe, Autonomie und Zugehörigkeit. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der arbeitspsychologischen Sichtweise von Anerkennung. Dort wird Anerkennung als soziales Geschehen verstanden, das zwei Interaktionspartner voraussetzt: den Anerkennung Erteilenden und den Anerkennung Erhaltenden (Sichler 2010). Damit ist Anerkennung im Arbeitskontext vor allem im Zusammenhang mit Beziehungen, sozialen Anerkennungsverhältnissen und der damit verbundenen subjektiv-sinnhaften Erfahrung von Arbeit zu betrachten (ebd.).

Anerkennung als generelles Problem in der Pflege

Mit Blick auf den Fachdiskurs kommt man nicht umhin, sich mit dem Anerkennungsdefizit in der Pflege generell auseinanderzusetzen, bevor mögliche Spannungsfelder im Zusammenhang mit der Integration akademischer Berufsrollen beleuchtet werden können. So gehört der Mangel an Anerkennung zu den vielfach diskutierten Problemfeldern des Pflegeberufs (Kumbruck et al. 2010; Kumbruck 2010c; Kellner 2011; Isfort et al. 2012; Müller und Hellweg 2013). Darüber sollte auch die Tatsache nicht hinwegtäuschen, dass der Pflegeberuf im Ranking der Berufsgruppen sowohl hinsichtlich des allgemeinen Ansehens (Institut für Demoskopie Allensbach 2013; dbb 2014) als auch der Vertrauenswürdigkeit (GfK Verein 2016) auf den vorderen Plätzen zu finden ist. Denn im Gegensatz hierzu werden die fachliche Qualifikation von Pflegenden und die Qualität ihrer Arbeit weitaus niedriger eingeschätzt (Isfort 2013). Damit steht außer Frage, dass der Pflegeberuf in der Bevölkerung als wichtig und wertvoll angesehen wird. Gleichzeitig wird deutlich, dass dieses Ansehen nicht zwangsläufig mit Bewunderung der beruflichen Leistung aufgrund von Komplexität, fachlichem Anspruch oder Entscheidungsverantwortung zu tun haben muss. Ansehen kann beispielsweise auch entstehen, weil Pflegendes Dinge tun, die viele Menschen in der Gesellschaft nicht tun wollen. Auch wenn dadurch eine gewisse Art von Wertschätzung entsteht, kommt diese eher einer „bedauernde Würdigung“ (Müller und Hellweg 2013, S. 385) gleich und dürfte damit kaum zur Anerkennung von Pflege als eigenständige und professionelle Leistung beitragen. Auch Fischer (2013, S. 65 ff.) kritisiert diesen Umstand im Rahmen ihrer Forschungsarbeit zur beruflichen Identität von Pflegepersonen und weist auf das folglich verminderte Identifikationspotential des Pflegeberufs hin.

Der Mangel an Anerkennung in der Pflege ist ein vielschichtiges Phänomen und kann an dieser Stelle nicht aufgearbeitet werden. In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei Untersuchungen zu nennen, die sich der Erforschung dieses komplexen Themas gewidmet haben. Bei der ersten Untersuchung handelt es sich um ein pflegewissen-

schaftliches Teilvorhaben des Forschungsprojekts ProWert (Produzentenstolz durch Wertschätzung), in dem erhoben wurde, wie und wodurch Wertschätzung seitens der befragten Pflegenden erlebt wird, um auf Basis der Ergebnisse eine Intervention zum Ausbau der Wertschätzungskultur zu entwickeln (Müller und Hellweg 2013). Die zweite Arbeit wurde in Einrichtungen der evangelischen Diakonie durchgeführt und beschreibt das Anerkennungserleben von Pflegenden in der Gesellschaft, in der Organisation, innerhalb des Pflegeteams und in der direkten Patientenbeziehung (Kumbruck und Senghaas-Knobloch 2010). In beiden Arbeiten wird das Anerkennungsdefizit der Pflege theoretisch und empirisch umfassend beleuchtet. Für den Kontext der vorliegenden Forschungsarbeit scheinen besonders zwei Aspekte relevant: die generelle Schwierigkeit, Wertschätzung für den eigenständigen Beitrag bzw. die eigenständige Leistung zur Erreichung der Versorgungsziele erfahren zu können, sowie die Problematik, vor allem in der Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Ärzte keine gleichberechtigte Rolle einnehmen zu können.

Vor der Annahme, dass Wertschätzung die Übereinstimmung der Akteure in den als wertvoll erachteten Arbeitszielen benötigt, wird deutlich, dass die Generierung von Anerkennung ein gemeinsames Verständnis von professioneller pflegerischer Leistung voraussetzt (Müller und Hellweg 2013, S. 281). Genau diese Voraussetzung scheint im Pflegeberuf jedoch nicht erfüllt zu sein. Wie viele Studien zeigen, liegen vielmehr Orientierungslosigkeit hinsichtlich des eigenständigen Aufgabenbereichs oder besser gesagt eine verzerrte Sicht auf den Wert von Tätigkeiten vor (Weidner 1995; Stiller 2005; Kumbruck et al. 2010; Gerlach 2013; Müller und Hellweg 2013). Ein wesentlicher Einfluss hierauf wird dem großen Anteil an unsichtbaren Arbeiten, wie z.B. Vermittlungs- und Gewährleistungsaufgaben, zugeschrieben (Stiller 2005; Kumbruck et al. 2010; Müller und Hellweg 2012; Müller und Hellweg 2013). Als Beispiel führt Kumbruck (2010b, S. 220 f.) die Beobachtungstätigkeiten von Pflegenden aus. Ohne die hieraus resultierenden Informationen könnten Ärzte ihre Interventionen nicht zielführend abstimmen. Dieser Beitrag bleibe jedoch unsichtbar, weil er „nur“ gewährleiste, dass die medizinische Behandlung greift. Der Heilungserfolg wird indes den Ärzten zugeschrieben. Auch Stiller rekonstruiert ein in der Pflege vorherrschendes Verständnis von Pflegearbeit als praktisches, jedoch unspezifisches Ergänzungshandeln zur eigentlich heilsamen Medizin und betont, dass die Wahrnehmung der eigenen Pflegeleistung und damit des eigenen Erfolgs fehle (Stiller 2005).

Unsichtbare Arbeiten werden sowohl von den Pflegenden selbst als auch von Seiten des Managements nicht als Arbeit wahrgenommen und daher auch nicht honoriert (Stiller 2005; Arnold 2008; Kumbruck 2010b). Dies gilt gleichermaßen für emotional-

interaktive Tätigkeiten, obwohl diese – zumindest in der Theorie – als Kern der pflegerischen Sorgearbeit deklariert werden. Auch in der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten zeigt sich diese Sichtweise. So stellt Sander im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Interaktion von Pflege und Medizin im Krankenhaus fest, dass die Mittler- und Näheposition der Pflege zwar von den Ärzten positiv gesehen, der professionelle Gewinn dieser Tätigkeit bzw. deren Bedeutung für das berufliche Vorankommen im Kontext von Krankenhausarbeit jedoch als gering eingeschätzt wird (Sander 2012). Auch Loos (2006) findet in ihrer Untersuchung zu Konflikten zwischen Pflege und Medizin heraus, dass Konflikte durch die fehlende Anerkennung von pflegerischen Kompetenzen entstehen. Diese werden von der Ärzteschaft zwar partiell wahrgenommen, jedoch als für den Heilungsprozess nicht relevant angesehen.

Wie deutlich wird, zahlen sich viele Tätigkeiten der Pflege, die ohne Zweifel einen spezifischen und wichtigen Beitrag zum Erreichen der Versorgungsziele leisten und zudem beträchtlichen Zeitumfang in Anspruch nehmen, „auf dem Konto für Anerkennung nicht aus“ (Kumbruck 2010b, S. 233). Kumbruck (2010a, S. 207) vermutet diesen Umstand auch als Ursache der Verlagerung des beruflichen Selbstverständnisses weg von der primär sorgenden Zuwendung und von an der Leiblichkeit ansetzenden Handlungen hin zu technisch-medizinischen Tätigkeiten, deren Wertigkeit unbestritten ist. Sie zeigt in ihrer Untersuchung, dass es Pflegende gibt, die ihre Arbeit ohne medizinische Aufgaben (nur) als Hilfstätigkeit wahrnehmen, woraufhin es bei einer Reduktion medizintechnischer Tätigkeiten zu Abwertungsgefühlen kommt. Die positive Bedeutung medizintechnischer Tätigkeiten für das Wertschätzungserleben von Pflegenden ist empirisch belegt (Albert 1998; Stiller 2005; Loos 2006; Kumbruck 2010a) und wird in der eigenen Untersuchung bestätigt. Werden gleichzeitig Tätigkeiten wie z.B. Emotionsarbeit, Beziehungsaufbau, Gewährleistungs- und Vermittlungstätigkeiten als Selbstverständlichkeiten und Routinen deklariert (ebd.), werden damit originäre und eigenständige Pflegeleistungen systematisch für die Wahrnehmung und Würdigung von Erfolgen unzugänglich gemacht. Die Unfähigkeit, die eigene Arbeitsleistung in Worte zu fassen und nach außen darstellen zu können, verhindert folglich auch, dass Pflege in der Öffentlichkeit als professioneller Beitrag zur Gesundheitsversorgung wahrgenommen wird (Buresh und Gordon 2006; Müller und Hellweg 2013).

Damit wird ersichtlich, dass die Betonung der medizintechnischen Expertise Pflegenden die Anerkennung des Beitrags zum Heilungsgeschehen sichert. Trotzdem kann der Wunsch von Pflegenden nach Beteiligung an medizintechnischen Versorgungsaufgaben nicht generalisiert werden. So stellt Kumbruck (2010b) auf Basis ihrer Interviews fest, dass die Übernahme dieser Tätigkeiten von manchen Pflegenden explizit als per-

sönliches Ziel formuliert werde und Enttäuschung herrsche, wenn diese sich mehr mit Aktivitäten wie der Hilfe bei der Körperpflege zu befassen hätten. Andere beklagen wiederum die Tätigkeitsverlagerung der Pflege hin zu Medizin. Dasselbe Bild zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung. Hier wird die potentielle Abgabe medizinischer Tätigkeiten an akademisch ausgebildete Pflegepersonen von manchen befürwortet und von manchen nicht. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Beteiligung an medizintechnischen Aufgaben zwar einen wesentlichen Erfahrungsraum für das Erleben des eigenen, wertvollen Beitrags zum Heilungsprozess bereitstellt, die Einbindung in medizinische Handlungsräume jedoch automatisch mit Anerkennungsdefiziten im Bereich der Partizipation verbunden ist. Denn die rechtlich festgeschriebene „heilkundliche Dominanz“ (Dettmers 2013, S. 220) schließt eine gleichberechtigte Beteiligung an Entscheidungen, die die sogenannte Behandlungspflege betreffen, von vornherein aus. Auch Vogd (Vogd 2004, S. 172 ff.) beschreibt dies als Ergebnis seiner praxeologischen Untersuchung zum ärztlichen Handeln. Die Rolle der Pflege im medizinischen Feld lässt sich nach Vogd am ehesten dadurch charakterisieren, dass diese zwar eine relativ autonome Stellung im Krankenhaus gewonnen hat, dies jedoch zum Preis einer weitgehenden Machtlosigkeit im Hinblick auf die medizinischen Belange. Ebenso wie der Patient in Fragen von Diagnose und Therapie „eigentlich“ nichts zu entscheiden hat, spielt der Pflegebereich in den ärztlichen Entscheidungsprozessen eine untergeordnete Rolle. Wenngleich Pflegekräfte sich oftmals als der eigentliche Anwalt ihrer Patienten erleben, so bleiben sie dennoch in Bezug auf die entscheidenden medizinischen Abläufe eher außen vor. Begründete oder unbegründete Ansprüche der Pflegekräfte, in therapeutischen oder diagnostischen Fragen mitzuentcheiden, können in der Regel nur verdeckt zur Geltung gebracht werden. Darüber hinaus erleben Pflegende auch von Seiten der Einrichtungsleitung die bevorzugte Behandlung der ärztlichen Berufsgruppe z.B. bei der Ressourcenverteilung, der Beteiligung an Gesamtentscheidungen oder im Umgang mit Fehlern usw. (Hinding et al. 2012), wodurch sich das Gefühl der Gleichstellung verringert und das damit verbundene Anerkennungsdefizit weiter verstärkt.

Erschwerend kommt das informelle Machtverhältnis hinzu, das die soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bis heute auszeichnet. Studienergebnisse weisen in diesem Zusammenhang vielfach auf fehlende Handlungsspielräume und geringe Gestaltungsmacht der Pflegenden hin (Schnieders 1994; Weidner 1995; Arnold 2008; Kumbruck 2010a), auf ärztliche Dominierung des pflegerischen Arbeitsbereichs (Albert 1998; Vogd 2004; Stiller 2005; Müller und Hellweg 2013), auf prinzipielle Unterordnung von Pflegeleistungen unter die Leistungen der Medizin (Loos 2006;

Arnold 2008) sowie auf ein von Seiten der Ärzte fehlendes Interesse am Wissen und an der Expertise der Pflege (Vogd 2004; Müller und Hellweg 2013). Auch eine systematische Literaturübersicht zur Sicht der Ärzte auf die Akademisierung bzw. Professionalisierung der Pflege (Simon und Flaiz 2015b) bestätigt diese „paternalistisch-autoritär geprägte Rollenbeziehung“ (Dörge 2009a, S. 14). „Starre Hierarchien, autokratischer Führungsstil, z. T. die althergebrachten traditionellen Rollenbilder zwischen Mann und Frau, scheinen im deutschen Gesundheitswesen überdauert zu haben und stellen zunehmend besorgniserregende Innovationsbremsen dar“ (Simon und Flaiz 2015b, S. 8). Dieser Aussage ist restlos zuzustimmen. Gleichzeitig bedeutet interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur, die Sichtweisen und Ziele der anderen anzuerkennen, sondern auch, die eigenen Sichtweisen und Ziele aktiv zu vertreten. In diesem Sinne muss die passive, fatalistisch-resignative Haltung, die im Habitus beruflich Pflegenden verankert zu sein scheint (Weidner 1995; Stiller 2005; Dörge 2009c), gleichermaßen als Hindernis für die Etablierung einer gleichberechtigten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin gesehen werden.

Zusammenfassend kann folgendes Dilemma festgehalten werden: Orientieren sich Pflegende am Ziel der sorgenden Zuwendung, müssen sie feststellen, dass sie in der Berufswirklichkeit für diese Leistung wenig Anerkennung finden. Stellen sie die Anerkennung ihrer erbrachten Leistung durch die Orientierung an medizintechnischen Verrichtungen sicher, schaffen sie gleichzeitig nicht, aus der Rolle der Subordination herauszukommen. Bereits mit diesem (unvollständigen) Problemaufriss offenbart sich das Zusammenspiel der verschiedenen, teils ambivalenten Aspekte des Anerkennungsdefizits in der Pflege, das unabhängig von der Integration akademischer Kollegen zu sehen ist. Gleichwohl sind die vorliegenden Rekonstruktionen vor diesem Hintergrund zu deuten und zu verstehen.

Anerkennung im Kontext der Implementierung akademischer Berufsrollen

Um die rekonstruierten Anerkennungsstrategien theoretisch einzuordnen und zu erklären, wird die Anerkennungskonzeption von Honneth (1994) herangezogen. Honneth beschreibt drei Möglichkeiten, Anerkennung zu erfahren: *Liebe*, *Recht* und *Wertschätzung*. Er betont, dass alle drei Formen erst zusammengenommen die erforderlichen Bedingungen für die Entwicklung einer intakten Identität schaffen (ebd., S. 8). Voswinkel (2005) setzt sich mit der von Honneth ursprünglich als „Gesellschaftstheorie“ (Honneth 1994, S. 8) entworfenen Konzeption in arbeitspsychologischer Einstellung auseinander und spezifiziert diese drei Muster für den beruflichen Kontext. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, dass *Liebe* innerhalb von Arbeitsbeziehungen durch Zuwendung, Sympathie, Fürsorge und Zugehörigkeit erfahren werden kann. *Recht* wird im berufli-

chen Kontext vor allem durch Gleichbehandlung und Partizipation umgesetzt, sprich durch die gleichberechtigte Teilhabe an Entscheidungen, von denen man selbst betroffen ist. Das Anerkennungsmuster *Wertschätzung* bedeutet in der Arbeitswelt, Anerkennung für den eigenen Leistungsbeitrag zur Erfüllung der gemeinsamen Arbeitsziele zu erfahren. Mit Hilfe dieser drei Anerkennungsmuster können die eigenen Rekonstruktionen wie folgt differenziert werden:

- 1) Die Befürchtung der Pflegenden, dass sich die Möglichkeit zur psychosozialen Begegnung mit dem Patienten und dadurch die Anerkennung durch Zuwendung verringert, verweist auf die Anerkennungsform *Liebe*.
- 2) Die potentielle Bedrohung, in der Entscheidungsverantwortung für den Pflegeprozess beschnitten zu werden, sowie der antizipierte Einfluss der akademischen Kollegen auf die Gleichstellung mit den Ärzten deuten auf das Bedürfnis nach Gleichberechtigung und Partizipation hin und lassen sich der Anerkennungsform *Recht* zuordnen.
- 3) Die Gefahr, dass Erfahrungswissen und praktische Fähigkeiten künftig theoretischen Leistungen untergeordnet werden und damit dem Beitrag, den Pflegepraktiker zum gemeinsamen Versorgungsziel leisten, automatisch weniger Ansehen zukommt, berührt die Anerkennungsform *Wertschätzung*.

Durch diese Zuordnung wird ersichtlich, dass die Integration akademischer Berufsrollen auf alle drei Anerkennungsformen Einfluss nehmen kann. Diese Erkenntnis ist deshalb von Bedeutung, da mit Honneth davon auszugehen ist, dass eine gesunde und balancierte Berufsidentität gleichermaßen auf Erfahrungen in allen Anerkennungsformen angewiesen ist. Damit stellt sich nicht nur die Frage, inwieweit die Integration akademischer Berufsrollen im potentiellen Spannungsverhältnis zu alltagspraktisch verankerten Routinen steht, sondern auch, ob sie zur Bedrohung der Berufsidentität der gegenwärtigen Praktiker werden kann. Um diese Frage zu beantworten, werden die Rekonstruktionen nun mit einschlägigen Arbeiten in Bezug gesetzt und im Kontext der Integration akademischer Berufsrollen diskutiert³⁶.

Anerkennung durch Zuwendung, Zugehörigkeit und Fürsorge

Dass die Pflegenden der Beziehung zum Patienten einen besonderen Stellenwert zu-

³⁶ Obwohl die nachfolgende Diskussion entlang der eben eingeführten Anerkennungsformen *Liebe*, *Recht* und *Wertschätzung* erfolgt, kann die stringente Verwendung des Begriffs *Wertschätzung* im anerkennungstheoretischen Sinne Honneths nicht aufrechterhalten werden. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Begriffe *Anerkennung* und *Wertschätzung* in den für die Diskussion herangezogenen Arbeiten nicht immer bzw. uneinheitlich und teils sogar widersprüchlich differenziert werden. D.h. der Begriff *Wertschätzung* wird bei sinngemäßen oder wörtlichen Zitaten zwar übernommen, ist jedoch immer im Sinne der jeweils diskutierten Anerkennungsform zu verstehen.

schreiben, entspricht einschlägigen vorangegangenen Untersuchungen (Weidner 1995; Stiller 2005; Pohlmann 2006; Schilling 2008; Kreutzer 2010; Kumbruck 2010d; Isfort et al. 2012; Müller und Hellweg 2013). Die rekonstruierte Bedeutung dieser Beziehung für das subjektive Anerkennungserleben der Pflegenden ist ebenfalls empirisch belegt. Kumbruck (2010d, S. 236 ff.) arbeitet in ihrer Studie die unmittelbare Rückmeldung des Patienten, z.B. von Dankbarkeit und Freude, als wichtigste Quelle der Pflegenden für das Erleben von Wertschätzung heraus. Dabei bezieht sich das positive Feedback nicht nur auf den leibbezogenen funktionalen Teil der Pflegeverrichtung, sondern auch auf die Art und Weise der Ausführung, z.B. auf die freundliche Anwesenheit. Müller und Hellweg (2013, S. 52) gehen sogar davon aus, dass interaktive Prozesse zwischen Pflegenden und Patienten sowie deren subjektive Bewertung in Ermangelung eines sichtbaren Ergebnisses sozialer Dienstleistungen die wichtigste Quelle von Anerkennung sind. So zeigt sich in ihrer Studie, dass Pflegende in Pflegesituationen, in denen Patienten keine oder wenige Signale senden können, durch den fehlenden Austausch und die fehlende Belohnung auf der Beziehungsebene eine wichtige Quelle für Wertschätzung verlieren. Auch Isfort et al. (2012) ermitteln in ihrer Untersuchung die Wertschätzung durch den Pflegeempfänger als besonders wichtig für die Arbeitszufriedenheit, die Selbstwertschätzung und das Gefühl von Anerkennung und Stolz. Durch den Aspekt der intersubjektiven Bestätigung lässt sich auch erklären, dass die soziale Interaktion mit dem Patienten eine zentrale Kraftquelle für die Bewältigung von Belastungen im Pflegealltag bietet (Weidner 1995; Stiller 2005; Kreutzer 2010) und letztlich auch in ihrer gesundheitserhaltenden bzw. -fördernden Funktion zum Tragen kommt (Braun und Müller 2005).

