

**Arbeitspaket 4 „Empirische Prüfung der  
Kompetenzkommunikation“  
Ergebnisbericht  
Oktober 2022**

Zentrale Ergebnisse aus den quantitativen sowie qualitativen Befragungen

Prof. Dr. Michael Isfort (Dienstleistung, Intervention, Pflegeforschung GmbH),  
Prof. Dr. Klaus Müller (Frankfurt University of Applied Sciences),  
Katja Kraus (Frankfurt University of Applied Sciences),  
Dr. Lisa Luft (Frankfurt University of Applied Sciences),  
Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen (MA&T Organisationsentwicklung GmbH),  
Kurt-Georg Ciesinger (Deutsche Angestellten-Akademie GmbH)

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## **Einführung in den Bericht und Zielstellung der in Arbeitspaket 4 eingebetteten Befragungen**

Entsprechend der Ausführungen im Angebot der Projektnehmer\*innen war es Ziel der in Arbeitspaket 4 „Empirische Prüfung der Kompetenzkommunikation“ eingebetteten Befragungen, die empirische Basis qualitativer Befragungen sowie individueller Fallstudien aus dem Projekt „Berufe im Schatten“ zu verbreitern, auf deren Grundlage das Konzept der Kompetenzkommunikation hergeleitet wurde. Wie im Angebot vorgesehen, wurden im Projekt KoWeP hierfür quantitative sowie qualitative Befragungen durchgeführt (Angebot der Projektnehmer\*innen, 5 f.), deren Vorgehensweise und Ergebnisse im vorliegenden Ergebnisbericht in Teil 1 und 2 dargelegt werden. Die Zusammenführung der Ergebnisse sowie Ableitung eines Fazits mit Implikationen für den weiteren Projektverlauf erfolgt in Kapitel 3. Die konzeptionelle Entwicklung der quantitativen Befragung lag federführend bei der DIP GmbH, die qualitativen Befragungen wurden durch die Frankfurt UAS konzipiert und durchgeführt.

# Inhalt

Teil 1: Quantitative Online-Befragung .....	4
1.1 Zielstellung und Hintergrund .....	4
1.2 Methodisches Vorgehen .....	5
1.2.1 Forschungsdesign .....	5
1.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden .....	6
1.2.3 Methode der Datenerhebung und Entwicklung der Erhebungsinstrumente .....	7
1.2.4 Ethische Aspekte/ Datensicherheit .....	7
1.2.5 Durchführung der Datenerhebung .....	8
1.2.6 Datenbereinigung und Datenauswertung .....	8
1.3 Zentrale Ergebnisse .....	9
1.3.1 Inhalte der beruflichen Kommunikation .....	10
1.3.2 Berufsstolz und Stolzerleben .....	11
1.3.3 Wahrnehmung der Pflege in der Öffentlichkeit .....	13
1.3.4 Wahrnehmung der Pflege im Rahmen der Corona-Pandemie .....	14
1.3.5 Vertretung der Pflegenden in die Öffentlichkeit hinein .....	15
1.3.6 Stereotypen und ihre Wirkungen auf Pflegende .....	15
1.3.7 Maßnahmen, die sich positiv auf das Bild der Pflege auswirken .....	17
1.4 Fazit der quantitativen Befragung und Nutzung im Projekt .....	17
Teil 2: Qualitative Befragungen (Fokusgruppen) .....	19
2.1 Zielstellung und Hintergrund .....	19
2.2 Methodisches Vorgehen .....	19
2.2.1 Forschungsdesign .....	19
2.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden und Beschreibung der Stichprobe .....	20
2.2.3 Methode und Durchführung der Datenerhebung .....	21

2.2.4	Entwicklung der Erhebungsinstrumente auf Basis der Erkenntnisse aus der Sekundäranalyse .....	21
2.2.5	Ethische Aspekte .....	26
2.2.6	Datenaufbereitung und Datenauswertung .....	27
2.3	Zentrale Ergebnisse .....	29
2.3.1	Versprachlichung der eigenen pflegeberuflichen Tätigkeit .....	30
2.3.2	Kompetenzbeschreibungen pflegerischer Tätigkeiten .....	35
2.3.3	Versprachlichung von Kompetenzen von Berufseinsteiger*innen .....	38
2.3.4	Anregungen zur Verbesserung/Förderung der Kompetenzkommunikation .....	38
2.4	Fazit der qualitativen Befragung .....	39
Teil 3:	Zusammenführung der Ergebnisse und Fazit.....	42
Literatur	.....	45
Anlagen	.....	46
Wortwolken der Sekundäranalyse	.....	46

# Teil 1: Quantitative Online-Befragung

## 1.1 Zielstellung und Hintergrund

Entsprechend der Ausführungen im Antrag wurde im Zuge der quantitativen Online-Befragungen (Zielgröße  $n \Rightarrow 1.000$ ) die Ausprägung der Kompetenzkommunikation bei Alten-, aber auch Gesundheits- und Krankenpflegenden erhoben. Ziel war es außerdem, sowohl die Wirkung von Kommunikationsstilen und -inhalten auf die Eigen- und Fremdwertschätzung (Außenwirkung) zu untersuchen (Überprüfung der Annahmen der „Wirkungskette Kompetenzkommunikation“) als auch Hinweise auf der Ebene der Zuschreibung der Kompetenzkommunikation zu generieren. Hierzu wurden die zu untersuchenden Berufsgruppen zu ihrer Einschätzung der Ausprägung der Kompetenzkommunikation standardisiert befragt. Eingeschlossen wurden die folgenden Gruppen (Angebot der Projektnehmer\*innen, 5 f.):

- examinierte Altenpflegekräfte
- examinierte Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegende
- Lehrende und Lernende an Pflegefachschulen
- Pflegewissenschaftler\*innen
- Angehörige und Patient\*innen

Im Diskussionsverlauf der Projektgruppe wurde eine zielgruppenspezifische Anpassung vorgenommen, die sich insgesamt positiv auf die Gesamtstichprobe und die inhaltliche Dichte sowie Bewertung auswirkte. Zentral war, dass die Perspektive der Angehörigen und Patient\*innen zugunsten der Aufnahme von Auszubildenden geändert wurde. Für eine Überprüfung der Dimensionen und Einflussfaktoren im Modell und für eine Handlungsorientierung sowie die Entwicklung der Schulungsmodule, sollte durch die Änderung der Zielgruppe unter anderem in Erfahrung gebracht werden, ob eine fachbezogene kommunikative Perspektive bei Schülerinnen und Schülern bereits Teil des bisherigen unterrichtlichen Kontextes in den Pflegeschulen ist. Ferner konnten so die Einschätzungen der jungen Pflegenden, die es insbesondere vor dem Hintergrund der Themen des Berufsverbleibs und der Berufsbindung zu fokussieren gilt, mit aufgenommen werden. Die Integration in einen Befragungsteil der Lehrenden (wie ursprünglich in der Erstüberlegung angedacht) hätte hierbei lediglich eine mittelbare Einschätzung auf der Ebene von Zuschreibungen ermöglicht und erlaubt keine direkten Aussagen und abgeleiteten Konsequenzen.

## 1.2 Methodisches Vorgehen

Insgesamt wurden drei unterschiedliche Befragungen entwickelt. Diese wurden zielgruppenspezifisch abgestimmt, wobei Überschneidungen in Fragestellung und Wertungssystematik vorgenommen wurden, um Ergebnisse in Subgruppenanalysen vergleichend gegenüberstellen zu können (Schülerinnen und Schüler, Pflegende (der Berufsbereiche der Altenpflege sowie der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege im 3. Ausbildungsjahr in NRW) sowie Lehrende und pflegewissenschaftlich arbeitende Personen in z.B. Instituten und Hochschulen). Eine vollständige Synchronisierung wurde aber nicht vorgenommen und einzelne der Daten sind nur in jeweiligen Teilbefragungen Gegenstand der Erfassung. Ebenso wurden ähnliche Fragestellungen auch zwischen den Erfassungen in den Stichproben in Ausprägungen oder Spezifizierung noch einmal angepasst, was eine Vergleichbarkeit erschwert, aber zur Präzisierung für die jeweiligen Gruppen beiträgt. Die Anpassung und Revision erklärt sich u.a. durch die unterschiedlichen Zeitabfolgen der Befragungen und den Möglichkeiten der Überprüfungen im Antwortverhalten.

Die Erfassung der Schülerinnen und Schüler wurde zeitlich versetzt als erste durchgeführt und zeitnah ausgewertet. Die Analyse wurde hinsichtlich der Nutzbarkeit der Daten und Fragestellungen reflektiert und führte zu weiteren Anpassungen.

### 1.2.1 Forschungsdesign

Es handelt sich designbezogen um insgesamt drei quantitative online-gestützte Querschnittsstudien mit jeweiligen Gelegenheitsstichproben, wobei die Befragung der Schülerinnen und Schüler auf den Raum NRW konzentriert wurde; die beiden anderen Befragungsarme wurden bundesweit adressiert. Die Auswertungen erfolgten deskriptiv. Für Gegenüberstellungen wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Normierte Testverfahren oder „Instrumente“ wurden nicht in Anwendung gebracht, sodass eine Betrachtung der Gütekriterien an dieser Stelle entfällt. Die wissenschaftliche Qualität der Ergebnisse folgt damit der üblichen Aussagekraft eines Surveys und entsprechende Limitierungen (wie z.B. ein Selection-Bias) wurden wissentlich in Kauf genommen. Eine Repräsentativität sollte in Absprache nicht erreicht werden; es wurde im Vorfeld kein systematischer Auswahlplan entwickelt. Ziel war es vielmehr, eine möglichst hohe Verbreitung der Befragung in den Stichproben zu erreichen und die Fragebögen bereits als Intervention und Sensibilisierung zur

Thematik zu verstehen. Darüber hinaus sollten die Daten eine dichte Beschreibung ermöglichen und die Modellrevision und -erprobung empirisch untermauern.

### 1.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden an den unterschiedlichen Befragungen wurden über verschiedene Zugangswege und Netzwerke gewonnen. In der Gesamtheit aller Befragungsarme konnte eine Gesamtstichprobe von **n=4.209** in die Auswertungen einbezogen werden.

Bei den Schülerinnen und Schülern erfolgte eine selektive Fokussierung über das Netzwerk Pflegeschulen NRW (der katho NRW). Alle Pflegeschulen im größten und ausbildungsintensivsten Bundesland wurden kontaktiert und auf die Umfrage hingewiesen. Es erfolgten telefonische Absprachen zum Zeitpunkt der Anwesenheit der Kurse (Auszubildende im 3. Jahr) in den Schulen und zielgerichtet wurden die entsprechend benannten Lehrenden zeitgerecht angeschrieben. Durch das Vorgehen konnte nach Datenbereinigung eine Nettostichprobe von **n=872** in die Auswertung einbezogen werden.

