

Beiträge

Bettina Flaiz

Unterschiede professioneller Identität von Pflegefachpersonen in Australien und Deutschland – eine Ländervergleichsstudie

Nurses' professional identity

In Germany, the nursing profession has been subject to structural changes, transforming the profession through education reforms, academization and ongoing redefinitions of its designated fields of work. In such times of change, the question of professional identity in nursing seems urgent, and represents a central point of inquiry of the present study. The present study has been commenced within a PhD Program. The study's approach is mainly explorative as it compares the professional identity in nursing in Germany and Australia after performing interviews with professionals of both countries. In these episodic interviews, suggestive scenarios and images served as prompts. The comparison of nursing care in Germany and Australia is not coincidentally. Also because of the university based education, which were established in Australia decades ago, is this country from special interest for a comparison. In a modified form, Flick's theme-centered method was used for data analysis. By focusing on two topics, the present article presents only a selection of the extensive amount of data collected throughout the study. It becomes evident that professional identities of German and Australian nurses differ considerably, while the Australian notion of nurse seems to allow for a wider conceptual scope. Such conceptual flexibility does not originate exclusively in the academization of Australian nursing education, but has also structural reasons, such as legal definitions of the nursing profession. Given the study's nursing perspective, its results certainly enrich current professional discussions.

Keywords

qualitative research, academization, profession, identity, nursing

Pflegefachpersonen sind beeinflusst von Bildungsreformen, Akademisierungsbestrebungen und einem Neuzuschnitt von Tätigkeitsbereichen. Diese Aspekte werfen Fragen nach den Orientierungspunkten auf, die leitend im professionellen Alltag sind. Diese Fragen bilden wiederum den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie, die im Rahmen der Dissertation entstand. Dabei wird ein exploratorischer Forschungsansatz verwendet, um sich der professionellen Identität von Pflegefachpersonen in Form einer Ländervergleichsstudie anzunähern. Dafür werden episodische Interviews mithilfe von Szenarien

und Bildern mit australischen und deutschen Pflegefachpersonen geführt. Die Kontrastierung mit der australischen Pflege erfolgt dabei bewusst auch aufgrund einer seit Jahrzehnten etablierten hochschulischen Ausbildung. Für die Datenauswertung wird in modifizierter Form das thematische Kodieren nach Flick verwendet. Ein Ausschnitt der umfangreichen Ergebnisse dieser Studie wird im vorliegenden Beitrag präsentiert. Dabei wird deutlich, dass ganz andere Formen professioneller Identität in Deutschland bzw. Australien gezeigt werden. Wobei sich für die australische im Gegensatz zur deutschen Pflege ein weiter „Spielraum“ zeigt. Erklärungsansätze dafür sind nicht ausschließlich auf eine Vollakademisierung zurückzuführen. Vielmehr erweisen sich strukturelle Elemente, wie bspw. gesetzliche Regelungen, die tief eingeschrieben sind in die professionelle Identität, als ein wesentlicher Unterschied zwischen der australischen und deutschen Pflege. Daher bieten die Ergebnisse in vielerlei Hinsicht mit ihrer originär pflegerischen Perspektive eine Bereicherung für die aktuelle berufspolitische Diskussion.

Schlüsselwörter

qualitative Studie, Akademisierung, Profession, Identität, Pflege

1. Einführung

Mit dem Pflegeberufereformgesetz ist der Anspruch an eine evidenzbasierte Pflege durch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen gesetzlich festgeschrieben (Bundesanzeiger 2017). In Studienergebnissen zeichnete sich bereits eine entsprechende Erwartungshaltung ab (Simon, Flaiz 2015: 165-168; Lüftl, Kerres 2012: 39-49). Dennoch werden die in Fachkreisen mit der Akademisierung verbundenen Hoffnungen zugleich von diesen hinterfragt, da die Durchdringung der Praxis bislang als gering ausgeprägt bewertet wird (Schubert et al. 2018:87-92). Vielmehr ist die Praxis aktuell von Veränderungsbestrebungen dominiert, da durch die Folgen des demographischen Wandels, den technischen Fortschritten und aktuellen Bildungsreformen, die eine „Qualifikationsoffensive“ (Remmers in: Eylmann 2015 18-19) erzeugen, ein Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung erforderlich wird (Matzke 2018:116-121). Dabei wirft die Gemengelage die Frage auf, wie Pflegefachpersonen aufgrund der skizzierten Veränderungen im Praxisalltag ihre pflegerische Performanz, das heißt, ihre Wahrnehmungen, Entscheidungen und Handlungen gestalten. Konkret formuliert: Welcher innere Kompass leitet Pflegefachpersonen bei ihrer Arbeit? Diese Art von Fragestellungen werden international seit Anfang der neunziger Jahre mit der begrifflichen Klammer der professionellen Identität untersucht. Obwohl seit mehr als zwei Jahrzehnten internationale Forschung in diesem Bereich erfolgt, wird weiterhin ein dringender Forschungsbedarf attestiert (Johnson et al. 2012: 562). Insbesondere wird für eine Intensivierung explorativer Studien plädiert, da die Bedeutung professioneller Identität in Bezug auf eine höhere Selbstwirksamkeit, präventive Auswirkungen eines Burn-out (Cowan 2008: 1450) sowie als förderlicher Aspekt erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit (King et al. 2010: 77-78) vermutet wird. In Deutschland liegen Studien, die sich mit Identitätsfragen auseinandersetzen erst in jüngster Zeit wieder vor (Eylmann 2015, Fischer 2013, Gerlach 2013, Cassier-Woidasky 2007). Bereits Ende der achtziger bis Mitte der neunziger Jahre finden sich Studien, die sich mit vergleich-

baren Konstrukten wie dem Selbstverständnis der Pflege beschäftigt hatten (Taubert 1992; Seidel 1993; Weidner 1995). Vermutlich konnte sich zum damaligen Zeitpunkt aufgrund einer erst beginnenden Pflegewissenschaft in Deutschland keine entsprechende Forschungslinie entwickeln, unabhängig des bestehenden Bedarfs. Gerlach weist beispielsweise auf ein Defizit an internationalen Vergleichsstudien hin, die das Potential hätten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen akademisierten und traditionell ausgebildeten Pflegefachpersonen herauszuarbeiten. Dadurch könnte die Debatte über Professionalisierung und Akademisierung in der deutschen Pflege auf einer inhaltlichen anstelle einer berufspolitischen Ebene geführt werden (Gerlach 2013: 249).

Im vorliegenden Beitrag werden neben dem Forschungsdesign, ein Auszug der Ergebnisse und daraus abgeleitet Implikationen diskutiert. Es handelt sich um einen Ausschnitt einer Ländervergleichsstudie zur professionellen Identität von Pflegefachpersonen in Deutschland und Australien, die im Rahmen der Dissertation entstand. Die Annäherung an die Konstruktion der professionellen Identität erfolgte im Wesentlichen über den Weg des Vergleichs. Die australische Pflege bildet dabei die Kontrastfolie, die sich besonders eignet, da die pflegerische Ausbildung dort seit Jahrzehnten an der Hochschule angesiedelt ist. Folglich sind Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig (Du Toit 1995: 167). Dadurch geht die Studie über eine Momentaufnahme der deutschen Pflege hinaus. Die Relevanz und die Ausprägung bestimmter Muster einer professionellen Identität sind bestimmt und in dieser Form erstmals für Deutschland differenziert beschrieben.

2. Theoretischer Hintergrund

Beim theoretischen Hintergrund wird Blumers Hinweis bezüglich des Einsatzes sensibilisierender Konzepte (Blumer, in Lamnek 2005: 209) entsprochen und unterschiedliche theoretische Perspektiven aufgegriffen. Dementsprechend wird durch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien, Modellen und Konzepten das Ziel verfolgt, der professionellen Identität zunächst auf theoretischer Ebene Kontur zu verleihen. Die Auswahl erfolgte nicht beliebig, sondern unter Beachtung des aktuellen Forschungsstandes zur professionellen Identität. Neben pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen werden hierbei Erkenntnisse aus dem Bereich der Medizin, die auf eine lange Tradition als Profession zurückblickt, sowie der Sozialen Arbeit, die vergleichbar zur Pflege als Semi-Profession bezeichnet wird und ebenso auf eine junge hochschulische Bildung blickt, einbezogen. Zudem sind Aspekte der landesspezifischen Pflegehistorie hinsichtlich der Annäherung an die professionelle Identität berücksichtigt. Zentrales Kriterium stellt die Relevanz der Theorien, Modelle oder Konzepte für die Auseinandersetzung mit einer professionellen Identität dar. Dies führt zur Auswahl folgender theoretischer Bezugspunkte:

- Wissensformen der Pflege (v.a.: Carper 1978; Heath 1998)
- Patientenorientierte Pflegeverständnisse und Empowerment-Ansätze (v.a.: Wittneben 1992, 2009; Laverack 2010)

- Gruppentheorie (v. a.: Turner, Reynolds 2012; Haslam et al. 2014)
- Professionstheoretische Ansätze (v.a. Dewe/Stüwe 2016; Oevermann 2013)
- Habitus-Konzept nach Bourdieu (z. B. Bourdieu 1992, 2015; Kraus, Gebauer 2014). Mit Bourdieu werden Kapitalsorten in den theoretischen Rahmen integriert (Kampf um Kapital ist mitbestimmend für den Habitus. Kapitalsorten sind dabei: kulturelles Kapital bspw. Bildungstitel; soziales Kapital, z.B. Netzwerke; symbolisches Kapital, z.B. Reputation, siehe: Stegmann 2005: 33-37).

