

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>12</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>12</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>13</b>
<b>Einführung – Pflegequalität und professionelle Identität.....</b>	<b>15</b>
<b>TEIL I: THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>21</b>
<b>1      Pflegequalität im Krankenhaus: Problemaufriss und Forschungsbedarf .....</b>	<b>21</b>
1.1      Der Qualitätsbegriff .....	21
1.2      Qualitätsentwicklung im Krankenhaus.....	26
1.2.1      Der systembezogene Ansatz: Qualitätsmanagementsysteme .....	26
1.2.2      Epidemiologische Methoden: Benchmarking-Systeme .....	28
1.2.3      Der professionsbezogene Ansatz: Weiterentwicklung der Fachdisziplin.....	29
1.2.4      Grenzen der Qualitätsentwicklungsansätze .....	30
1.3      Offene Fragen an der Schnittstelle zwischen Qualität und Profession.....	31
1.4      Forschung an der Schnittstelle zwischen Qualität und Profession.....	35
<b>2      Vom Beruf zur Profession: Professionstheoretischer Zugang .....</b>	<b>39</b>
2.1      Definitionen und Grundlagen .....	39
2.1.1      Beruf – Profession .....	39
2.1.2      Charakteristika von Professionen .....	42
2.1.3      Die gesellschaftliche Funktion der Professionen.....	44
2.1.4      Kritik an den Charakteristika der Professionen .....	47
2.1.5      Profession und Gesundheitsleitbilder .....	50
2.1.6      Profession zwischen Ideal und Realität .....	53
2.2      Entwicklung vom Beruf zur Profession – Der Prozess der Professionalisierung .....	57
2.2.1      Der formale Prozess der Professionalisierung.....	57
2.2.2      Systematisierung von Wissen und Ausbreitung der sozialen Orientierung.....	59

2.2.3	Zwischenbilanz .....	62
2.3	Krankenpflege aus professionssoziologischer Sicht .....	63
2.4	Professionstheoretische Standortbestimmung der Pflege.....	68
2.4.1	Autonomie .....	69
2.4.2	Generierung und Systematisierung von Wissen.....	70
2.4.2.1	Akademisierung .....	71
2.4.2.2	Forschung.....	72
2.4.3	Zielverwirklichung durch Interessenverbände .....	73
2.4.4	Gemeinwohlorientierung, Zentralwertbezogenheit.....	74
2.4.5	Reflexionen zu Macht und Profession in der Pflege .....	80
2.4.5.1	Macht im Pflegemanagement .....	82
2.4.5.2	Macht in der Pflegebeziehung .....	87
2.4.5.3	Macht und Verantwortung.....	90
2.5	Fazit.....	92
<b>3</b>	<b>Annäherung an einen neuen Ansatz zur Professionsentwicklung</b>	<b>95</b>
3.1	Der interaktionistische Zugang zur professionellen Identität.....	95
3.1.1	Die Theorie des Symbolischen Interaktionismus .....	96
3.1.1.1	Die Entwicklung der Identität.....	98
3.1.1.2	Identität und Rollenhandeln.....	101
3.1.1.3	Interaktionismus als erkenntnisleitende Theorie .....	102
3.1.2	Das Konzept der professionellen Identität.....	103
3.2	Die Legitimation professioneller Arbeit.....	106
3.2.1	Der Anspruch auf Zuständigkeit.....	107
3.2.1.1	Diagnose .....	109
3.2.1.2	Schlussfolgerung.....	110
3.2.1.3	Behandlung .....	110
3.2.2	Professionelle Pflege aus der Sicht des Abbott'schen Professionsansatzes.....	111
3.3	Professionelles Handeln: stellvertretende Krisenbewältigung ...	114
3.3.1	Professionelles Handeln zwischen Erklären und Fallverstehen .	114
3.3.2	Professionalität als Handeln unter Ungewissheitsstrukturen ....	118
3.4	Theoretische Perspektiven für einen neuen Professionsentwicklungsansatz	120