Die Teilnehmenden der Pflegendenbefragung wurden über eine breit angelegte flankierende Öffentlichkeitsarbeit (Hinweise in der Fachpresse und auf Portalen) und über Informationen über Netzwerke (Pflegeternetzwerk-Deutschland) gewonnen. Durch das Vorgehen konnte nach Datenbereinigung eine Nettostichprobe von **n=2.124** in die Auswertung einbezogen werden.

Die Lehrenden und Pflegewissenschaftlerinnen sowie Pflegewissenschaftler wurden ebenso über Netzwerke der Pflegeschulen, Verbände der Lehrenden (BLGS) und Gremien (z.B. Dekanekonferenz Pflege) sowie über flankierende Öffentlichkeitsarbeit angesprochen und gewonnen. Durch das Vorgehen konnte nach Datenbereinigung eine Nettostichprobe von **n=1.213** in die Auswertung einbezogen werden.

### 1.2.3 Methode der Datenerhebung und Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die Befragungen wurden nach einer Entwicklung der Fragebögen (als Word-Dokument) und nach mehreren Abstimmungen im Konsortium technisch mittels Unipark als Online-Befragungen umgesetzt. Für die Konstruktion der Fragen wurden Erkenntnisse aus der Literaturanalyse und zentraler Projekte (z.B. „Mehr-Pflege-Kraft“ für Imagefragen und Wirkungen von Stereotypen) als Themenpools und zur Ideenentwicklung genutzt. Ergänzt wurde dies u.a. durch Diskussionen mit Studierenden der Pflegepädagogik und der angewandten Pflegewissenschaft (Lehrveranstaltungen an der katho NRW). Überwiegend wurden geschlossene Fragen verwendet und Ausprägungen zu vorformulierten Aussagen in Form von Likert-Skalierungen oder als semantische Differentiale erfasst. Bei den Likert-Skalierungen konnten zustimmende und ablehnende Aussagen zusammengefasst werden, bei den semantischen Differentialen konnten Mittelwerte der Ausprägungen genutzt werden, um die Ergebnisse zu verdeutlichen. Zu einzelnen Fragen wurden Mehrfachantworten verwendet, sodass Summenwerte der Nennungen ermittelt wurden, um z.B. „Hitlisten“ zu generieren.

### 1.2.4 Ethische Aspekte/ Datensicherheit

Eine Vulnerabilität im Rahmen der Befragung konnte für die Teilnehmenden nicht identifiziert werden, da die Gruppen im Kontext ihrer professionellen Arbeit zu Einschätzungen der eigenen Beruflichkeit aufgefordert wurden und personenspezifische individuelle Problemlagen nicht Gegenstand der Befragung waren. Die Fragen selbst wiesen dabei eine hohe Nähe zu Themen auf, die auch im Kontext von alltäglichen Gesprächen oder im disziplinären Austausch nicht unbekannt sind und daher kein erhöhtes Risiko beinhalten.

Zentral war die Berücksichtigung des Datenschutzes. Dazu wurden Informationen zu Beginn der Befragung vorangestellt (Aufklärung und Informationen zur Datenverarbeitung in Form eines Pop-Ups). Nur im Falle einer positiven und zustimmenden Bewertung (Pflichtfeld zur aktiven Teilnahme), wurde die Beantwortung der inhaltlichen Fragen zugelassen und der Fragebogen zur Beantwortung freigeschaltet. Dies wurde als informierte Zustimmung gewertet. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und in einer anonymisierten Form, sodass Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Einrichtungen nicht möglich waren oder sind. Die Befragung wurde zentral auf dem sicheren Portal von Unipark (<https>) durchgeführt. Die Datensicherung



erfolgte nach dem Datenexport auf dem zugangsgesicherten Server des DIP e.V./ (der DIP GmbH). Dieser ist in einem abgeschlossenen Serverraum in den Institutsräumen untergebracht und datengesichert. Ein Passwortschutz garantiert den Zugang ausschließlich für autorisiertes wissenschaftlich arbeitendes Personal.

#### 1.2.5 Durchführung der Datenerhebung

Die Befragung der Schülerinnen und Schüler erfolgte als erstes und bereits im Zeitraum vom 11.05.2021 bis 04.10.2021. Der Befragungszeitraum ergab sich aus der unterschiedlichen Ausbildungsgestaltung in den Pflegeschulen in NRW und den persönlichen Kontaktierungen zum Zeitpunkt der Kurse im 3. Ausbildungsjahr. Die Befragung der Pflegenden wurde zwischen dem 21.02.2022 und 23.04.2022 durchgeführt und die der Pflegelehrenden und Pflegewissenschaftlerinnen sowie -wissenschaftlern vom 12.01.2022 bis zum 23.04.2022.

#### 1.2.6 Datenbereinigung und Datenauswertung

Die Daten aus den Befragungen wurden als SPSS-Dateien exportiert und mit IBM SPSS Statistics 27.0 ausgewertet. Die Rohdaten repräsentierten die Bruttostichproben aller erfassten Eingaben. Leerdatensätze (z.B. im Rahmen einer ausschließlichen Sichtung der Fragen/ Impressions) oder unvollständige Datensätze (bei der Beantwortung einzelner Fragen und keiner zusammenhängenden Fragenblöcke oder zahlreicher fehlender soziodemografischer Grundinformationen) wurden aus der Befragung herausgenommen. Datensätze, die eine hohe inhaltliche Bearbeitung aufzeigten, aber zu einzelnen Fragen keine Antwort aufwiesen, wurden inkludiert, sodass sich das  $n=$  für einzelne Fragen in den Stichproben unterscheidet. Erwartungsgemäß nahm die Dichte des Antwortverhaltens mit der Dauer der Befragung in den jeweiligen Teilbefragungen ab. Die Datensätze wurden in Form einer vollständigen Sichtung darauf überprüft, ob automatisierte und nicht gerichtete Antwortverhalten zu beobachten sind (alle Fragen in eine Richtung kodiert). Auch hier erfolgte eine Herausnahme aus dem Datenpool.

Insgesamt wurden summiert aus allen Teilbefragungen 1.600 Datensätze der Bruttostichprobe exkludiert. 72,5% der Datensätze wurden in die endgültige Auswertung überführt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Veränderungen der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe für die Befragungen in die Teilstichproben:

Zielgruppe	Bruttostichprobe	Nettostichprobe
Schülerinnen und Schüler	1.179	872
Pflegende	3.044	2.124
Lehrende/ Pflegewissenschaftler*innen	1.586	1.213
<b>Gesamt</b>	<b>5.809</b>	<b>4.209</b>

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS 27.0 (z.B. im Rahmen von Subgruppenanalysen, Tabellendaten und deskriptiver Statistik). Die grafische Aufbereitung der Daten erfolgte mittels Microsoft 360 (Excel). Für Präsentationen der Ergebnisse wurde Microsoft 360 (Powerpoint) verwendet.

### 1.3 Zentrale Ergebnisse

Nachfolgend können nur zu einzelnen relevanten Aspekten exemplarische Ergebnisse vorgestellt werden, da die Datendichte und -breite sehr hoch ist. Fokussiert werden daher zusammenfassende Darlegungen und exemplarische Hinweise aus den Gegenüberstellungen und Subgruppenanalysen.

Im Modell der Kompetenzkommunikation werden sowohl Fragen des Berufsstolzes und der inhaltlichen Kommunikation über den Beruf sowie die Wechselwirkungen zwischen Berufsstolz und Berufsscham thematisiert. In den Befragungen wurden Perspektiven der „nach außen“ gerichteten Kommunikation (Selbstdarstellung und Kompetenzvermittlung) mit aufgenommen sowie ferner Fragen der Wahrnehmung der „von außen“ über die Pflege beobachteten Diskussionen (gesellschaftliche Wertschätzung). Ergänzt wurde dies u.a. (aufgrund der Aktualität der Thematik) auch bezüglich der coronaspezifischen Debatten über die Pflege und ihrer Wechselwirkungen auf das Berufsimage und Fragen des Erlebens.

### 1.3.1 Inhalte der beruflichen Kommunikation

Eine Fragestellung ist, wie Berufsinhalte vermittelt und nach außen hin kommuniziert werden. Eine Hypothese im Projekt war, dass in der Pflege die Gefahr einer Bagatellisierung und Trivialisierung besteht, wenn überwiegend eine verrichtungsbezogene Darstellung erfolgt, die weder den Kontext, noch die Situation der Versorgung mit einbezieht.

In der Ergebnissicherung konnte bei den Pflegenden festgestellt werden, dass diese in der Tendenz primär „Fallgeschichten“ nutzen, um über die Pflege zu berichten. Dieser Wert lag (auf einer Punkteskala von eins bis fünf [stimme gar nicht zu/ stimme voll zu]) auf einem Mittelwert von 3,99. Erst an der zweiten Stelle wurde angegeben, dass die Beschreibung von Tätigkeiten im Vordergrund steht (3,61). Hier ergaben sich keine substantziellen Abweichungen gegenüber dem Stellenwert der Beschreibung von Gefühlen (3,55), die die Arbeit begleiten oder der Darlegung von Tagesabläufen (3,50), nach denen sich die Arbeit strukturiert. Vielfach wird versucht, die Komplexität der Arbeit zu verdeutlichen (3,49). Pflegerische Konzepte werden vergleichsweise selten als Sprachmuster und Fachinhalte genutzt (2,60). Pflegende berichten insgesamt, dass es ihnen nicht schwerfällt, das eigene sprachliche Niveau dem Gegenüber anzupassen.

Bei den Auszubildenden sind es eher besondere erlebte Situationen, über die berichtet wird (72,6 % Zustimmung). Auch hier liegen die Tätigkeiten auf dem nachfolgenden Platz (54,2 % Zustimmung). Die Nutzung von Fallgeschichten schließt sich an (45,5 % Zustimmung). Auszubildende in der Stichprobe geben nur in geringen Graden an (15,1 %), dass sie sich schwertun, über das zu sprechen, was sie in der Pflege machen. Auch die Unsicherheit, die eigene Arbeit anderen gegenüber zu vermitteln, ist kein vorherrschendes Phänomen (17,6 %). Eine gezielte Schulung oder ein Aufgreifen der Thematik im Unterricht erleben die Auszubildenden bis zum dritten Ausbildungsjahr nur in einem geringen Maße (21,7 %).

In der Summe zeigt sich, dass sich die Ausgangsbefürchtung einer Tendenz zur Bagatellisierung und Trivialisierung nicht bestätigt und narrative Elemente höher bewertet werden als Tätigkeitorientierung. Dies kann in Schulungen weiter ausgebaut werden und ist zu bestärken.