Die aus Sicht der Pflegenden nachvollziehbare Erwartung, Pflegemaßnahmen, die hochgradig mit sozialkommunikativem Handeln einhergehen, weiterhin als Aufgabe beizubehalten, steht jedoch im deutlichen Widerspruch zur empirisch erfassten Realität der Beziehungsgestaltung. Diese ist gekennzeichnet durch eine Orientierung an privaten Beziehungsmustern, wie z.B. Sympathie/Antipathie (Weidner 1995; Knelange und Schieron 2000; Veit 2004; Pohlmann 2006; Remmers et al. 2009; Dörge 2009b), durch Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe und Distanz (Veit 2004; Stiller 2005; Pohlmann 2006), durch die Betonung medizinisch-pathogenetischer, technisch-instrumenteller bzw. körperlicher Aspekte der Interaktion (Weidner 1995; Darmann 2000; Arnold 2008; Dörge 2009b) sowie durch paternalistische Beziehungsmuster (Dörge 2009a; Remmers et al. 2009; Evers 2012). Auch die fehlende hermeneutische Kompetenz von Pflegepersonen (Veit 2004; Darmann-Finck 2006; Dörge 2009b) erschwert eine professionelle Beziehungsgestaltung.

Dass Pflegende im Rahmen ihrer Tätigkeit Gespräche führen und Zuwendung geben,

steht außer Zweifel. Interaktionsarbeit wird jedoch nach wie vor eher als fakultative Leistung denn als zentraler pflegerischer Auftrag aufgefasst. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Beziehungshandeln weniger an tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten, sondern an subjektiven Kriterien der Pflegenden ausgerichtet wird. Dass die gegenwärtige Beziehungspraxis von Pflegeakteuren selbst kaum als Schwäche wahrgenommen wird (Stiller 2005), weist auf das fehlende Bewusstsein für professionelle Interaktionsarbeit hin. So geben in der bereits genannten Evaluationsstudie von Darmann-Finck et al. (2014) über 90% der sich im dritten Ausbildungsjahr befindenden Auszubildenden an, dass sie sich zu einer ganzheitlichen, patientenpartizipativen und gesundheitsförderlichen Beziehungsgestaltung befähigt sehen. Bei der Frage nach den Kompetenzen, die sie für den Aufbau einer solche Beziehungsgestaltung durch die Ausbildung erworben haben, werden jedoch nur von 8,9% der Auszubildenden Kompetenzen benannt, die zu dieser Kategorie passen. Dieser Widerspruch deutet darauf hin, dass bei den Auszubildenden kein reflektiertes Verständnis darüber vorliegt, was professionelles Beziehungshandeln ausmacht.

Obwohl der besondere Anspruch der professionellen Beziehungsgestaltung sowie die damit verbundenen Bildungsimplicationen hinlänglich bekannt sind, scheint die gegenwärtige Berufsausbildung dieser Anforderung nicht gerecht zu werden³⁷ (Darmann 2000; Bollinger und Grewe 2002; Darmann-Finck 2006; Remmers et al. 2009; Müller und Hellweg 2013; Schirmer und Schall 2015). Auch wenn sich die Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung letztlich erst im Praxisfeld selbst zeigt und vollständig erworben wird (Darmann-Finck et al. 2014), lassen das erweiterte Ausbildungsziel der hochschulischen Pflegeausbildung (PflBRefG, 2015) sowie bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse (Dörge 2009b; Gerlach 2013; Darmann-Finck et al. 2014) erwarten, dass diese Fähigkeit im Studium in höherem Maße erworben werden kann als in der beruflichen Ausbildung. Damit ist der Gedanke naheliegend, diejenigen Aufgabenbereiche, in denen mit Interaktion und Beziehungshandeln eine spezifische Wirkung erreicht werden soll, wie z.B. Anleitung, Schulung, Beratung, Gesundheitsförderung, aber auch die Kommunikation mit und Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen, vorwiegend akademischen Pflegepersonen zuzuweisen (vgl. Kapitel 1.1.1). Eine solche Aufgabendifferenzierung muss jedoch aus mehreren Gründen kritisch beleuchtet werden. Zum einen liegt es nahe, dass sich damit die in der Praxis vorhandene Differenzierung von körperlicher und psychosozialer Begegnung mit dem Patienten (Weidner 1995) weiter verfestigt. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sich die Schere zwischen Pflegenden, die Beziehungshandeln professionell und bedürfnisge-

³⁷ Hier sind die Lernorte Schule und Praxis gleichermaßen angesprochen.

recht einsetzen können, und Pflegenden, die dies nicht können, weiter öffnet. Eine professionelle Pflegepraxis, in der Beziehungsarbeit als Kern sorgenden Pflegehandelns gesehen und als spezifisches Arbeitsmittel eingesetzt wird (vgl. Kapitel 2.3.3), wird dadurch vermutlich nicht gefördert. Dass 10-20% der Pflegenden im Team, sprich die akademisch ausgebildeten Pflegepersonen (Deutscher Wissenschaftsrat 2012), nicht ausreichen, um ein kontinuierliches, bedürfnisgerechtes Interaktionsangebot sicherzustellen, liegt auf der Hand. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten schnell lernen, bei welcher Pflegeperson sie auf ein solches Angebot vertrauen können und diese folglich vermehrt als Ansprechpartner wählen bzw. dieser mehr anvertrauen (Veit 2004, S. 198), wodurch Räume für psychosoziale Begegnung mit dem Patienten und damit für das Erfahren von Anerkennung doppelt gemindert würden.

Wenngleich sich im Material die fehlende Möglichkeit zur psychosozialen Begegnung mit dem Patienten als gewichtigste Bedrohung für das Anerkennungsmuster *Liebe* herausstellt, deuten sich zwei weitere Aspekte an, die auf das Erfahren von Anerkennung in dieser Form Einfluss nehmen können. Denn Hinding et al. (2012) zeigen auf, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe Anerkennung verschaffen kann und dass Fürsorge, die den Schutz vor zu hoher Arbeitsbelastung sichert, ebenfalls als Anerkennung erlebt wird.

Wie bereits beschrieben, stellt es sich für Angehörige des Pflegeberufs generell als schwierig heraus, Anerkennung durch die Zugehörigkeit zu ihrer Berufsgruppe zu erfahren. Auch in der eigenen Studie entwerfen die Pflegenden die eigene Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich anerkannten Berufsgruppe als unerreichbares Ideal. Diese Problematik gewinnt durch die Integration akademischer Pflegerollen deutlich an Brisanz. Die traditionell geprägte Berufshierarchisierung, in der nichtakademische Berufe nach wie vor als weniger „prestigeträchtig“ gelten als akademische Berufe (vgl. näher Ingwersen 2003), wird nun durch die Etablierung eines Skill- und Grademix direkt in der Pflegepraxis erlebbar. Gleichzeitig sind die Pflegenden qua fehlender Qualifikation von vornherein von der „prestigeträchtigen“ Gruppe der Pflegeakademiker ausgeschlossen. Das gering ausgeprägte Identifikationspotential des Pflegeberufs (Fischer 2013, S. 66) kann schwerlich dazu beitragen, die ideologische Legitimierung der Berufshierarchisierung (Ingwersen 2003) abzuschwächen, so dass durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der „nur“ berufsschulisch qualifizierten Pflegepersonen sogar die Gefahr einer Abwertung droht. Umso wichtiger erscheint es, *alle* Leistungen im Pflegeteam mit Blick auf ihre Bedeutung für den Versorgungsprozess zu thematisieren und zu kommunizieren, um auf diese Weise die mit dem Ausdruck von Wertschätzung ei-

ner bestimmten Leistung verbundene Abwertung einer anderen Leistung zu relativieren (Voswinkel 2005, S. 6).

Der zweite Aspekt steht im Zusammenhang mit der von den Pflegenden befürchteten zwangsläufigen Erhöhung des eigenen Arbeitspensums im Falle einer verringerten praktischen Mitarbeit der akademischen Pflegepersonen. Müller und Hellweg (2013, S. 287) sowie Kumbruck (2010b) zeigen in ihrer Untersuchung, dass Pflegende die Anforderung, ihre Arbeit unter Zeitdruck geradezu fließbandartig auszuführen, als Entwertung und Missachtung ihrer Qualifikation und ihres beruflichen Selbstverständnisses erleben. In diesem Zusammenhang erfahren Pflegende es als wertschätzend, wenn eigene Arbeitsspitzen oder Überlastungen abgefedert werden. Diese Unterstützung wünschen sich Pflegende im Sinne fürsorglichen Verhaltens besonders von Seiten des Managements. Auch die Untersuchung von Hinding et al. (2012, S. 513) bestätigt, dass Pflegende Wertschätzung erleben, wenn sie erkennen können, dass die Einrichtung bzw. Führungspersonen ihre Fürsorgepflicht übernehmen und sie vor zu hoher Belastung schützen. Maßnahmen, die zur Arbeitsentlastung beitragen, werden demnach als Zeichen von Anerkennung gesehen. So gesehen befände sich ein vorrangig wissenschaftlicher bzw. theoretischer Arbeitsschwerpunkt akademischer Pflegepersonen nicht nur im Widerspruch zur in der Praxis vorherrschenden Leistungsorientierung. Denn wenn eine solche Aufgabenverteilung die kontinuierliche Überlastung nichtakademischer Pflegepersonen zur Folge hätte, könnte dies auch als Mangel an Rückhalt und Fürsorge von Seiten der Führungsebene gedeutet werden, wodurch das Erfahren von Anerkennung herabgesetzt würde.

Anerkennung durch gleichberechtigte Teilhabe an Entscheidungen

Wie bereits beschrieben, kann derzeit nicht von einem Pflegehabitus ausgegangen werden, in dem Pflegeentscheidungen durch die Verknüpfung von implizitem Wissen, Intuition, Erfahrungen und theoretischem Wissen getroffen werden. Demnach fehlt auch das Verständnis dafür, dass professionelle klinische Entscheidungen ein hermeneutisch basiertes Arbeitsbündnis von Pflegeperson und Pflegeempfänger erfordern. Gemäß ihrer impliziten Werthaltung legitimieren die Teilnehmenden das Recht, Entscheidungen zu treffen, in erster Linie durch Berufserfahrung und praktische Fähigkeiten. In dieser Logik käme eine Aufgabendifferenzierung, in der nichtakademischen Pflegepersonen trotz Berufserfahrung keine Entscheidungskompetenz zugeschrieben würde, zu einer Ungleichbehandlung und damit zu einer im Anerkennungstheoretischen Sinn „Entrechtung“ der gegenwärtigen Pflegeakteure. Auch die Untersuchungen von Hinding (2012) und Müller und Hellweg (2013) machen deutlich, dass Pflegende

sich nicht anerkannt fühlen, wenn Beschlüsse über ihren Kopf hinweg gefasst oder sie von Berufsgruppen oder Hierarchieebenen nicht gefragt und gehört, sprich nicht an Entscheidungen beteiligt werden. Pflegende erleben es hingegen als wertschätzend, wenn sie ihre Arbeit so selbstbestimmt, so wenig standardisiert und so individuell wie möglich ausüben können (Kumbruck 2010a; Müller und Hellweg 2013). Diese Erkenntnisse untermauern die eigenen Ergebnisse. Auch im eigenen Material wird deutlich, dass sich die Pflegenden dagegen wehren, generell die Rolle der Ausführenden einzunehmen. Allerdings sind noch weitere Deutungen möglich. Unter der Prämisse, dass erst ein gewisser Grad an Autonomie ermöglicht, Erfolge der eigenen Urheberschaft zuzuschreiben (Hinding et al. 2012), kann Entscheidungsverantwortung auch für das Anerkennungsmuster *Wertschätzung* von Bedeutung sein. Können beispielsweise gemeinsame Arbeitsziele durch eine spezifische Entscheidung erfüllt werden, kommt der Person Anerkennung zu, die mit ihrer Entscheidung den Beitrag zur Zielerreichung geleistet hat. So rekonstruiert auch Cassier-Woidasky (2007) in der bereits erwähnten Studie einen Zusammenhang zwischen Handlungsspielräumen, Selbstwirksamkeitserwartung und letztlich Arbeitszufriedenheit. Auch die Untersuchung von Hasselhorn et al. (2005) belegt, dass der Grad an Handlungsautonomie und Verantwortung für die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden ausschlaggebend ist. Richter et al. (2000) weisen nach, dass ein erhöhter Freiraum für Selbstbestimmung überwiegend mit einem verbesserten psychischen und physischen Befinden einhergeht. Darüber hinaus stellen sie fest, dass eine erhöhte Arbeitsbelastung, die mit erweiterten Tätigkeitsspielräumen verbunden ist, zu wesentlich schwächer ausgeprägten sozialen und gesundheitlichen Risiken führt als die gleiche Arbeitsbelastung bei eingeschränkten Spielräumen. Die Ergebnisse von Kreuzer (2010) legen nahe, dass gerade bei hoher Arbeitsbelastung Spielräume in der Zeiteinteilung und situative Anpassungsmöglichkeiten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung von Arbeitszufriedenheit und -gesundheit von Pflegenden darstellen. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sind mit einer Verlagerung der Entscheidungsverantwortung durch die Integration akademischer Pflegepersonen nicht nur negative Auswirkungen auf das Erleben von Anerkennung, sondern auch auf die Arbeitszufriedenheit, Gesundheit und Widerstandskraft der berufsschulisch ausgebildeten Pflegeakteure zu erwarten.

Der potentielle Wegfall von Entscheidungsverantwortung und der damit verbundene Anerkennungsverlust gewinnen durch die soziale Beziehungspraxis von Pflege und Medizin zusätzlich an Bedeutung, denn eine gleichberechtigte Teilhabe an Versorgungsentscheidungen wird in der Zusammenarbeit mit Ärzten als unerreichbares Ideal konzipiert. Auf diese Weise können keine Handlungskonsequenzen zur Veränderung

der Zusammenarbeit folgen (Lamprecht 2012). Die fehlende Enaktierung zeigt sich auch im Material, denn die Pflegenden sehen keine Möglichkeit, das Unterordnungsverhältnis durch ihr eigenes Handeln aufzulösen, und schreiben diese Aufgabe folglich akademisch ausgebildeten Pflegepersonen zu. Aufgrund der vermeintlich unabänderlichen Subordination unter die Medizin scheint die Übernahme von Entscheidungsverantwortung im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess derzeit eine wichtige, wenn nicht die einzige Möglichkeit für Pflegende zu sein, Anerkennung in Form von *Recht* zu erfahren.

Der Erwartungshorizont der Pflegenden, die wenig Anerkennung verschaffende Zusammenarbeit mit den Ärzten an akademisch ausgebildete Kollegen zu übertragen und gleichzeitig die Entscheidungsverantwortung im Pflegeprozess beizubehalten, deckt sich jedoch kaum mit den für akademische Pflegepersonen anvisierten Aufgabenbereichen (vgl. Kapitel 1.1.1). Gerade die Erweiterung der Aufgaben von akademisch ausgebildeten Personen auf den Bereich der Fallsteuerung (vgl. Kapitel 1.1.1) legt den Schluss nahe, dass die Entscheidungsverantwortung im Pflegeprozess auf akademische Pflegepersonen verlagert wird. Die potentielle Übertragung von Entscheidungsverantwortung im Pflegeprozess auf akademische Pflegepersonen, während nichtakademischen Pflegepersonen die Durchführungsverantwortung zugeschrieben wird, muss jedoch kritisch hinterfragt werden. Denn klinische Urteilsfähigkeit bildet sich in großem Maße über die Praxistätigkeit aus (Benner 2012). Gleichzeitig scheint es für die Umsetzung einer professionellen Pflege nicht angemessen, die Übernahme von Entscheidungsverantwortung, wie bisher, alleine durch Berufserfahrung und praktische Fähigkeiten zu legitimieren. Denn zwingend vorausgesetzt werden muss, dass Pflegepersonen, denen Entscheidungsverantwortung im Pflegeprozess übertragen wird, in der Lage und bereit sind, mit dem Patienten ein hermeneutisches Arbeitsbündnis aufzubauen. Die sich als kollektive Praxis abzeichnenden Defizite bezüglich hermeneutischer Kompetenzen, der situativen und flexiblen Ausgestaltung des Handelns sowie der Fähigkeit zur aktiven Ausbalancierung von Ungewissheit (Veit 2004; Darmann-Finck 2006; Dörge 2009b) lassen jedoch vermuten, dass die erforderlichen Voraussetzungen zur professionellen klinischen Entscheidungsfindung bei den derzeitigen Pflegeakteuren nicht im erforderlichen Umfang vorliegen. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass ein Studium die hierzu erforderlichen Fähigkeiten in höherem Maße fördert als die berufsschulische Ausbildung, ist die Verbesserung der Performanz von Pflegenden bislang nicht empirisch belegt (Darmann-Finck 2012). Während es ohne vertiefte wissenschaftliche Ausbildung, wie sie nur durch ein Studium erreicht werden kann, kaum möglich sein wird, systematisch nach externer Evidence zu suchen, diese

hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Glaubwürdigkeit zu bewerten, die Neuerung systematisch zu implementieren und zu evaluieren (Eberhardt 2014), scheint es wichtig, zu prüfen, inwieweit Pflegende ohne akademische Ausbildung in der Entwicklung der zur professionellen klinischen Entscheidungsfindung mit dem Patienten erforderlichen Kompetenzen gefördert werden können. Eine Aufgabendifferenzierung, in der die Entscheidungsverantwortung im Pflegeprozess in erster Linie bei akademisch ausgebildeten Pflegenden angesiedelt ist, muss vor allem auch hinsichtlich potentieller negativer Auswirkungen auf das Erleben von Anerkennung sowie die Arbeitszufriedenheit und -gesundheit sowie der Problematik, dass einem zehnköpfigen Team lediglich ein bis zwei akademisch ausgebildete Pflegepersonen angehören werden, (Deutscher Wissenschaftsrat 2012), beleuchtet werden.

Anerkennung des eigenen Leistungsbeitrags zur Erreichung gemeinsamer Arbeitsziele
Es ist anzunehmen, dass die Integration akademischer Berufsrollen zu einer Verschiebung von Qualitätsstandards in der Pflegepraxis führen wird. So führt die angestrebte Evidence-Basierung unweigerlich zu einer Fokussierung auf unmittelbar überprüfbare und messbare Anteile im Pflegehandeln. Pflegemaßnahmen, die sich einer Wirkungsüberprüfung im klassischen Sinne entziehen, z.B. Interventionen, bei denen Handlung und Haltung stark verwoben sind, stehen damit in der Gefahr, nicht als professionelle Pflegeleistung gewertet zu werden (Mayer 2016). Ungeachtet der Frage, ob eine solche Entwicklung für die Pflegepraxis zuträglich ist oder nicht (vgl. zu dieser Diskussion näher Moers et al. 2011; Balzer et al. 2012), gehört die vermehrte Anwendung wissenschaftlichen Wissens in der pflegerischen Versorgung zu den zentralen Anliegen einer akademisierten Pflegepraxis (Wissenschaftsrat 2012). Damit verlieren unstrukturierte Wissensquellen wie z.B. Erfahrung und Intuition ihre bisherige Vorrangstellung, was in den Augen der Pflegepraktiker unweigerlich zur Abwertung des eigenen Leistungsbeitrags führt.

Denn nicht zuletzt geht es bei der Gegenüberstellung von theoretischem und praktischem Wissen nicht nur um die Beschreibung zweier Wissenssysteme, sondern auch um die Frage nach Hierarchie oder nach „Besserwissen“ (Schondelmayer et al. 2013, S. 289). Das in unserer Gesellschaft herrschende Wissenschaftsverständnis impliziert ein hierarchisches Machtverhältnis zwischen Produzenten und den Anwendern von Wissen. In diesem Verständnis ist wissenschaftliches Wissen als strukturierte Wissensquelle dem Alltagswissen bzw. Erfahrungswissen überlegen. So gehen auch Dornheim et al. (1999) davon aus, dass die Wissenschaft die Praxis „normiert und kontrolliert“. Obwohl in der Pflegewissenschaft immer wieder die Bedeutung der Praxis für

die Wissenschaft explizit betont wird, legitimiert das vorherrschende Wissenschaftsverständnis die Forderung, dass Pflegepraktiker wissenschaftliches Wissen anwenden müssen, wenn sie gute Pflege leisten wollen (Arnold 2001). Für Arnold ist theoriefeindliches Verhalten von Pflegepraktikern eine nachvollziehbare Reaktion auf dieses Hierarchieverhältnis, das sie in eine unterlegene Position bringt – „allen Beteuerungen bezüglich der Wertschätzung der Pflegepraxis zum Trotz“ (ebd., S. 19). So kann die positive Orientierung an Erfahrungswissen und praktischen Fähigkeiten, die mancherorts als Theoriefeindlichkeit interpretiert wird, auch in ihrer Funktion als selbstreferentielle Anerkennungsstrategie nachvollzogen werden.