Dieses Vorgehen ermöglicht die Entwicklung eines theoriebasierten, aber gleichwohl offenen Konstrukts. Übereinstimmend mit Bourdieus Habitus-Konzept wird pflegerische Performanz als Art und Weise zu entscheiden und zu handeln begriffen und deshalb als Ausdrucksform professioneller Identität eingesetzt (Bourdieu 2011: 91 in: Bourdieu/Chartier 2011; Bourdieu 2015: 143–144). Diese ist wiederum aus Dimensionen mit teils untergeordneten, teils bislang nicht zugeordneten Elementen, sowie Einflussfaktoren konstruiert. Die Bezugspunkte dieser Dimensionen und Elemente entwickelten sich aus der theoretischen Auseinandersetzung heraus mit den bereits genannten Theorien, Konzepten und Modellen. Diese Ausgangsbasis (als Grafik veranschaulicht in Abbildung 1) wird mittels der empirischen Untersuchung differenzierter exploriert.



Abb. 1: Theoretisches Konstrukt professioneller Identität D = Dimension; E = Element

3. Untersuchungsdesign

3.1 Forschungsfrage und Gütekriterien

Aufgrund des leitenden Erkenntnisinteresses dieser Studie ist ein exploratorisches Forschungsdesign angezeigt. Das empirische Vorgehen ist im qualitativen Forschungsprogramm verortet, somit die subjektive Sichtweise zentral. Mitentscheidend ist auch die Dominanz von Bourdieus Habitus-Konzept als theoretischem Bezugspunkt, dass in jüngerer Zeit von Proißl als relationale Wissenschaftstheorie verortet wird (Proißl 2014: 164). Ziel ist die Beantwortung der Forschungsfrage, welche Begründungen Pflegefachpersonen in Australien und in Deutschland für ihre Performanz vor dem Hintergrund ihrer professionellen Identität haben? Dafür erfolgt eine Konkretisierung durch die folgenden Teilfragen: (1) Mit welchen Aspekten begründen Pflegefachpersonen ihre Performanz? (2) Warum entscheiden sich Pflegefachpersonen, diese und keine anderen Begründungen zu verwenden? Insbesondere mit der Frage nach dem Warum ist es möglich, die Konstruktion einer professionellen Identität als Ausgangsbasis für die Begründungen der Performanz herauszuarbeiten.

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bedeutsame Thematik - worthy topic - Umfassendes, stringentes Vorgehen - rich rigor - Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit - sincerity - Glaubwürdigkeit - credibility - Resonanz (Qualität der Darstellung) - resonance - Signifikanter Beitrag – significant contribution - Ethik - ethics - Folgerichtige Schlussfolgerung - meaningful coherence |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Abb. 2: Gütekriterien n. Tracy (Tracy 2010: 884)

Insgesamt erfolgt die Reflexion und Bewertung der Studie anhand der Gütekriterien nach Tracy. Damit werden Kriterien verwendet, welche die Einzigartigkeit der qualitativen Forschung wahrnehmen und die Entwicklungen von etablierten Gütekriterien fortführen. Zugleich wird die Notwendigkeit flexibler Kriterien, die eine Brücke

zwischen dem quantitativen und qualitativen Paradigma und methodischen Ansätzen bauen, berücksichtigt. Deshalb werden die acht Gütekriterien qualitativer Forschung nach Tracy (siehe Abbildung 2) eingesetzt, die von Ravenek/Laliberte-Rudman als bridging criterias (Ravenek/Laliberte-Rudman 2013: 441-452) ausgewiesen werden.

3.2 Datenerhebung

Bei der Konzeption des Erhebungsinstruments ist zu beachten, dass die professionelle Identität kein unmittelbar zugängliches kognitives Konzept ist (Meyen 2009:331-332). Deshalb wird in Anlehnung an die Methoden-Triangulation nicht ausschließlich ein episodisches Interview (nach Flick) mit einem halb-strukturierten Leitfaden eingesetzt, sondern dieses um Szenarien und Bildmaterial ergänzt. Leitend ist die Idee, mit dem Interview den Szenarien und den Bildern individuelle Begründungen für eine pflegerische Performanz hervorzulocken. Die Leitfragen im Interview, die Szenarien und die Bilder sind abgeleitet aus dem entwickelten theoretischen Konstrukt (s. Abbildung 1). Insofern adressieren die Fragestellungen zum Beispiel das Verständnis „guter“ Pflege, indem die Interviewten aufgefordert werden über Situationen zu erzählen, in

denen sie eine solche gute Pflege geleistet haben. Indirekt werden dadurch beispielsweise Wertvorstellungen, aber auch benötigtes bzw. eingesetztes Wissen mit dem Interview abgedeckt. Näher zu erläutern ist der Einsatz von Szenarien und Bildern, die eine Abweichung von der üblichen Dominanz von Interviews in der qualitativen Forschung darstellen. Szenarien sind dabei eine Form der Datenerhebung, die bislang nur in Ansätzen, beispielsweise Fallarbeit, storytelling, case studies¹ oder mittels Vignetten, beschrieben ist (Dombeck 2003: 351–353; Bernabeo 2013: 467–468), wobei Fallarbeit eher dem pädagogischen Bereich zuzuordnen ist. Fallarbeit wird für die Analyse und Interpretation eingesetzt, indem die Interpretation der Deutungen in Bezug zur wissenschaftlichen Bezugsdisziplin gesetzt werden soll (Steiner 2004: 240). Vignetten sind hingegen als Stimulus dienende Situationen, die theoretisch insofern der Kognitionspsychologie zuzuordnen sind, als sie sich durch Alltagsnähe auszeichnen und dadurch kognitive Strukturen angesprochen und erschlossen werden (Sander/Höttecke 2014: 1–3). Mit der Entwicklung und Verwendung von Szenarien ergibt sich die Nutzung von Synergien. Einerseits werden subjektive Handlungsmuster, wie sie mit Bezug zur Kognitionspsychologie in Vignetten beschrieben sind, exploriert, andererseits mit dem Begründungszwang, den ein Szenario auslöst, eine Orientierung an der pädagogischen Fallarbeit vorgenommen. Die Szenarien wurden auf Basis des theoretischen Konstrukts entwickelt und in den Interviewten vorgelegt (in englischer oder in deutscher Sprache; Übersetzung validiert durch Übersetzungen einer Diplom-Übersetzerin). Die Szenarien beinhalten jeweils ein Dilemma, um einen Begründungszwang bei den Interviewten auszulösen. Dadurch liegen für die Auswertung unterschiedliche Begründungsmuster vor, die für die Kontrastierung verwendet werden. Als weitere Erhebungsform werden Bilder eingesetzt, wie zum Beispiel das Bild einer Gruppe Pfleger. Der Einsatz von Bildern gilt als visueller Zugangsweg, der sich insbesondere im fremdsprachlichen Kontext eignet, um sprachliche Barrieren zu reduzieren (Brake 2009: 385). Insgesamt wurden zur Absicherung einer ausreichenden sprachlichen Sensitivität, Validität aber auch in Hinblick auf die Besonderheiten in Bezug auf einen Ländervergleich (insbesondere die Themen: cultur fairness und Ethnozentrismus) vor dem Pretest alle Erhebungsinstrumente in der Kolloquiumsgruppe intensiv diskutiert und Rückmeldungen eingebunden. Besonders durch die Diskussion und Rückmeldungen der Kolloquiumsgruppe (Gruppe Prof. Dr. F. Weidner, PTHV) war es möglich, der Gefahr einer bewussten oder unbewussten Verzerrung aufgrund von Vorannahmen sowie dem möglichen Einfluss des eigenen kulturellen Hintergrunds im Forschungsprozess entgegenzuwirken. Die Bevorzugung der eigenen Kultur, wie es der Ethnozentrismus (Jäggi 2009: 62–63; Sternecker 1992: 91) beschreibt oder die Übervorteilung der fremden, in diesem Fall der australischen Seite wurde während des gesamten Forschungsprozesses strikt vermieden. Dafür wurde, neben den Rückmeldungen der Kolloquiumsgruppe und der Reflexion mittels Forschungstagebuch, eine relativ große Anzahl an Pretests durchgeführt (3 Pretests in Deutschland, 2 Pretests in Australien). Zudem ist bei der Datenauswertung mit der interpretativen Argumentationsabsicherung ein weiteres Kontrollmoment integriert.

1 Die case study wird nicht als Methode der Datenerhebung, sondern als Forschungsstrategie ausgewiesen (vgl. Kohlbacher 2006: 5–7).

3.3 Sampling und Zugang zum Feld

Eine selektive Samplingstrategie wird eingesetzt, da für die vorliegende Forschungsfrage zwei Gruppen miteinander verglichen werden. Eine breite Varianz ist durch die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien gewährleistet, die aufgrund der theoretischen Bezugspunkte sowie unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung identifiziert sind (siehe Abbildung 2). Eingeschlossen in die Stichprobe sind je zwölf Pflegefachpersonen aus Australien und Deutschland. Alle Einschlusskriterien sind weitestgehend erfüllt. Ausschließlich in der deutschen Gruppe ist die Klasse von drei bis fünf Jahren Berufserfahrung nicht besetzt. Der Zugang zum Feld erfolgt in Australien und in Deutschland über Gatekeeper.