Die Fremdbewertung (Zuschreibung) von Kommunikationsinhalten erfolgte bei Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen unter der Fragestellung: „Wenn pflegende Kolleg\*innen aus der direkten beruflichen Praxis über den Beruf sprechen, dann...“. Bei dieser Frage wurden Häufigkeitseinschätzungen (5er-Skalierung zwischen sehr selten und sehr oft) vorgenommen. Hier wurden weitere Kommunikationsinhalte mit aufgenommen und werden als bedeutend eingeschätzt, wie z.B., dass Pflegende häufig über Arbeitsbelastungen und Beanspruchungen berichten (Platz 1) und soziale Konflikte im Team/ in der interdisziplinären Arbeit thematisieren (Platz 3). Auch in der Fremdeinschätzung dominieren soziale Situationen (Platz 2), Fallgeschichten (Platz 4) und begleitende Gefühle (Platz 5) deutlich vor der Darlegung von Tätigkeiten oder Tagesabläufen. Auch Lehrende und Pflegewissenschaftler\*innen selbst nutzen stärker Fallgeschichten (vor Tätigkeiten) zur Beschreibung der Arbeit. Hier ist es eine Besonderheit, dass sie auch Wirkungen von Pflegeinterventionen und Auswirkungen der Pflegearbeit thematisieren.

### 1.3.2 Berufsstolz und Stolzerleben

Ein erster Hinweis auf Erfahrungen des Berufsstolzes findet sich in den Auswertungen der Auszubildenden. 52,9 % berichten, dass sie gerne über Pflege sprechen und ein ähnlich großer Anteil (50,2 %) berichtet gerne über die eigene Ausbildung.

Die eher ablehnenden Wertebereiche fallen mit 20,3 % und mit 20,9 % hier deutlich niedriger aus.

Die Pflegenden wurden zu konkreten Aussagen und Formen des Berufsstolzes und der Selbstwirksamkeit befragt. Der wichtige gesellschaftliche Beitrag der eigenen Arbeit (93,9 %) wird hier hervorgehoben und das Sinnerleben (92,4 %) wird sehr hoch bewertet. Auch die eigene Wirksamkeit („Ich sehe jeden Tag, dass ich mit meiner Arbeit für Andere etwas bewirken kann“) wird von 81,8 % voll zutreffend oder eher zutreffend gewertet. Der konkrete Berufsstolz („Ich bin stolz darauf, in der Pflege zu arbeiten.“) wird von 82,2 % der Pflegenden in der Stichprobe zustimmend beurteilt. Auch motivationale positive Einstellungen und persönliche Bereicherung durch den Beruf werden hoch zustimmend benannt.

Rahmenbedingungen der Umsetzung der Expertise und die Integration in die pflegerische Arbeit werden dabei als Limitierung erlebt und führen auch dazu, dass 71,9 % angeben, darunter zu leiden, dass sie das, was sie sich für die

Patient\*innen/Bewohner\*innen vorgenommen haben, nicht durchführen können. Dies führt auch zu einer pragmatischen Perspektive auf die Arbeit (In erster Linie schaue ich, dass alle Dinge, die am Tag/ in der Nacht zu erledigen sind, am Ende der Schicht auch getan wurden/ 92,9 %) und letztlich bei einer Vielzahl an Pflegenden zur Zustimmung, den anfänglichen Idealismus im Pflegeberuf mittlerweile eingebüßt zu haben (62,3 %). Hier ergeben sich Widersprüche zwischen einer praktischen „Ernüchterung“ und einer hohen Motivationseinschätzung, die in der pflegewissenschaftlichen Diskussion im Widerspruchserleben diskutiert werden und im Phänomen des „Coolout“ modellhaft beschrieben sind.

Eine direkte Berufsscham (Manchmal empfinde ich Scham dabei, wenn ich neue Menschen kennenlerne und gefragt werde, was ich beruflich mache.) ist kein vorherrschendes Gefühl und wird von 82,5 % in der vorliegenden Formulierung explizit abgelehnt.

Berufsstolz bzw. Stolzerleben kann in der Förderung an unterschiedlichen Faktoren festgemacht werden. Ein wichtiger Treiber ist dabei die Wahrnehmung der Expertise durch andere. So geben 81,4 Prozent an, dass sie Stolz erleben, wenn Kolleg\*innen sie bei pflegerischen Fragen um Rat fragen. Auch wirken sich die Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen auf das Stolzerleben aus, denn 80,8 % geben an, dass sie Stolzerfahrungen machen, wenn sie ihre Arbeit so, wie von ihnen geplant, auch umsetzen können. Stolz spielt auch bei den direkten Kontakten eine Rolle. So geben 79,4 % an, dass es sie stolz macht, wenn Patient\*innen oder Bewohner\*innen sich freuen, wenn sie zum Dienst kommen. Führungskräfte und ihr Verhalten sind ebenso (Platz 4) ein Treiber und produzieren Stolz. 78,7 % der Pflegenden attestieren positives Stolzerleben, wenn Leitungskräfte die berufliche Entwicklung fördern und damit Wertschätzung signalisieren. Ebenfalls unter den TOP 5 wird ausgeführt, dass Stolz gefördert wird, wenn die Kolleg\*innen den Umgang mit Patient\*innen oder Bewohner\*innen lobend erwähnen (78,1 %). Zahlreiche weitere förderliche Faktoren konnten identifiziert werden, die graduell jedoch geringer bedeutsam erscheinen. Von untergeordneter Bedeutung bezogen auf das eigene Stolzerleben bei den Pflegenden in der Stichprobe scheint dabei die Außenperspektive zu sein (*...wenn unsere Einrichtung durch eine Prüfung von außen (z.B. Medizinischer Dienst/QM-Audit) eine gute pflegerische Versorgung bescheinigt wird*). Hier sinkt der Wert der positiven

Ausprägungen auf 45,8 %, die dem eine hohe oder sehr hohe Bedeutung beim Stolzerleben beimessen.

### 1.3.3 Wahrnehmung der Pflege in der Öffentlichkeit

Die öffentliche Wahrnehmung der Pflege spielt in dem Modell der Kompetenzkommunikation eine bedeutende Rolle, denn sie wirkt sich wechselseitig auf die Pflege selbst, die gesellschaftliche Stellung der Pflege und damit mittelbar auch auf eine mögliche Personalgewinnung aus.

Im Rahmen der Befragungen wurden unterschiedliche Akteursgruppen zur Außenwahrnehmung auf den Beruf der Pflege in der von ihnen wahrgenommenen Öffentlichkeit befragt. Nur 19,8 % der Auszubildenden stimmt der Aussage tendenziell zustimmend zu, dass in der Öffentlichkeit ein realistisches Bild der Arbeit in der Pflege vermittelt wird. Unterschiede zwischen Altenpflegenden und Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegenden lassen sich hier nur graduell, aber nicht substantiell finden. Lehrende und Pflegewissenschaftler\*innen sehen hier ebenso keine Korrespondenz zwischen der öffentlichen Darstellung und dem eigenen Bild der Pflege. Lediglich 10,5 % stimmen dieser Aussage einer realitätsnahen Darstellung tendenziell zu. Die Aussage wird unter den beruflich Pflegenden noch kritischer bewertet. Hier sind es lediglich 9,9 %, die der Aussage noch zustimmen.

Übereinstimmend (in der Gesamtschau nur 12,2 % Zustimmung) kann damit eine Diskrepanz zwischen der Eigenwahrnehmung des Berufes und dem in der Öffentlichkeit transportierten Bild bezogen auf die Realitätsnähe festgestellt werden.

In allen Gruppen wird in der Gesamtschau der Antwortenden zu diesem Fragenkomplex<sup>1</sup> hervorgehoben, dass zu oft negativ über die Arbeit in der Pflege berichtet wird (z. B. Fehler und Skandale/ Arbeitsbelastung der Pflegenden [81,0%]), dass zu wenig bekannt ist, welche Karrierewege in der Pflege möglich sind (90,0 %) und zu selten über die Vielfalt der Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsfelder berichtet wird (z. B. Berufschancen/ Diversität der Arbeitsbereiche [93,7 %]).

---

<sup>1</sup> Anzahl der konkret Antwortenden auf die Einzelfragen zwischen 4.138 und 4.145

#### 1.3.4 Wahrnehmung der Pflege im Rahmen der Corona-Pandemie

Ein Spezifikum der öffentlichen Diskussion und Wahrnehmung sind die medialen Berichte und die in den Medien geführten Debatten rund um das Thema „Pflege in der Pandemie“. Aus Gründen der Aktualität wurde dieser spezifische Bereich in den Fragebögen der Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen und der Pflegenden integriert.

Die Debatten werden dabei überwiegend als nicht dienlich für die Pflege wahrgenommen. Tendenziell positiv fällt hier noch der Aspekt aus, dass 40,8 % angeben, dass die Debatten insgesamt zu einer Verbesserung des Verständnisses der Bedeutung der Pflege in der Gesellschaft geführt haben. Einen positiven Beitrag auf einen erlebten Berufsstolz aber sehen hier nur 22,4 %. Auch die Aussage, dass die Debatten dazu geführt haben, dass Pflege als spezialisierter Beruf mit breitem Wissen wahrgenommen wird, wird lediglich von 26,7 % zustimmend bewertet. Positive Aspekte, wie, dass die Debatten im Umfeld von Schüler\*innen / Studierenden zu einer Akzeptanzerhöhung der Pflegearbeit geführt haben, werden nur von 25,4 % der Pflegenden und Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen beobachtet.

Hier ergibt sich ein wesentlicher Unterschied in der Bewertung zwischen den beruflich Pflegenden, Lehrenden und den Schülerinnen und Schülern. Diese wurden befragt: *„Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf Ihre weitere berufliche Entscheidung und Planung genommen?“* Die Frage wurde bei den Schülerinnen und Schülern nicht direkt an die medialen Debatten oder medialen Berichte gekoppelt und ist daher genereller Natur. Die Daten und Einschätzungen sind somit zwischen den Gruppen nicht direkt vergleichbar. Dennoch kann beschrieben werden, dass 79 % angeben, dass für sie die Bedeutung des Berufs noch deutlicher wurde. 65,8 % beobachteten dabei, dass im Laufe der Corona Pandemie das Ansehen als Pflegekraft im nahen Umfeld (Familie/Freunde) gestiegen ist und 48,8 % beobachteten den Anstieg des Ansehens als Pflegekraft in der breiten Öffentlichkeit. 56 % beobachteten dabei auch bei sich selbst einen Anstieg des Selbstbewusstseins. 59,1 % gaben hier zustimmend an, dass sich der Stolz auf die Ausbildung und Arbeit in der Pflege erhöht hat. Demnach kann man zumindest für die Gruppe der Schülerinnen und Schüler von Effekten der Arbeit während der Corona-Pandemie ausgehen, die nicht nur negativ konnotiert sind.

### 1.3.5 Vertretung der Pflegenden in die Öffentlichkeit hinein

Angesichts der breiten Diskussionen zum Themenfeld und der medialen Berichte über Pflege schließt sich die Fragestellung an, wer in der öffentlichen Debatte Treiber eines Diskurses aus der Perspektive der unterschiedlichen Akteursgruppen sein sollte. Dazu wurden den Pflegenden sowie den Lehrenden und Pflegewissenschaftler\*innen Listen mit 15 möglichen Personengruppen vorgeschlagen, die sie im Rahmen eines Mehrfachantwortensets auswählen konnten.