3.4.1	Vergleich der klassischen und interaktionistischen Professionstheorien.....	120
3.4.2	Perspektiven für die Professionsentwicklung.....	121
3.4.3	Konsequenzen für das Untersuchungsziel .....	124
<b>4</b>	<b>Fragestellung und Ziel der Untersuchung.....</b>	<b>127</b>
<b>TEIL II: METHODIK.....</b>		<b>129</b>
<b>5</b>	<b>Überlegungen zur Messbarkeit von Pflegequalität .....</b>	<b>129</b>
5.1	Auswahl eines Qualitätsindikators als Basis für das Sampling .....	129
5.2	Das Krankheitsbild Dekubitus – Pathogenese, Relevanz, Prävention .....	132
5.3	Das Projekt „Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe“..	138
5.4	Einordnung der Risiko- und Neuentstehungsrate der Stationen .....	139
5.5	Grenzen und Möglichkeiten der Messdaten zur Dekubitusneuentstehung.....	140
<b>6</b>	<b>Design, Untersuchung und Datenanalyse.....</b>	<b>143</b>
6.1	Methodologische Entscheidung.....	143
6.1.1	Grounded Theory: Strategie zum Entdecken von Kategorien und Konzepten .....	143
6.1.2	Theoretische Sensibilität und das Kontextwissen .....	145
6.1.3	Das Kontextwissen und das (theoretische) Sampling .....	148
6.2	Zur Verwendung von Hypothesen in der qualitativen Forschung .....	151
6.2.1	Hypothesen und Kausalannahmen.....	151
6.2.2	Die Rolle der Forscherin in der Forschungsarbeit.....	153
6.3	Überlegungen zur Wahl der Erhebungsmethoden.....	155
6.3.1	Datentriangulation .....	157
6.3.2	Wahl des Interviewverfahrens .....	159
6.3.3	Leitfadenentwicklung .....	160
6.4	Durchführung der Feldphase und Datenanalyse.....	162
6.4.1	Datensammlung und Transkription .....	162
6.4.2	Computerunterstützte Datenanalyse .....	164
6.4.3	Zum Auswertungsverfahren .....	165

6.4.4	Auswertungsschritte.....	167
<b>7</b>	<b>Die teilnehmenden Stationen</b>	<b>179</b>
7.1	Station I.....	179
7.2	Station II.....	181
7.3	Station III.....	183
7.4	Die Struktur- und Ergebniskriterien im Vergleich .....	184
	<b>TEIL III: ERGEBNISSE</b>	<b>189</b>
<b>8</b>	<b>Station I: Handlungskompetenz und Selbstbewusstsein</b>	
	– „Die Powerfrauen“	189
8.1	Handlungskompetenz der Pflegenden .....	189
8.2	Pflegerisches Handeln – Patientenorientierung als Haltung .....	194
8.2.1	Perspektivübernahme.....	195
8.2.2	Organisation und Gestaltung der Beziehung zu den Patienten ..	196
8.2.3	Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten .....	198
8.2.4	Pflegeziele, Pflegerisches Handeln am Patienten.....	201
8.2.5	Distanzierung von überlieferten Berufsidealen .....	202
8.2.6	Charakteristika professionellen Handelns .....	204
8.3	Teamarbeitfokussierung.....	207
8.3.1	Perspektivübernahme.....	207
8.3.2	Kooperation .....	209
8.3.3	Kommunikation .....	209
8.4	Biografische Aspekte der professionellen Identität.....	212
8.4.1	Berufswahlmotivation: „Das war eigentlich immer schon so meine Leidenschaft“ .....	212
8.4.2	Berufliche Sozialisation in der Ausbildung.....	214
8.4.3	Selbstbild, Fremdbild und Autonomie.....	218
8.4.4	Kompetenzentwicklung auf der Station .....	220
8.4.5	Wertschätzung/Anerkennung .....	221
8.4.6	Intraprofessionelle Beziehungen im Pflegeteam .....	230
8.5	Zusammenfassende Einschätzung der Station I und Standortbestimmung	233

<b>9</b>	<b>Station II: Missachtung und Konflikte im Team – „Der Urwald“ .....</b>	<b>235</b>
9.1	„So dieses Menschliche bleibt hier vollkommen auf der Strecke.“ – Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit.	235
9.2	Teamprozesse auf der Station.....	239
9.2.1	Offenheit ist nicht erwünscht.....	240
9.2.2	Fehlender Rückhalt in der Organisation: „Es würde ja keiner hinter uns stehn.“ .....	242
9.2.3	Fehlender Rückhalt im Team.....	246
9.2.4	Umgang mit Kritik und Konflikten im Team.....	249
9.2.5	Fehlender Rückhalt und Pflegeergebnisse: Prioritätenkonflikte .....	253
9.2.6	Abspaltung von Zuwendungs- und Beziehungsarbeit.....	255
9.3	Berufsgruppenübergreifende Kooperation .....	260
9.3.1	Konflikte mit den Ärzten .....	260
9.3.2	Mangelnde Anerkennung.....	268
9.3.3	Interdependenzen zwischen Anerkennung und Kooperation .....	271
9.3.4	Selbstbild der Pflegenden: Wir haben die „Arschkarte“ .....	273
9.4	Zwischenbilanz .....	275
9.5	Strukturen auf der Station.....	276
9.5.1	Die Pflegeorganisation.....	276
9.5.2	Umgang mit Vorschriften: „Die Dokumentation ist – alles – Lüge.“ .....	279
9.5.3	Die prozessrelevanten Aspekte von Strukturen oder: Was ein defekter Verbandswagen mit Anerkennung zu tun hat .....	283
9.6	Zusammenfassende Einschätzung .....	286
9.6.1	Zentrale Ergebnisse der Station II .....	286
9.6.2	Reflexion der Analysearbeit .....	287
9.7	Kontrastierung mit der Station I, Ausblick für die Auswertung der Station III .....	290
<b>10</b>	<b>Station III: Pflege im Zwiespalt zwischen altem Selbstbild und neuen Anforderungen – „Die Erosion der klassischen Strukturen“ .....</b>	<b>293</b>