Abschlussart

- Australien: mindestens Bachelorabschluss, Registrierung als Registered Nurse (RN)
- Deutschland: mindestens dreijährige Ausbildung und staatliches Examen als Gesundheits- und Krankenpflegende, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Altenpflegende;

Jahre an Berufserfahrung

Klassenbildung, jede Klasse mit mind. 1 Person pro Land besetzt, 3-5 Jahre; 6-10 Jahre; 11-19 Jahre; 20-30 Jahre; 31 oder mehr Jahre Berufserfahrung;

Örtliche Verteilung

Pflegefachpersonen in verschiedenen Einrichtungen. Dadurch Vermeidung eines „sozialen Nests“, in welchem besonders qualifizierte Pflegende tätig sind.

Abb 3: Selektives Sampling Einschlusskriterien

3.4 Forschungsethische Implikationen

Mit der vorliegenden Studie liegt keine Interventionsstudie vor oder der Einschluss einer vulnerablen Gruppe, die zwingend eine Antragsstellung und Genehmigung durch eine Ethikkommission erfordern. Dennoch werden, da es sich um eine Ländervergleichsstudie handelt, die landesspezifischen Regelungen beachtet. In Australien bestehen dabei im Gegensatz zu Deutschland relativ strikte Vorgaben, deren Einhaltung entscheidend ist- um überhaupt Zugang zum Feld zu erhalten. Daher erfolgt eine enge Abstimmung mit den Gatekeepern (insbesondere Beachtung von National Statement on Ethical Conduct, in: National Health and Medical Research Council 2007, Updated 2015). Generell erhalten alle Interviewpartnerinnen und -partner vor Beginn eine ausführliche schriftliche Information, welche die rechtlich geforderten Informationen über Zweck, Umfang und Form der Erhebung, Zusicherung der Anonymität, Verarbeitung und Publikationsform enthält (von Freier 2014:183). Rückfragen sind vor Einwilligung zur Teilnahme möglich. Ein Abbruch der Teilnahme ohne negative Konsequenzen wird allen Teilnehmenden zugesichert, damit tatsächlich die Freiwilligkeit der Teilnahme am Forschungsvorhaben besteht. Alle mittels Diktiergerät aufgenommenen Audioaufnahmen werden entsprechend australischer Vorgaben gespeichert und aufbewahrt (Australian Government 2007, Bobbert/Werner2014: 111-112).

3.5 Datenauswertung

Die Transkription aller Interviews erfolgt durch einen Transkribierservice, da die Qualität durch die Transkription durch native speaker entscheidend höher ausfällt. Die Konventionen allgemeiner Transkriptionsregeln haben dabei ihre Gültigkeit. Zur Überprüfung werden alle Transkripte mit der Audioaufnahme von der Forscherin abgeglichen. International gilt eine solche Vorgehensweise als üblich (Polit, Beck 2004: 573). Mit der Ländervergleichsstudie liegen Transkripte in englischer und deutscher Sprache für die Auswertung vor. Die Datenauswertung erfolgt unter Nutzung dieser, um Übersetzungsfehler oder mögliche Überinterpretationen zu vermeiden (Berkenbusch 2012: 228–261).

Bei der Datenauswertung wird ein mehrstufiges Verfahren eingesetzt, welches sich hauptsächlich am thematischen Kodieren (nach Flick) orientiert. Dieses ermöglicht es differierende Sichtweisen von und innerhalb von Gruppen zu erfassen (Flick 1995:

<p><i>Kurzcharakterisierung drei ausgewählter Einzelfälle (Australien)</i> Motto, soziodemografische Daten, berufliche Position, zentrale Themen im Interview. <i>Analyse des Einzelfalls</i> (anhand der drei Einzelfälle, Auswahlkriterium: maximale Kontrastierung, Australien) - subjektive Deutung beibehalten bezüglich des Falls (Nähe zum Einzelfall), - thematische Bereiche in Form von Kategorien benennen, - thematische Struktur für den Einzelfall, - thematische Struktur der drei Einzelfälle miteinander abgleichen, modifizieren. <i>Ergebnis:</i> Vorläufige thematische Struktur Australien. <i>Überprüfung und Modifikation</i> - Offenes, selektives Kodieren dreier deutscher Interviews (Auswahlkriterium: maximaler Kontrast). - Abgleich, Anpassung sowie Beachtung landesspezifischer Unterschiede. <i>Ergebnis:</i> Vorläufige gemeinsame thematische Struktur unter Beachtung von und Offenheit für landesspezifische Besonderheiten. Überprüfung der thematischen Struktur mit den thematischen Bereichen des Interviewleitfadens sowie eventuelle Anpassung. <i>Ergebnis:</i> Thematische Struktur</p>	
<p><i>Australien</i> - Kurzbeschreibung für jeden Einzelfall, - thematische Struktur für alle Einzelfälle einsetzen, ggf. modifizieren (Unterstützung der kategorialen Auswertung mittels Software NVivo 11).</p>	<p><i>Deutschland</i> - Kurzbeschreibung für jeden Einzelfall, - thematische Struktur für alle Einzelfälle einsetzen, ggf. modifizieren (Unterstützung der kategorialen Auswertung mittels Software NVivo 11).</p>
<p><i>Auswertungsschritt: Feinanalyse (Quervergleiche)</i> Feinanalyse für folgende ausgewählter Sequenzen bei jedem Fall: - Reaktion und Begründung bezüglich des Szenarios „Schokoladenpudding“ - Beschreibung einer exzellenten Pflege - Reaktion und Situationsbeschreibung für das Bild „Chefarztvisite“ - Szenario „Aufnahme“</p>	
<p><i>Auswertungsschritt: Interpretative Argumentationsabsicherung</i> Diskussion bisheriger Auswertungsschritte und Ergebnisse zur interpretativen Argumentationsabsicherung.</p>	
<p>Beschreibung der Ergebnisse in Form von Themenfeldern.</p>	<p>Beschreibung der Ergebnisse in Form von Themenfeldern.</p>

Abb. 4: Mehrstufiges Auswertungsverfahren

206-207). Dazu werden aus drei Einzelfallanalysen eine thematische Struktur entwickelt, die zur kategorialen Auswertung aller Fälle dient. Für die Unterstützung der kategorialen Auswertung wird die Software NVivo 11 benutzt (NVivo 2016: 1). Im Weiteren werden Feinanalysen bei allen Fällen durchgeführt. Die Feinanalyse ist insbesondere geeignet inhaltstragende Elemente zu identifizieren. Wie von Flick empfohlen, werden für die Analyse W-Fragen verwendet. Die Ergebnisse sind in vorläufigen Themenfeldern dargestellt. Ergänzend, und damit als Modifikation erfolgt eine interpretative Argumentationsabsicherung unter Einbezug einer weiteren Forscherin. Dabei werden die in den vorangegangenen Auswertungsschritten identifizierten Themenfelder validiert. Hierbei wird durch den Diskurs insbesondere eine subjektive Verzerrung vermieden und die Themenfelder im Rahmen der Möglichkeiten qualitativer Forschung überprüft und letztlich bestimmt. Der Ablauf dieses mehrstufigen Auswertungsverfahrens ist in Abbildung 4 als Übersicht veranschaulicht.

3.6 Beschreibung der Stichprobe

Die Ergebnisse basieren auf 24 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von jeweils einer Stunde. In Australien wurden elf weibliche und eine männliche Pflegefachperson befragt. Deren durchschnittliche Berufserfahrung liegt bei 17,7 Jahren. In Deutschland sind es acht weibliche und vier männliche interviewte Pflegefachpersonen. Deren durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 20,9 Jahre. Die Qualifikationsniveaus in beiden Ländern unterscheiden sich aufgrund divergierender Bildungsstrukturen (Tabelle 1).

<i>Australien</i>	<i>Deutschland</i>
9 × Bachelor	2 × Examen Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege
1 × Master	9 × Fachweiterbildung (eine oder mehrere abgeschlossene Weiterbildungen)
2 × PhD	1 × abgeschlossenes Pflegemanagementstudium (Diplom)

Tab. 1: Höchster beruflicher Abschluss Stichprobe Australien und Deutschland

4. Ergebnispräsentation

Den Ergebnissen ist vorwegzunehmen, dass unterschiedliche Dimensionen und Elemente einer professionellen Identität bestimmt wurden. Deren wechselseitiges Zusammenspiel ermöglicht es, die Konstruktion einer professionellen Identität zu beschreiben. Die Unterschiede, die sich dabei im Vergleich zwischen australischen und deutschen Pflegefachpersonen herauskristallisieren, geben Rückschlüsse auf unterschiedliche Formen einer professionellen Identität, die als Gesamtergebnis mit sieben Themenfeldern identifiziert und im Rahmen der Dissertation beschrieben sind (Flaiz 2018). Im vorliegenden Beitrag wird aufgrund des Umfangs der Ergebnisse nur exemplarisch jeweils ein Ausschnitt der beiden Themenfelder Entscheidungsparameter und Arbeitsweise vorgestellt.