Übereinstimmend wurden hier Pflegende, die selbst in der Praxis arbeiten, als Hauptgruppe identifiziert, die in den Diskurs einbezogen werden sollten und die stärker in der Öffentlichkeit vertreten sein sollten (88,6 %). In der Konkretisierung weiterer Gruppen aber differenzieren sich in der Gegenüberstellung die Einschätzungen der Pflegenden und der Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen aus. So befürworten alle Gruppen einheitlich hoch, dass Auszubildende mit einbezogen werden sollten; dies wird bei den Pflegenden jedoch tendenziell niedriger bewertet (61,1 %) als bei den Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen (70,1 %). Fachwissenschaftliche Vertreter\*innen werden bei den Pflegenden dafür seltener genannt (Listenplatz 5/ 37,2 %); bei den Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen selbst sind sie auf Platz drei (82,2 %). Auch die Lehrenden sehen sich hier in einer bedeutsameren Rolle, als diese ihnen seitens der Pflegenden zugesprochen wird.

Influencer\*innen der Pflege mit Reichweite werden von den Pflegenden auf dem Platz 7 geführt, bei den Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen liegen sie ebenfalls auf Platz 7 in der Liste.

Nachgeordnet werden können Vertreter\*innen von Gewerkschaften (19,3% / 17,4 %), Prominente, die selbst gepflegt haben (18,3 %/ 21,1 %), Vertreter\*innen von Patientenschutzorganisationen (18,0 %/ 21,8 %), Verbandsvertreter\*innen von Trägerorganisationen (16,4 %/ 20,5 %) oder pflegepolitische Sprecher\*innen der Parteien (15,9 %/ 25,0%).

### 1.3.6 Stereotypen und ihre Wirkungen auf Pflegende

Die öffentliche Debatte und das Bild der Pflege stimmen nicht immer mit dem Selbstbild der Pflegenden von sich oder ihrem Beruf überein. Gleiches gilt auch für Aussagen, die den Beruf betreffen. Nicht zuletzt zu der Frage, inwieweit der „Applaus vom Balkon“ eine positive Unterstützung gewesen ist und eine gesellschaftliche Wertschätzung



beinhaltete oder aber als eine „Placebo-Maßnahme“ wahrgenommen wurde, die auch gegenteilige Wirkungen haben könnte, können sicherlich als stark divergierende Positionen ausgemacht werden.

Die Befragten wurden mit 10 unterschiedlichen stereotypen Aussagen konfrontiert. Diese sollten sie auf einer 10-stufigen Skala zwischen den Polen „stark aufwertend“ und „stark entwertend“ bezüglich der Wirkung auf das Empfinden einstufen.

Von den 10 unterschiedlichen Aussagen konnten lediglich zwei identifiziert werden, die sich als eindeutig aufwertend und damit wertschätzend beschreiben lassen. Dies sind: „Pflege ist systemrelevant“ und „Für Pflege braucht man Kopf, Herz und Hand.“ Die erste Aussage steht exemplarisch für die Untermauerung der gesellschaftlichen Bedeutung der Pflege und wird daher positiv konnotiert. Die zweite Aussage steht für die Abkehr von einer Tätigkeitsorientierung und der Betonung eines komplexen Arbeitsfeldes, das nicht durch „mehr Hände“ reguliert und aufgewertet werden kann.

Zahlreiche andere Aspekte (z. B. Pflege ist mehr Berufung als Beruf/ Du arbeitest in der Pflege? Das könnte ich nicht! / Pflegende sind die Helden der Corona-Pandemie) wurden dabei tendenziell entwertend bis eher neutral gewertet.

Eindeutig negativ und damit stark entwertend wurden die Aussagen (Pflege ist etwas für Menschen mit einem Helfersyndrom/ Pflege ist überwiegend Hilfe beim Essen und Waschen) wahrgenommen, die einerseits die primäre Berufsmotivation (Sinnstiftung durch Aufnahme eines helfenden Berufs) pathologisieren und andererseits die Pflege als eine dequalifizierte Verrichtungsorientierung begreifen. Auch die Überbetonung des altruistischen Motivs (Pflege ist etwas für Menschen, die mehr für andere als sich selbst tun/ Pflege ist ein Dienen am Menschen/ Pflege ist mehr Berufung als Beruf) wirken abwertend und eher verstörend auf Pflegende. Gleiches gilt für „gut gemeinte“ Bekundungen und vermeintliche Aufwertungen (Pfleger sind kleine Ärztinnen und Ärzte). Unterschiede der Bewertungen zwischen Pflegenden oder Lehrenden/ Pflegewissenschaftler\*innen ergaben sich hierbei in graduellen Unterschieden. So werden nicht alle Aussagen von beiden Subgruppen gleichermaßen negativ oder positiv in der Ausprägung beschrieben, aber ein Wechsel (von einer negativen zu einer positiven Deutung) kann für keinen der benannten Aussagen wahrgenommen werden.

### 1.3.7 Maßnahmen, die sich positiv auf das Bild der Pflege auswirken

Als lösungsorientierte Fragestellung wurde in die Befragungen aufgenommen, was sich aus der Perspektive der Pflegenden/Lehrenden/Pflegewissenschaftler\*innen als **wirksame** Maßnahmen identifizieren lassen, die sich positiv auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Pflege auswirken und das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit positiv beeinflussen können.

Dominierend erscheint hier die Verbesserung der konkreten Versorgungssituation, sodass zusätzliche Zeit für Beratung, Angehörigenarbeit und Patient\*innenversorgung entsteht (94,4 %). Ebenso findet eine breite Zustimmung, die Pflege als berufliches Tun gesellschaftlich breiter und direkter sichtbar zu machen, z.B. im Rahmen von Schulgesundheitspflegenden oder auch Gesundheit als Unterrichtsfach an Schulen (86,1 %). Hinter dieser Idee steckt u.a. die Möglichkeit, positive Rollenbilder auch für jüngere Menschen zu schaffen, die ansonsten eher wenig oder keinen Kontakt zum professionellen Pflegesystem haben. Auch die Tarifstrukturen und deren Weiterentwicklung sind prominent eingeschätzt als wirksame Maßnahme. Hier wurden ein einheitlicher Tarif sowie eine finanzielle Aufwertung der Pflegearbeit insgesamt von 75,4 % als wirksam betrachtet. Von den neun benannten Maßnahmen, die zur Wirksamkeitseinschätzung vorgeschlagen wurden, wurden auf den hinteren drei Plätzen benannt: Pflegeinfluencer\*innen einzubinden (49,5 %), Fernsehspots und Kinospots zu entwickeln, die für den Pflegeberuf werben (33,3 %) sowie Posteraktionen in der Öffentlichkeit, die für den Pflegeberuf werben (25,0 %). Diese Maßnahmen, die oftmals über Kampagnen gesteuert werden, führen in der Beobachtung anscheinend eher nicht zu einer konkreten Veränderung der Situation und der positiveren Wahrnehmung.

## 1.4 Fazit der quantitativen Befragung und Nutzung im Projekt

Als zentrales Ergebnis kann für die Befragungen festgestellt werden, dass die Rückläufe der Befragung selbst bereits als Wertung verstanden werden können, dass die Thematik in der Berufsgruppe eine bedeutende Rolle spielt. Ebenso zeigen sie auf, dass die Inhalte der Befragungen und die Themenwahl offensichtlich als ansprechend wahrgenommen wurden. Die Anzahl der Rückmeldungen übertraf die Erwartungen deutlich und erlauben einen fundierten Ein- und Überblick, auch wenn es sich nicht um repräsentative Stichproben handelt. Die Wahrscheinlichkeit von systematischen

Datenverzerrungen im Antwortverhalten kann angesichts der Anzahl in den jeweiligen Stichproben als gering eingeschätzt werden.

Bezogen auf konkrete Inhalte kann die Wirkung von Stereotypen erstmals quantifiziert werden. Hier erscheint bedeutsam, dass selbst „gut gemeinte“ und vielfach öffentlich geäußerte Aussagen, wie dass Pflegende die „Helden der Corona-Pandemie“ seien, von Pflegenden selbst eher kritisch reflektiert und nicht als Aufwertung verstanden werden. Der neutralere und fachlich orientiertere Begriff der „Systemrelevanz“ hingegen löst positive Empfindungen aus; gleiches gilt für Aussagen, in denen nicht nur die Gefühlsarbeit oder ein „Beistehen“ aufgenommen werden (Pflege mit Herz), sondern zugleich auch analytische Anteile und fachpraktische Fähigkeiten mit einbezogen werden („Kopf, Herz und Hand“). Das Bild, das Pflegende von sich und ihrem Beruf haben, entspricht dabei nicht dem, was die Teilnehmenden der Befragung als realistisch betrachten. Hier fehlen ihnen insbesondere positive Perspektiven auf den Beruf, wie die Breite der Handlungsfelder oder aber auch Karrierewege in der Pflege.

Bezogen auf das Modell können wesentliche Einflussdeterminanten, wie die soziale Wertschätzung und der Berufsstolz datenbezogen weiter untermauert werden. Hinweise können gegeben werden, was als wirksame Maßnahmen der Steigerung der gesellschaftlichen Wahrnehmung durch Pflegende selbst als wirksam eingeschätzt wird. Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden, dass die verwendete Sprachlichkeit der Pflegenden selbst mehr Komponenten beinhaltet als die Darlegung der Tätigkeiten oder der Tagesabläufe. „Storytelling“, Fallgeschichten und die Darlegung von besonderen Situationen (Schüler\*innen) sowie begleitende Gefühle finden sich ebenso wieder wie Überlegungen, die Komplexität der Pflege zu vermitteln. Schüler\*innen und Pflegende berichten nur in begrenzter Ausprägung, dass sie Schwierigkeiten haben, anderen (Außenstehenden) gegenüber ihr Tun und Handeln zu beschreiben; Pflegende fühlen sich überwiegend sicher bezüglich eines Wechsels der Sprachniveaus mit der jeweiligen Anpassung an das Gegenüber. Dennoch kann z.B. bei den Schüler\*innen wahrgenommen werden, dass eine zielgerichtete Kommunikation, sowie die Frage der kommunikativen Vermittlung auf den unterschiedlichen Ebenen und den unterschiedlichen Abstraktionsgraden bislang nicht oder überwiegend nicht Teil der Vermittlung im unterrichtlichen Geschehen ist.