Auch wenn wissenschaftliches Wissen die abgesicherte Grundlage für professionelles Pflegehandeln bietet, müssen sich Pflegende verschiedener Wissensquellen bedienen, um die individuell „richtige“ Entscheidung zu treffen (Mayer 2010). Hierzu zählt laut Behrens und Langer (2010) neben der externen Evidence, dem Wissen der Patienten (Präferenzen, Erfahrungen usw.) und den Kenntnissen zu den Umgebungsbedingungen (gesetzliche Vorgaben, Ressourcen usw.) gleichermaßen die klinische Erfahrung der Pflegenden. Wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben wurde, gehört gerade die Fähigkeit zur Verknüpfung von implizitem Wissen, Erfahrungen und theoretischem Wissen zu den Merkmalen professioneller Pflegekompetenz. Der Wert bzw. Beitrag von klinischer Erfahrung zur Erreichung von Versorgungszielen steht damit außer Frage. Gleichzeitig kann diese nur auf der Grundlage theoretischen Wissens wirkungsvoll eingesetzt werden (Friesacher 2008, S. 264). Gerade dieser Rückgriff unterscheidet den Experten vom Laien, der Probleme rein intuitiv bzw. alltagsorientiert deutet und löst. Die Implementierung akademischer Berufsrollen darf also keinesfalls damit einhergehen, unstrukturierte Wissensquellen generell den strukturierten unterzuordnen. Vielmehr ist eine Handlungspraxis erforderlich, in der Theoriewissen als notwendiger Rahmen gesehen wird, auf dessen Basis theoretisches Wissen erst wirkungsvoll eingesetzt werden kann und umgekehrt. Mit Blick auf den gegenwärtigen Habitus und das Anerkennungserleben der Pflegenden erscheint es von großer Bedeutung, den Leistungsbeitrag der jeweiligen Wissensquelle transparent zu machen und Implementierungsstrategien zu entwickeln, die es den gegenwärtigen Pflegeakteuren ermöglichen, das eigene Praxiswissen als wertvollen und unverzichtbaren Beitrag zur Erreichung der Arbeitsziele zu erleben.

Wie in den eingangs angestellten Überlegungen zur Anerkennung in der Pflege deutlich wurde, kann die Verlagerung des pflegerischen Selbstverständnisses weg von emotional-interaktiven Leistungen hin zu technisch-medizinischen Tätigkeiten als Folge des „Selbstbehauptungskampf(s) um Anerkennung“ (Kumbruck 2010a, S. 207) gese-

hen werden. Auch die in den eigenen Daten zum Ausdruck kommende Frage, ob medizintechnische Aufgaben künftig vermehrt durch Bachelorabsolventen übernommen werden sollen oder nicht, ist dieser Orientierung zuzuordnen. Für Pflegende, die außer der Übernahme medizinischer Aufgaben keine oder wenig Möglichkeiten zur Sicherung des eigenen Beitrags zum Heilungsgeschehen sehen, würde die Loslösung aus medizinischen Handlungsräumen den Wegfall eines wesentlichen Erfahrungsraums für das Erleben von Wertschätzung bedeuten. Auf Basis des in Kapitel 1.1.1 skizzierten erweiterten akademischen Kompetenzprofils ist jedoch davon auszugehen, dass diese Problematik weniger durch die Verlagerung von medizintechnischen Tätigkeiten auf Bachelorabsolventen an Bedeutung gewinnen wird, sondern vielmehr durch die Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege, die durch die Betonung ärztlich delegierter Einzeltätigkeiten als Gegenstand von Pflege unweigerlich konterkariert werden (vgl. Kapitel 2.3.1). Soll mit der Implementierung akademischer Berufsrollen letztlich der originär pflegerische Handlungsraum der Unterstützung im alltagsbewältigenden Umgang mit Auswirkungen von Krankheit bzw. Therapie gestärkt und weiterentwickelt werden, muss diese eigenständige Dimension auch zum Identifikationspunkt für die Wertschätzung des Leistungsbeitrags der Pflege gemacht werden.

5.1.3 Zusammenfassende Einschätzung

Wie im letzten Kapitel aufgezeigt, stehen sowohl die empirischen Rekonstruktionen als auch die in diesem Zusammenhang theoretisch untersuchten Strukturen und Determinanten der Pflegepraxis häufig in mehrfachen Bezügen und wechselseitigen Abhängigkeiten. Wohl wissend, dass diese Vielschichtigkeit nicht abgebildet werden kann, sollen die Ergebnisse in diesem Kapitel pointiert zusammengefasst und vor dem Hintergrund ihrer theoretischen Reflexion und Einordnung in den Forschungsstand auf eine höhere Abstraktionsebene gebracht werden. Besonders die abschließende Zusammenschau der Ergebnisse in Tabelle 7 ist daher nicht als vollständig und absolut anzusehen. Vielmehr wird hier ein theoretisches Denk- und Arbeitsmodell vorgelegt, das Kategorien zur weiteren Bearbeitung des Forschungsgegenstands sowie zur Entwicklung von Implementierungsstrategien bereitstellt.

Als erstes Ergebnis lässt sich festhalten, dass sich die empirisch rekonstruierten Orientierungsgehalte (vgl. Kapitel 4.2.2, Tabelle 4) als Ausdrucksformen des gegenwärtigen pflegerischen Habitus belegen lassen. Im Kontext der Integration akademischer Berufsrollen scheinen vor allem drei Ausprägungen eine Rolle zu spielen: die Orientierungslosigkeit bzw. das Missverständnis hinsichtlich des originär pflegerischen Aufgabenbereichs und eigenständigen Leistungsbeitrags, die Ohnmachtshaltung bzw.

selbstattribuierte Opferrolle sowie der undifferenzierte bzw. unkritische Umgang mit Wissen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Zuordnung der empirisch rekonstruierten Orientierungsgehalte zu den empirisch belegten Ausdrucksformen des Habitus der Pflege

Empirisch rekonstruierte Orientierungsgehalte	Empirisch belegte Ausdrucksformen des Habitus der Pflege
<ul style="list-style-type: none"> - zeitgerechte Erledigung und sichtbare Ergebnisse als Leistungsmaßstab - körperbezogene, praktische Versorgungstätigkeiten als Gegenstand von Pflege - nach subjektiven Kriterien und privaten Beziehungsmustern gestaltetes Beziehungshandeln - Unterscheidung zwischen technisch-körperbezogenem und kommunikativ-sozialem Patientenkontakt - Berufserfahrung als Legitimation für Entscheidungsbefugnis - Erfahrungswissen und praktisches Können als Dreh- und Angelpunkt pflegerischer Kompetenz - Zeitdruck und Belastung als unabänderliche Merkmale des Pflegealltags 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierungslosigkeit bzw. Missverständnis hinsichtlich des originär pflegerischen Aufgabenbereichs und eigenständigen Leistungsbeitrags
<ul style="list-style-type: none"> - Zeitdruck und Belastung als unabänderliche Merkmale des Pflegealltags - das Gefühl, Rahmenbedingungen nicht selbst beeinflussen zu können - Externalisierung von Faktoren, die Veränderungen ermöglichen bzw. nicht ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ohnmachtshaltung bzw. selbstattribuierte Opferrolle
<ul style="list-style-type: none"> - Theorie und Praxis als nicht vereinbare Sphären - Funktionalität als Anspruch an Wissen - problemgetriggerte, reaktive Anwendung von Wissen - Erfahrungswissen und praktisches Können als Dreh- und Angelpunkt pflegerischer Kompetenz - Externalisierung von Faktoren, die Veränderungen ermöglichen bzw. nicht ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Undifferenzierter bzw. unkritischer Umgang mit Wissen

Weiterhin geht aus der vorangegangenen Diskussion hervor, dass die von den Pflegepraktikern im Zusammenhang mit dem Einsatz akademischer Kollegen explizit als ne-

gativ bewerteten Vorstellungen (vgl. Kapitel 4.2.2, Tabelle 4³⁸) in enger Verbindung mit den normativen Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis stehen (Tabelle 6). Man könnte auch sagen, die Pflegepraktiker wehren sich letztlich gegen die Annäherung an Entwicklungen, die die Grundidee bzw. Legitimation der Einführung akademischer Pflegepersonen darstellen, was unweigerlich zu einem Dilemma führt.

Tabelle 6: Zuordnung der empirisch rekonstruierten Negativvorstellungen zu den normativen Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis

Empirisch rekonstruierte Negativvorstellungen in Bezug auf die Integration akademischer Pflegepersonen	Normative Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis
Akademische Pflegepersonen arbeiten vorwiegend theoretisch und beteiligen sich nicht oder zu wenig an der praktischen Arbeit.	Theoretische Arbeit gehört zum unverzichtbaren und sicherzustellenden Leistungsbeitrag
Pflegehandeln muss an wissenschaftlichem bzw. Theoriewissen ausgerichtet werden.	Theorie- und Praxiswissen fließen in gegenseitiger Weiterentwicklung in systematische und kontinuierliche Verbesserungsprozesse ein.
Berufserfahrung bzw. Erfahrungswissen werden einer akademischen Qualifikation bzw. Theoriewissen generell untergeordnet.	Erfahrungswissen kann nur auf der Basis von theoretischem Wissen wirkungsvoll eingesetzt werden und umgekehrt
Nichtakademische Pflegepersonen können keinen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen nehmen und übernehmen die Rolle der Ausführenden.	Klinische Entscheidungsverantwortung ist an den Aufbau eines hermeneutischen Arbeitsbündnisses mit dem Patienten geknüpft.
Für kommunikationsintensive Pflegeaufgaben werden in erster Linie akademische Pflegepersonen eingesetzt	Beziehungsarbeit ist fester Bestandteil des Pflegehandelns und wird als spezifisches Arbeitsmittel eingesetzt.

Es steht außer Frage, dass die Sichtweisen und Deutungen der berufsschulisch ausgebildeten Praktiker bei der Umstrukturierung des pflegerischen Berufsfelds berücksichtigt werden müssen. Nicht zuletzt bildet diese Personengruppe dort weiterhin die stärkste Säule (Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012,

³⁸ Der negative Horizont, dass ärztlich delegierte Tätigkeiten bzw. die Zusammenarbeit mit Ärzten innerhalb des medizinischen Funktionsbezugs vorwiegend akademischen Pflegepersonen zugeschrieben wird, spiegelt ein Szenario wieder, dass sich mit der hier zugrunde gelegten Vorannahme einer professionellen Pflegepraxis nicht deckt (vgl. Kapitel 1.1.1 und 2.3.1). Deshalb wird dieser Aspekt im weiteren Verlauf der Arbeit vernachlässigt. Wie jedoch auch in der vorliegenden Arbeit immer wieder aufgezeigt wurde, ist die Auseinandersetzung mit dieser Thematik für die Realisierung einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis zwingend notwendig.

S. 4). Sollen die Negativvorstellungen und Argumente jedoch in dem Maße Eingang finden, das zur Auflösung von Akzeptanzproblemen, Vorbehalten und Widerständen erforderlich scheint, geht das nicht, ohne den programmatischen Kern der Integration der neuen Rollen so zu verändern. Es steht außer Frage, dass damit auch die durch die Akademisierung beabsichtigte Sicherstellung bzw. Steigerung der Versorgungsqualität (Deutscher Wissenschaftsrat 2012) in Gefahr steht. Werden die Rollen mit dem Ziel der Etablierung einer professionellen Berufspraxis verfolgt, sind den Ergebnissen dieser Arbeit nach mit hoher Wahrscheinlichkeit in den in Tabelle 6 aufgeführten Bereichen Konflikte, Akzeptanzprobleme und Widerstände zu erwarten, die sich ebenfalls mindernd auf die Wirksamkeit der neuen Rollen auswirken können (Bryant-Lukosius et al. 2004). Zudem berührt die Erfüllung der negativen Erwartungshorizonte, so eine weitere zentrale Erkenntnis dieser Untersuchung, die Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegepraktiker und damit eine Handlungsdisposition, die für den erfolgreichen Umgang mit veränderten Arbeitsverhältnissen bzw. Veränderungsprozessen erforderlich ist (Schwarzer und Jerusalem 2002; Nerdinger et al. 2008, S. 189; Damschroder et al. 2009). Daraus folgt, dass es nicht darum gehen kann, dieses Spannungsfeld einseitig aufzulösen. Vielmehr stellt sich die Frage, wie die Widersprüche zwischen den Zielstellungen einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis und dem gegenwärtigen Habitus der Pflege in ein produktives Spannungsverhältnis gebracht werden können. Wie im vorangegangenen Kapitel ausgearbeitet, scheint hier vor allem die Bearbeitung des beruflichen Selbstverständnisses, die Unterstützung einer reflexiven Arbeitsgestaltung, die Förderung von Ambiguitätstoleranz und die Veränderung des Wissens(anwendungs)verständnisses erforderlich zu sein. Mit Hilfe der vorangegangenen Theoretisierung der Ergebnisse und unter Bezugnahme auf empirische Erkenntnisse auf diesem Gebiet lassen sich die Anforderungen an Denkmuster, Werthaltungen und Handlungspraktiken in diesen Bereichen weiter konkretisieren (Tabelle 7). Welche Schlussfolgerungen sich hieraus für die Implementierungspraxis ableiten, wird nachfolgend aufgezeigt.

5.2 Schlussfolgerungen für die Implementierungspraxis

Die vorliegende Arbeit lässt erkennen, dass die Bemühungen um die gelingende Implementierung akademischer Berufsrollen mit den bereits seit Jahren immer wieder aufgeworfenen Fragen der Entwicklung einer professionellen Berufsidentität bzw. Handlungspraxis zusammenlaufen. Nun erscheint diese Erkenntnis fast banal, wenn vorausgesetzt wird, dass die Akademisierung zur dauerhaften und erfolgreichen Realisierung einer professionellen Praxis beitragen soll. Weniger banal erscheint diese

Table 7: Ansatzpunkte zur Bearbeitung des Spannungsverhältnisses zwischen den normativen Zielstellungen einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis und dem gegenwärtigen Habitus der Pflege

Normative Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis	Ansatzpunkte zur Bearbeitung des Spannungsverhältnisses - Anforderungen an Denkmuster, Werthaltungen und Handlungspraktiken	Ausdrucksformen des gegenwärtigen pflegerischen Habitus
<ul style="list-style-type: none"> - Theoretische Arbeit gehört zum unverzichtbaren und sicherzustellenden Leistungsbeitrag. - Theorie- und Praxiswissen fließen in gegenseitiger Weiterentwicklung in systematische und kontinuierliche Verbesserungsprozesse ein. - Erfahrungswissen kann nur auf der Basis von theoretischem Wissen wirkungsvoll eingesetzt werden und umgekehrt. - Klinische Entscheidungsverantwortung ist an den Aufbau eines hermeneutischen Arbeitsbündnisses mit dem Patienten geknüpft. - Beziehungsarbeit ist fester Bestandteil des Pflegehandelns und wird als spezifisches Arbeitsmittel eingesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Berufliches Selbstverständnis, z.B.</i> - Sorgende Zuwendung und Interaktionsarbeit sind als das originär Pflegerische verinnerlicht - Beziehungshandeln wird an fachlichen Kriterien ausgerichtet - Unsichtbare bzw. „nichtpraktische“ Arbeiten werden als professionelle Leistung anerkannt - Der Aufbau interner Evidence wird als Voraussetzung für angemessene Pflegeentscheidungen anerkannt - <i>Reflexive Arbeitsgestaltung, z.B.</i> - Zeit wird als Gestaltungsfaktor genutzt - Unreflektierte Routinen und Prioritäten, fremdgesteuerte Zeitstrukturen werden hinterfragt und verändert - Arbeitsabläufe werden patientenzentriert ausgerichtet - <i>Ambiguitätstoleranz, z.B.</i> - Unsicherheit, Diskrepanzen und Widersprüche werden als Eigenschaft von Pflegesituationen anerkannt und ausbalanciert - Fehlende absolute Standards bzw. allgemeingültige Regeln werden nicht als Bedrohung angesehen, sondern als Spielraum geschätzt - Allgemeinen Regeln und der individuellen Situation des Patienten wird gleichzeitig Rechnung getragen - <i>Wissens(anwendungs)verständnis, z.B.</i> - Theorie und Praxis werden als widersprüchliche Einheit anerkannt - Beitrag und Grenzen der jeweiligen Wissensform werden anerkannt - Übersetzung von Wissen in Handeln wird als aktive, kreative Eigenleistung verstanden - Wissensquellen werden unterschieden, hinterfragt und kritisch bewertet 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierungslosigkeit bzw. Missverständnis hinsichtlich des originär pflegerischen Aufgabenbereichs und eigenständigen Leistungsbeitrags - Ohnmachtshaltung bzw. selbstattribuierte Opferrolle - Undifferenzierter bzw. unkritischer Umgang mit Wissen

Einsicht vor dem Hintergrund, dass im Zusammenhang mit der Integration akademischer Rollen vor allem bildungs- und berufspolitische Perspektiven in den Vordergrund gerückt werden und somit die Gefahr besteht, die offenbar noch nicht gänzlich gelungene Verberuflichung der Pflege aus dem Blick zu verlieren (Dörge 2009b, S. 127). So kritisieren Evans und Bräutigam (2015), dass trotz des zweifellos engen Zusammenhangs von Professionalisierung und Akademisierung in der gegenwärtigen Debatte um die Umsetzung die Trennschärfe verloren geht: Während die Ausweitung akademischer Kompetenzen mit neuen und erweiterten Anforderungen an die Pflegepraxis ausführlich begründet wird, bleibt unklar, wie dem Professionalisierungsprozess des Pflegeberufs Rechnung getragen werden kann. Der Frage, ob und in welchem Ausmaß die gegenwärtige Praxis darauf ausgerichtet ist, professionelles Handeln zu fördern und den durch die Akademisierung angestrebten Professionalisierungsprozess zu unterstützen, wird kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Die im Laufe der Jahre durchgeführten Studien kommen in dieser Hinsicht alle zum selben Ergebnis und verweisen auf den großen Handlungsbedarf: Die in den Untersuchungen betrachtete Pflegepraxis ist keineswegs professionell (Weidner 1995; Veit 2004; Stiller 2005; Arnold 2008; Dörge 2009b). Wie die eigenen Ergebnisse zeigen, sind die Bewertungslogiken im Zusammenhang mit der Einführung der akademischen Kollegen stark von diesem Umstand beeinflusst, und es muss davon ausgegangen werden, dass eine erfolgreiche Implementierung davon abhängt, inwieweit ein neues, am originären Gegenstand der Pflege und der professionellen Handlungslogik orientiertes Berufsverständnis in das Bewusstsein aller Beteiligten gelangt. Damit stellt sich die Frage nach geeigneten Implementierungsstrategien wesentlich komplexer dar, als sie bisher behandelt worden ist. Ungeachtet dessen, dass sich aus diesen Überlegungen Implikationen für verschiedene Akteursgruppen auf unterschiedlichen Ebenen ergeben, soll – gemäß dem Forschungsziel der vorliegenden Untersuchung – beleuchtet werden, welche Konsequenzen sich für die Implementierungspraxis innerhalb der Einrichtungen ergeben. Diese Überlegungen werden anhand des Diffusions-Disseminations-Implementierungskontinuums (Abbildung 2) vorgenommen.