4.1 Ergebnisausschnitt Australien – Themenfeld Entscheidungsparameter

Die australischen Interviewpartnerinnen und -partner verdeutlichen mehrfach durch die Begründungen ihrer pflegerischen Performanz, dass Patientensicherheit der wesentliche Entscheidungsparameter für sie ist. Dabei liegt im Gegensatz zum deutschen Verständnis von Patientensicherheit, das sich überwiegend auf die Vermeidung von Fehlern begrenzt (siehe Definition Aktionsbündnis Patientensicherheit), in Australien ein weitreichenderes Verständnis von Patientensicherheit vor. Wesentlich ist dabei, dass es den Interviewten zwar ein Anliegen ist Fehler zu vermeiden, aber zudem Patientensicherheit für sie als die bestmögliche individuelle Patientenversorgung realisiert wird. An diesem Maßstab richtet sich deren pflegerische Performanz aus. Diese stets an der Gewährleistung von Patientensicherheit ausgerichtete Argumentation verdeutlicht sich am Szenario „Schokoladenpudding“. Im Szenario geht es um die Medikamentenverweigerung bei einem Patienten mit Diabetes, Dehydration und fraglicher Demenz, der in einem kritischen, wenngleich nicht lebensbedrohlichen Zustand ist. Eine indirekte ärztliche Anweisung gegenüber der Pflegekraft dafür zu sorgen, dass der Patient seine Medikamente nimmt, führt dazu, dass diese die Medikamente mörsert, in einen Schokoladenpudding unterrührt und verabreicht. Während der Interviews waren die australischen und deutschen Interviewpartnerinnen und -partner aufgefordert ihre eigene Vorgehensweise, wären sie selbst Pflegekraft, im Szenario zu begründen. Dabei zeigt sich eindeutig, dass Patientensicherheit als die bestmögliche individuelle Patientenversorgung, orientiert an Patientenbedürfnissen von den australischen Pflegekräften verinnerlicht ist. Dies ist der zentrale Parameter an denen sie ihre pflegerische Entscheidung ausrichten. Dieser Ausgangspunkt bedingt im Weiteren diverse Maßnahmen, die zunächst zur Ursachenklärung der Medikamentenverweigerung führen. Dabei haben die Befragten die langfristige Versorgung des Patienten im Blick und stellen Überlegungen dazu an. Eine, wie im Szenario beschriebene, versteckte Gabe gemörselter Medikamente im Schokoladenpudding wird abgelehnt. Dahingegen offenbart sich eine systematische Vorgehensweise, die fundiert begründet ist und in der sich die interviewten australischen Pflegefachpersonen gleichen, wie der folgende Auszug eines Interviews zeigt: *„I think the primary thing is talking to Mr. Miller. Say, ‘Look we actually want you to ... We want the best health outcomes for you. We want to understand why do you not want to take your medication. Why you are refusing your medication.’ ... We want to make sure I can explain to him exactly why it’s important for him to take the medication and drip feeding. And also in doing those referrals I want to make sure that I do that in consultation with him. So it’s no point of going and getting the psychiatrist or psychologist if he says I will not speak to them. I will actually say, ‘Mr. Miller I would like you to see these various people who can possibly.’ He said, ‘I know. You know, I’m trying almost to bargaining.’ Just see them once for the first time. And if you decide you don’t want to see them again that’s fine. But just engage with them once. Making sure that I brief them all. So those are the things that I would be doing. I can’t force him to take his medication. All I can do is educate him about why it’s important, but also understand why he doesn’t want to take it.“* (Lilly, S. 6) Oberstes Ziel aller australischen Interviewpartner_innen ist zunächst die Ursachen-

klärung im gemeinsamen Bündnis mit dem Patienten, um langfristig Maßnahmen und Lösungswege zu implementieren, für die sie die Verantwortung übernehmen und mit denen sie Patientensicherheit gewährleisten können: „*Understanding why are we doing this? What are we looking for? What do the results actually mean? And how are we going to plan care?*“ (Emily, S. 21). Patientensicherheit ergibt sich folglich für die australische Interviewgruppe aus einer Gesamtheit, bestehend aus individueller Patientensituation sowie dem Einfluss pflegerischen Wissens, die in ihrer Zusammenführung die pflegerische Performanz bestimmen. Gemeinsam ist den australischen Interviewpartner_innen, dass mit deren Maxime der Patientensicherheit stets das bestmögliche Outcome für die Patienten_innen bzw. Pflegeempfänger_innen verfolgt wird. Die Gewährleistung von Patientensicherheit ist zugleich Entscheidungsparameter und Zielsetzung pflegerischer Performanz. Daraus folgt die Ablehnung sämtlicher Entscheidungen oder Handlungen, die sich kurz- oder langfristig negativ auf die Pflegeempfänger_innen auswirken. Dafür ist Wissen auch in Hinblick auf individuelles Patientenwissen nötig sowie die Fähigkeit, den Bedarf und mögliche Konsequenzen pflegerischer Entscheidungen und Handlungen zu antizipieren. Die australische Interviewgruppe demonstriert dies und macht zugleich klar, dass sie sich der Tragweite ihrer Entscheidungen und Handlungen bewusst sein müssen, da sie dafür die Verantwortung als registrierte Pflegekraft (RN) übernehmen. Zudem spiegelt sich darin deren leitende Entscheidungsmaxime Patientensicherheit in Form eines bestmöglichen Ergebnisses für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. In Bezug auf die Frage, warum die australischen Interviewten ihre pflegerische Performanz konsequent an der Patientensicherheit ausrichten, kristallisieren sich verschiedene unter anderem auch strukturelle Elemente heraus, die deren professionelle Identität prägen. Wiederholt findet sich dabei in den Begründungen der Verweis auf einen gesetzlichen Betreuungsschlüssel (nurse-to-patient-ratio). Dieser erweist sich als starker argumentativer Rückhalt, auf den sich die Interviewpartnerinnen und -partner regelmäßig beziehen und dessen Relevanz ihnen vor allem für die Ermöglichung der Gewährleistung von Patientensicherheit bewusst ist: „*We have nurse to patient ratios for a reason they've shown that more accidents happen, more errors happen, more death happen.*“ (Molly, S. 47) Die Möglichkeit der Realisierung von Patientensicherheit steht demnach zumindest aus organisatorischer Hinsicht für die australischen Pflegekräfte außer Frage, da sie aufgrund der ratio fähig sind, Patientensicherheit zu gewährleisten. Zudem wissen sie um die negativen Effekte für die Patientinnen und Patienten, gäbe es keine ratio. Eng damit zusammenhängend ist die Verpflichtung der australischen Pflege sich zu registrieren, da ohne Registrierung die Berufsausübung nicht möglich ist. Damit liegen Vorgaben durch das Nursing and Midwifery Board vor, die den Rahmen dessen, was Pflege leistet und wofür sie verantwortlich ist, absteckt (Nursing and Midwifery Board 2016: 1). Insofern wird mit der ratio der Rahmen abgesteckt und die inhaltliche Ausgestaltung vom Nursing and Midwifery Board bestimmt.

4.2 Ergebnisse Deutschland – Themenfeld Entscheidungsparameter

In Deutschland stellt ein stark ausgeprägtes Pflichtgefühl den zentralen Entscheidungsparameter für die pflegerische Performanz dar. Ersichtlich wird an den landesspezifischen Entscheidungsparametern ein zentraler Unterschied zwischen Australien und Deutschland. Im Gegensatz zu den australischen Interviewten werden beispielsweise im Szenario Schokoladenpudding ärztliche Anordnungen von den Deutschen nicht hinterfragt, selbst wenn sie Zweifel an Sinn, Zielsetzung oder Richtigkeit haben. Wesentlicher Entscheidungsparameter ist somit kein originär pflegerischer, sondern ein fremdbestimmtes Pflichtgefühl der Pflege, das ebenso dazu beiträgt, dass Pflegefachpersonen für ihre pflegerische Performanz kaum Verantwortung übernehmen. Unverkennbar wird in der Auseinandersetzung mit dem Szenario Schokoladenpudding, dass die Mehrzahl der deutschen Interviewten das Recht auf Patientenselbstbestimmung zu wahren versucht: *„Es steht mir nicht zu... ja, Menschen zu sagen, was richtig und was falsch ist.“* (Regina, S.8) Wenn aber – und an diesem Punkt kommt die Verbindung zwischen Pflichtgefühl und Selbstbestimmungsrecht zum Vorschein – die Umsetzung des Rechts auf Selbstbestimmung, im Widerspruch zu ärztlichen Anordnungen steht, dominiert das verinnerlichte Pflichtgefühl bei allen interviewten deutschen Pflegefachpersonen. Infolgedessen wird die ärztliche Anordnung von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Dabei entsteht für sie allerdings ein erheblicher innerer Konflikt zwischen *„Menschen helfen zu müssen und Anordnungen zu befolgen“* (Annika, S.8), den sie mit unterschiedlichen Strategien aufzulösen versuchen. Mehrfach wird im Rahmen der Interviews deutlich, wie die deutschen Interviewten mittels Vermeidung, solche Konflikte zu verdrängen versuchen. Für die Mehrheit scheint dies die einzige Option um handlungsfähig zu bleiben und sich zugleich Konfrontationen mit der Ärzteschaft zu entziehen: *„Das Abschalten, es ist einfach so eine Mauer, die man im Laufe der Jahre, glaube ich so, gerade in der Zeit, wo ich auf der Intensiv war, war es wirklich ganz oft, dass da 80- bis 85-Jährige liegen, beatmet und am Hämofilter, wo man sich sagt: ‚Herrgott, sie haben ihr Leben gelebt!‘ Und die Angehörigen sagen, sie muss weiterleben, weil da gibt es noch kein Testament. Und es ist genau das Gleiche, da schaltet man da alles aus, hier am Herzen, und macht gerade einfach, weil es von einem verlangt wird.. der ärztlichen Anordnung dürfen wir uns eigentlich nicht widersetzen.“* (Annika, S.16)