## Teil 2: Qualitative Befragungen (Fokusgruppen)

### 2.1 Zielstellung und Hintergrund

Die im Rahmen des Projektes „ProWert“ (2010) transkribierten narrativen Interviews wurden, wie im Angebot vorgesehen, durch die Frankfurt UAS einer Sekundäranalyse unterzogen. Hierbei lag der Fokus auf der Identifikation von Sequenzen/Zitaten, die Beschreibungen der Interviewpartner\*innen zu (ihren) pflegerischen Kompetenzen beinhalten. Ziel der daran anschließenden qualitativen Befragungen (Fokusgruppeninterviews) war es, diese häufig banalisierenden sowie alltagssprachlich gewählten Formulierungen Personen mit einer erweiterten Sprachkompetenz zur Diskussion zu stellen, zu erweitern und somit ein Stück weit zu operationalisieren (Angebot der Projektnehmer\*innen, 5 f.). Auf Basis der hieraus abgeleiteten Erkenntnisse ist in einem Folgeschritt zu prüfen, ob ausgewählte Kompetenzbeschreibungen beispielsweise als Stimulus im Sinne einer „gelungenen vs. gescheiterten“ sprachlichen Darstellung pflegerischer Handlung in Übungen der Schulung eingebettet werden können.

### 2.2 Methodisches Vorgehen

Als zentrale Datenerhebungsmethode wurden analog zum Angebot, Fokusgruppen zur Diskussion sowie Erweiterung der Erkenntnisse aus der Sekundäranalyse durchgeführt.

Das konkrete methodische Vorgehen, die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie die Durchführung der Fokusgruppen werden in den folgenden Abschnitten nähergehend dargelegt. Da die Ergebnisse der Sekundäranalyse eine zentrale Grundlage zur Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Durchführung der Fokusgruppen bildeten, werden diese in den Kapiteln nachgelagert aufgegriffen (Abschnitt 2.2.4).

Zudem gilt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sich das Forschungsdesign, die Datenerhebung und -auswertung weitestgehend an der im Ergebnisbericht zu AP 3 dargelegten Vorgehensweise orientierte.

#### 2.2.1 Forschungsdesign

Als zentrale Methode der Datenerhebung wurde die Fokusgruppe gewählt, da sie sich besonders gut eignet, um Erfahrungs- und Handlungswissen ausgewählter Personen zu einem Themenbereich zu generieren (Lamnek & Krell 2010, 384 f.). Zudem trug die

Anwendung eines vorab entwickelten Leitfadens dazu bei, die Gesprächsinhalte und deren Abfolge zu strukturieren (ebd., 388).

Den beiden Fokusgruppen wurde ein Erzählstimulus (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, 137) in Form einer offenen Eingangsfrage angeboten, die zunächst zu einer Art Selbstreflexion in Bezug auf die eigene Versprachlichung des pflegerischen Handelns anregte, um im Weiteren eine tiefergehende Diskussion zu ausgewählten Kompetenzbeschreibungen aus der Sekundäranalyse anzuregen, die in einen Austausch zu Ideen zur Umsetzung einer gelingenden Kompetenzkommunikation mündete. Die Methode der Fokusgruppe ist nach Flick (2010) als eine Simulation von Alltagsdiskursen und Unterhaltungen zu verstehen, und lässt innerhalb der Gruppe eine vielschichtige Auseinandersetzung mit dem Thema entstehen. Diese alltagsähnliche Kommunikationssituation führte letztlich zu einer offenen und kontrovers geführten Diskussion, die sich auch nochmals sehr eindrucksvoll in der Ergebnisdarstellung abbildet (Abschnitt 2.3).

Die Datenauswertung erfolgte in einem deduktiven als auch induktiven Vorgehen in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (u.a. 2008).

### 2.2.2 Rekrutierung der Teilnehmenden und Beschreibung der Stichprobe

Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde auf eine homogene Verteilung von Qualifizierung bzw. Tätigkeitsfeld geachtet. Für die erste Fokusgruppe wurden Studierende des Masterstudiengangs Advanced Practice Nursing (APN) gewählt (3. Semester), für die zweite Praxisanleiter\*innen eines Krankenhauses:

	Datum der Datenerhebung	Anzahl der Teilnehmenden
<b>Fokusgruppe 1:</b> Studierende im, APN Advanced Practice Nursing 3. Semester (Frankfurt UAS)	17.05.2021	n=8
<b>Fokusgruppe 2:</b> Praxisanleiter*innen eines Krankenhauses	22.03.2022	n=5
		<b>Stichprobengröße gesamt:</b> n=13

Der Zugang zu den Studierenden wurde über eine im Studiengang lehrende Person hergestellt. Für die Fokusgruppe mit den Praxisanleiter\*innen, wurde ein bestehender Kontakt zu einem mit der Frankfurt UAS kooperierendem Krankenhaus genutzt. Die Einladung zur Fokusgruppe sowie ein Informationsblatt inkl. Einwilligungserklärung wurde vorab per E-Mail versendet. Die so gewonnenen Daten bilden, wie für qualitative Forschungsergebnisse üblich, die Haltungen und Meinungen der befragten Personengruppen ab und geben Hinweise auf die Beschaffenheit eines Phänomens.

### 2.2.3 Methode und Durchführung der Datenerhebung

Die via Zoom durchgeführten Fokusgruppen orientierten sich im Ablauf, an den von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014, 74) dargelegten Schritten. Zu Beginn wurde der Ablauf erläutert und eine kurze Einführung in das Projekt KoWeP gegeben. Es folgte eine datenschutzrechtliche Aufklärung mit der Möglichkeit, offene Fragen zu stellen. Die Aufzeichnung der Fokusgruppen erfolgte in Bild und Ton über eine entsprechende Funktion in Zoom.

Die Zielsetzung bei der Durchführung der Fokusgruppen, lag zum einen auf der Wirkung von Kommunikationsstilen und -inhalten in Bezug auf die Berufsdarstellung. Zum anderen wurden Kompetenzbeschreibungen, die aus der Sekundäranalyse wie sie im folgenden Punkt 2.2.4 beschrieben werden, den Teilnehmenden zur Diskussion gestellt.

### 2.2.4 Entwicklung der Erhebungsinstrumente auf Basis der Erkenntnisse aus der Sekundäranalyse

Wie bereits einleitend dargelegt, wurden die Erhebungsinstrumente für die Fokusgruppeninterviews auf Basis der Erkenntnisse einer Sekundäranalyse entwickelt. Konkret wurden hierbei die im Rahmen des Projektes „ProWert“ transkribierten narrativen Interviews durch das Projektteam an der Frankfurt UAS unter dem Fokus der verwendeten Kompetenzbeschreibungen analysiert, um diese im Rahmen der in Arbeitspaket 4 eingebetteten Fokusgruppen zur Diskussion zu stellen (Angebot der Projektnehmer\*innen, 5 f.).

In den folgenden Abschnitten werden die Vorgehensweise und zentralen Ergebnisse der Sekundäranalyse nähergehend dargelegt und hieran anknüpfend die Entwicklung und der Aufbau der Erhebungsinstrumente beschrieben.

## Durchführung und zentrale Erkenntnisse der Sekundärauswertung

Die Sekundäranalyse wurde durch das KoWeP-Projektteam der Frankfurt UAS durchgeführt. Insgesamt wurden 31 Transkripte narrativer Interviews vor dem Hintergrund der folgenden forschungsleitenden Fragestellung ausgewertet:

*Welche pflegerischen Kompetenzen, Aufgaben und Tätigkeitsbereiche werden von den interviewten Pflegefachpersonen im Rahmen der Interviews thematisiert und wie werden diese versprachlicht?*

Analog dieser leitenden Fragestellung wurden alle Sequenzen in die Analyse einbezogen, die einen Rückschluss auf pflegerische Kompetenzen, Aufgaben und Tätigkeitsbereiche zuließen (inkl. Negationen sowie Berufsvorstellungen, -bilder und -wünsche). Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (u.a. 2008), im Zuge dessen sowohl im deduktiven als auch induktiven Vorgehen Ober- sowie Unterkategorien gebildet und im weiteren Schritt interviewübergreifend in den drei übergeordneten Themenbereichen „grundlegende pflegerische Befähigungen“, „Transfer“ und „Fertigkeiten“ zusammengeführt wurden (vgl. auch grafische Aufbereitung in der untenstehenden Abbildung). Weiterhin wurden erste Impulse zur Durchführung der Fokusgruppen gesammelt, indem beispielsweise Formulierungen und Begrifflichkeiten identifiziert wurden, die ein vereinfachtes Bild pflegerischer Tätigkeit suggerieren. Da Pflegende aus unterschiedlichen pflegerischen Settings interviewt wurden (ambulante Pflege, stationäre Altenpflege und Krankenpflege), zeichnete sich im Ergebnis ein breites Spektrum an Themenbereichen und Ausprägungen ab. Um diese Komplexität optimal und übersichtlich abbilden zu können, wurde als grafische Darstellungsform die „Wortwolke“ gewählt, die zu den Themenbereichen „Interdisziplinäre Kompetenz“, „Psychosoziale Begleitung“, „Selbstwahrnehmung/Auftreten (als Personale Kompetenz)“ und „Sicherheits- und Beziehungsarbeit“ erstellt wurde. Die Wortwolken sind dem Ergebnisbericht als Anlage beigefügt.

Auf Basis der Wortwolken wurde im nächsten Schritt die untenstehende, übergreifende Grafik mit den identifizierten pflegerisch-fachlichen Kompetenzen entwickelt. Wie in der Grafik dargestellt, lassen sich die Kompetenzen in grundlegende Befähigungen ausdifferenzieren, die sich in der situationsspezifischen Umsetzung wiederum in Form von Fertigkeiten, Tätigkeitsbereichen und Aufgaben zeigen. Zudem symbolisiert der in

Richtung der Fertigkeiten zeigende Pfeil, dass die Umsetzung/Performanz sowohl Flexibilität als auch die Übernahme von Verantwortung sowie ein hohes Maß an Selbstständigkeit von den Pflegenden abverlangt. Als übergeordnete Rahmen bzw. übergreifende Kompetenzen wurden das Monitoring/die Krankenbeobachtung sowie die Beratung/Information/(psychoziale) Beratung/Anleitung und das Coaching gesetzt und eine Wechselwirkung zur Menschenkenntnis sowie zum Erfahrungswissen dargestellt, die einerseits bedeutsame Grundlagen zur Ausübung pflegerischer Handlung darstellen, andererseits auch erst durch die unmittelbare pflegerische Tätigkeit ausgeprägt werden. Weiterhin wurden die dargestellten Fertigkeiten durch rot und kursiv dargestellte Zitate aus den narrativen Interviews unterlegt, die zugleich eine zentrale Grundlage für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Durchführung der Fokusgruppeninterviews in Arbeitspaket 4 bildeten und im Zuge dessen in Form von vereinfachten sprachlichen Darstellungsformen pflegerischer Tätigkeit exemplarisch zur Diskussion angeboten wurden, beispielsweise der Ausdruck „Wir machen Alles vom Guten Morgen bis Guten Appetit“.