In der Implementierungspraxis, also der Überführung einer Neuerung in die praktische Anwendung, werden drei Formen unterschieden: *Diffusion*, *Dissemination* und *Implementierung* (Hoben et al. 2016a, S. 34). *Diffusion* stellt den einen Endpunkt des Kontinuums dar. Die Überführung erfolgt hier weder aktiv noch systematisch. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Neuerung mehr oder weniger von alleine verbreitet bzw. die Akteure ihre Handlungspraxis selbst ändern. Im Gegensatz dazu stellt *Implementierung* den anderen Endpunkt des Kontinuums und die aktivste Form der Überführung

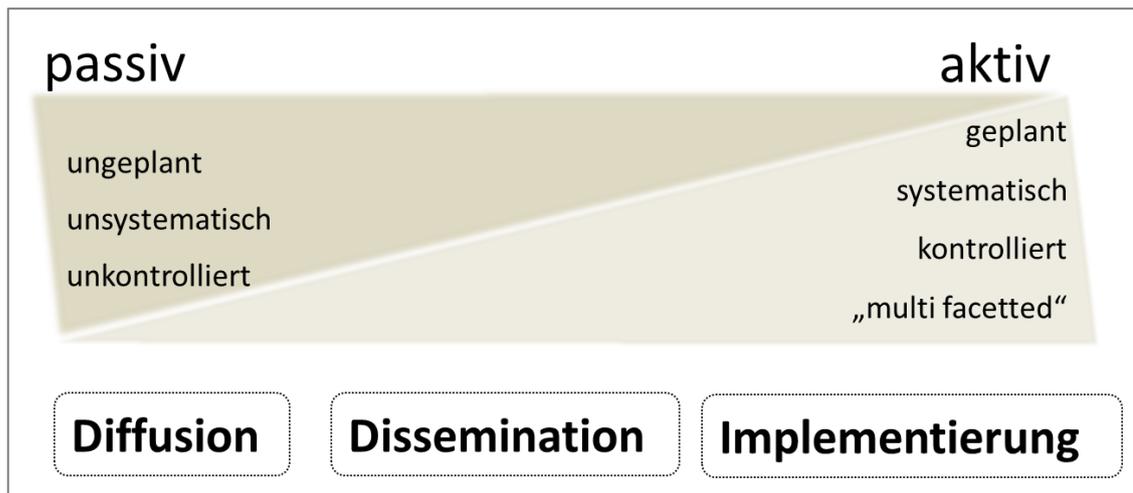


Abbildung 2: Formen der Überführung einer Neuerung in die Handlungspraxis (eigene Darstellung nach Hoben et al. 2016, S. 34)

einer Innovation in die Praxis dar. Hierbei handelt es sich um einen systematischen Prozess, der darauf ausgerichtet ist, eine Innovation innerhalb der Organisation zu etablieren, und beispielsweise die Erhebung und Adressierung von Einflussfaktoren, Strategien zur systematischen Steuerung umfasst. Ebenso kommen hierbei vielfältige Bildungs-, Führungs-, Organisationstechniken usw. zum Tragen. *Dissemination* liegt auf dem Kontinuum zwischen diesen beiden Endpunkten. Hierbei handelt es sich um aktive und systematische Bemühungen, Informationen zu vermitteln bzw. zu verbreiten (ebd.).

U.a. spielen in Implementierungsprozessen die Eigenschaften der zu implementierenden Innovation eine wichtige Rolle. Einen bedeutenden Faktor stellt hierbei die Komplexität dar. Die Komplexität einer Innovation lässt sich laut Hoben (2016) im Anschluss an Damschroder et al. (ebd.) beispielsweise daran festmachen, wie viel neues Wissen für die Umsetzung erforderlich ist und wie leicht oder schwer dieses erlernbar ist, wie radikal die Innovation in Alltagsroutinen eingreift bzw. wie stark sie sich vom Gewohnten unterscheidet, wie viele Handlungsschritte erforderlich sind und wie zeitaufwendig die Umsetzung ist. Es versteht sich fast von selbst, dass mit zunehmender Komplexität die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass die Innovation akzeptiert und erfolgreich umgesetzt wird (ebd.). In Konsequenz dieser Überlegungen und den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, kann die Integration akademischer Berufsrollen zweifelsohne den sogenannten komplexen Interventionen (Höhmann und Bartholomeyczik 2013) zugeordnet werden. Da auf Gesundheitseinrichtungen selbst eine Vielfalt an interdependenten Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen Einfluss nehmen (Grol et al. 2005; Damschroder et al. 2009), verschärft sich die Komplexität zusätzlich. Auch DPR und

die DGP bewerten die Implementierung von Bachelorabsolventen in der Pflege als „[...] komplexe Anforderung für das Gesamtunternehmen [...] [mit] entsprechend weitreichende[n] Auswirkungen [...]“ (DPR und DGP 2014, S. 6). Dies wird deshalb an dieser Stelle betont, da das Bewusstsein darüber, dass die Integration akademischer Pflegepersonen eine komplexe Intervention darstellt³⁹, eine wichtige Voraussetzung darstellt, um die Tragweite dieses Vorhabens für die Gestaltung der Implementierungsprozesse bemessen zu können (vgl. ausführlich zu system- und komplexitätstheoretischen Ansätzen Höhmann und Bartholomeyczik 2013; Hoben et al. 2016b).

Diffusionsstrategien

Aus der Implementierungsforschung ist bekannt, dass Diffusion im Gegensatz zu Dissemination und Implementierung am wenigsten erfolgreich ist, um Neuerungen in die Handlungspraxis zu überführen (Grol et al. 2005). Auch wenn es den ersten wichtigen und darüber hinaus derzeit noch fehlenden Schritt (vgl. Kapitel 1.1.2) darstellt, Pflegenden mit akademischer Ausbildung systematisch den Weg in die Praxis zu eröffnen, ist damit der Integration nicht genüge getan. Bei einer Akademisierungsrate von 10-20% (Deutscher Wissenschaftsrat 2012) sind berufsschulisch ausgebildete Pflegenden nach wie vor die prägenden Akteure im Berufsfeld, so dass die Vorstellung, dass sich die neue Handlungspraxis alleine durch die Existenz der akademischen Kollegen verbreitet, ohne dass die Einrichtung auf weitere Maßnahmen zurückgreift, unrealistisch erscheint. Erschwerend kommt hinzu, dass auf Basis der Ergebnisse von Gerlach (2013) nicht davon ausgegangen werden kann, dass bei (allen) Absolventen eines Studiengangs ein entsprechender professioneller Habitus vorliegt, sondern dieser maßgeblich von der Sozialisation in der Praxis beeinflusst wird. Trotzdem existiert durchaus die Meinung, dass die Akademiker selbst für die Integration zuständig sind (Bormann 2011) oder auf jegliche Integrationsmaßnahmen verzichtet wird, da die Absolventen auf diese Weise gleich ihre Qualitäten unter Beweis stellen müssen (Andree 2014). Neben der zweifelhaften ethischen Korrektheit ist nach aktuellem Stand der Implementierungswissenschaft nicht davon auszugehen, dass ein solches Vorgehen zu einer erfolgreichen Einführung der neuen Rollen führt. Auch mit Blick auf den gegenwärtigen Fachdiskurs muss Diffusionsstrategien im Zusammenhang mit der Integration akademischer Berufsrollen eine klare Absage erteilt werden (Grünewald et al. 2014; DPR und DGP 2014; Grünewald et al. 2015; Hundt und Hövell 2015).

³⁹ Selbstverständlich gilt diese Behauptung nur dann, wenn bei der Integration akademischer Berufsrollen darauf gesetzt wird, Pflege künftig anders zu gestalten und die Praxis fachlich weiterzuentwickeln (Eberhardt 2017) und nicht darauf, professionelle Kompetenzen Einzelner zu fördern oder durch die Vermeidung der Veränderungen traditioneller Strukturen möglichst wenig Störfaktoren zu produzieren. Eine solche Sichtweise wird der weiteren Diskussion um die Angemessenheit von Implementierungsformen zugrunde gelegt.

Disseminationsstrategien

Unter Dissemination fällt beispielsweise, wenn in einer Einrichtung mit Hilfe von Plakaten, Intranet, Infoveranstaltungen oder Flyern usw. aktiv und gezielt Informationen über den Einsatz der Pflegeakademiker vermittelt werden. Unter dem Gesichtspunkt, dass der fehlende Bekanntheitsgrad von Pflegestudiengängen, das fehlende Verständnis für den höheren Qualifizierungsbedarf oder Wissensdefizite hinsichtlich der erweiterten Kompetenzen und potentieller Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegepersonen durchaus zu negativen Bewertungshaltungen und damit zu Akzeptanzproblemen und Konflikten in der Praxis führen können (Gerlach 2013; DPR und DGP 2014; Hundt und Hövell 2015), sind Disseminationsstrategien als wichtiger Teil der Implementierungspraxis zu sehen. Da sie nicht darauf ausgerichtet sind, Neuerungen umfassend zu etablieren, ist jedoch davon auszugehen, dass sie als alleinige Strategie ebenfalls zu kurz greifen. Auch die eigenen Ergebnisse sprechen für diese Annahme. Dies kann zum einen damit begründet werden, dass die Defizite in der professionellen Ausgestaltung des Pflegehandelns in der gegenwärtigen Praxis nicht oder nur unzureichend bewusst zu sein scheinen (Stiller 2005; Dörge 2009b). Zum anderen beinhalten Bewertungslogiken – da implizit und deshalb bewusster Reflexion nicht zugänglich – in der Regel unstrukturierte, teils widersprüchliche und unscharfe Elemente, die zudem in mehrfachen Bezügen stehen (Lamprecht 2012, S. 114). Beispielsweise wird im vorliegenden Material die Arbeit der Bachelorabsolventen „am Bett“ als Voraussetzung für die Akzeptanz der neuen Rollen und gleichzeitig als Bedrohung für den eigenen psychosozialen Kontakt zum Patienten entworfen. Ähnlich ambivalent ist, dass der psychosoziale Kontakt zum Patienten unbedingt aufrecht erhalten bleiben soll und dieser gleichzeitig nicht als Kern des Handelns konzipiert wird. Ebenso wenig, wie die Evaluation von Bewertungen auf expliziter Ebene ausreicht, um potentielle Widerstände und Spannungsfelder zu verstehen, reicht die bloße Vermittlung von Informationen nicht aus, um inhärent Wertzuschreibungen bewusst zu machen, zu reflektieren und zu bearbeiten (Schwarz-Govaers 2005; Lamprecht 2012).

Implementierungsstrategien

Wie die Ergebnisse mehrerer systematischer Übersichtsarbeiten zeigen, sind *multifaceted interventions*, d.h. Interventionen, die an mehreren Ebenen ansetzen, ein Bündel verschiedener Maßnahmen beinhalten und verschiedene Akteursgruppen umfassen, erfolgreicher als Einzelinterventionen (Gould et al. 2010; Vindigni et al. 2011; Huis et al. 2012). Wie eingangs (vgl. Kapitel 1.1.2) herausgearbeitet wurde, liegen in Deutschland bislang wenig systematische Implementierungsstrategien für die Integration akademischer Berufsrollen vor. Als einer der wenigen Versuche dieser Art lassen

sich die vom Deutschen Pflegerat und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2014) im Positionspapier zur Entwicklung der Arbeitsfelder von Bachelorabsolventen aufgeführten Empfehlungen zur Integration der Absolventen in die Einrichtungen anführen. Dort werden verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die dazu dienen sollen, die neuen Rollen im jeweiligen Setting zu etablieren: so z.B. die strategische Steuerung auf Ebene der Pflegedienstleitung, die projektartige Organisation mit Einrichtung einer Stabsstelle, das pilothafte Vorgehen, die Information aller Beteiligten und Klärung offener Fragen, die Vernetzung und Begleitung der Absolventen oder die Unterstützung der akademischen Nachqualifizierung beruflich ausgebildeter Pflegefachpersonen. Ebenfalls deutlich gemacht wird, dass Pro und Contra-Argumente im Vorfeld betrachtet und die Implementierung von einem Wandel der Einstellungen begleitet werden müssen (ebd., S. 6). Allerdings bleibt offen, welche Maßnahmen hierzu konkret eingesetzt werden sollen. Da sich die aufgeführten Pro- und Contra-Argumente vor allem auf explizite Bewertungen und die genannten Maßnahmen in erster Linie auf die systematische Information aller Beteiligten und die Organisation des Implementierungsprozesses beziehen, scheint die Ergänzung der Empfehlungen um weitere Dimensionen sinnvoll (Eberhardt 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sprechen dafür, dass ein zentraler Ansatz zur Entwicklung von Implementierungsstrategien in der Bearbeitung des Spannungsverhältnisses zwischen den normativen Zielstellungen einer professionellen pflegerischen Handlungspraxis und dem gegenwärtigen Habitus der Pflege liegt. Das vorgelegte Denk- und Arbeitsmodell (Tabelle 7) liefert Hinweise auf Bereiche, die es hierbei systematisch in den Blick zu nehmen gilt. In hoher Übereinstimmung mit den herausgearbeiteten Anforderungen an Denkmuster, Werthaltungen und Handlungspraktiken stehen Implementierungsansätze, die neben der Umsetzung von neuem Wissen in die Praxis systematisch und im Sinne von *multifaceted interventions* auf die Veränderung von Kultur und Kontext der Pflege abzielen. Exemplarisch hierfür sind das Konzept der Praxisentwicklung (McCormack et al. 2009) oder das Modell der Beziehungsbasierten Pflege (Koloroutis 2011) zu nennen.

Ohne im Rahmen dieses Kapitels auf das umfangreiche Themenspektrum der Implementierungswissenschaft und -praxis (vgl. ausführlich Hoben et al. 2016b) eingehen zu können, lassen sich für die Implementierungspraxis folgende Schlussfolgerungen festhalten: Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen, dass die Integration akademischer Berufsrollen als komplexe Intervention behandelt werden muss. Da sich die Handlungspraxis, die mit Hilfe der neuen Rollen etabliert werden soll, in großer Diskrepanz zu gegenwärtigen kollektiven und selbstverständlichen Denkmustern und Handlungsformen befindet, kann eine Implementierungspraxis, die auf Diffusion setzt oder

lediglich auf Disseminationsstrategien ausgelegt ist, nicht empfohlen werden. Stattdessen sollten Implementierungsansätze angestrebt werden, mit denen die Integration aktiv und systematisch, mit unterschiedlichen Methoden, auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Akteursgruppen unterstützt wird. Für das Pflegemanagement ergibt sich hieraus die Verantwortung, die systematische Steuerung der Berufseinmündung der Pflegeakademiker und Begleitung der Pflgeteams innerhalb der Veränderungsprozesse sicherzustellen. Mit Blick auf die vorliegende Arbeit ist hierbei besonderes Augenmerk auf den Wandel des beruflichen Selbstverständnisses, die Unterstützung einer reflexiven Arbeitsgestaltung, die Entwicklung von Ambiguitätstoleranz und die Förderung eines reflektierten Wissens(anwendungs)verständnisses zu legen. Es ist offensichtlich, dass diese Entwicklungsprozesse nur über einen längeren Zeitraum zu realisieren sind. Implementierungskonzepte sollten deshalb den Beginn dieser Maßnahmen bestenfalls im Vorfeld des unmittelbaren Einsatzes der Absolventen anstreben.

5.3 Methodische Reflexion und Ansatzpunkte für weitere Forschung

Angemessenheit des Forschungsansatzes

Für das Anliegen dieser Arbeit – die Auseinandersetzung mit der Implementierung akademischer Pflegerollen aus praxeologischer Perspektive – erwies sich die Kombination von Gruppendiskussion und dokumentarischer Analyse in dieser Studie als besonders geeignet. So liegt die Stärke der vorliegenden Arbeit in der methodischen Anlage, die es ermöglichte, Bewertungen von der Ebene expliziter Aussagen und des Individuums abzulösen und den Bewertungshaltungen in ihrer Verflechtung mit habituell verankerten Momenten auf die Spur zu kommen. Erst das Wissen darum, welche kollektiven und selbstverständlichen Handlungsformen die Akzeptanz und die Reaktionen der Pflegepraktiker beeinflussen, erlaubt es, Organisationsentwicklungsprozesse so zu planen und zu gestalten, dass die Implementierung der neuen Rollen unterstützt werden kann.

Gleichzeitig führte die praxeologische Ausrichtung auch zu Grenzen in der Bearbeitung. Wie Schroeter (2006, S. 37) verdeutlicht, lässt sich das soziale Feld der Pflege nur als „multilaterales Beziehungs- und Bedingungsgefüge in einem Netz verwobener Strukturen mit wechselseitigen Abhängigkeiten“ begreifen. Eine große Rolle spielen hierbei auch historische Bedingtheiten (Kellner 2011), die wiederum in unterschiedlichen Bezügen stehen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Relationen der beeinflussenden Strukturen nicht hierarchisch systematisieren lassen (Beck 2007, S. 594). Diese vielgestaltige Verflochtenheit machte sich in allen Schritten der Arbeit bemerkbar. So mussten die Ergebnisse einerseits analytisch-isoliert betrachtet und anderer-

seits auch in ihrer Wechselseitigkeit dargestellt werden. Dies führte einerseits zu unvermeidbaren Redundanzen und zum anderen dazu, dass nicht jeder Aspekt in der gleichen Ausführlichkeit behandelt werden bzw. manche Aspekte überhaupt nicht berücksichtigt werden konnten. Damit erhebt die vorliegende Arbeit nicht den Anspruch, den Forschungsgegenstand vollständig durchdrungen zu haben.

Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Interpretationen

Die eigene langjährige Arbeit in der Pflegepraxis und der persönliche Arbeitsschwerpunkt der Implementierung akademischer Pflegerollen führten zur Oszillation zwischen beobachtender Distanz als Forscherin und affektiver Involviertheit als Berufsangehörige. Gerade diese Involviertheit sensibilisierte für das Forschungsproblem und gab den Anlass, sich dem Thema in praxeologischer Einstellung nähern. Die Zugehörigkeit zum Feld erwies sich als hilfreich für den Feldzugang und erhöhte die Teilnahmebereitschaft der Untersuchten. Zudem wäre es ohne die ausgewiesene Feldkompetenz nur bedingt möglich gewesen, den Forschungsprozess und die Methoden immer wieder so anzupassen, dass diese dem Forschungsgegenstand gerecht werden können (so z.B. durch die Anfertigung einer Kurzinformation, vgl. Kapitel 3.5.2).

Gleichzeitig stellen Vertrautheit und Nähe auch eine Gefahr für die erforderliche Offenheit und Reflexivität in qualitativen Forschungsprozessen dar (Flick 2011a, S. 149 ff.). Deshalb wurden verschiedene „Strategien der Befremdung“ (Bollig und Neumann 2012) genutzt, um dann, wenn die Unvertrautheit, die eigene Standortgebundenheit und Nähe zum Feld verloren zu gehen drohen, diese sozusagen künstlich wiederherzustellen (ebd.).

Przyborski und Wohlrab-Sahr beschreiben in diesem Zusammenhang das Prinzip der „methodisch reflektierten Fremdheit“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 112). Für die Datenerhebung bedeutete dies, durch spezifische Moderationstechniken (vgl. Kapitel 3.3.1) detailreiche Erzählungen anzustoßen und persönliche Relevanzsetzungen der Teilnehmenden zu ermöglichen. Dadurch entwickelte sich in allen Gruppen eine lebendige Diskussion mit ausgeprägter Selbstläufigkeit: Gruppe 1 diskutierte bis zur ersten Intervention 43 min, Gruppe 2 28 Minuten und Gruppe 3 59 Minuten lang. Die Teilnehmenden konnten also eigene Relevanzsetzungen vornehmen und die kollektiven Orientierungen repräsentierten sich dadurch in einer für die Analyse zugänglichen Dichte im Material (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 109). Im Prozess der Datenauswertung wurde die geforderte Fremdheitshaltung mit Hilfe der Arbeitsschritte der dokumentarischen Textinterpretation (vgl. Kapitel 3.3.2) hergestellt und kontrolliert. Bedingt durch den fehlenden bzw. sporadischen Einsatz von Bachelorabsolventen in der Praxis war von vornherein klar, dass die Teilnehmenden nicht über Erfahrungen

berichten konnten. Daher diente der Eingangsstimulus dazu, die Teilnehmenden dazu anzuregen, Vorstellungen, Erwartungen und Annahmen zu äußern, was zwangsläufig zur Folge hatte, dass das Textmaterial wenig Erzählungen, sondern vorrangig Beschreibungen und Argumentationen beinhaltet. Hier wird eine Grenze der Qualität der erhobenen Daten deutlich: Argumentationen sind nicht notwendigerweise durch Erfahrungen gebildet und verweisen daher auch nicht zwingend auf eine kollektive Basis (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 284). Allerdings handelt es sich bei den ausgewählten argumentativen Passagen um interaktiv dichte und emotional aufgeladene Diskussionssequenzen, die zahlreiche metaphorische Sprachgehalte aufweisen, so dass diese ähnlich wie Fokussierungsmetaphern auf kollektive Orientierungsgehalte hinweisen (Nentwig-Gesemann 2010, S. 67). Auch der inkludierende Diskursmodus, der sich in diesen Sequenzen gezeigt hat, spricht für kollektive Erfahrungen (Przyborski 2004, S. 286 f.). Rückblickend wäre es möglich gewesen, dieser Problematik mit der zusätzlichen Durchführung von Beobachtungen zu begegnen. Denn auch wenn kollektive und selbstverständliche Handlungsformen in Argumentation und Beschreibungen auftauchen, erscheint „in der Feldbeobachtung die unmittelbare Logik der Praxis in ihrer ursprünglichen Sequenzialität“ (Vogd 2004, S. 67). Indem die Reflexionen über die Praxis mit der beobachteten Handlungspraxis in Bezug gesetzt worden wären, hätte sich möglicherweise eine Erweiterung bzw. Vervollständigung der Erkenntnisse ergeben (Flick 2011a, S. 519 f.).