10.1	Expertinnen in Sachen Dekubitusprophylaxe.....	293
10.1.1	Dekubitusprophylaxe in der Theorie ... ..	294
10.1.2	... und in der Praxis .....	295
10.2	Pflegeorganisation .....	298
10.2.1	Pflegerisches Handeln und die Stationsorganisation.....	298
10.2.2	Pflegefremde Tätigkeiten.....	300
10.3	Perspektivübernahme.....	304
10.4	Kommunikation in der Pflegebeziehung .....	307
10.5	Wertschätzung .....	309
10.5.1	Wertschätzung interprofessionell .....	309
10.5.2	Wertschätzung intraprofessionell .....	311
10.6	Inter- und intraprofessionelle Kooperation.....	315
10.6.1	Kooperation und Kommunikation bei der Arbeit ... ..	315
10.6.2	.... und in der eigenen Profession.....	317
10.7	Pflegerische Handlungskompetenz.....	322
10.7.1	Berufliches Selbstbewusstsein zwischen Aktivität und Passivität.....	322
10.7.2	Pflege zwischen Selbstbewusstsein und Selbstaufopferung.....	325
10.8	Pflegequalität, Profession und die medizinische Fachdisziplin.....	331
10.8.1	Identifikation mit der Fachdisziplin.....	332
10.8.2	Die interdisziplinäre Stationsbelegung .....	332
10.8.3	„Wir und die Anderen“: Dynamik auf der Station .....	333
10.8.4	„Für mich bedeutet Qualität was ganz anderes als für die.“.....	335
10.9	Zusammenfassende Einschätzung der Station III.....	337
<b>11</b>	<b>Fallübergreifende Maximalkontrastierung der Stationen: Das theoretische Modell der Bedingungen für Pflegequalität.....</b>	<b>341</b>
11.1	Das Phänomen: Das auf den Patienten gerichtete pflegerische Denken und Handeln – Patientenorientierung versus Patientenignorierung.....	343
11.2	Die Konsequenz: Pflegequalität .....	346
11.3	Ursächliche Bedingungen: Die Pflegenden als Akteur/innen im Handlungsfeld.....	350
11.3.1	Biografie und Sozialisation in der Ausbildung.....	350

11.3.2	Teamarbeit, Interaktion und professionelle Identität.....	356
11.3.3	Schlussfolgerungen .....	361
11.4	Strategien: Die Integration der Kontextbedingungen.....	366
11.4.1	Personalausstattung.....	366
11.4.2	Pflicht zur Pflegedokumentation .....	367
11.4.3	Rechtliche Kompetenzen .....	368
11.4.4	Schlussfolgerungen .....	370
11.5	Handlungskompetenz.....	371
11.5.1	Handlungsstrategien.....	371
11.5.2	Selbstwirksamkeitserwartung .....	374
11.5.3	Zwischenbilanz .....	378
11.6	Intervenierende Bedingungen I: Die Strukturen im Haus und auf der Station .....	379
11.6.1	Personalstruktur und Aufgabenverteilung .....	379
11.6.2	Pflegeorganisation .....	380
11.6.3	Hilfsmittelversorgung .....	384
11.7	Intervenierende Bedingungen II: Die Kultur im Haus .....	385
11.8	Der Schlüsselfaktor: Anerkennung und Wertschätzung.....	389
11.9	Zusammenfassung .....	393
<b>12</b>	<b>Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>395</b>
12.1	Methodische Reflexion.....	395
12.2	Vom Dekubitus als Qualitätsindikator zur Professionsentwicklung .....	397
12.2.1	Einordnung der Arbeit in die Dekubitusforschung – Perspektiven für die Qualitätsentwicklung.....	397
12.2.2	Einordnung der Arbeit in den Professionalisierungsdiskurs – Perspektiven für die Professionsentwicklung.....	401
12.2.3	Qualitätsentwicklung und Patientenorientierung.....	403
12.2.4	Fazit.....	406
12.3	Offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf .....	408
12.4	Ausblick .....	411
<b>Anhang</b>		<b>413</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>		<b>421</b>