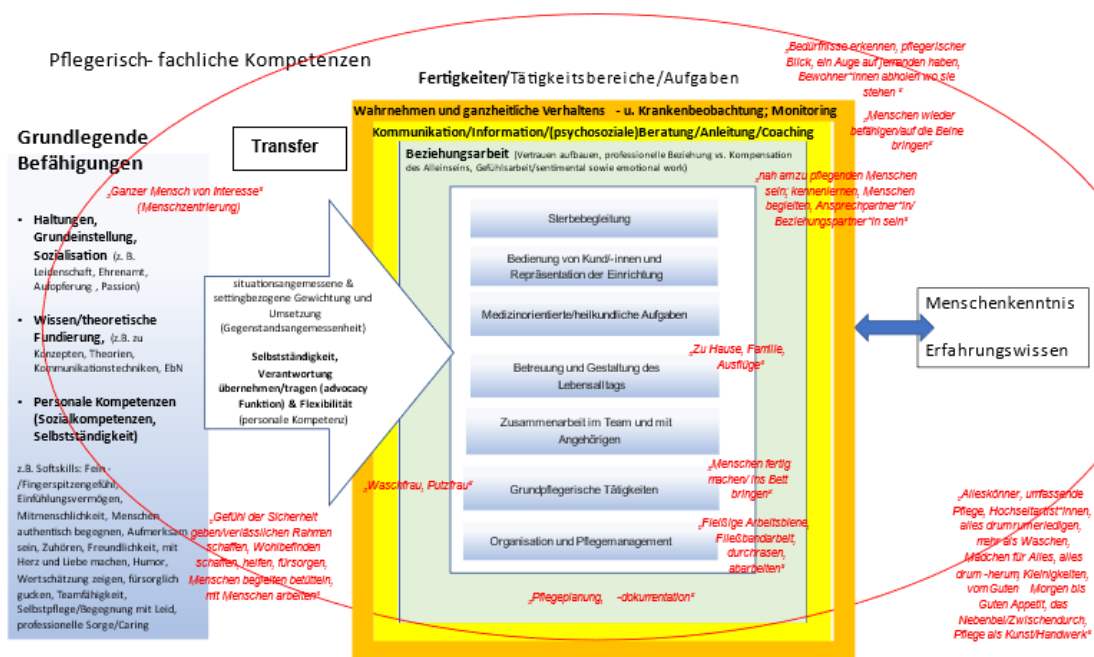


Abb1: pflegefachliche Kompetenzen

## Entwicklung der Erhebungsinstrumente der qualitativen Befragungen AP4

Wie bereits einleitend dargelegt war es Ziel der Fokusgruppen, im Zuge der Sekundäranalyse identifizierte vereinfachende sprachliche Darstellungen



pflegerischer Tätigkeit zur Diskussion zu stellen und unter Beteiligung von Personen mit einer erweiterten Sprachkompetenz zu operationalisieren. Somit sollten insbesondere ausgeblendete komplexe pflegerische Kompetenzen in eine Sprache überführt und somit sichtbar gemacht werden. Auf Basis dieser zu generierenden kompetenzorientierten Formulierungen war es weiterhin Ziel, Anregungen für die Schulungen zur Förderung der Kompetenzkommunikation zu gewinnen und diese beispielsweise in Form einer Sensibilisierung oder eines Stimulus didaktisch aufzubereiten und in Übungsaufgaben zu integrieren. Hierzu wurde wie in Abschnitt 2.2.2 beschrieben je eine Fokusgruppe mit Masterstudierenden sowie mit Praxisanleiter\*innen aus dem Setting der Krankenpflege durchgeführt. Zur Unterstützung der Diskussionsrunden wurden analog zur Vorgehensweise aus Arbeitspaket 3 Leitfragenkataloge entwickelt und die Kompetenzbeschreibungen analog zu den befragten Zielgruppen inhaltlich leicht modifiziert. Zudem wurden die Praxisanleitenden dazu angeregt ihre Erfahrungen mit Berufseinsteiger\*innen einzubringen und einen möglichen Unterschied zwischen erlernten und in der Berufspraxis umsetzbaren Kompetenzen bzw. die in diesem Zusammenhang erlebte Deformation herauszustellen. Der Ablauf der Fokusgruppen orientierte sich an den von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014, 74) dargelegten Schritten.

Einleitend wurden die Teilnehmenden im Sinne einer Selbstreflexion zunächst gebeten darüber in den Austausch zu kommen, wie sie selbst ihre berufliche Tätigkeit anderen Menschen gegenüber kommunizieren. Ziel war es somit, möglichst komplexe und kompetenzorientierte Formulierungen zu gewinnen, ohne durch Zitate aus der Sekundäranalyse thematische Schwerpunktsetzungen vorzugeben. Daran anschließend wurden weiterführende Fragen gestellt, im Zuge dessen die zielgruppenorientierte Kommunikation fokussiert und Anregungen zur Verbesserung der Kompetenzkommunikation erfragt wurden. Zudem wurden erste, in einer banalisierten Form versprachlichte Kompetenzbeschreibungen aus der Sekundäranalyse zur Diskussion gestellt:

Eingangsfrage/Stimulus

**Sicher wurden Sie des Öfteren darauf angesprochen, was Sie beruflich machen. Wenn Sie an diese Gesprächssituationen zurückdenken: Was haben Sie hierzu erzählt?**

Weiterführende Fragen:

- Bestand ein Unterschied in Ihrer Erzählung in Bezug auf Ihre berufliche Tätigkeit in Abhängigkeit dazu mit wem Sie gesprochen haben (bspw. Freunden, Kolleg\*innen, anderen Berufsgruppen, sonstige Personen)? Und wenn ja, worin bestand der Unterschied?
- Sie haben die folgenden Ausdrucksweisen im Rahmen Ihrer pflegerischen Tätigkeit bestimmt auch schon gehört: „Mädchen für Alles Sein“ - Wir machen „Alles“ vom „Guten Morgen bis Guten Appetit“. Was genau ist damit gemeint und was ist aus Ihrer Sicht die Kernkompetenz von Pflege. Wie versprachlichen/beschreiben Sie diese?
- Wie werden Kernkompetenzen in ihrem beruflichen Umfeld von Kolleg\*innen versprachlicht?
- Was müssten Pflegende für die Versprachlichung der Kernkompetenzen lernen? Was unterstützt Sie bei der Versprachlichung bzw. was würde Sie hierbei unterstützen oder hat Sie bereits dabei unterstützt?

Zusätzliche Frage für Praxisanleitende:

Besteht Ihren Erfahrungen zufolge ein Unterschied in der Versprachlichung der Kompetenzen zwischen Personen, die neu in den Beruf kommen/gekomen sind (Auszubildende, Studierende) und Personen, die schon lange in dem Beruf arbeiten? Wenn ja, inwiefern? Welche konkreten Beispiele können Sie hierfür einbringen?

Anschließend an diesen einführenden Block wurden weitere Kompetenzbeschreibungen zur Diskussion angeboten:

Auf Basis der narrativen Interviews haben wir im Zuge einer Sekundäranalyse folgende Zitate der interviewten Pflegefachpersonen zusammengestellt, die auf eine banalisierende Versprachlichung pflegerischer Kompetenzen bzw. fehlende Sprache hinweisen. Diese möchten wir Ihnen gerne zur Diskussion stellen:

Kompetenzbeschreibungen für Masterstudierende:

- a) **Beziehungsarbeit und Beziehungspflege** leisten, Ansprechpartner\*in/Beziehungspartner\*in für zu pflegende Menschen sein, den Bewohner\*innen nahe sein, als Pflegefachperson da zu sein, Fingerspitzengefühl haben, Menschen begleiten, auf professioneller Ebene zu Freund\*innen werden – was genau ist das? Welche Kompetenzen sind hierfür notwendig und wie könnten diese adäquat versprachlicht werden?
- b) Der **pflegerische Blick, ein Auge auf Bewohner/-innen** haben, Bewohner\*innen abholen, wo sie sind, **Bedürfnisse erkennen** – was genau ist das? *Welche Kompetenzen sind hierfür notwendig und wie könnten diese adäquat versprachlicht werden?*
- c) Die **Begegnung mit Leid wird von Menschen**, die nicht im pflegerischen Setting tätig sind mit „Das könnte ich nicht“ kommentiert – was aber macht die Begegnung mit Leid im pflegerischen Setting Ihrer Meinung nach aus? Welche Kompetenzen sind hierfür notwendig und wie könnten diese adäquat versprachlicht werden?

Kompetenzbeschreibungen für Praxisanleitende:

- a) „**Menschen fertig machen/ins Bett bringen**“ und „**Mädchen für alles**“. Welche Kompetenzen sind hierfür notwendig und wie könnten diese adäquat versprachlicht werden?

### 2.2.5 Ethische Aspekte

An dieser Stelle gilt darauf hinzuweisen, dass die folgenden Absätze aus dem Ergebnisbericht Arbeitspaket 3 übernommen wurden, da die gleichen ethischen Aspekte zugrunde gelegt und auch die bereits entwickelten datenschutzrechtlichen Dokumente in einer, passend zum Forschungsstand leicht modifizierten Form, verwendet wurden.

So wurden bei der Durchführung der Befragungen wie im Ergebnisbericht zu Arbeitspaket 3 beschrieben, entsprechend des Ethikkodexes Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016) die Prinzipien des informed consent berücksichtigt. Die datenschutzrechtliche Aufklärung erfolgte der Befragung vorgeschaltet, in Form eines Informationsschreibens inkl. Einwilligungserklärung. Zudem wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit eröffnet bei potenziellen Rückfragen mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Projektes Kontakt aufzunehmen. Weiterhin wurden unmittelbar vor der Befragung zentrale datenschutzrechtliche Aspekte nochmals in mündlicher Form erläutert. Die Teilnehmenden wurden im Zuge dessen informiert, dass:

- Das Gespräch in Zoom aufgenommen (Ton), pseudonymisiert transkribiert, auf passwortgeschützten Computern gespeichert, verarbeitet und die Aufnahme anschließend gelöscht wird.
- Die Löschung aller Daten in zehn Jahren vorgesehen ist.
- Die Teilnahme freiwillig ist, jederzeit ohne Angabe von Gründen auch nachträglich beendet werden kann (Möglichkeit des Widerrufs) und hierdurch keine Nachteile entstehen.
- Die Teilnahme an der Diskussion höchstwahrscheinlich keinen persönlichen Nutzen haben wird, die Einschätzung und Expertise der Teilnehmenden jedoch in die Entwicklung eines Schulungskonzeptes einfließen wird, um die Kompetenzkommunikation von Pflegefachpersonen zu fördern.