Auch wenn es in den Diskussionen keine Anzeichen dafür gab, ist nicht auszuschließen, dass das Argumentationsverhalten beziehungsweise der Grad der Offenheit der Teilnehmenden vom Wissen über das persönliche Arbeitsfeld der Implementierung akademischer Pflegerollen beeinflusst wurde. Da mit den einbezogenen argumentativen Passagen konsequent rekonstruktiv umgegangen wurde, scheint dieses Risiko jedoch an Bedeutung zu verlieren.

Obwohl bei der Interpretation bewusst darauf geachtet wurde, die eigene Vorannahmen und Erfahrungen auszuklammern, hat diese Befremdungsstrategie bekanntlich Grenzen (Nohl 2013, S. 274). Daher wurden einzelne Interpretationen während des Auswertungsprozesses im Rahmen von Forschungswerkstätten und Mentoring vorgestellt und diskutiert (Bollig und Neumann 2012). Infolge der bislang ungeklärten Fragen zur angemessenen Durchführung, zum Nutzen und zu Gefahren der kommunikativen Validierung der Interpretationen durch die Beforschten (Schiff et al. 2016) wurde hierauf bewusst verzichtet. Zudem scheint die Angemessenheit des Kriteriums der inhaltlichen Zustimmung durch die Beteiligten auch deshalb zweifelhaft, da die dokumentarische Methode Erkenntnisse produzieren will, die der Alltagsreflexion gerade nicht unmittelbar zugänglich sind (Flick 2011a, S. 498). Aus diesem Grund wurden die Er-

gebnisse im Sinne eines Peer-Debriefing (Leininger 1992) durch eine Gruppe erfahrener Pflegepraktikerinnen mit Bachelorgrad begutachtet und diskutiert. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse wurde in dieser Gruppe bestätigt.

Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Kollektive Praxen können nicht losgelöst von der sozialen Struktur gesehen werden (Bourdieu 1989). Da ausschließlich Pflegende in der akutstationären Versorgung eingeschlossen wurden, sind die rekonstruierten Orientierungen auch nur in diesen Kontext zu übertragen. Durch den systematischen fallinternen und -externen Vergleich sowie die Nutzung von empirisch überprüfbaren Vergleichshorizonten wurden dem Erkenntnisinteresse nach fallübergreifenden Logiken Rechnung getragen (Nentwig-Gesemann 2013). Die Ergebnisse beanspruchen daher, über die untersuchten Fälle hinaus von Bedeutung zu sein. Gleichzeitig sind die Ergebnisse nicht als vollständig zu betrachten, was auf die Grenzen der Vergleichsfallbildung hinweist. „Nicht alle Dimensionen können in einem Forschungsvorhaben berücksichtigt werden. Von dem gegenstandsbezogenen Interesse der Forschung her wird das Sample auf die Rekonstruktion bestimmter Erfahrungsdimensionen beschränkt“ (Nohl 2013, S. 262). Daher ist davon auszugehen, dass der Einbezug weiterer (kontrastierender) Vergleichsfälle die „Repräsentanz“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2009, S. 46) der Ergebnisse und damit die Verallgemeinerbarkeit erhöht. Mit anderen Worten: Das rekonstruierte Orientierungsproblem und seine Ausprägungen finden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit im Rahmen der Implementierung akademischer Pflegerollen in die akutstationäre Pflegepraxis wieder. Ebenso wahrscheinlich ist, dass in der sozialen Realität noch weitere Ausprägungen bzw. Variationen der beschriebenen Ausprägungen existieren, die in dieser Arbeit nicht erfasst wurden. Das exemplarische Aufgabenprofil, das den Teilnehmenden nach der ersten völlig freien Diskussionsphase als gemeinsame Diskussionsgrundlage vorgelegt wurde, erwies sich in diesem Zusammenhang als sehr wertvoll. So finden sich manche Ausprägungen des Orientierungsproblems, wie z.B. die psychosoziale Begegnung mit dem Patienten oder die Übernahme von Entscheidungsverantwortung, erst im Material aus der zweiten Diskussionsphase. Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich mangels Erfahrungen der Teilnehmenden diese Perspektiven ohne das vorgelegte Aufgabenprofil nicht eröffnet hätten.

Eine Limitation der Arbeit besteht darin, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, mit welchen sozialen Zusammenhängen (Erfahrungsräumen) die Rekonstruktionen in Verbindung stehen (Nohl 2009, S. 86 f.). Es bleibt also unklar, ob die herausgearbeiteten kollektiven Strategien zur Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit als „pflege-typisch“ generalisiert werden können oder allgemeintypisch für alle Berufsgruppen

im Gesundheitswesen oder alle Berufe im Wandel sind. So spricht beispielsweise einiges dafür, dass die sich im Material gezeigte pragmatische Anwendung von Wissen keine pflegespezifische Strategie zur Aufrechterhaltung der beruflichen Selbstwirksamkeit darstellt, sondern auch bei anderen Praktikern, so z.B. in der pädagogischen Praxis (Schondelmayer et al. 2013), in der Auseinandersetzung mit theoriegeleitetem Handeln zu finden ist. Die rekonstruierte und empirisch beschriebene Ohnmachtshaltung der Pflegenden, die hochgradig vom Gefühl der Fremdbestimmung und fehlenden Mitbestimmungsrecht geprägt ist, grenzt sich deutlich von Ohnmachtsgefühlen im Arztberuf ab, die sich dort vor allem auf das Scheitern von Therapieversuchen, sprich auf die Grenzen des eigenen Handelns gegenüber der Orientierung, Krankheiten heilen zu wollen, beziehen (Vogd 2004, S. 259 f.). Dieser Kontrast könnte wiederum ein Hinweis sein, dass es sich hier um ein pflegespezifisches Orientierungsmuster handelt. Derartige Fragen sind jedoch nur im Rahmen einer soziogenetischen Typenbildung zu klären.

Ansatzpunkte für weitere Forschung

Ansatzpunkte für nachfolgende Forschungsprojekte liegen daher zum einen in der weiteren Ausdifferenzierung der hier vorgestellten Basistypik, also die Aufrechterhaltung von Selbstwirksamkeit in Zeiten der Akademisierung, und zum anderen in der soziogenetischen Interpretation der Daten. Hierzu wäre zu klären, welche zusätzlichen Kontraste zur weiteren komparativen Analyse hinzugezogen werden müssten. Dieser Vergleich könnte entweder empirisch, mittels Erhebung weiterer Gruppen oder auch literaturgestützt, durch das Heranziehen bestehender Forschungsergebnisse realisiert werden. Lohnenswert erscheint in diesem Hinblick beispielsweise der Rekurs auf unterschiedliche Subgruppen innerhalb des Pflegeberufs (fachliche Ausrichtung, Leitungspersonen, Lehrpersonen usw.), auf andere Pflegesettings (ambulante Pflege Langzeitpflege), auf benachbarte bzw. angrenzende Berufsgruppen (Ärzte, Therapieberufe) oder auf Pflegenden in anderen Ländern (vorzugsweise Länder, in denen akademische Pflegerollen fest etabliert sind). Nicht zuletzt kommt der Frage Bedeutung zu, ob und wie sich die rekonstruierten Bewertungslogiken verändern lassen. Als vielversprechender Ansatz für die Untersuchung dieser Fragestellung kann die Methode der rekonstruktiv-responsiven Evaluation (Lamprecht 2012) angeführt werden.

6 Zusammenfassung

Wie zu Beginn deutlich gemacht, bilden Einrichtungen, in denen klinisch arbeitende Pflegeakademiker mit erweitertem Aufgabenprofil eingesetzt werden, in der deutschen Pflegelandschaft nach wie vor die Ausnahme. Dies zeigt sich darin, dass zum einen der rege geführte Fachdiskurs zum Berufsprofil akademisch ausgebildeter Pflegepraktiker bislang noch keinen Eingang in die Pflegepraxis gefunden hat, und zum anderen darin, dass in den wenigsten Einrichtungen systematische Implementierungsstrategien vorliegen. Die Integration akademischer Berufsrollen stellt damit weiterhin eine Herausforderung für die Pflegepraxis dar, so dass Einrichtungen gefordert sind, Implementierungskonzepte zu entwickeln. Sowohl international als auch in Deutschland wird das Wissen um die Bewertungshaltungen der beteiligten Praktiker als für den Einmündungsprozess neuer Pflegerollen bedeutsam eingestuft. Wie festgehalten wurde, liegen auf der expliziten Ebene negative Bewertungen der gegenwärtigen Pflegeakteure vor, die durchaus Konfliktpotential enthalten und sich dadurch hemmend auf die Implementierung der neuen Rollen auswirken können.

Vor diesem Hintergrund wurde mit Bezug auf die praxeologische Wissenssoziologie herausgearbeitet und begründet, dass das Wissen über explizite Bewertungen nicht ausreicht, um geeignete Implementierungsstrategien zu entwickeln. Hierfür scheint es wichtig zu sein, Akzeptanzprobleme oder Widerstände von der Ebene des Individuums abzulösen und kontraproduktive Denk- und Handlungsmuster zu betrachten, die sich aus der Logik der Praxis ergeben. Diese Erkenntnis konnte durch die Gegenüberstellung des theoretisch abgeleiteten Vorverständnisses hinsichtlich der Handlungslogik in der Pflege sowie der referierten Studien zur gelebten Pflegepraxis untermauert werden. Anhand der Diskrepanz zwischen den normativen Zielstellungen und den empirischen Ausdrucksformen der pflegerischen Handlungspraxis wurde deutlich, dass Common-Sense-Theorien nicht ausreichen, um sich der Logik der Pflegepraxis zu nähern.

In den Diskussionen entfalteten die Teilnehmenden interaktiv Erwartungshorizonte hinsichtlich der anstehenden Veränderungen und diskutierten diese vor dem Hintergrund ihrer Alltagserfahrungen. Die empirischen Rekonstruktionen zeigen, wie Pflegende anhand alltagspraktischer Orientierungen bzw. impliziter Werthaltungen die veränderte Praxis bewerten. Als gemeinsames Bezugsproblem wurde die Aufrechterhaltung der eigenen beruflichen Selbstwirksamkeit in der (teil-)akademisierten Berufspraxis herausgearbeitet. Auf impliziter Ebene zeigen sich hierfür vor allem die Bewältigung des Berufsalltags und das Erfahren von Anerkennung als bedeutsam. Dabei lässt sich ein Spannungsfeld nachvollziehen, in dem die negativen Bewertungshaltungen hin-

sichtlich der Integration akademischer Rollen vor allem durch die Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Habitus der Pflegenden und den normativen Zielstellungen einer professionellen Handlungspraxis aufrechterhalten werden.

Damit lässt sich die erkenntnisleitende Vorannahme dieser Arbeit bestätigen, der zufolge das alltagspraktische Wissen der gegenwärtigen Akteure für die gelingende Implementierung akademischer Berufsrollen eine wichtige Rolle spielt. Die Analyse der Bewertungshaltungen aus praxeologischer Sicht spricht dafür, dass es dringend erforderlich ist, Strategien zur Integration der neuen Rollen in der Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Logik der Praxis zu entwickeln. Hierbei ist die Bedeutung der fehlenden pflegeprofessionellen Denkmuster und Werthaltungen für die Akzeptanz der akademischen Berufsrollen und damit für deren Implementierung hervorzuheben. So lassen die Ergebnisse dieser Arbeit nicht nur erkennen, dass Diffusions- und Disseminationsstrategien wie auch singuläre Implementierungsmaßnahmen für eine Steuerung der Einmündungsphase nicht ausreichen, sondern sie bestätigen auch eindrücklich, dass nach wie vor ungelöste Probleme innerhalb einer offenbar nicht vollständig verbesserlichten Pflegepraxis bestehen und dass diese mit dem Einsatz hochschulisch ausgebildeter Personen keinesfalls aus dem Blick geraten dürfen.

Die vorliegende Arbeit liefert einen ersten empirisch gesicherten Beitrag, um einrichtungsbezogene Implementierungsstrategien in Verflechtung mit gegenwärtig verankerten habituellen Momenten zu entwickeln. Gleichzeitig ist eine weiterführende und tiefergehende Bearbeitung des Forschungsgegenstands unerlässlich, wenn die erfolgreiche Integration der neuen Berufsrollen zur Verbesserung der Versorgungsqualität vorangetrieben werden soll.

Literaturverzeichnis

Adams BL (1999) Nursing education for critical thinking: An integrative review. *Journal of Nursing Education* 38: 111-119.

AK DQR (2011) Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. <http://www.dqr.de/content/2315.php> [Stand: 27.01.2015].

Albert M (1998) Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg [Diss.]. Freiburg: Pädagogische Hochschule.

Albrecht R, Wallenborn J (2015) Chirurgie unter demografisch und gesundheitsökonomisch veränderten Rahmenbedingungen – Chance oder Begrenzung? *Zentralblatt für Chirurgie* 140: 312-316.

Altrichter H, Kannonier-Finster W, Ziegler M (2005) Das Theorie-Praxis-Verhältnis in den Sozialwissenschaften im Kontext professionellen Handelns. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 30: 22-43.

Amling S: *Peergroups und Zugehörigkeit. Empirische Rekonstruktionen und ungleichheitstheoretische Reflexionen.* Springer, Wiesbaden, 2015.

Andree J: *Implementierung akademischer Pflegekräfte: Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren?* Logos, Berlin, 2014.

Arndt MB (1997) *Aspekte der Professionalisierung des Pflegeberufes. Zur Ethik einer neuen Wissenschaft [Habil.-Schr].* Berlin: Humboldt-Universität.

Arnold D (2001) *Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht.* *Pflege & Gesellschaft* 6: 18-30.

Arnold D: „Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!“ Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 2008.

Bachmann S, Backhaus J, Bögemann-Großheim E, Evers T, Fesenfeld A, Haas M, Latteck Ä-D, Mijatovic A, Münch M, Pasch W, Schiff A (2014) *Qualifikationsziele akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte. Arbeitsergebnis der Modellstudiengänge „Pflege“ der Fachhochschule Bielefeld, der Hochschule für Gesundheit in Bochum, der Fliedner Fachhochschule in Düsseldorf, der Katholischen Hochschule NRW und der Mathias Hochschule Rheine.* http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/03/QualifikationszieleakademischausgebildeterPflegefachkräfte_letzteVersion.pdf [Stand: 31.08.2016].

Backhaus J, Mijatovic A, Fesenfeld A, Evers T, Heffels W, Latteck Ä-D (2015) *Grundständige Akademisierung der Pflegeberufe. Grundlegende strukturelle und inhaltliche Überlegungen.* *Pflegewissenschaft* 17: 142-148.

Balzer K, Köpke S, Langer G, Meyer G, Behrens J (2012) *Theorieferne Evidenzbasierung? Replik zum Beitrag von Moers et al., Pflege, Dezember 2011, Heft 6.* *Pflege* 25: 137-141.

Bandura A: *Self-efficacy. The Exercise of Control.* W.H. Freeman & Co, New York, 1997.

- Bandura A (2001): Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 52: 1-26.
- Bartels Y, Simon A, Plohmann D (2012) Pflegeakademisierung in Deutschland – Bedarf und Angebot. *Pflegewissenschaft* 14: 548-558.
- Bartholomeyczik S: Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer S (Hrsg): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 20. Jahrhundert. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, 2010, 133-154.
- Bauch J: Pflege als soziales System. In: Schroeter KR, Rosenthal T (Hrsg): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Juventa, Weinheim, 2005, 71-83.
- Beck K: *Pflegerische Praxis in Hospizen und auf Palliativstationen. Eine qualitative praxeologische Studie zur Strukturierung stationärer Schwerstkranken- und Sterbendpflege*. Kovač, Hamburg, 2007.
- Behrens J (2002) Inklusion durch Anerkennung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 27: 23-41.
- Behrens J: *Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession. Die Unterscheidung von interner und externer Evidence*. In: Schroeter KR, Rosenthal T (Hrsg): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Juventa, Weinheim, 2005, 51-70.
- Behrens J, Langer G: *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarb. u. erg. Aufl. Huber, Bern, 2010.
- Behrens J, Selinger Y (2012) Im Schrittempo. Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende. *Dr med Mabuse* 197: 44-46.
- Belzner M: *Pflege Dual: Erfahrungen mit einem primärqualifizierenden Studiengang*. Lage, Jacobs, 2014.
- Benner PE: *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Huber, Bern, 2012.
- Blättner B, Georgy: *Qualifizierungsbedarf der Gesundheitsfachberufe. Verantwortung für eigene Entscheidungen übernehmen können*. In: Matzick S (Hrsg.): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Beltz Juventa, Weinheim, 2008, 159-178.
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2014) *Krankenhaus Barometer 2014*. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf. <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/> [Stand: 31.08.2016].
- Bohnsack R: *Generation, Milieu und Geschlecht. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen*. Leske + Budrich, Opladen, 1989.
- Bohnsack R: *Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode*. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Huber, Bern, 2002, 305-325.
- Bohnsack R (2005) Standards nicht-standardisierter Forschung in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften* 8: 63-81.

Bohnsack R: Qualitative Evaluation und Handlungspraxis - Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Flick U (Hrsg): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzung. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 2006, 135-155.

Bohnsack R: Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie. In Schützeichel R (Hrsg): Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung. UVK, Konstanz, 2007a, 180-190.

Bohnsack R: Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden. 7. Aufl. UTB, Stuttgart, 2007b.

Bohnsack R: Dokumentarische Methode. In: Bohnsack R, Marotzki, W, Meuser, M (Hrsg): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Budrich, Opladen, 2010a, 40-44.

Bohnsack R: Orientierungsmuster. In: Bohnsack R, Marotzki, W, Meuser, M (Hrsg): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Budrich, Opladen, 2010a, 132-133.

Bohnsack R: Rekonstruktive Sozialforschung. 8., durchges. Aufl. Budrich, Opladen, 2010b.

Bohnsack R: Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Lenger A, Schneickert C, Schuhmacher F (Hrsg). Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven. VS, Wiesbaden, 2013a, 175-200.

Bohnsack R: Habitus, Norm und Identität. In: Helsper W, Kramer, RT, Thiersch, S (Hrsg): Schülerhabitus. Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschem Theorem der kulturellen Passung. Springer, Wiesbaden, 2013b, 33-55.

Bohnsack R: Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM (Hrsg): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 3. erw. Aufl. VS, Wiesbaden, 2013c, 241-270.

Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I: Dokumentarische Evaluationsforschung und Gruppendiskussionsverfahren. Am Beispiel einer Evaluationsstudie zu Peer-Mediation an Schulen. In: Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B (Hrsg.): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Budrich, Opladen, 2006, 250-267.

Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I: Einleitung. In Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I (Hrsg): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Budrich, Opladen, 2010, 9-20.

Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B: Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In: Bohnsack R, Przyborski A, Schäffer B (Hrsg.): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Budrich, Opladen, 2006, 7-22.

Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM (Hrsg): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3. erw. Aufl. VS, Wiesbaden, 2013a.

Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM: Einleitung. In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM (Hrsg): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 3. erw. Aufl. VS, Wiesbaden, 2013b, 9-32.

Bollig S, Neumann S (2012) Die Erfahrung des Außerordentlichen. Fremdheit/Vertraut-

heit als methodisches Differenzial einer Ethnographie pädagogischer Ordnungen. Zeitschrift für Qualitative Forschung 12: 199-216.

Bollinger H, Grewe A: Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In: Gerlinger T, Lenhardt U, Simon, M (Hrsg): Jahrbuch für kritische Medizin 37. Argument, Hamburg, 2002, 43-59.

Bollinger H, Gerlach A: Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands - zur Reifikation soziologischer Kategorien. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg.) Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon, Bremen, 2014, 83-106.

Bollinger H, Gerlach A, Grewe A: Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In: Pundt, J (Hrsg): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven. Huber, Bern, 2006, 76-92.

Bormann M (2011) Aktueller Stand der Integration von Bachelor of Nursing Absolventinnen in die klinische Pflegepraxis. Heilberufe Science Supplement 2: 40.

Boucsein M (2006) Neues Berufsbild „Physician Assistant“ in der Diskussion. Die Schwester Der Pfleger 45: 430-431.

Bourdieu P: Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1979.

Bourdieu P: Antworten auf einige Einwände. In: Eder K (Hrsg.) Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis. Beiträge zur Auseinandersetzung mit Pierre Bourdieus Klassentheorie. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1989, 395-410.

Brandenburg H: Kompetenzprofile professioneller Pflege alter Menschen. In: Brandenburg H, Klie T (Hrsg). Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen. Vincentz, Hannover, 2003, 135-209.

Brandenburg H: Das Verhältnis von Theorie und Praxis in Pflege und Gerontologie. In: Hoben M, Bär M, Wahl HW (Hrsg): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 48-60.

Braun B, Müller R (2005) Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. Pflege & Gesellschaft 10: 131-141.

Braun B, Klinke S, Müller R (2010) Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. Pflege & Gesellschaft 15: 5-19.