Ferner ist bei den deutschen Interviewten eine starke, verinnerlichte Unsicherheit festzustellen, da sie sich ihrer Einschätzung nach, häufig in rechtlichen Grauzonen bewegen. Im Gegensatz zu den australischen Befragten können sie nicht auf etablierte Strukturen wie das Nursing and Midwifery Board mit Rahmenbedingungen und Kodizes zurückgreifen. Die Folgen dieser defizitären Strukturen, beispielsweise den gültigen Zuständigkeiten zeigen sich in Unsicherheiten und Unklarheiten, die den pflegerischen Verantwortungsbereich betreffen und die mit der Befolgung ärztlicher Anordnungen aufgelöst werden. Ein weiterer Aspekt ist der Konflikt zwischen der Einhaltung von Patientenrechten, *„jeder, ja es hat ja jeder sein Recht zu bestimmen über sich selbst, auch wenn man Patient ist“* (Miriam, S.12), und dem dominierenden Pflichtgefühl. Letzteres erweist sich durch die Aussagen der deutschen Interviewten als eine über Jahrzehnte vorgelebte Praxis, die weitergegeben wird und sich als prägend für deren profes-

sionelle Identität herausstellt. Demnach werden auch vermeintliche Vorbilder in der Praxis hinsichtlich Richtigkeit oder Aktualität selten im Rahmen der Interviews hinterfragt. Insgesamt zeichnet sich das beschriebene Pflichtgefühl als der Entscheidungsparameter schlechthin für die befragten deutschen Pflegefachpersonen ab. Eine Abkehr davon erweist sich bislang als absolute Ausnahme und scheint ausschließlich auf Basis persönlicher Erfahrungen, wie dem Tod naher Angehörigen, möglich. Demnach ist die professionelle Identität geprägt von historisch gewachsenen Strukturen, die in Deutschland eine Fremdbestimmung der Pflege bedingen, die sich bis heute in einem ausgesprochenen Pflichtgefühl niederschlägt und zudem durch Praxisvorbilder vorgelebt und einsozialisiert, wird.

4.3 Ergebnis Australien – Arbeitsweise

Das Themenfeld Arbeitsweise adressiert weniger die Begründung für die pflegerische Performanz, als deren Realisierung durch die Arbeitsweise der Interviewten. Hervorstechend ist bei den australischen Interviewten, dass sich deren Arbeitsweise stets daran ausrichtet, ein fundiertes Gesamtbild der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu erlangen. Dies verdeutlichen sie mit Situationen des Praxisalltags, in denen sie durch Beobachtung, Gespräche und Assessments vor dem Hintergrund ihres Wissens eine Interpretation vornehmen und so systematisch ein Gesamtbild gewinnen. Folglich verfügt die australische Interviewgruppe zum einen über pflegerische Informationen, die sie von der Medizin und deren Informationen unterscheiden, zum anderen sieht sie darin die Aufgabe von Pflege im Versorgungsgeschehen. Dabei ist die analytische Vorgehensweise und angestrebte Gewinnung eines Gesamtbilds der Patientensituation bei allen interviewten australischen Pflegefachpersonen allgegenwärtig in ihrem Praxisalltag: „*You know, I'd be constantly bristling to try and get as much information about you.*“ (Thomas, S.25). „Bristling“ (Thomas) umschreibt die bewusst vollzogene Patientenbeobachtung, die unisono in den Begründungen vorzufinden und den interviewten australischen Pflegefachpersonen wichtig für ihre analytische Vorgehensweise ist. In der Fachliteratur findet sich diesbezüglich der Begriff „professional noticing“ bzw. wird die Patientenbeobachtung als erster und essenzieller Schritt beim clinical judgment benannt (Tanner 2006: 204-209). Die australische Interviewgruppe verwendet diese Begrifflichkeit nicht, sondern beschreibt durchgängig, wie sie mit dieser Arbeitsweise eine baseline herstellt. Die Mehrzahl begründet die Notwendigkeit einer baseline als Ausdruck ihres professionellen Verständnisses von Pflege, weil dadurch eine Systematik ihrer pflegerischen Performanz zugrunde liegt, aber auch eine Form von Fürsorge aus ihrer Sicht besteht. Resultat dieser Überzeugung in Bezug auf ihre Arbeitsweise, die sich bei allen interviewten australischen Pflegefachpersonen findet, lautet präzisiert: ohne baseline keine Performanz. Daraus folgt, dass sie erst auf Basis ihres pflegerischen Gesamtbildes in den Diskurs beispielsweise mit der Medizin oder anderen Berufsgruppen einsteigen. Insofern spiegelt sich in der systematischen und analytischen Arbeitsweise, die stets auf ein fundiertes Gesamtbild abzielt, die erwähnte Nähe zum Modell, das die Fachliteratur als clinical judgment bezeichnet (Tanner 2006: 204-208). Her-

vorzuheben ist, dass die interviewten australischen Pflegefachpersonen nicht ausschließlich körperliche Funktionen im Blick haben, sondern durch Gespräche eine Anamnese erstellt wird, die eine komplexe Einschätzung der physischen, psychischen und sozialen Situation erlaubt. Dabei ist mehrmals festzustellen, dass die Interviewten mit scheinbar alltäglichen Gesprächen zugleich gezielt Risikofaktoren und mögliche Interventionen abklären. Voraussetzung dafür ist ein umfassendes Wissen in Kombination mit analytischen Fähigkeiten, wie ein berichtetes Gespräch veranschaulicht: „*So how do you meant to get around at home, are you still driving?*’ *You know, and go, ‘Oh, so, so your wife drives around.’ ‘Oh, no, I’ve been, we done it for a long time. I’d go, well.’ ‘How do you manage?’ You must get down to the pub for a meal for tea every, every now and again. ... and in that way we are going to find, ‘Yeah, I go to the pub five times a week for a meal.’ ‘Yeah, it’s a good meal, isn’t it?’ Like that. ‘So, of course, you washed that down with a pot of beer, don’t you? You wouldn’t go to the pub and have a meal without a pot of beer.’ And he goes, ‘Yeah, a beer you know, and I play darts as well.’*“ (Thomas, S.24) Der Interviewpartner demonstriert, wie er die häusliche Versorgung und somit den Unterstützungsbedarf nach dem Klinikaufenthalt, den Alkoholkonsum, auch in Kombination mit der Medikamenteneinnahme, sowie die Sturzgefahr im häuslichen Bereich einschätzt und dadurch die soziale Situation erfassen kann. Darüber hinaus schätzt er auf Basis dieses Patientengesprächs die kognitiven Fähigkeiten sowie die Mobilität des Patienten ein. Obwohl dieses Gesprächsbeispiel banal erscheint, enthält es viele Informationen, deren Nutzen sich jedoch nur entfaltet, wenn die Pflegefachperson über entsprechendes Wissen und die analytischen Fähigkeiten verfügt, Patientengespräche in dieser Weise auszuwerten. Die interviewten australischen Pflegefachpersonen zeigen anhand ihrer Beschreibungen der Assessmentdurchführungen unabhängig davon, ob diese ausschließlich auf Basis von Instrumenten oder in Form einer Anamnese eingesetzt werden, dass sie durch ihre analytischen Fähigkeiten in Kombination mit ihrem Wissen eine fundierte Ausgangslage für die Versorgung herstellen können und dies wesentlicher Ausgangspunkt einer generell systematischen Arbeitsweise ist. In dieser Hinsicht besteht eine ausgesprochene Homogenität der Arbeitsweise unter den australischen Interviewten, die sie selbst auf ihre universitäre Ausbildung, Berufserfahrung und Vorbilder zurückführen. Dies bedeutet, dass die analytische Denk- und Arbeitsweise durch die universitäre Ausbildung angeeignet und wiederum in der Praxis durch Erfahrungen gefestigt wird.