- Keinerlei Risiken durch die Teilnahme an der Diskussion entstehen, lediglich die Teilnahme an der Diskussion und Erstellung der Ergebnisprotokolle als etwas zeitaufwändig empfunden werden kann.
- Die Einwilligungserklärung unabhängig von weiteren Daten der Teilnehmenden aufbewahrt wird, sodass keine Zuordnung erfolgen kann.
- Die Aussagen nicht explizit einzelnen Personen zugeordnet werden können, sondern lediglich als Gesamtdiskussionsprozess der Gruppe ausgewiesen werden.
- Personenbezogene Daten, die in Papierform vorliegen, in entsprechenden Stahlschränken abgeschlossen aufbewahrt werden.
- Die Verarbeitung und Nutzung der Daten aus der Diskussion sowie der Ergebnisprotokolle durch die am Projekt beteiligten Personen erfolgt, die zur vertraulichen Behandlung der Informationen und zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichtet sind. Eine darüberhinausgehende Offenlegung oder Weitergabe der Daten an Dritte nicht stattfindet.
- Die Ergebnisse im Rahmen von nationalen wie internationalen Fachpublikationen, Kongressen sowie Lehrveranstaltungen vorgestellt und veröffentlicht werden.

Den Teilnehmenden wurden außerdem Kontaktdaten einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin ausgehändigt und die Möglichkeit gegeben, ihre E-Mailadresse anzugeben, wenn sie an weiteren Informationen zum Projekt KoWeP sowie den Ergebnissen der Befragungen interessiert sind.

#### 2.2.6 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Die Audioaufzeichnungen wurden mit dem Software Programm „f4“ nach dem Standard einfacher Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2013, 17 ff.) verschriftlicht. In diesem Schritt erfolgte ebenfalls die Pseudonymisierung, im Zuge dessen wurde für jede Fokusgruppe ein Code vergeben sowie Zeilennummern hinzugefügt, um die Textstellen nach Abschluss der Auswertung zuordnen zu können.

Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (u.a.2008). Das Kategoriensystems orientiert sich an dem erstellten Leitfaden des Fokusgruppeninterviews.

Zur Entwicklung des Kategoriensystems wurden zunächst, aus den Fragen des in 2.2.4 beschriebenen Leitfadens, deduktiv Hauptkategorien gebildet. Die Subkategorien wurden induktiv aus dem Datenmaterial heraus abgeleitet und in einer Auswertungstabelle mit Ausführungen zur Kategorie dokumentiert. Die Kategorien wurden mit Ankerzitate belegt. Eine exemplarische Darstellung der Systematik findet sich in nachfolgender Tabelle.

<b>deduktive Kategorien (analog zur Frage)</b>	<b>Sub-kategorie</b>	<b>Ausführungen zur Kategorie</b>	<b>Mögliche Ankerzitate/Kompetenz beschreibungen für Schulungen</b>
Berufsdarstellung	Abgrenzung zur Berufsbezeichnung „Schwester“	Die frühere Berufsbezeichnung der Krankenschwester hält sich in der Berufsgruppe selbst sowie in der Gesellschaft	„Mir fällt vor allem auch auf, dass ich ganz besonderen Wert darauf lege, Pflege, oder es irgendetwas anders zu nennen, das eben nicht Schwester, oder diesen Begriff Schwester beinhaltet. Da bin ich nämlich wahnsinnig, wahnsinnig aggressiv.“

Den Impulsen in den Fokusgruppen entsprechend, wurden folgende Hauptkategorien mit Subkategorien formuliert:

- Berufsdarstellung
- Versprachlichung unterstützen
- Kompetenzen von Berufseinsteigern
- Kompetenzbeschreibung

Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Tabelle das entwickelte Kategoriensystem.


















Hauptkategorie		Subkategorie
Berufsdarstellung	        	Berufsbezeichnung „Schwester“ Ansprache mit dem Vornamen Berufsbild in der Gesellschaft Abgrenzung zur Laienpflege Pflegerisches Handeln Verwendung von Fachsprache Professionalisierung Stolz auf den Beruf Aufwertung des Berufes
Kompetenzbeschreibungen	   	Geringe Wertschätzung Kollegialer Slang / Doppeldeutigkeit Empathie Nähe / Distanz
Kompetenzen von Berufseinsteigern		Vorbildfunktion
Versprachlichung unterstützen	  	Gemeinsamer Austausch Unterstützendes Lehrmaterial Selbstreflexion

Tabelle 1: Kategoriensystem

### 2.3 Zentrale Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden zentrale Erkenntnisse aus den Fokusgruppen dargestellt. Die abgeleiteten Subkategorien sind in der Ergebnisdarstellung schwarz hervorgehoben, erörtert und mit Ankerziten belegt. Es werden sowohl Aussagen der Studierenden des Studiengangs APN als auch der Praxisanleiter\*innen aus einem

Krankenhaus aufgegriffen, zueinander in Bezug gesetzt sowie kontrastierend gegenübergestellt.

### 2.3.1 Versprachlichung der eigenen pflegeberuflichen Tätigkeit

Die Fokusgruppen wurden mit der einleitenden Frage begonnen, wie die Teilnehmenden ihren pflegerischen Beruf und damit auch ihre pflegeberuflichen Kompetenzen anderen Menschen gegenüber darstellen bzw. versprachlichen.

Hierbei wurde deutlich, dass die Versprachlichung des Berufes und damit verbundener Kompetenzen für die APN Student\*innen sowie Praxisanleiter\*innen konterkariert wird durch die **Berufsbezeichnung bzw. Anrede als „Schwester“**, die zunächst keine Kompetenzen erkennen lässt. So wurde von den Teilnehmenden dargelegt, dass die Berufsbezeichnung der „Krankenschwester“ zwar im Jahr 2004 durch „Gesundheits- und Krankenpfleger\*in“ abgelöst wurde, sich aber die Bezeichnung „Schwester“ in der Berufsgruppe der Pflegenden und im Gesundheitsbereich insgesamt bis heute beständig hält. Als weitere Dimension wurde die Anrede als „Schwester“ kombiniert mit dem Vornamen als **Ansprache mit dem Vornamen** herausgearbeitet, da dieser Aspekt von den Studierenden der Fokusgruppe kontrovers diskutiert wurde. Die Kombination von „Schwester mit Vornamen“ wird von den Befragten als asymmetrisch in der Begegnung dargestellt, was für die Pflegebeziehung von Vorteil, für andere Kontakte aber als Nachteil gesehen wird. Die Vorstellung sowie Ansprache mit dem Vornamen steht für einen Beziehungsaufbau zu den Patienten, der in der Pflege eine zentrale Rolle spielt. Gerade bei Menschen, die sich in einer gesundheitlich kritischen Situation befinden, ist die Herstellung von Vertrauen ein elementarer Bestandteil pflegerischer Arbeit. Dieses Vertrauen wird in Verbindung gebracht mit der Nutzung des Vornamens und damit der Herstellung einer asymmetrischen Beziehung, in der die Pflegeperson mit Vornamen angesprochen wird, der Patient und die Patientin aber mit Nachnamen. In Abgrenzung zu anderen Berufsfeldern im Gesundheitswesen ist es jedoch auffällig, dass überwiegend Pflegendе diese Form der Beziehungsgestaltung nutzen, und eine Ansprache mit dem Vornamen in anderen Berufsgruppen als unüblich beschrieben wurde:

*„Es ist einfach nicht mehr situationsadäquat, wenn man sich im Krankenhaus umschaуt, ohne das jetzt unbedingt anstreben zu wollen, aber der Hol- und Bringdienst trägt den Nachnamen auf der Plakette und die Pflege trägt den Vornamen auf der Plakette.“*

Bei den Praxisanleiter\*innen stellt sich ein vergleichbares Bild dar. Zudem schilderten sie Gesprächssituationen mit Freund\*innen und Familie, in denen sie mit Zuschreibungen von Tätigkeiten, die nicht der Realität entsprechen bis hin zu abwertendem Verhalten konfrontiert wurden:

*„ich glaube so, dass das so seit Jahren einfach in Deutschland nicht so ein angesehen Beruf ist und einfach die Leute diese allgemeine Meinung haben, bist ja nur eine Krankenschwester, hier jetzt komm mal bei, also man wird so auch nicht mit Respekt behandelt teilweise und das ist schon frustrierend.“*

Diese Erfahrungen werden u.a. darauf zurückgeführt, dass Pflege im Allgemeinen in Deutschland kein angesehen Beruf ist, und auch das **Berufsbild in der Gesellschaft** schlecht ist. Dies ist möglicherweise auf den Status „Ausbildungsberuf“ zurückzuführen („vielleicht weil es halt nur eine Ausbildung ist“) und eine akademische Primärqualifizierung zum einen erst seit dem neuen Pflegeberufgesetz (2020) möglich, zum anderen in der Gesellschaft wenig bekannt ist.

Die Studierendengruppe äußerte in Bezug auf das entgegengebrachte Interesse des Gegenübers bei der Frage nach dem Beruf, dass eine **Aufwertung des Berufes** erst erlebt wird, wenn medizinisch-technische Handlungen thematisiert werden und deutlich wird, dass es sich nicht um eine Tätigkeit im Setting der Altenpflege handelt, sondern um die Arbeitsfelder Intensiv, Anästhesie oder die Tätigkeit als Fachpflegekraft im Operationsdienst. Im Weiteren beschreiben die Teilnehmenden, häufig mit Vorannahmen ihrer Gesprächspartner\*innen konfrontiert zu sein, die genau zu wissen glauben, was eine Pflegefachkraft in ihrem beruflichen Alltag leistet. Die Interviewten schilderten, dass sie, wenn sie über ihren Beruf gegenüber anderen Berufsgruppen sprechen, sich erst einmal beweisen müssen, um einer Abwertung der Berufsausübung entgegenzuwirken:

*„Ich habe im privaten Feld einen angehenden Arzt kennengelernt (...) und eben über mein Fachgebiet die Neurologie gesprochen und er war ganz fasziniert, was für Fachworte ich da an den Tag lege und die Zusammenhänge erklären kann.“*

In diesem Zusammenhang spielt die **Abgrenzung zur Laienpflege** eine wichtige Rolle. Die Studierenden beschreiben wie folgt:

*„In der professionellen Pflege, und das (ist) gerade eine Abgrenzung von der professionellen zu der Laienpflege, (...) geht (es darum) (...), den Menschen Strategien mitzugeben, wie sie es wieder selber managen können, wie ihre Selbstwirksamkeit oder ihre Bewältigungsstrategien (...) wieder funktionaler werden, dass das eigentlich unsere Aufgabe ist.“*



In der Fokusgruppe der Praxisanleitenden wurde dies ebenfalls diskutiert, folgende Aussage veranschaulicht, dass Pflegearbeit im stationären Kontext für Außenstehende als wenig bedeutsam wahrgenommen wird:

*„Also meine Freundin, die war im Krankenhaus, und die sagte, „das ist eigentlich total einfach, was ihr macht, ihr fragt mich ja nur, wie es mir geht, und sonst macht ihr ja eigentlich nichts“. Ich so: „ja, aber wenn du mal reflektierst, (...) jemand hat dich zur OP gefahren, jemand hat dich für den OP vorbereitet, jemand hat dir etwas zu trinken gebracht, jemand hat dir eine Infusion gebracht, das sind ja schon viel viel mehr Aufgaben wie man eigentlich sieht.“*