Brühe R, Rottländer R, Theis S (2004) Denkstile in der Pflege. Pflege 17: 306-311.

Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, Pinelli J (2004) Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. Journal of Advanced Nursing 48: 519-529.

Buchholz A, Seebauer L, Simon D: Partizipative Entscheidungsfindung – Wunsch und Realität. In: Hoefert HW, Klotter C (Hrsg): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Hogrefe, Bern, 2011, 136-146.

Bundesärztekammer (2015) Beschlussprotokoll der Arbeitsgemeinschaft der deut-

schen Ärztekammern. 118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf [Stand: 23.11.2015].

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2012): Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/Eckpunkte-pflegeberufegesetz,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 27.12.2015].

Buresh B, Gordon S: Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. Huber, Bern, 2006.

Busch S (2012) Berufseinmündung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte – Ergebnisse einer Befragung Personalverantwortlicher in stationären und ambulanten Pflegesettings. *Gesundheitswesen* 74: A21.

Carrier J (2002) The nurse practitioner role: a process of evolution. *Nursing New Zealand* 8: 23.

Cassier-Woidasky AK: Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Mabuse, Frankfurt a. M., 2007.

Dahlgaard K, Stratmeyer P: Perspektiven zur Überwindung organisationsbezogener Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus. In: Hoefert HW (Hrsg): *Selbstmanagement in Gesundheitsberufen*. Huber, Bern, 2011, 125-154.

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science* 4: 50.

Dangel B, Korporal J (2014) Innovative, ungewohnte und wechselnde Anforderungen. *Pflegezeitschrift* 67: 408-411.

Darmann I (2000) Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. *Pflege* 13: 219-225.

Darmann I (2005) Professioneller Pflegeunterricht. *Pflegewissenschaft* 12: 655-663.

Darmann-Finck I (2006) «Und es wird immer so empfohlen» – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. *Pflege* 19: 188-196.

Darmann-Finck I (2012) Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft* 17: 216-232.

Darmann-Finck I, Muths S, Görres, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B (2014) Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf [Stand: 23.11.2015].

dbb (Hrsg.) (2014): Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst: Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen. http://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2014/forsa_2014.pdf [Stand: 31.08.2016].

DBfK: DBfK protestiert gegen zu niedrige Zuordnung der Pflegeberufe im DQR. Pressemeldung vom 01.12.2014. <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/DBfK->

protestiert-gegen-zu-niedrige-Zuordnung-der-Pflegeberufe-im-DQR.php [Stand: 31.08.2016].

DBfK, ÖGKV & SBK (2013): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf [Stand: 31.08.2016].

Decker L (2013) Wer hat Angst vor akademisierter Pflege? Pflegezeitschrift 66: 292–293.

Determann M., Rau R, Freimuth A, Henne-Bruns D (2007) Hilfen für die Pflegenden zur Bewältigung beruflicher Belastungen. Der Onkologe 13: 337-342.

Dettmers S: Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus. In: Zängl P (Hrsg): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Springer, Heidelberg, 2013, 213-223.

Deutscher Pflegerat (DPR), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. https://www.fh-muenster.de/gesundheits/downloads/DPR-DGP_AG-Bachelor_konsentiert_05082014.pdf [Stand: 31.08.2016].

Deutscher Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand: 24.8.2015].

Dörge C (2009a): Dienstleistung „Professionelle Pflege“ : Lippenbekenntnis oder Handlungswirklichkeit? Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beiträge_und_EBN/Halle-PfleGe-08-09.pdf [Stand: 31.08.2016].

Dörge C: Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Mabuse, Frankfurt a. M., 2009b.

Dörge C (2009c) Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Pflegewissenschaft 11: 325-336

Döring N, Bortz J: Empirische Sozialforschung im Überblick. In: Bortz J, Döring N (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation, 5. Aufl. Springer, Berlin, 2016a, 3-30.

Döring N, Bortz J: Forschungsstand und theoretischer Hintergrund. In: Bortz J, Döring N (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation, 5. Aufl. Springer, Berlin, 2016b, 157-180.

Döring N, Bortz J: Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In: Bortz J, Döring N (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation, 5. Aufl. Springer, Berlin, 2016c, 81-120.

Döring N, Bortz J: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der empirischen Sozialforschung. In: Bortz J, Döring N (Hrsg.): Forschungsmethoden und Evaluation, 5. Aufl. Springer, Berlin, 2016d, 31-80.

Dornheim J, van Maanen H, Meyer JA, Remmers H, Schöniger U, Schwerdt R, Wittneben K (1999) Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. Pflege & Gesellschaft 4: 73–79.

Drechsel T, Zierl M (2011) Verbleibsanalyse der Bachelor of Nursing Absolventen der Evangelischen Hochschule Berlin – Möglichkeiten und Hindernisse für den Bachelor of Nursing auf dem Arbeitsmarkt. *Heilberufe Science* 2: 39.

Eberhardt D (2014) Der Blick für das Wesentliche: Pflegepraktiker zu Akteuren einer Evidence-basierten Praxis ausbilden. *PADUA* 9: 213-221.

Eberhardt D (2017) Praxisentwicklung als Rahmen zur Implementierung akademischer Pflegerollen. *Klinische Pflegeforschung* 3: 15-27. <https://ojs.ub.uni-freiburg.de/index.php/klinische-pflegeforschung/article/view/920> [Stand 12.04.2017].

PfIBRefG. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe vom 13.01.2016. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPfIBG.pdf [Stand 31.08.2016].

Evans M, Bräutigam C: Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung. In: Pundt J, Kälble K. (Hrsg): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Apollon, Bremen, 2015, 383-404.

Evers T: Die besondere Ungewissheit im Handeln. Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. Peter Lang, Bern, 2012.

Fabio Knöfler TS von, Rohde K, Zündel M (2012) Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. *PADUA* 7: 246-251.

Fechtelpeter D, Meyer G (2012) Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. Wie die Pflege von hochwertigen Informationen profitieren kann. *PADUA* 7: 157-160.

Fierz K (2010) «Evaluiert doch einfach einmal» ...die Kunst, eine gute (Evaluations-) Frage zu stellen. *Pflege* 23: 295-298.

Fischer R: Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bertelsmann, Bielefeld, 2013.

Fleischmann N: Arbeitsmarktperspektiven für Absolventen pflegebezogener Studiengänge. In: Zängl P (Hrsg): *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis*. Springer, Heidelberg, 2013, 91-109.

Flick U: *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 4. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 2007.

Flick U: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey G, Mruck K (Hrsg): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS, Wiesbaden, 2010, 395-407.

Flick U: *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 5. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 2011a.

Flick U: *Triangulation*. Springer, Heidelberg, 2011b.

Fraunhofer A, Lewin D, Neger A (2014): Datenalmanach zur Unternehmensbewertung in der Region München und Oberbayern. OHO-Datenbericht 3. BMBF-Projekt „Offene Hochschule Oberbayern (OHO)“. https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/oho/informationmaterial/veroeffentlichungen_2/datenberichte/db_3_unternehmen.pdf [Stand 31.08.2016].

Friedrichs A, Schaub HA (2011): Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. Journal for Medical Education 28: 50. <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml> [Stand 31.08.2016].

Friesacher H: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, 2008.

Friesacher H (2015) Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. intensiv 23: 200-214.

Gaidys U (2011) Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. Pflege 24: 15-20.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Absatz 3c SGB V) in der Erstfassung vom 20. Oktober 2011. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1401/> [Stand 31.08.2016].

Gerlach A: Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Mabuse, Frankfurt a. M., 2013.

GfK Verein (2016): Trust in Professions Report 2016. <http://www.gfk-verein.org/presse/helfende-berufe-geniessen-das-vertrauen-der-deutschen-0> [Stand 31.08.2016].

Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH (2010) Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.

Groeben N, Schlee J, Wahl D: Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Francke, Marburg, 1988.

Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D: Improving Patient Care. The Implementation of Change in Health Care. Wiley, New York, 2005.

Grünewald M, Hild TC, Jeske R, Langer S, Moullion S, Rausch A, Reimers S, Strohbücker B (2014): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix am Beispiel der Betreuung eines Patienten nach Herzinfarkt. http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf [Stand 31.08.2016].

Grünewald M, Hild TC, Jeske R, Langer S, Moullion S, Rausch A, Reimers S, Strohbücker B (2015): Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis. http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/2015-05-29_abschlussbericht.pdf [Stand 31.08.2016].

Güse C (2013) Wohin mit den „Studierten“? Die Schwester Der Pfleger 52: 394-396.

Hasseler M (2012) Strukturwandel im Gesundheitswesen – Neue Bedarfskonstellationen in der Pflegepraxis. Public Health Forum 20: 12.e1-12.e3.

Hasselhorn HM, Müller BH: Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa - Ergebnisse der NEXT-Studie; in Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg): Fehlzeiten-Report 2004. Springer, Heidelberg, 2005, 21-47.

Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Büscher A, Stelzig S, Kümmerling A, Müller BH (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 136-145.

Hinding B, Akca S, Spanowski M, Kastner M: Mit Wertschätzungskultur zu mehr Stolz und Leistungsfähigkeit bei Pflegenden. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Springer, Heidelberg, 2012, 505-524.

Hoben M: Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In: Hoben M, Bär M, Wahl HW (Hrsg): Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2016, 150-166.

Hoben M, Bär M, Wahl HW: Begriffe, Gegenstandsbereich, Akteure und Zielgruppen der Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie. In: Hoben M, Bär M, Wahl HW (Hrsg): Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2016a, 25-47.

Hoben M, Bär M, Wahl HW (Hrsg.): Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2016b.

Hohm HJ: Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems. Lambertus, Freiburg i. Breisgau, 2002.

Höhm U (2008) Expertenstandards in der Praxis. Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“. Pflege & Gesellschaft 13: 131-141.

Höhm U, Bartholomeyczik S (2013) Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen. Konzepte statt Rezepte. Pflege & Gesellschaft 18: 293-312.

Honneth A: Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1994.

Höppner K: Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann, Gütersloh, 2008.

Huis A, van Achterberg T, de Bruin M, Grol R, Schoonhoven L, Hulscher M (2012) A systematic review of hand hygiene improvement strategies. A behavioural approach. Implementation Science 7: 1.

Hülsken-Giesler M: Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In: Kreuzer S (Hrsg): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, 2010, 155-174.

Hülsken-Giesler M, Korporal J (Hrsg.): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Porschke & Hensel, Berlin, 2013.

Hülsken-Giesler M, Brinker-Meyendriesch E, Keogh J, Muths S, Sieger M, Stemmer R, Stöcker G, Walter A (2010) Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft* 15: 216-236.

Hundt N, Hövell C van: Akademisierung in der Pflege: Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. Disserta, Hamburg, 2015.

Hunstein D (2003) Klassifikation von medizinischen und pflegerischen Diagnosen und Implikationen für das GR-DRG-System. *Pflegewissenschaft* 5, 27-36.

Ingwersen R: Die Verbindung von allgemeiner Bildung und Berufsbildung in Pflege und Gesundheit. In: Falk J, Kerres A (Hrsg) *Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich*. Beltz Juventa, Weinheim, 2003, 19-50.

Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Allensbacher Berufsprestige-Skala. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf [Stand 31.08.2016].

Isfort M (2013) Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt* 56: 1081-1087.

Isfort M, Fuchs-Frohnhofer IP, Wappenschmidt, Krommus E, Duisberg M, Neuhaus A, Rottländer R, Brauckmann A, Bessin C: Wertschätzung in der Pflege und für die Pflege systematisch fördern – das Projekt PflegeWert. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg.): *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion*. Springer, Heidelberg, 2012, 587-607.

Jones M (2005) Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 49: 191-209.

de Jong A (2015) Von der Wissenszirkulation hin zur Triple Helix. *Internationale Entwicklungen. PADUA* 10: 141-143.

Kälble K: Die ‚Pflege‘ auf dem Weg zur Profession? Zur neueren Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Eurich J, Brink A, Hädrich J, Langer A, Schröder P (Hrsg): *Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte*. VS, Wiesbaden, 2005, 215-245.

Kälble K: Die Gesundheitsberufe der Pflege und Therapie im Akademisierungsprozess. Eine Analyse der Entwicklungen und Perspektiven in Deutschland. In: Rásky É (Hrsg): *Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. Pflegewissenschaft in den Berufsalltag: Möglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt*. Facultas, Wien, 2008a, 36-61.

Kälble K: Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess. Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In: Matzick S (Hrsg): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Beltz Juventa, Weinheim, 2008b, 195-212.

Kälble K (2012) Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. *Public Health Forum* 20: 2.e1-2.e5.

Kaltenbach-Schmökel I (2014): *Reorganisation der Dienstleistung Pflege durch Exper-*

ten an der Basis. Mögliche Einsatzfelder der Bachelor-Pflege-Absolventen als eine Aufgabe des Managements. *Pflegewissenschaft* 16: 304-312.

Kellner A: Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. LIT, Münster, 2011.

Kersting K: „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Mabuse, Frankfurt a. M., 2011.

Kirkevold M: *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*. Huber, Bern, 2002.

Kleemann F, Krähnke U, Matuschek I: *Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung*. 2. Aufl. VS, Wiesbaden, 2013.

Knelange C, Schieron M (2000) Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt. *Pflege & Gesellschaft* 5: 4-11.

Knigge-Demal B, Eylmann C, Hundenborn G (2011): Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_06_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf [Stand: 31.08.2016].

Koloroutis M: *Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Huber, Bern, 2011.

Köpke S (2012): «Der informierte Patient»: Wer, wenn nicht wir? *Pflege* 25: 3-7.

Köpke S, Koch F, Behncke A, Balzer K (2013) Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege* 26: 163-175.

KrPflG. Krankenpflegegesetz. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16.07.2003. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf [Stand 03.11.2014].

Kreutzer S: Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren. In: Kreutzer S (Hrsg): *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, 2010, 109-130.

Kristel KH (2011) Proletarisierung statt Professionalisierung. *Die Schwester Der Pfleger* 50: 90–92.

Kroneberg C: *Die Erklärung sozialen Handelns. Grundlagen und Anwendung einer integrativen Theorie*. VS, Wiesbaden, 2010.

Kuckert A (2010) Akademisierung der Pflege ist gewünscht. *Die Schwester Der Pfleger* 49: 401-403.

Kumbruck C: Berufliche Pflegepraxis und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung. In: Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (Hrsg): *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung*. LIT, Münster 2010a, 183-208.

Kumbruck C: Das Erleben von Wertschätzung und Anerkennung in Pflegeeinrichtungen. In: Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (Hrsg): *Unsichtbare Pflegear-*

- beit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. LIT, Münster, 2010b, 209-234.
- Kumbruck C: Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke G, Bleses P, Ritter W, Schmidt S (Hrsg): „Decent Work“: Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. VS, Wiesbaden, 2010c, 187-207.
- Kumbruck C: Wertschätzung im Pflorgeteam und in direkten Beziehungen mit Patienten In: Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (Hrsg): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. LIT, Münster 2010d, 235-282.
- Kumbruck C, Senghaas-Knobloch E: Anerkennung und Wertschätzung von Pflegearbeit - theoretische und methodische Einführung in die empirische Untersuchung In: Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (Hrsg): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. LIT, Münster, 2010, 167-182.
- Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. LIT, Münster, 2010.
- Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. 4., vollst. überarb. Aufl. Beltz, Weinheim, 2005.
- Lamprecht J: Evaluation und Imagination. In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I (Hrsg): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Budrich, Opladen, 2010, 303-324.
- Lamprecht J: Rekonstruktiv-responsive Evaluation in der Praxis. Neue Perspektiven dokumentarischer Evaluationsforschung. VS, Wiesbaden, 2012.
- Lamprecht J (2013) Erwartungshorizonte und Handlungspraxis – zu einem produktiven Spannungsverhältnis für responsive Evaluationsstudien im Bereich der Frühpädagogik. Zeitschrift für Evaluation 12: 186-190.
- Lehmeyer S, Schleinschok MM: Primärqualifizierende Pflegestudiengänge. Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland. Jacobs, Lage, 2011.
- Leininger M (1992) Current issues, problems, and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. Qualitative Health Research 2: 392-415.
- Lemke A (2013) DPR beauftragt Thesenpapier. Wie viel „Bachelor“ benötigt das Krankenbett? Heilberufe 65: 56-57.
- Lenger A, Schneickert C, Schuhmacher F: Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. In: Lenger A, Schneickert C, Schuhmacher F (Hrsg): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven. VS, Wiesbaden, 2013, 13-41.
- Lincoln YS, Guba EG: Naturalistic Inquiry. Sage Pubn Inc, Newbury Park, 1985.
- LoBiondo-Wood G, Haber J: Pflegeforschung: Methoden - Bewertung - Anwendung. 2. Aufl. Urban & Fischer, München, 2005.
- Lombriser R, Abplanalp PA: Strategisches Management. 5., vollst. überarb. erw. Aufl. Versus, Zürich, 2010.

- Loos M: Symptom: Konflikte. Was interdisziplinäre Konflikte von Krankenpflegern und Ärztinnen über Konstruktionsprozesse von Geschlecht und Profession erzählen. Mabuse, Frankfurt a. M., 2006.
- Loos P, Schäffer B: Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Leske + Budrich, Opladen 2001.
- Lorenz AL: Abgrenzen oder zusammenarbeiten? Krankenpflege und die ärztliche Profession. Mabuse, Frankfurt a. M., 2000.
- Lücke S (2013) Wo steht die Akademisierung. Die Schwester Der Pfleger 52: 302-307.
- Lücke S (2015) Kämpfende Pioniere. Die Schwester Der Pfleger 54: 12-15.
- Lüftl K, Kerres A (2010): Einführung des ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengangs Pflege Dual an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München in Kooperation mit fünf Berufsfachschulen – Erste Ergebnisse aus der Begleitforschung. Pflegewissenschaft 14: 581-588.
- Lüftl K, Kerres A (2012): „Ich denk mal, dass andere Bereiche [...] die mit Handkuss aufnehmen“. Einschätzungen von Pflegedienstleitungen zum Einsatz von Absolventen des dualen Pflegestudiengangs in der direkten Pflege. Pflegewissenschaft 16: 39-50.
- Luhmann N: Ökologische Kommunikation. Kann die Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? 4. Aufl. Springer, Wiesbaden, 2004.
- Mangold W: Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Europ. Verl.-Anstalt, Frankfurt a. M., 1960.
- Mannheim K: Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation. In: Mannheim K, Wolff KH (Hrsg): Wissenssoziologie. Luchterhand, Neuwied, 1964, 91-154.
- Mayer H: Die Problematik praxisorientierter Forschung und forschungsorientierter Praxis In: Käppeli S (Hrsg): Pflegewissenschaft in der Praxis. Huber, Bern, 2010, 149-164.
- Mayer H (2016) Qualitative Forschung in der Konjunktur - (k)ein Anlass zur Freude? Eine Debatte über qualitative Forschung im Spannungsfeld zwischen Hochblüte und Trivialisierung und ihr Beitrag zur Evidenzbasierung der Pflege. Pflege & Gesellschaft 21: 5-19.
- McCormack B, McCance T: Person-Centred Nursing. Theory and Practice. Wiley, New York, 2010.
- McCormack B, Manley K, Garbett R: Praxisentwicklung in der Pflege. Huber, Bern, 2009.
- Meerpohl J, Wild C (2016) Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 110-111: 6-7.
- Mensching A (2010) „Ober sticht Unter?“ – zur Evaluation organisationskultureller Praktiken am Beispiel Polizei. Zeitschrift für Qualitative Forschung 10: 45-64.
- Meyer G, Köpke S (2012) Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen. Pflege und Gesellschaft 17: 36-44.
- Meyer JA (1998) Zum Verhältnis von Medizin und Pflegekunde. Pflege & Gesellschaft 2: 24-27.

Michaelis M: Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte. In: Schroeter KR, Rosenthal T (Hrsg): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa, Weinheim, 2005, 263-278.

Mischo-Kelling M 2012: Zur Theorie des Pflegehandelns - eine explorative Studie zur Bedeutung des Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds für die Transformation des Pflegemodells von Roper, Logan & Tierney in eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns [Diss.]. Bremen: Universität.

Moers M (2000) Pflegewissenschaft: nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes. Pflege & Gesellschaft 5: 21-25.

Moers M (2013) Neue Aufgaben – neue Chancen. Die Schwester Der Pfleger 52: 282-286.

Moers M (2014) Gute Gründe für den Bachelor am Bett. Die Schwester Der Pfleger 53: 1132-1135.

Moers M, Schaeffer D: Pflegetheorien. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg): Handbuch Pflegewissenschaft. Beltz Juventa, Weinheim, 2014, 37-66.

Moers M, Schaeffer D, Schnepf W (2011) Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. Pflege 24: 349-360.

Moers M, Schöniger U, Böggemann M (2012) Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. Pflege & Gesellschaft 17: 232-248.

Mogge-Grotjahn H: Pflege in Europa. Bestandsaufnahme und vergleichende Analyse pflegebezogener Studiengänge in Europa. In: Bartholomeyczik S, Zander C, Mogge-Grotjahn H (Hrsg): Pflege als Studium: europäischer Kontext, Curriculum-Entwurf, Expertenurteile. Beiträge zu einem Fachhochschul-Curriculum. Evang. Fachhochsch. Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum, 1993, 7-112.