4.4 Ergebnis Deutschland – Arbeitsweise

Die Arbeitsweise der deutschen Interviewgruppe ist vor allem durch Fremdbestimmung gekennzeichnet. Dazu zählen insbesondere Standards in den Einrichtungen und Kliniken, die erheblich deren Arbeitsweise beeinflussen. Die deutschen Interviewpartner_innen organisieren ihren Praxisalltag in Übereinstimmung mit den aus ihrer Sicht bestehenden Vorgaben und begründen diesen auch aufgrund dessen weniger mit den Bedürfnissen von Pflegeempfängern_innen. Deutlich wird dies beim Einsatz von Assessments, die bei den Interviewten (noch) nicht zur Etablierung einer systematischen Arbeitsweise beitragen. Assessments werden angewendet, da dies den Vorgaben ent-

spricht. Die wiederholte Interviewaussage von „Zetteln“, die es abzuarbeiten gilt, gemeint sind Assessments oder Skalen, verdeutlicht, dass es bislang nicht gelungen ist eine analytische Arbeitsweise zu etablieren, wie ein Beispiel zur Kontinenzversorgung veranschaulicht: *„Mal abgesehen davon, ich sehe ja auch, hat der Patient eine Windelhose, eine Einlage, das kriege ich auch so mit. Und auch im täglichen Leben verliert er das auf dem Weg zur Toilette, also da brauche ich diesen Zettel nicht.“* (Cindy, S.37). Ein Großteil der Arbeitsweise wird mit gesetzlichen und abrechnungsrelevanten Vorgaben begründet: *„Ihr müsst eintragen, dokumentieren, wenn ihr Beratungsgespräche führt. Also ist natürlich vorgegeben, der MDK kommt, der will das sehen, ist ja ganz klar. Das wissen wir ja alle“* (Petra, S.5) Insgesamt untermauert das Themenfeld Arbeitsweise die Fremdbestimmung der deutschen Pflege, die sich bereits im Themenfeld Entscheidungsparameter abgezeichnet hat. Ferner wird die Arbeitsweise, wie sich am Beispiel von Assessments zeigt, nicht wie von den australischen Interviewten mit pflegerischem Wissen und der Relevanz für eine Analyse (Stichwort: baseline) begründet, sondern vor allem mit abrechnungsrelevanten Vorgaben. Außerdem zeigt sich, dass bspw. das Ausfüllen einer Risikoskala erfolgt, meist aber ohne die Relevanz für die pflegerische Performanz zu verstehen. Demzufolge ist die Fremdbestimmung für die deutsche Pflege Normalität, die sich tief in ihre professionelle Identität eingeschrieben hat und deshalb nicht zur Diskussion steht. Erklärungsansätze für diese Fremdbestimmung und damit Hinweise auf Elemente der professionellen Identität finden sich explizit in mehr als der Hälfte der Interviews und sind als berufliche Sozialisationserfahrung einzuordnen: *„Ich habe auch bei der Bundeswehr gelernt, und da gab es auch Zucht und Ordnung .. da gab es auch ein gleichmäßiges ‘Guten Morgen!’ in der Früh. Also ich bin mit so was groß geworden. Aber ich habe es nicht als negativ empfunden.“* (Stefanie, S.13) Kennzeichnend für diese Art von Sozialisationserfahrung ist die positive Bewertung von Folgsamkeit. Es ist zu vermuten, ohne dies auf Basis der Daten belegen zu können, dass Sozialisationserfahrungen dieser Art die Akzeptanz gegenüber Fremdbestimmung erhöhen. Ein weiterer Erklärungsansatz für die beschriebene Arbeitsweise der deutschen Interviewten ist die fehlende Selbstverantwortung für die professionelle Weiterentwicklung. Dies zeigt sich deutlich in einer nur begrenzt vorzufindenden Durchdringung des Themas Assessment. Unabhängig davon, ob als Instrument oder Teil der pflegerischen Anamnese verstanden, bestätigen die deutschen Interviewaussagen, dass es sich für sie um eine aufoktroierte Maßnahme handelt.

5. Ergebnisdiskussion

Ein Unterschied zwischen der australischen und der deutschen Interviewgruppe zeigt sich in den verfügbaren Möglichkeiten Pflege zu leisten und folglich pflegerische Performanz zu begründen. Mit den vorliegenden Ergebnissen wird nicht die Intention einer Demontage oder Herabsetzung der deutschen Pflege verfolgt. Daher ist der Ergebnisdiskussion voranzustellen, dass hiermit nicht ausschließlich eine Analyse von Zuständen vorliegt, sondern vielmehr das Geflecht dahinterliegender Konstruktion professioneller Identität bestimmt wurde. Damit wird vor allem nicht die einzelne

deutsche Pflegefachperson als Opfer widriger Umstände angegriffen, sondern die Komplexität ihrer professionellen Identität herausgearbeitet. Dabei werden zwei wesentliche Elemente für die Ergebnisdiskussion und daraus abgeleitete Implikationen herausgegriffen: (1) strukturelle Elemente, (2) Praxisvorbilder.

Strukturelle Elemente

Auf australischer Seite ist speziell die nurse-to-patient-ratio ein strukturelles Element, das für die australischen Interviewten eine Selbstverständlichkeit darstellt und es ihnen erlaubt in ihren Begründungen auf gesetzliche Vorgaben zu verweisen. Daraus resultiert eine Versorgung, in der die Pflegefachpersonen auch aufgrund des Betreuungsschlüssels Patientensicherheit gewährleisten kann. Gleichwohl können die australischen Interviewten unisono die Notwendigkeit einer ratio mit entsprechenden Studienergebnissen substanziell untermauern. Bestätigt wird dadurch die Einschätzung von Fachkreisen, welche die ratio als eine der wenigen Optionen sehen, um Patientensicherheit in einem immer stärkeren ökonomischen Zwängen ausgesetzten Klinikalltag zu realisieren (Warelow, Edward 2008:150-151; Simon, Mehmecke 2017:105-115). In Australien zeigt sich, dass neben weiteren strukturellen Elementen wie der Verpflichtung zur Registrierung, die ratio entscheidend dafür ist, dass eine Orientierung an Patientenbedürfnissen und die Gewährleistung von Patientensicherheit aufgrund von etablierten Rahmenbedingungen ermöglicht wird. Insbesondere im Vergleich wird deutlich, dass für die deutsche Pflege kaum Spielraum besteht, ihre Vorstellungen hinsichtlich Bedürfnisorientierung der Patientinnen und Patienten umzusetzen. Infolge der Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens besteht mittlerweile ein konstanter Zeitmangel. Folglich steht eine Pflegefachperson einer Vielzahl an Patientinnen und Patienten gegenüber, die zu versorgen sind. Aktuelle Zahlen belegen, dass eine deutsche Pflegefachperson im Durchschnitt doppelt so viele Patienten_innen zu versorgen hat wie eine australische (DBfK 2015, o. S.; Simon, Mehmecke 2017:115-117). Erschwerend kommt hinzu, dass die Anzahl der zur Verfügung stehenden Klinikbetten pro 1.000 Einwohnern_innen in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern höher ausfällt, folglich (noch) weniger Pflegefachpersonen mehr Patienten_innen versorgen müssen (The World Bank 2016, o. S.). Studien, die sich mit den Einflüssen der Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens beschäftigen, bestätigen die Folgen für die pflegerische Performanz. Anzuführen ist hier beispielsweise Wolf/Ostermann (2016), die eine Anpassung des Habitus der Pflegenanager_innen an ökonomische Strukturen konstatieren, die sich wiederum durch deren Führungsvorgaben auf den pflegerischen Alltag auswirken. Pflegeempfänger_innen stehen folglich nicht mehr im Mittelpunkt, sondern Pflegefachpersonen orientieren ihre Performanz funktionell an den Abläufen (Wolf, Ostermann 2016:14-15). Übereinstimmend bestätigen Moers et al. (2011) einen beträchtlichen Systemdruck in Deutschland, der ihrer Ansicht nach mitverantwortlich dafür ist, dass anstelle einer seit langem gepriesenen Patientenorientierung in der Pflege die Optimierung pflegerischer Abläufe dominiert (vgl. Moers et al. 2011, S. 354-355). Vergleichbar warnt Hülsken-

Giesler vor einer externen Überformung der Pflege vor allem durch marktförmige Interessen (vgl. Hülsken-Giesler 2015, S. 164). Die Gründung einer Expertinnen- und Expertenkommission durch das Bundesministerium für Gesundheit zur Bestimmung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen stellen hierbei zwar zumindest eine Gegenbewegung dar (BMG 2017: 1-3), erscheinen jedoch in Hinblick auf die vorliegenden empirischen Ergebnisse in keiner Weise ausreichend. Der Vergleich mit der australischen Pflege macht deutlich, dass bereits ein strukturelles Element wie die ratio wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass Pflegekräfte Patientensicherheit gewährleisten können. Vor diesem Hintergrund ist dringend eine flächendeckende ratio für die deutsche Pflege auf den Weg zu bringen.

Auf deutscher Seite kristallisieren sich als dominierendes strukturelles Element arztzentrierte Strukturen heraus, die sich als prägend für die professionelle Identität erweisen, bei einem ohnehin schon stark ausgeprägten Pflichtgefühl der Pflege. Insofern unterstützt die deutsche Pflege mit ihrem Pflichtgefühl das vorhandene Machtgefälle zwischen Pflege und Medizin. Dies untermauert wiederum ihre Fremdbestimmung und bedingt ein Ohnmachtsgefühl der Pflege (Brandi, Naito 2006: 60-63; Holyoake 2011: 12-14). Diesen Kreislauf zu durchbrechen gelingt den deutschen Interviewpartnerinnen und -partnern kaum. Zugleich bestätigt sich damit, dass diese Elemente tief in ihre professionelle Identität eingeschrieben sind.