Morse JM, Field PA: Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998.

Müller E (1998) Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. Pflege & Gesellschaft 3: 1-6.

Müller K, Hellweg S: „Denn sie wissen nicht, was wir tun“. Pflege: Ein Dienstleistungsberuf, über den viel vermutet wird, aber wenig bekannt ist? In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A (Hrsg): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Springer, Wiesbaden, 2012, 575-585.

Müller K, Hellweg S (2013): Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ProWert - Produzentenstolz durch Wertschätzung, Teilvorhaben Pflegewissenschaft. Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/ProWert/FH-D_ProWert_Bericht_2013_web.pdf [Stand 31.08.2016].

Müller-Staub M (2006) Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. Pflege 19: 275-279.

Müller-Staub M (2015) Denkend denken was man denkt. Einführung ins Kritische Denken und Fragebogen zur Selbsteinschätzung. PADUA 10: 285-291.

Nentwig-Gesemann I: Dokumentarische Evaluationsforschung, rekonstruktive Qualitätsforschung und Perspektiven für die Qualitätsentwicklung. In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I (Hrsg): Dokumentarische Evaluationsforschung: theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Budrich, Opladen, 2010, 63-75.

Nentwig-Gesemann I: Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM (Hrsg): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 3. erw. Aufl. VS, Wiesbaden 2013, 295-324.

Nerdinger FW, Blickle G, Schaper N: Arbeits-und Organisationspsychologie. Springer, Heidelberg, 2008.

Neubauer W: Organisationskultur. Kohlhammer, Stuttgart, 2003.

Neumann-Ponesch S, Höller A: Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung gelungener Beziehungsarbeit. Springer, Heidelberg, 2011.

Nohl AM: Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 3. Aufl. VS, Wiesbaden, 2009.

Nohl AM: Komparative Analyse. Forschungspraxis und Methodologie dokumentarischer Interpretation In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM (Hrsg): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 3. erw. Aufl. VS, Wiesbaden 2013, 271-294.

Oevermann U: Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz R, Busse S, Ehlert G, Müller S (Hrsg): Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. VS, Wiesbaden, 2009, 113-142.

Overesch B, Altmann B, Wiedenau M (2011) Der Pflegenachwuchs heute – ganz anders als gestern. Die Schwester Der Pfleger 50: 15-17.

Parker SK (1998) Enhancing role breadth self-efficacy: the roles of job enrichment and other organizational interventions. Journal of Applied Psychology 83: 835-852.

Patry JL: Zum Problem der Theoriefeindlichkeit der Praktiker. In: Heid PDH, Harteis DC (Hrsg): Verwertbarkeit. VS, Wiesbaden, 2005, 143-161.

Pohlmann M (2006) Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. Pflege 19: 156-162.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendungen. Huber, Bern, 2004.

Pröll U, Streich W: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung. Dortmund, 1984.

Przyborski A: Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. VS, Wiesbaden, 2004.

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M: Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 2. Aufl. Oldenbourg, München, 2009.

Przyborski A, Slunecko T: Dokumentarische Methode. In: Mey G, Mruck K (Hrsg): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS, Wiesbaden, 2010, 627-642.

Raven U (2006) Pflegerische Handlungskompetenz–Konsequenzen einer Begriffsklärung. Pflegewissenschaft 1: 22–27.

Raven U (2007) Zur Entwicklung eines »professional point of view« in der Pflege – Auf dem Weg zu einer strukturalen Theorie pflegerischen Handelns. Pflegewissenschaft 3: 196-209.

Raven U (2009) Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung, Teil 1. Pflegewissenschaft 3: 140-150.

Reiber K, Linde AC: Pflegeausbildung im tertiären Bildungssystem - Bestandsaufnahme und Einschätzung auf der Basis einer Curriculumanalyse. In: Kaufhold M, Knigge-Demal B, Makowsky K (Hrsg): Akademisierung und Professionalisierung in den Gesundheitsberufen. Einblicke in die Diskussion. LIT, Münster, 2014, 35-62.

Reichert J (2000) Zur Gültigkeit von Qualitativer Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung 1. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1101/2427> [Stand: 31.08.2016].

Reinhardt-Meinzer N (2015): Studienangebote in der Pflege – eine Arbeitgeberperspektive. Schriftenreihe „Hochschule im Wandel“. BMBF-Projekt „Offene Hochschule Oberbayern“ der Hochschule München. <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/bin/ary/KEKO4HAN5WYVEYXZT5RZAYZZ35JVJL6L/full/1.pdf> [Stand: 31.08.2016].

Remmers H: Pflegerisches Handeln: Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Huber, Bern. 2000.

Remmers H: Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: Kreutzer S (Hrsg): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 20. Jahrhundert. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, 2010, 33-64.

Remmers H, Renneke S, Andrees K (2009): Altersbilder in der Pflege. Expertise erstellt im Auftrag der Sechsten Altenberichtscommission.

Richter P, Hemmann E, Merboth H, Fritz S, Hansgen C, Rudolf M (2000): Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT). Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 44: 129-139.

Roes M, de Jong A, Wulff I (2013) Implementierungs-und Disseminationsforschung – ein notwendiger Diskurs. Pflege & Gesellschaft 18: 197-213.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom 07. 09. 2007. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Stand: 31.08.2016].

Sander K: Geschlechterarrangements im Krankenhaus. Sozialräumliche Grenzen von „weiblicher Sorgearbeit“ und „männlicher Professionalität“. In: Hanses A, Sander K (Hrsg): Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. VS, Wiesbaden, 2012, 125-143.

Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, Dicenso A (2011) Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 67: 1178-1190.

Satow L (2002) Unterrichtsklima und Selbstwirksamkeitsdynamik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft: 174-191.

Schäffer B: Gruppendiskussion. In: Bohnsack R, Marotzki W, Meuser M (Hrsg): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Budrich, Opladen, 2011, 75-80.

Schiereck S (2000) Soziale Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen. *Pflege* 13: 234-241.

Schiff A, Mohr V, Claßen S (2016) Die kommunikative Validierung als Gütekriterium in der deutschsprachigen qualitativen pflegewissenschaftlichen Forschung. *Pflege & Gesellschaft* 21: 20-33.

Schilder M (2010) Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung. *Pflege & Gesellschaft* 15: 48-64.

Schilling T (2008): Zum Verhältnis von professionsbezogenen Leitbildern in der Pflege, den subjektiven Orientierungen der Pflegenden in der ambulanten Pflege und den individuellen Handlungsstrategien im pflegerischen Berufsalltag [Diss.]. Halle: Universität.

Schirmer UB, Schall M (2015) Verbesserung der Empathiefähigkeit durch ein Trainingsprogramm „Einfühlsame Gesprächsführung“. Eine quantitative und qualitative Untersuchung. *Pflegewissenschaft* 17: 19-27.

Schnieders B: *Krankenpflege - ein Berufsbild im Wandel. Eine qualitative Studie über den beruflichen Alltag in der Krankenpflege und dessen Veränderungsmöglichkeiten*. Mabuse, Frankfurt a. M., 1994.

Schober M, Affara F: *Advanced Nursing Practice*. Huber, Bern, 2008.

Schondelmayer AC, Schröder UB, Streblow C: Theorie und Praxis – Zum Verhältnis von theoretischem und praktischem Wissen in beruflichem Alltagshandeln. In: Loos P, Nohl A-M, Przyborski A, Schäffer B (Hrsg): *Dokumentarische Methode. Grundlagen – Entwicklungen – Anwendungen*. Budrich, Opladen, 2013, 287-300.

Schöps A, Landenberger M, Jahn P (2015) Nur wenige Akademiker sind klinisch tätig. *Die Schwester Der Pfleger* 54: 78-80.

Schrems B: *Zeitorganisation in der Krankenpflege. Zeitliche Dimension von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe*. Mabuse, Frankfurt a. M., 1994.

Schroeter KR: Pflege als figuratives Feld. In: Schroeter KR, Rosenthal T (Hrsg): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Juventa, Weinheim, 2005, 85-105.

Schroeter KR: *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Juventa, Weinheim, 2006.

Schroeter KR: Pflege in Figurationen - ein theoriegeleiteter Zugang zum „sozialen Feld der Pflege“. In: Gebauer HU, Büscher A (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Springer, Berlin, 2008, 49-77.

Schroeter KR: Der pflegerische Blick. „The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You“. In: Zängl P (Hrsg): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Springer, Heidelberg, 2013, 19-50.

Schüler G, Klaes L, Rommel A, Schröder H, Köhler T (2013) Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege. Bundesgesundheitsblatt 56: 1135-1144.

Schwarz R: Supervision und professionelles Handeln Pflegender. VS, Wiesbaden, 2009.

Schwarzer R, Jerusalem M (2002) Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft: 28-53.

Schwarz-Govaers R: Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln: Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Huber, Bern, 2005.

Schweitzer J: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Juventa, Weinheim, 1998.

Shaha M, Schnepf W: Qualitative Analyse. In: Brandenburg H, Panfil EM, Mayer H (Hrsg): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 2. Aufl. Huber, Bern, 2013, 151-169.

Sichler R (2010) Anerkennung im Kontext von Arbeit und Beruf. Journal für Psychologie 18. <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/71/197> [Stand: 31.08.2016].

Sieger M, Ertl-Schmuck R, Harking M (2010a) Gestaltung pflegerischer Interaktion in der Rehabilitation – am Beispiel der Pflege querschnittgelähmter Menschen im Krankenhaus. Pflege 23: 261-266.

Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim E (2010b) Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. Pflege & Gesellschaft 15: 197-216.

Simon A, Flaiz B (2015a) Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis - Ergebnisse einer Expertenbefragung. Pflege & Gesellschaft 20: 154-172.

Simon A, Flaiz B (2015b) Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege. Heilberufe Science 6: 86-93.

Simon A, Flaiz B, Elze M (2013) Bedarf an hochschulisch qualifizierter Pflege – Präsentation der Ergebnisse einer qualitativen Studie. Heilberufe Science 2: 26–26.

Simpson E, Courtney MD (2002) Critical thinking in nursing education: literature review. International Journal of Nursing Practice 8: 89-98.

Stemmer R, Dorschner S (2007) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. Pflege & Gesellschaft 12: 160-164.

Stemmer R, Böhme H (2008) Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege. Pflege & Gesellschaft 13: 197-205.

- Stiller B: Leistung und Erfolg in der Pflege. Eine explorative Studie. Mabuse, Frankfurt a. M., 2005.
- Stöcker G (2008) Wo steht Deutschland? Heilberufe 60: 56-60.
- Stratmeyer P: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Juventa, Weinheim, 2002.
- Strübing J: Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils. VS, Wiesbaden, 2014.
- Thielhorn U: Aspekte der Pflegebildung. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I (Hrsg): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Springer, Heidelberg, 2012, 123-130.
- Veit A (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege [Diss.]. Erlangen-Nürnberg: Universität.
- Vindigni SM, Riley PL, Jhung M (2011) Systematic review. Handwashing behaviour in low-to middle-income countries: outcome measures and behaviour maintenance. Tropical Medicine & International Health 16: 466-477.
- Vogd W: Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen. VWF, Berlin, 2004.
- Vogd W (2009a) Qualitative Evaluation im Gesundheitswesen zwischen Trivialisierung und angemessener Komplexität. Zeitschrift für Qualitative Forschung 10: 19-44.
- Vogd W: Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration. Eine Einführung. Budrich, Opladen 2009b.
- Vogd W: Zur Soziologie der organisierten Krankenhausbehandlung. Velbrück, Weilerswist, 2011.
- Vogd W: Warum die (ärztliche) Profession auch in Zukunft nicht verschwindet. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon, Bremen, 2015, 63-77.
- Voges W: Pflege alter Menschen als Beruf: Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Springer, Heidelberg, 2013.
- Vollstedt I (2001) Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. Eine kritische Betrachtung. Pflege & Gesellschaft 6: 8-16.
- Voswinkel S: Welche Kundenorientierung? Anerkennung in der Dienstleistungsarbeit. Edition sigma, Berlin, 2005.
- Weidner F: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 1995.
- Whittemore R, Chase SK, Mandle CL (2001) Validity in qualitative research. Qualitative Health Research 11: 522-537.

Winter MHJ: Sozialisation und berufliche Ideale von Pflegekräften. In: Hoefert HW (Hrsg): Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Huber, Bern, 2011, 37-52.

Wulf C: Geburt in Familie, Klinik und Medien. Eine qualitative Untersuchung. Budrich, Opladen, 2008.

Zegelin A: Pflege studieren – von der Notwendigkeit einer akademischen Pflege „am Bett“? Vortrag auf dem Hauptstadtkongress Berlin am 16.6.2005. http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/zegelin_pflege_studieren_972_1.pdf [Stand: 31.08.2016].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom 07. 09. 2007. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Stand: 31.08.2016].

Thesen der Dissertation

- 1) Einrichtungen, in denen klinisch arbeitende Pflegeakademiker gezielt und mit entsprechendem erweitertem Aufgabenprofil in der Praxis eingesetzt werden, gehören nach dem aktuellen Literaturstand in Deutschland nach wie vor zur Ausnahme. Ebenso liegen in den wenigsten Einrichtungen systematische Strategien zur Implementierung akademischer Berufsrollen vor.
- 2) Aus den kollektiven selbstverständlichen Denkmustern, Handlungsformen und Werthaltungen der gegenwärtigen Pflegeakteure können sich Bewertungshaltungen ergeben, die zu Widerständen und Akzeptanzproblemen bei der Integration der neuen Rollen führen.
- 3) Die Kombination aus Gruppendiskussion und dokumentarischer Analyse eignet sich dazu, um herauszuarbeiten, welche Vorstellungen bzw. Erwartungen Pflegepraktiker hinsichtlich einer akademisierten Praxis haben und wie sie diese entlang kollektiver Orientierungen bewerten.
- 4) Die Bewertungsprozesse der gegenwärtigen Pflegepraktiker sind stark von der Frage geprägt, wie sich die antizipierten Veränderungen auf den Erfolg bzw. die Wirksamkeit des eigenen beruflichen Handelns auswirken bzw. wie die eigene berufliche Selbstwirksamkeit im künftig (teil-)akademisierten Berufsfeld aufrechterhalten werden kann.
- 5) Vor allem a) die Orientierungslosigkeit bzw. das Missverständnis hinsichtlich des originär pflegerischen Aufgabenbereichs und des eigenständigen Leistungsbeitrags, b) die Ohnmachtshaltung bzw. selbstattribuierte Opferrolle sowie c) der undifferenzierte bzw. unkritische Umgang mit Wissen stellen habituell verankerte Verhaltens- und Denkweisen in der gegenwärtigen Pflegepraxis dar, die zu Spannungsfeldern bei der Integration akademischer Berufsrollen führen können.
- 6) Die Bemühungen um eine gelingende Implementierung akademischer Berufsrollen sind nicht von der Klärung der bereits seit Jahren immer wieder aufgeworfenen Fragen zur Entwicklung einer professionellen pflegerischen Berufsidentität bzw. Handlungspraxis zu trennen.

Anhang

Studieninformation

Information zum Forschungsprojekt

Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegepersonen in der Pflegepraxis

Liebe Pflegende,

seit einigen Jahren ist es in Deutschland auf mehreren Wegen möglich, einen Pflegeberuf zu erlernen. Auch in Ihrem Haus gibt es die Möglichkeit, die Krankenpflegeausbildung mit einem Studium zu verknüpfen und dadurch einen Bachelorabschluss zu erwerben. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes gehen wir der Frage nach, **wie der bevorstehende Einsatz der Bachelorabsolventen in der Pflegepraxis erlebt wird**. Hierzu möchten wir mit examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gruppengespräche durchführen. Wir interessieren uns für alles, was Pflegende wie Sie zum Thema denken, welche Gefühle Sie damit verbinden und was Ihnen wichtig ist. Die Teilnehmer werden hierbei nicht einzeln befragt, uns interessiert vielmehr, wie das Thema in der Gruppe diskutiert wird.

Datenschutz und Anonymität

Die Teilnahme an der Diskussion ist freiwillig. Zur besseren Auswertung wird das Gespräch aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Außerdem ergänzen wir die Diskussion mit einem anonymen Fragebogen zu Geschlecht, Alter, Berufserfahrung usw. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Forschungsprojektes verwendet. Selbstverständlich werden die Daten vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form gespeichert. Ergebnisse werden so dargestellt, dass Aussagen nicht zurückverfolgt werden können und keinen Rückschluss auf Personen oder Einrichtungen zulassen.

Sie sind uns als Diskussionsteilnehmer wichtig, da Sie vom künftigen Einsatz der Bachelorabsolventen in der Praxis betroffen sind und durch Ihre Teilnahme an der Diskussion diesen Einsatz mitgestalten können.

Terminvereinbarung

Datum, Uhrzeit, Raum: *wird noch vereinbart*

Teilnehmer: 5-6 Kollegen aus verschiedenen Pflegeteams des Hauses

Dauer: ca. 1,5 Stunden

Um die Diskussion so angenehm wie möglich zu machen, stehen Erfrischungsgetränke und eine kleine Stärkung bereit!

Ich freue mich auf eine anregende Diskussion und bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Aufgabenprofil

Was werden die zukünftigen KollegInnen mit Bachelorabschluss tun?

In einem Pflegestudium lernen die Studierenden, sich wissenschaftliches Wissen selbständig anzueignen und so anzuwenden, dass die Wirksamkeit der pflegerischen Versorgung verbessert wird.

Nach Meinung des deutschen Wissenschaftsrats wird angestrebt, dass einem fünf- bis zehnköpfigen Pflgeteam künftig ein bis zwei wissenschaftlich ausgebildete Pflegepraktiker angehören.

Wertet man die in der Literatur beschriebenen Berufsprofile von Bachelorabsolventen aus, lassen sich folgende drei Aufgabentypen nachzeichnen:

Koordination und Steuerung des Pflegeprozesses

- ✓ Erheben des Pflegebedarfs mittels standardisierter Assessmentinstrumente
- ✓ Erstellen eines individuell auf den Patienten ausgerichteten Pflegeplans als roter Faden für alle Pflegenden
- ✓ Durchführen von Pflegemaßnahmen bzw. Mitwirken an deren Durchführung
- ✓ Überprüfen der Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen, Bewerten der Pflegeergebnisse
- ✓ Beraten, Schulen und Anleiten von Patienten und Bezugspersonen
- ✓ Berufsgruppenübergreifendes Koordinieren des gesamten Versorgungsprozesses

Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch den Einbezug neuester Erkenntnisse in die Pflege, z.B.

- ✓ Überprüfen, ob die Pflege in der Abteilung dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft entspricht
- ✓ Verbessern der Pflegequalität durch gezielten Einsatz von Pflegeinterventionen nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen
- ✓ Lesen und Bewerten von Studien, zusammenfassen der Ergebnisse und Erstellen von Handlungsempfehlungen für die Praxis
- ✓ Aufgreifen von Fragen der Kollegen bzw. klinischen Problemen und gezieltes Suchen nach dem passenden Wissen zur Lösung der Problemstellung.

Unterstützung des Pflgeteams in seiner fachlichen Entwicklung, z.B.

- ✓ Durchführen von Fortbildungen, Schulungen, Fallbesprechungen, gemeinsame Pflegevisiten usw.
- ✓ Anleiten und Beraten der Kollegen bei der Umsetzung von neuen Konzepten

Hinweis: Die konkrete Ausgestaltung der Aufgaben und Rollen der Bachelorabsolventen wird von jeder Einrichtung selbst übernommen und kann deshalb variieren.

Liste exmanenter Nachfragen

Mögliche exmanente Nachfragen im 1. Diskussionszyklus

Fragen	Erkenntnisinteresse
Was ist Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen Pflegekräften mit und ohne Studium? Welche Aufgaben haben diese Ihrer Meinung nach und was bedeutet das für Ihre Rolle und Arbeit auf Station?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshorizonte hinsichtlich Rolle, Kompetenzen und Aufgaben akademischer Pflegekräfte im Unterschied zu Pflegenden ohne Studium - Bedeutung der Veränderung für die eigene Rolle

Mögliche exmanente Nachfragen im 2. Diskussionszyklus

Fragen	Erkenntnisinteresse
Welche Vorteile könnten sich durch diese Veränderung ergeben? Was würden Sie sich davon versprechen?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshorizonte bezüglich des Nutzens bzw. der positiven Auswirkungen der Integration akademischer Berufsrollen
Welche Nachteile oder Schwierigkeiten sehen Sie? Welche Bedenken haben Sie? Was verunsichert Sie? Welche Fragen beschäftigen Sie besonders?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshorizonte bezüglich der Nachteile der Integration akademischer Berufsrollen - Verunsicherungen, Bedenken, Fragen, Gefühle - Persönliche Bedeutung der Veränderungen
Wie würde für Sie eine gute Zusammenarbeit aussehen? Was wäre Ihnen wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshorizonte bezüglich der Zusammenarbeit - Voraussetzungen für gute Zusammenarbeit
Was ist Ihrer Meinung nach besonders hinderlich für die Akzeptanz von Kollegen mit Studium? Was würde die Integration fördern?	<ul style="list-style-type: none"> - Hinderliche und förderliche Faktoren für die Integration - Erwartungshorizonte hinsichtlich der Anforderungen der Integration an alle Beteiligten

Richtlinien der Transkription: Talk in Qualitative Research (Bohnsack et al. 2013a, S. 399 f.)

L	Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel
┘	Ende einer Überlappung
(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechenden)
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechenden)
.	stark sinkende Intonation
;	schwach sinkende Intonation
?	stark steigende Intonation
,	schwach steigende Intonation
viellei-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
(?)	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentar bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nichtverbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z.B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sek. Lachen

Groß- und Kleinschreibung:

Hauptwörter werden großgeschrieben; bei Neuansetzen eines Sprechenden wird am Beginn eines „Häkchens“ das erste Wort mit Großbuchstaben begonnen. Nach Satzzeichen wird klein weitergeschrieben, um deutlich zu machen, dass Satzzeichen die Intonation anzeigen und nicht grammatikalisch gesetzt werden.

Beispiel eines thematischen Verlaufs (GD 1)

Zeit	Thema	Interaktiv dicht	Metapho- risch dicht	Inhaltlich relevant
5.28- 11.29	Eingangspassage: Fragen und Spekulationen hinsichtlich von Auswirkungen	x	x	x
11.29- 15.38	Motivation, Hintergründe bzw. Intention der Studierenden für das Studium	x	x	x
15.39	Fallführung als Aufgabengebiet speziell in der Erwachsenenpflege			
17.29- 18.48	Konfliktpotential Gehalt/Eingruppierung	x	x	x
18.50	Vergleich mit Italien und Frankreich hinsichtlich Übernahme ärztlicher Tätigkeiten			
22.07	Mehr Entscheidungskompetenz und medizinische Tätigkeiten für akademische Pflegekräfte Zurzeit wenig Entscheidungskompetenz in der Pflege			
26.20- 26.60	Geringere Praxiszeit der Bachelor-Studierenden während der Ausbildung			
28.48- 35.07	Praxistauglichkeit der Absolventen	x		x
35.09- 39.14	Globalisierung, internationale Anerkennung des Abschlusses bzw. Durchlässigkeit	x		
39.15- 43.09	Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses durch Akademisierung Motivationen für das Ergreifen des Berufs Krankenschwester	x	x	x
43.10- 45.20	Worst-Case-Szenarien Negative Konsequenzen durch die Akademisierung	x	x	x
45.21- 52.38	Kurzinformation (Gemeinsames Lesen des Aufgabenprofils)			
52.39- 58.50	Einschätzung der geplanten Aufgaben	x	x	x
59.10- 01.04	Auswirkungen auf den eigenen Berufsalltag	x	x	x
01.04- 01.10	Zusammenarbeit	x	x	x
01.11- 01.16	Gefahren/Rahmenbedingungen für die Integration	x	x	x
01.16- 01.18	Allgemeine Beschwerde über politische Rahmenbedingungen			
1.18	Ende			

Exemplarische Auswertung einer Diskussionspassage

Transkript

Gruppe: Gruppe 1
Passage: 9 (Eingangspassage nach Vorstellung des Aufgabenprofils)
Teilnehmende: Y, Af, Bf, Cf, Df, Ef, Ff

429	Y:	So dass Sie überhaupt mal wissen, was ist da geplant. für was werden die
430		qualifiziert in den Hochschulen, was wird diskutiert. das ist jetzt mal ein
431		grober Überblick, wie kann das aussehen, was für Aufgaben werden die
432		haben. und jetzt interessiert mich, was denken Sie da drüber, was finden
433		Sie da jetzt besonders spannend, interessant, kritisch, fragwürdig. dass
434		Sie jetzt mal so über dieses Blatt in eine zweite Diskussionsrunde gehen.
435	Df:	Ein Aufpasser auf Station
436	Ef:	So wenn ich des jetzt so grob kommt mir des vor wie so einer der dann
437		guckt, werden die Standards eingehalten wird alles so gemacht wie es
438		besprochen war, was jetzt eigentlich bei uns so einzeln unter Leute
439		eingeteilt ist, der eine ist für des noch zusätzlich zuständig, der andere für
440		des (.) macht jetzt der. des is so der Sheriff für Station (lachend) so
441		kommt's mir jetzt vor, wenn ich's jetzt einmal
442	Af:	↳Also ich find für diesen ersten
443		Block, wo ich so eingeworfen hab Pflegeplanung. dafür muss ich nicht
444		studieren aber der zweite Block den find ich gut und wichtig für uns da
445	Ef:	↳genau (.) aber der zweite Block is so (?)
446	Af:	denk ich mir wenn Du des jetzt so auf die Ärzte überträgst würde jetzt
447		praktisch so Bachelor für uns die Oberarztfunktion übernehmen, das heiß
448	Ff:	↳mmh
449	Ef:	↳genau
450	Af:	wie ist das bei uns, der Oberarzt wälzt Literatur und bringt seine
451		Ergebnisse zum Stationsarzt. das find ich gut weil dafür haben wir keine
452	?f:	↳mmh
453	Af:	Zeit in der Praxis. da ist jemand der für uns nachliest und die Essenz
454	Ff:	↳mmh
455	Ef:	↳mmh
456	Af:	präsentiert, was mach ma draus des find ich gut, na. Unterstützung des
457		Pflegeteams in seiner fachlichen Entwicklung find ich an sich auch nicht
458		schlecht (.) Durchführen von Fortbildungen hä:: (fragend) kann immer ein
459	Cf:	↳Des find ich auch gut
460	Af:	bisschen kritisch sein, das weiß man nicht da ist es manchmal besser
461	?f:	↳ja hmm
462	Af:	da kommt jemand anders, den man da nicht als gleichwertig oder so sieht,
463	?f:	↳(?)
464	?f:	↳(?)
465	Af:	ähm also dieser 2. Block muss ich sagen, <u>dafür</u> ist glaub ich ist so'n
466		Bachelor gut und da hilft er mir auch (.) da hilft er mir in meiner täglichen
467		Arbeit
468	Ff:	↳(?)
469	Ef:	↳(?) was ganz anders jetzt wie das was wir gelernt haben (.) und da
470		denk ich hat auch das Studium ne
471	Af:	↳ja
472	Ff:	↳auf alle Fälle ↳also da (?)
473	?f:	↳mmh ja
474	Af:	Berechtigung (.) da jetzt nich find ich (deutet auf Block 1)
475	Ef:	↳genau ↳ja also das is was ganz anderes die Inhalte im
476	?f:	↳mmh des stimmt

Abbildung 3: Auszug aus dem Transkript

Interpretation GD1, Passage 9

Formulierende Interpretation

- 429-476 OT: Bewertung der vorgestellten möglichen Aufgabenfelder von Bachelorabsolventen**
- 429-435 *UT: Frage nach der Meinung zu den vorgesehenen Aufgaben*
Die Gruppe wird gebeten, ihre Gedanken zu den Aspekten auf der Kopie auszutauschen.
- 435-441 *UT: Ein Sheriff für Station*
Die beschriebenen Aufgabenfelder werden mit einer Kontrollfunktion gleichgesetzt. Der Bachelorabsolvent wird als „Aufpasser“ und „Sheriff“ bezeichnet.
- 442-444 *UT: Für Pflegeplanung muss man nicht studieren*
Die Koordination und Steuerung des Pflegeprozesses wird als Aufgabe für Bachelorabsolventen in Frage gestellt. Es wird nicht verstanden, warum man für diese Aufgaben studieren muss.
- 445-456 *UT: Teilnahme am Wissensfortschritt durch den Bachelorabsolventen*
Die Entwicklung der Pflegepraxis durch den Einbezug neuester Erkenntnisse wird als wichtig erachtet. Die Rolle des Bachelorabsolventen wird dabei mit einer „Oberarztfunktion“ gleichgesetzt. Die Aufgabe der akademischen Kollegen, nach neuen Erkenntnissen suchen und diese den Praktikern zu präsentieren, wird als sinnvolle Aufgabe und hilfreiche Unterstützung gesehen, da den beruflich Ausgebildeten hierfür in der Praxis die Zeit fehlt.
- 457-464 *UT: Unterstützung des Pflorgeteams in seiner fachlichen Entwicklung*
Die Unterstützung des Pflorgeteams durch Fortbildungen und Schulungen wird grundsätzlich als Vorteil betrachtet. Gleichzeitig wird bemerkt, dass es hierbei im Gegensatz zu externen Dozenten ggf. zu Akzeptanzproblemen kommen kann.
- 465-476 *UT: Da hilft er mir und da nicht*
Durch die Übernahme von Aufgaben zur Entwicklung der Pflegepraxis hilft der Bachelorabsolvent bei der täglichen Arbeit. Das notwendige Wissen bzw. die notwendigen Fähigkeiten hierzu unterscheiden sich von dem Wissen und den Fähigkeiten, die in der beruflichen Ausbildung vermittelt werden. Deshalb legitimieren vor allem diese Aufgaben ein Studium, wohingegen zur Koordination und Steuerung des Pflegeprozesses kein Studium erforderlich ist.

Reflektierende Interpretation

- 429-476 OT: Bewertung der vorgestellten möglichen Aufgabenfelder von Bachelorabsolventen**

Erzählstimulus (Y) (Z. 429-435) → Proposition (Df) (Z. 436) → Validierende Elaboration (Ef) (Z. 437-441) → Differenzierung in Form einer Antithese (Af) (Z. 442-444)

→ Validierung der Differenzsetzung (Ef) (Z. 445) → Fortführung der Differenzierung (Af) (Z. 446-447) → Ratifizierung (Ff) (Z. 448) → Validierung (Ef) (Z. 449) → Fortführung der Differenzierung (Af) (Z. 450-451) → Ratifizierung (?f) (Z. 452) → Fortführung der Differenzierung → (Af) (Z. 453) → Ratifizierung (Ef, Ff) (Z. 454-455) → Fortführung der Differenzierung (Af) (Z. 456-458) → Validierung (Cf) (Z. 459) → Fortführung der Differenzierung (Af) (Z. 460) → Validierung (?f) (Z. 461) → Fortführung der Differenzierung (Af) (Z. 462) → Unverständliche Äußerung (?f; ?f) (Z. 463-464) → Konklusion in Form einer Synthese (Af) (465-467) → Unverständliche Äußerung (Ff) (Z. 468) → Validierende Elaboration der Konklusion (Ef) (Z. 469-470) → Validierung (Af) (Z. 471) → Validierung und unverständliche Äußerung (Ff) (Z. 472) → Validierung (?f) (Z. 473) → Fortführung der Konklusion (Af) (474) → Validierende Elaboration der Konklusion (Ef) (Z. 475) → Validierung (?f) (Z. 476)

429-435 *UT: Frage nach der Meinung zu den vorgesehen Aufgaben*
Die Moderatorin fordert die Teilnehmenden auf, ihre Gedanken zum vorgestellten Profil zu äußern.

435-441 *UT: Ein Sherrif für Station*
Durch das Wort „Aufpasser“ (Z. 436) entwirft Df ein Bild, das die Bachelorabsolventen als beobachtende, überprüfende Instanz darstellt. Ef validiert die von Df eingebrachte Proposition, indem sie beispielhaft beschreibt, was von den Bachelorabsolventen kontrolliert werden könnte. Erneut wird hier implizit der Erwartungshorizont entworfen, dass sich Bachelorabsolventen nicht an der Arbeit beteiligen. In der Metapher „Sheriff“ (Z. 440) dokumentiert sich die Vorstellung, dass Bachelorabsolventen nicht nur kontrollieren, sondern auch Sanktionen verhängen können. Hierin lässt sich erneut die Antizipation eines Hierarchiegefälles lesen. Das Lachen von Ef bei dem Wort „Sheriff“ zeigt auf der performativen Ebene, dass sie sich von der Vorstellung eines so gearteten Einsatzes der Bachelorabsolventen abzugrenzen versucht, und rückt diese damit in den negativen Horizont.

442-444 *UT: Für Pflegeplanung muss man nicht studieren*
Af betont erneut das von ihr bereits in der ersten Diskussionsphase eingebrachte Argument, für Pflegeplanung „muss ich nicht studieren“ (Z. 443-444). Hierbei wird weder hinterfragt, was der Bachelorabsolvent im Zusammenhang mit den in den Augen der Teilnehmerinnen bereits durchgeführten Aufgaben anders machen könne, noch, worin ggf. ein Verbesserungspotential liegen könnte. Auf impliziter Ebene verweist diese Aussage auf zwei Deutungsmöglichkeiten: Zum einen darauf, dass Theoriewissen nicht erforderlich ist, um Pflege zu planen bzw. den Pflegeprozess zu koordinieren. Zum anderen darauf, dass eine beobachtende und überprüfende Instanz im Bereich des Pflegeprozesses abgelehnt wird.

445-456 *UT: Teilnahme am Wissensfortschritt durch den Bachelorabsolventen*
Für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch den Einbezug neues-

ter Erkenntnisse wirft Af einen gegenläufigen Horizont zur von Df und Ef am Anfang der Passage ausgearbeiteten Proposition auf. Sie sieht dieses Aufgabenfeld als sinnvolles Handlungsfeld für Kollegen mit akademischer Qualifikation an, wodurch sich eine positive Orientierung an der Teilnahme am Wissensfortschritt dokumentiert. Anhand der entworfenen Parallele zur „Oberarztfunktion“ (Z. 447) zeigt sich, dass es ihr nicht wichtig ist, bei der Suche nach und der Aufbereitung von neuem Wissen eine gleichberechtigte Position einzunehmen. Darüber hinaus wird betont, dass es aufgrund von Zeitmangel nicht möglich ist, selbst etwas zu recherchieren oder nachzulesen, wodurch sich zum einen dokumentiert, dass das Suchen nach neuesten Erkenntnissen eher als fakultativ und nicht als systematisch zum Berufsalltag gehörend wahrgenommen wird. Zum anderen kommt erneut die Bedeutung des Zeitmangels in der pflegerischen Praxis als kollektiver Erfahrungshorizont zum Tragen. In diesem Zusammenhang wird der positive Horizont einer Dienstleistungsfunktion des Bachelorabsolventen entworfen („jemand, der für uns nachliest und die Essenz präsentiert“) (Z. 453-456). Dieser Horizont beinhaltet jedoch auch die Vorstellung, dass die Pflegenden Einfluss darauf nehmen können, ob und wie diese Ergebnisse Eingang in die Praxis finden („was mach ma draus“) (Z. 456).

457-464

UT: Unterstützung des Pflorgeteams in seiner fachlichen Entwicklung

Die Aufgabe des Bachelorabsolventen, das Pflorgeteam in seiner fachlichen Entwicklung zu unterstützen, wird auf expliziter Ebene als grundsätzlich bereichernd bewertet, was erneut auf die positive Orientierung an der Teilnahme am Wissensfortschritt verweist. Af schränkt diese Orientierung jedoch ein, indem sie ausführt, dass es bei Fortbildungen kritisch sein kann, wenn jemand kommt, den man „nicht als gleichwertig oder so“ (Z. 462) sieht. In dieser Aussage dokumentiert sich ein hierarchisches Verständnis von institutionalisiertem Lehren und Lernen, d.h. einem Verständnis, dem zufolge der Lehrer als „Wissender“ vorgibt, wie die Pflegenden als „Unwissende“ handeln sollen. Den Bachelorabsolventen die Rolle des „Vorgabemachens“ zuzuschreiben, wird damit in den negativen Horizont gerückt.

465-476

UT: Da hilft er mir und da nicht

Af wiederholt noch einmal die Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch den Einbezug neuester Erkenntnisse als sinnvolle Aufgabe für Bachelorabsolventen. In den Aussagen „dafür ist glaub ich so'n Bachelor gut“ und „da hilft er mir in meiner täglichen Arbeit“ (Z. 465-467) verweist implizit auf die Erwartung, dass der Einsatz der akademischen Kollegen einen Nutzen für die Bewältigung des eigenen Berufsalltags bringt. Durch die Betonung, dass das Studium „ne Berechtigung“ (Z.474) habe, um die Entwicklung der Pflegepraxis durch Einbezug neuester Erkenntnisse sicherzustellen, rutscht die akademische Ausbildung schon fast in einen negativen Horizont, da implizit angedeutet wird, dass der Nutzen des Einsatzes akademisch ausgebildeter Pflegepersonen bzw. die Berechtigung eines Studiums in Frage gestellt wird. In der Konklusion wird

nun die Orientierung auf den Punkt gebracht. Die Gruppe ist sich darin einig, dass eine potentielle überprüfende Funktion des Bachelorabsolventen nur in Handlungsbereichen anerkannt wird, in denen die Teilnehmenden aufgrund fehlenden Wissens nicht agieren können. Für die Koordination und Steuerung des Pflegeprozesses trifft dies nach Meinung der Teilnehmenden nicht zu, so dass in diesem Bereich eine derartige Rolle der Bachelorabsolventen von der Gruppe entschieden abgelehnt wird.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Neumarkt, den 12.09.2016

Doris Eberhardt

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe. Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Neumarkt, den 12.09.2016

Doris Eberhardt

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum	02.05.1974
Geburtsort	Amberg
Familienstand	verheiratet

Berufliche Tätigkeiten

Stabsstelle Praxisentwicklung Pflege Klinikum Neumarkt	seit 03/ 2013
Stabsstelle Praxisentwicklung Pflege Klinikum Fürth	10/2011 - 02/ 2013
Leiterin der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie Klinikum Fürth	10/ 2005 - 09/ 2011
Freiberufliche Dozentin bzw. Lehrbeauftragte an verschiedenen Bildungseinrichtungen und Hochschulen	seit 2004
Lehrerin Berufsfachschule für Krankenpflege am Klinikum Bayreuth	08/ 2002 - 11/ 2004
Krankenschwester Klinikum St. Marien Amberg und St. Vincenz- Hospital Mainz	1994 - 2002

Ausbildung und Studium

Master-Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	2009 - 2011
Diplom-Studium der Pflegepädagogik Katholische Fachhochschule Mainz	2000 - 2004
Fachweiterbildung Intensivpflege Klinikum St. Marien Amberg	1998 - 2000
Ausbildung zur Krankenschwester Klinikum St. Marien Amberg	1991 - 1994

Schulbildung

Abschluss: Mittlere Reife Johanna-Decker-Gymnasium Amberg	1991
--	------

Berufsbezogene Aktivitäten

Trainerin am German Center for Evidence-Based Nursing	seit 2011
Mitherausgeberin der pflegepädagogischen Fachzeitschrift PADUA	seit 2010

Neumarkt, den 12.9.2016

Danksagung

Zuallererst möchte ich meinem Betreuer, Herrn Privatdozent Dr. Gero Langer danken, der mich während der gesamten Dauer der Erstellung dieser Arbeit durch beratende Gespräche, durch die kritische Prüfung von Struktur und Textentwürfen der Arbeit und durch aufmunternde und motivierende Worte unterstützt hat. Ich danke Frau Dr. Christiane Luderer, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die mir mit Hinweisen zur rekonstruktiven Sozialforschung mit Rat und Tat zur Seite stand. Weiterhin gilt mein Dank Frau Dr. Juliane Engel (geborene Lamprecht), Akademische Rätin a.Z. am Lehrstuhl für Pädagogik an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), die mich im Rahmen einer Forschungswerkstatt zur Dokumentarischen Methode ermuntert hat, meine Fragestellung mit dieser Methodik zu bearbeiten. Ohne die nachfolgende geduldige Beantwortung der vielen in der Auswertungsphase auftretenden praktischen Fragen zur dokumentarischen Interpretation wäre mir die Anwendung dieses komplexen Instrumentariums nicht geglückt. Meinen fachverantwortlichen Kolleginnen am Klinikum Neumarkt i.d.Opf. danke ich für die Begutachtung und kritische Diskussion der Ergebnisse zum Zweck des *Peer Debriefing*. Besonderer Dank gebührt auch den Führungsverantwortlichen der angefragten Einrichtungen, die mir den Zugang zu den Untersuchungsteilnehmenden ermöglicht und Räumlichkeiten für die Diskussionen bereitgestellt haben. Nicht zuletzt gilt mein Dank den beteiligten Pflegepersonen für ihre Bereitschaft, in ihrer Freizeit an den Gruppendiskussionen teilzunehmen. Ohne meinen Mann, der mit mir gemeinsam durch alle Höhen und Tiefen, die so eine Arbeit mit sich bringt, gegangen ist, mich ermutigte, an mich glaubte und vor allem über Jahre hinweg bereit war, auf einen Großteil meiner Zeit und Aufmerksamkeit zu verzichten, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Danke Robert!