5.2 Praxisvorbilder als Begründung pflegerischer Performanz

Ein prägender Moment der professionellen Identität zeigt sich insbesondere im Themenfeld Arbeitsweise mit dem Verweis auf Vorbilder in den Begründungen aller Interviewpartnerinnen und -partner. Demzufolge wird die professionelle Identität durch ein Lernen durch Nachahmung geprägt. Landesspezifische Unterschiede in dieser Prägung sind festzustellen: In Australien kennzeichnet die Praxisvorbilder speziell deren umfassendes Wissen. Ferner verfügen australische Interviewte über eine universitäre Ausbildung. Diese Qualifizierungsstruktur in Form einer Vollakademisierung besteht seit Mitte der achtziger Jahre in Australien und führt dazu, dass sich die australische Interviewgruppe in einem wissenschaftlichen Arbeitsumfeld bewegt (Duffield 1986: 281-283). In Deutschland fehlt ein vergleichbares Arbeitsumfeld und akademische Institutionen konzentrieren sich momentan noch eher auf den Aufbau von Strukturen (Weidner 2015: 15). Studienergebnisse von Brühe zur Identität deutscher Pflegelehrender zeigen, dass das Studium zwar wichtig, jedoch insbesondere ein sich daran anschließendes akademisches berufliches Umfeld für die Entwicklung eines wissenschaftlichen Selbstverständnisses notwendige Voraussetzung ist (Brühe 2013: 125-132). Insofern spiegelt sich in den Begründungen der australischen und deutschen Interviewten die Qualität der Praxisvorbilder wieder. Dennoch wird die Relevanz des Praxisumfelds für die professionelle Identität bislang wenig in Untersuchungen beachtet. Arens verweist vermutlich deshalb auf den klinischen Unterricht als Versuch, Defizite der praktischen Ausbildung und ebenfalls die Defizite von Praxisvorbildern in Deutschland zu kompensieren (Arens 2015: 9-10). Zudem stellen Baldwin et al.

(2014) in ihrem Review fest, dass auch im internationalen Bereich die gezielte Integration von Praxisvorbildern als Lehrformat Seltenheitswert in Curricula haben (Baldwin et al. 2014: 24-25). Von Interesse ist dabei ebenso das Studienergebnis von Rees et al. (2014), die in ihrer Studie feststellen, dass die Reaktion auf negative Erfahrungen mit Mentorinnen und Mentoren während des Praxiseinsatzes von den Pflegestudierenden verdrängt oder im Weiteren nicht thematisiert werden. Sie problematisieren daher eine bestehende Unklarheit darüber, wie diese Erfahrungen langfristig von den Pflegestudierenden verarbeitet werden und mit welchen Folgen (Rees et al. 2014:174- 177). Weitgehend ausgeblendet wird bislang der Einfluss und die negative Prägung durch Praxisvorbilder, die wiederum in die pflegerische Performanz münden. Aufgrund der mangelnden Reflexion und Integration von positiven und negativen Erfahrungen mit Praxisvorbildern in der Ausbildung sowie der anschließenden Berufspraxis kommt es nicht zur bewussten Nutzung dieses Moments. Darüber hinaus ist die Prägung der professionellen Identität durch Praxisvorbilder unausweichlich und wird maßgeblich von der Qualität, d. h. negativen oder positiven Praxisvorbilder bestimmt.

6. Schlussfolgerung

Samuelson/Zeckhauser (1988) beschreiben das status quo bias, wonach der Erhalt eines aktuellen Zustands ein passiver Vorgang ist, hingegen eine Veränderung einen aktiven Vorgang darstellt, der mit deutlich mehr Aufwand für das Individuum verbunden und deshalb seltener vorzufinden ist (Thaler, Sunstein 2008: 38-39). Dieser status quo bias zeichnet sich für die deutsche Pflege dahingehend ab, dass Erkenntnisse der neunziger Jahre, wie in der Dissertation von Weidner (1995) oder bei Taubert (1992), die sich mit dem „neuen Selbstverständnis“ (Taubert 1992: 1) der Pflege beschäftigten, weiterhin aktuell sind. Keineswegs sollen jedoch sämtliche Maßnahmen, Veränderungskonzepte und letztlich die Akademisierung, die angebahnt und implementiert wurden, als unwirksam beurteilt oder in Frage gestellt werden. Vielmehr sollen die vorliegenden Ergebnisausschnitte deren Notwendigkeit untermauern. Dazu gehört insbesondere die Schaffung entsprechender struktureller Elemente. An vorderster Stelle eine über alle pflegerischen Bereiche hinweg gültige, gesetzlich geregelte nurse-to-patient-ratio, wie sie vergleichbar in Australien vorliegt. Dabei unterstreichen die Ergebnisse, dass strukturelle Gegebenheiten, wenngleich nicht allein, einen deutlichen Einfluss auf die Konstruktion der professionellen Identität haben. Allerdings wäre eine Fokussierung auf objektive Dimensionen als Stellschraube – realisiert mittels Managementinstrumenten und Fokussierung auf statistische Daten – für die professionelle Identitätsentwicklung der Pflege zu einseitig (Kohlen 2015:166). Ebenfalls sind Praxisvorbilder als ein prägendes Element für die professionelle Identität gleichermaßen für die australische und deutsche Pflege zu benennen. Gerade weil die hier vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Praxisvorbilder in jeder Hinsicht, negativ wie positiv, die pflegerische Performanz prägen, ist diesbezüglich ein dringender Forschungsbedarf zu konstatieren. Zudem ist als Aufgabe des pädagogischen Bereichs sowie der (Hoch-)Schulen die Nutzung und Integration von Praxisvorbildern in das Curriculum zu formulieren.

Wichtig erscheint, Praxisvorbilder nicht nur als nice to have zu betrachten, sondern deren enormen Einfluss auf die professionelle Identität und daher ihre Bedeutsamkeit als Lehrformat in Theorie und Praxis zu nutzen. In der Annäherung an die Konstruktion professioneller Identität hat sich mit der Präsentation der Ergebnisausschnitte zweier Themenfelder bereits gezeigt, dass die herausgearbeiteten Unterschiede landesspezifische professionelle Identitäten bedingen. Folglich zugeordnete Elemente nicht nur tief in die professionelle Identität eingeschrieben sind, sondern dass Personen so lange darauf zurückgreifen, bis Dimensionen und Elemente ersetzt oder ergänzt werden. So banal diese Erkenntnisse scheinen ist die professionelle Identität somit stets auch Spiegelbild objektiver Strukturen (Bourdieu 2015: 143-144). Deshalb sollten speziell die Erkenntnisse, die in diese Richtung weisen, nicht als „Mainstream-Argumente“ entwertet werden, da sie die in Fachkreisen viel diskutierten Punkte Ökonomisierung und Arztzentrierung aufgreifen. Die Bedeutung der objektiven Strukturen, wenngleich nicht nur diese, sind kritisch, jedoch insbesondere hinsichtlich ihrer Potentiale weiter zu diskutieren.

Limitationen

Im vorliegenden Beitrag wurde ausschließlich ein Ergebnisausschnitt präsentiert, dies stellt für die Nachvollziehbarkeit zum Teil eine Limitation dar. Die gesamte Studie ist im Rahmen einer Dissertation entstanden (siehe Flai, 2018). Insbesondere in methodischer Hinsicht sind die Gefahren einer Verzerrung und vermeintlicher Vorannahmen zu reflektieren und als Restriktion auszuweisen. Zu entkräften sind diese mit dem Hinweis einer analytischen Vorgehensweise, indem mittels einer systematischen Literaturrecherche, der Beachtung der Pflegehistorie und der theoretischen Bezugspunkte eine fundierte Basis für die Entwicklung des Erhebungs- und Auswertungsprozesses verwendet wurde. Insbesondere die Pretests und die interpretative Argumentationsabsicherung bildeten ein weiteres Kontrollmoment. Zudem sind das Forschungstagebuch zur persönlichen Reflexion, der regelhafte Austausch mit der Kolloquiumsgruppe sowie der Austausch im Rahmen der Betreuung der Promotion zu nennen. Vor allem letztere sicherten, dass bei einer möglichen Verzerrung, wie sie bei Ländervergleichsstudien (Stichwort: cultur fairness, Ethnozentrismus) besteht, interveniert werden kann.

Literatur

- Australian Government (2007): Australian Code for the responsible conduct of research. https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/research/research-integrity/r39_australian_code_responsible_conduct_research_150811.pdf [Stand 2018-07-06]
- Arens, F. (2015): Konturen pflegedidaktischer Theoriebildung der Praxisbegleitung. In: Arens, F. (Hrsg.): Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag, 9–24
- Baldwin, A./ Mills, J./ Birks, M./ Budden, L. (2014): Role modeling in undergraduate nursing education: An integrative literature review. In: Nurse Education Today 34 (6), E 18
- Berkenbusch, G. (2012): Die Konversationsanalyse: Methodologische Überlegungen zum Umgang mit fremdsprachlichen (Interview-)Daten. In: Kruse, J./ Bethmann, S./ Niermann, D./ Schmieder, C. (Hrsg.): Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen: Eine Einführung in Theorie und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 228–247
- Bernabeo, E. C./ Holmboe, E. S./ Ross, K./ Chesluk, B./ Ginsburg, S. (2013): The utility of vignettes to stimulate reflection on professionalism: theory and practice. In: Advanced in Health Science Education 18, 463–484
- Bobbert, M./ Werner, M. H. (2014): Autonomie/Selbstbestimmung. In: Lenk, C./ Duttge, G./ Fange-rau, H. (Hrsg.): Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Berlin, Heidelberg: Springer, 105–114
- Bourdieu, P. (1992): Rede und Antwort. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (2015): Zur Soziologie der symbolischen Formen. 11. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P./ Chartier, R. (2011): Der Soziologe und der Historiker. Wien, Berlin: Turia + Kant
- Brake, A. (2009): Photobasierte Befragung. Analysemethoden. In: Kühl, S./ Strodtholz, P./ Taffertshofer, A. (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 369–391
- Brandi, C. L./ Naito, A. (2006): Hospital nurse administrators in Japan: a feminist dimensional analysis. In: International Nursing Review 53 (1), 59–65
- Braun, B./ Klinke, S./ Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft 15 (1), 5–77
- Brühe, R. (2013): Berufseinmündung von Pflegelehrern. Eine empirische Untersuchung zur Situation und zum Erleben von Pflegelehrenden an Pflegebildungseinrichtungen in der Phase der Berufseinmündung.
- Bundesanzeiger Pflegeberufereformgesetz. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1519031373562 [Stand 2018-02-19]
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommission/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf [Stand 2017-04-04]
- Carper, B. A. (1978): Fundamental patterns of knowing in nursing. In: ANS. Advances in nursing science (1978) 1, 23–33.
- Cassier-Woidasky, A.-K. (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Cowin, L.S./ Johnson, M./ Craven, R.G./ Marsh, H.W. (2008): Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. In: International Journal of Nursing Studies 45 (10), 1449–1459
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2015): Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Hintergrundinformationen. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf>, [Stand 2017-01-25]

- Dewe, B./ Stüwe, G. (2016): Basiswissen Profession. Zur Aktualität und kritischen Substanz des Professionskonzeptes für die Soziale Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Dombeck, M.-T. (2003): Work Narratives: Gender and Race in Professional Personhood. In: *Research in Nursing & Health* 26, 351–365
- Duffield, C. M. (1986): Nursing in Australia comes of age! In: *International Journal of Nursing Studies* 23 (4), 281–284
- Du Toit, D. (1995): A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. In: *Journal of Advanced Nursing* 21 (1), 164–171
- Eylmann, C. (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. *Habitus in der Altenpflege*. Mit einem Vorwort von Remmers, Hartmut. Göttingen: V&R unipress
- Fawcett, J./ Watson, J./ Neuman, B./ Hinton-Walker, P./ Fitzpatrick, J.J. (2001): On nursing theories and evidence. In: *Journal of Nursing Scholarship* 33 (2), 115–119
- Fischer, R. (2013): Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: Bertelsmann
- Flaiz, B. (2018): Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleich zwischen Australien und Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse
- Flick, U. (1995): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt
- Gerlach, A. (2013): *Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Haslam, S. A./ van Knippenberg, D./ Platow, M. J./ Ellemers, N. (2014): *Social Identity at Work: Developing Theory for Organizational Practice*: Taylor & Francis.
- Heath, H. (1998): Reflection and patterns of knowing in nursing. In: *Journal of Advanced Nursing* 27 (5), 1054–1059
- Holyoake, D. (2011): Is the doctor-nurse game being played? In: *Nursing times* 107 (43), 12–14
- Hülsken-Giesler, M. (2015): Professionskultur und Berufspolitik in der Langzeitpflege. In: *Brandenburg; H./Güther, H. (Hrsg.): Lehrbuch Gerontologische Pflege*. Bern: Hogrefe, 163–178
- Jäggi, C. J. (2009): *Sozio-kultureller Code, Rituale und Management*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Johnson, M./ Cowin, L./ Wilson, I./ Young, H. (2012): Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. In: *Graduate School of Medicine*, 562–569
- King, G./ Shaw, L./ Orchard, C.A.; Miller, S. (2010): The Interprofessional Socialization and Valuing Scale. A tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. In: *Work* (35), 77–85
- Kohlen, H. (2015): Troubling practices of control: Re-visiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable. In: *Nursing Philosophy* (16), 161–166
- Krais, B./ Gebauer, G. (2014): *Habitus. Einsichten*. 6. Auflage. Bielefeld: transcript
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz
- Laverack, G. (2010): *Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- 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. In: *Pflegewissenschaft* 14 (1), 39–50
- Matzke, U. (2018): Personalgewinnung und –bindung im Wandel. In: *Simon, A. (Hrsg.) Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen*. Berlin: Springer, 116–121
- Meyen, M. (2009): Das journalistische Feld in Deutschland. In: *Publizistik* 54 (3), 323–345
- Moers, M./ Schaeffer, D./ Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 24 (6), 349–360
- National Health and Medical Research Council (2007, aktualisiert 2015): *National Statement on Ethical Conduct in Human Research*.

- https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/e72_national_statement_may_2015_150514_a.pdf [Stand 2017-01-25]
- Nursing and Midwifery Board of Australia (2016): Registered nurse standards for practice. <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx> [Stand 2017-01-25]
- NVivo (2016): NVivo product range. QSR International. <http://www.qsrinternational.com/product> [Stand 2017-01-25]
- Polit, D. F./ Beck, T. C. (2004): *Nursing Research: Principles and Methods*. 7. Auflage. Philadelphia u. a.: Lippincot Williams & Wilkons
- Proißl, M. (2014): *Adorno und Bourdieu. Ein Theorievergleich*. Wiesbaden: Springer VS
- Oevermann, U. (2013): 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-Hermann, S. (Hrsg.): *Professionalität in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 119–147
- Ravenek, M. J./ Laliberte-Rudman, D. (2013): Bridging Conceptions of Quality in Moments of Qualitative Research. In: *International Journal of Qualitative Methods* 12, 436–456
- Rees, C.E./ Monrouxe, L.V./ McDonald, L.A. (2014): „My mentor kicked a dying woman’s bed ...“ – Analysing UK nursing students’ „most memorable“ professionalism dilemmas. In: *Journal of Advanced Nursing* 71 (1), 169–180
- Reimann, S. (2013): *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: Springer VS Fachmedien
- Sander, H./ Hörtecke, D. (2014): *Vignetten zur qualitativen Untersuchung von Urteilsprozessen bei SchülerInnen*. Frankfurt: Frühjahrstagung Didaktik der Physik
- Schubert, M./ Herrmann, L./ Spichinger, E. (2018): *Akademisierung der Pflege – Evidenz und Wirksamkeitsforschung*. In: Simon, A. (Hrsg.) *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen*. Berlin: Springer, 87-92
- Seidel, E. (1993): *Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung*. Wien, München, Berlin: Maudrich.
- Simon, A./ Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (5), 154-172
- Simon, M./ Mehmecke, S. (2017): *Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf [Stand 2017-04-03]
- Stegmann, S. (2005): „... got the look!“ – Wissenschaft und ihr Outfit. Eine kulturwissenschaftliche Studie über Effekte von Habitus, Fachkultur und Geschlecht. Münster: LIT Verlag
- Steiner, E. (2004): *Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehren und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce*. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich
- Sternecker, P. (1992): *Kulturelle Identität und interkulturelles Lernen. Zur entwicklungsdidaktischen Relevanz Kritischer Theorie*. Volume 4. Wiesbaden: Springer VS
- Tanner, C.A. (2006): Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. In: *Journal of Nursing Education* 45 (6), 204–211
- Thaler, H. R./ Sunstein, R. C. (2008): *nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven: Yale University Press
- The World Bank (2016): *Hospital beds (per 1,000 people)*. World Health Organization. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS> [Stand 2017-04-04]
- Taubert, J. (1992): *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Tracy, S. J. (2010): Qualitative Quality: Eight „Big-Tent“ Criteria for Excellent Qualitative Research. In: *Qualitative Inquiry* 16 (10), 837–851

- Turner, J. C./ Reynolds, K. J. (2012): Self-Categorization Theory. In: van Lange, P.A.M./ Kruglanski, A.W./ Higgins, E.T. (Hrsg.): *The Handbook of theories of social psychology*. Los Angeles: Sage, 399-417
- Von Freier, F. (2014): Informierte Zustimmung/Einwilligungserklärung. In: Lenk, C./ Duttge, G./ Fangerau H. (Hrsg.): *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 177-185
- Warelow, P./ Edward, K.-L./ Vinek, J. (2008): Care: what nurses say and what nurses do. In: *Holistic nursing practice*, 22 (3), 146-153
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Weidner, F. (2015): Vorwort. In: Brandenburg, H./Güther, H. (Hrsg.): *Lehrbuch Gerontologische Pflege*. Bern: Hogrefe, 15–17
- Wittneben, K. (1992): *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege*. 2., unveränderte Auflage. Frankfurt am Main: Peter Lang
- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrfelddidaktik. In: Olbrich, C. (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Urban & Fischer, Elsevier, 105–122
- Wolf, J./ Ostermann, A. (2016): Von der Organisation der Pflege zur Pflege der Organisation. Ein neuer Typus der Pflegedienstleitung im Krankenhausmanagement. In: Bode, I./ Vogd, W. (Hrsg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS, 165–183

Dr. rer. cur. Bettina Flaiz, RN

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Tübinger Straße 33, 70178 Stuttgart. bettina.fl aiz@d hbw-stuttgart.de