Beide Ankerzitate verfolgen trotz unterschiedlicher Ansätze – dem der unterstützenden praxisnahen Aufgaben gegenüber dem der eigenständigen Profession mit Handlungsautonomie – eine gleiche Zielsetzung. Der Weg zur Darstellung von den Aufgaben bzw. Kernkompetenzen für eine Abgrenzung zur Laienpflege erfolgt über die Versprachlichung. Daher ist von Bedeutung, wie die Teilnehmenden ihren Beruf generell versprachlichen. Hierzu gibt die Subkategorie **pflegerisches Handeln** Auskunft. Pflegerisches Handeln wird als unterstützende und koordinierende Tätigkeit dargestellt:

*„Ich beschreibe es vor allem als Unterstützung in den täglichen Aufgaben und die Koordination von pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Tätigkeiten.“*

Durch die weit umfassenden Aufgabenbereiche, die der pflegerische Beruf durch seine Settingvielfalt und Lebensweltbegleitung mit sich bringt, zeigt sich, dass pflegerisches Handeln, sich aus Sicht der Befragten vor allem durch die Ausführung von Tätigkeiten seitens der Pflegenden auszeichnet, was anhand folgender Aussage am Beispiel von der Übernahme medizinischer Handlungen präzisiert wird:

*„viel meines pflegerischen Handelns, (ist) eigentlich als medizinisches Handeln qualifiziert, das halt durch Pflegende umgesetzt wird, wodurch es wieder pflegerisches Handeln wird, in meinen Augen.“*

Im Kontrast dazu beschreibt die Gruppe der Praxisanleitenden ihre pflegerische Kernkompetenz mit einer Schutzpflicht den Patient\*innen gegenüber:

*„Ja ich meine wir haben eine Garantenstellung, wir müssen auf unsere Patienten aufpassen, dass sie genügend trinken, und dass sie versorgt, sind mit Essen und Trinken (...). Also mit Fürsorgepflicht würde ich das jetzt verbinden.“*

Die Studierenden differenzieren ihr Handeln über die Sprache sowie über die Art und Weise, wie pflegerische Expertise in die Handlungsfelder eingebracht werden sollte:

*„Also auf jeden Fall gibt es da Unterschiede, weil ich zwar sehe, dass wir gemeinsam therapeutisch an und mit den Patienten und Patientinnen arbeiten, aber wir haben definitiv andere Schwerpunkte. Und diese Unterschiede machen wir, oder mache ich auf jeden Fall in meiner Sprache deutlich.“*

Die **Verwendung von Fachsprache** spielt dabei in der inneren und äußeren Darstellung des Berufes eine entscheidende Rolle.

Im interdisziplinären Kontext wurde in beiden Fokusgruppen die Erfahrung geschildert, dass Pflegende sich in ihrer Expertise immer wieder beweisen müssen und trotz der Verwendung von Fachsprache und Untermauerung durch Expertenstandards in ihrer Fachlichkeit nicht anerkannt werden:

*„und da fühle ich mich in meiner Kompetenz, selbst wenn ich das dann kommuniziere und ich sag, „ich weiß das ist so“ (...) einfach untergraben.“*

Es wurde schließlich ebenso berichtet, dass eine Verwendung von Fachsprache gerade in der Kommunikation mit Pflegeempfänger\*innen und deren Angehörigen nicht immer zielführend ist. In der pflegerischen Versorgung, so bekräftigten die Teilnehmenden, spielt, der schon erwähnte Beziehungsaufbau eine zentrale Rolle. Durch eine vereinfachende Sprache, lässt sich das Gefühl von z.B. Sicherheit leichter transportieren als durch Fachsprache. Vor diesem Hintergrund wurde die Dolmetscher\*innenfunktion als bedeutsam erachtet:

*„vielmals ist ja so, dass wir Dolmetscher sind für die Ärzte gegenüber dem Patienten und den Angehörigen, weil die ja sonst gar nichts verstehen.“*

Dieser Wechsel zwischen Fachsprache und Umgangssprache wurde als eine Kernkompetenz benannt, eine bewusst gewählte, adressat\*innengerechte Sprache wird als Teil pflegerischer Arbeit gesehen.

In diesem Zusammenhang wurden auch Spannungen innerhalb der Berufsgruppe angesprochen. Eine Verwendung von Fachsprache z.B. in der Visite, wurde von Kolleg\*innen als überheblich empfunden. Ein professionelles Auftreten gegenüber anderen Berufsgruppen wurde so abgewertet. Die Aussagen zur Fachsprache stehen in einem engen Zusammenhang mit der Kategorie **Professionalisierung**. Es wird beschrieben, dass sich ein abgrenzendes Verhalten gegen Pflegende richtet, die sich in einem weiterführenden Studiengang qualifizieren. Ebenso verhält es sich mit den primärqualifizierenden Studiengängen, die einerseits in der Außenwirkung als Chance für eine höhere gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung des Berufs

gesehen werden, andererseits innerhalb der Berufsgruppe selbst, gerade von langjährigen Mitarbeitenden, eine geringe Akzeptanz erfahren. Von den Praxisanleiter\*innen wird weiterhin beschrieben, dass Veränderungen und Innovationen z.B. auch die neue Berufsbezeichnung (Pflegfachmann/Pflegfachfrau) mit großer Skepsis betrachtet werden:

*„dass die Professionalisierung langsam passieren muss und auch umgesetzt werden muss, aber was ich ganz schlimm finde, oder was mir auffällt, dass gerade, ich nenne es mal die erfahrenen älteren Pflegefachkräfte auf Station, da einfach den totalen Gegenwind geben. Ich höre ganz oft „was soll das denn bringen das bringt doch alles eh nichts.““*

Insgesamt stellen die Befragten dar, dass eine fehlende Professionalisierung an der „mangelnden Kommunikation und fehlenden Darstellung von der Pflege“ liegt sowie an der immer wiederkehrenden Aussage „ich bin ja nur Pflegekraft oder ich bin ja nur Krankenschwester“. Es wird deutlich, dass der Beruf in der Außen- wie in der Selbstdarstellung der Pflegenden ein schlechtes Image besitzt.

Dazu trägt nach Meinung der Teilnehmenden auch die mediale Darstellung z.B. in Fernsehserien bei, die von der Gesellschaft, wie es scheint, unhinterfragt übernommen wird:

*„die quatschen ein bisschen mit den Patienten, immer kommen sie mit einem Blumenstrauß, ja, ja, müssen Blumen in die Vase oder so etwas, und das ist der Beruf.“*

Derartige Szenen aus TV und Kino werden, nach Ansicht der Teilnehmenden, von der Gesellschaft gerne angenommen, da eine Auseinandersetzung mit Krankheit, Leid und Alter im Alltag keinen Platz findet, und sich die Menschen in der Regel erst dann zwangsläufig damit beschäftigen, wenn z.B. ein Krankheitsfall in der Familie auftritt. Erst dann, so wurde berichtet, erleben die Pflegenden eine hohe Wertschätzung ihrer Arbeit.

**Stolz auf den Beruf** zu sein, geht mit dem Erleben von positiver Anerkennung und Wertschätzung einher und wird in der Diskussion einer guten Vorbildfunktion z.B. von Führungskräften zugeschrieben. Dies deckt sich mit den Aussagen der Teilnehmenden, dass die Organisation einen ebenso hohen Einfluss auf den Berufsstolz hat, wie soziale und politische Rahmenbedingungen:

*"Eine sehr gute Führungskraft bei uns im Haus, die da wahnsinnig dahinter ist, die da wahnsinnig viel Feuer und Leidenschaft (hat), (...) einfach ein Vorbild darstellt!"*

Die Praxisanleiter\*innen spiegeln dies ebenfalls wider, legen jedoch ihren Fokus mehr auf eine intrinsische Motivation:

*„Ich bin stolz auf das, was ich mache, und ich weiß, was ich leiste und so, und ich brauch‘ diese von außen Bestätigung nicht, persönlich.“*

### 2.3.2 Kompetenzbeschreibungen pflegerischer Tätigkeiten

Nach dem freien Austausch wurden den Teilnehmenden **Kompetenzbeschreibungen**, die aus der Sekundäranalyse herausgearbeitet worden waren, zur Diskussion gestellt. Der Fokus lag dabei darauf, die eigenen Erfahrungen zu der jeweiligen Beschreibung einzubringen. Im Weiteren wurde durch die Moderatorinnen angeregt, neue Formulierungen zu finden, die nach Meinung der Teilnehmenden, die hinter der Aussage liegende Kompetenz sprachlich zum Ausdruck bringen.

Die Aussagen ‚Mädchen für alles sein‘, ‚wir machen alles vom Guten Morgen bis Guten Appetit‘, wurde von den Praxisanleiter\*innen zunächst als eine gängige Beschreibung von Handlungsabläufen bestätigt. In der Diskussion darüber wurde dies bestärkt, jedoch auch kritisch hinterfragt, weil dies zu einer **geringen Wertschätzung** führen könnte:

*„Es ist ja in der Tat so, dass wir uns um alles kümmern, und das ist die "eierlegende Wollmilchsau" wie man immer so schön sagt, weil man kümmert sich ja wirklich von A bis Z und viele verwechseln das als Alleinstellungsmerkmal.“*

Der Begriff der „Eierlegendenwollmilchsau“ wurde als treffende Sichtweisen von den Teilnehmenden beschrieben als Metapher dafür, sowohl für einfache Handreichungen als auch wissenschaftsfundierte Pflege und komplexe Fallsteuerungsarbeit zuständig zu sein. In den weiteren Ausführungen fehlt, nach Ansicht der Praxisanleitenden, bei dieser Formulierung die Abgrenzung zu der schon in der Kategorie „pflegerischen Handeln“ erläuterten Garantenpflicht gegenüber den Pflegeempfänger\*innen. Die Auslegung von Aufgaben im Sinne einer Fürsorgepflicht ist dehnbar und individuell von dem zu pflegenden Menschen sowie deren Angehörigen auszulegen.

Die nachfolgende Aussage nimmt Bezug auf die Historie des Pflegeberufes als Frauenberuf:

*„Bube für alles, aber ich würde sagen, fast alles, nicht alles (...) an sich sind wir quasi für alles da, (...) geht jetzt nicht nur darum um Medikamente zu verabreichen (...), dann kommt noch die*

*Nahrung dazu und, (...) ist ja auch eine banale Aussage, aber eigentlich, ich versteh darunter einfach alle Bedürftigkeit, die man haben könnte, das wir erfüllen.“*

Die angesprochene Bedürftigkeit verstärkt, die bereits erwähnte, dehnbare Auslegung der Fürsorgepflicht.

Als **geringe Wertschätzung** wurde die Formulierung „Mädchen für alles“ ähnlich wie der Ausdruck „Schwester“ vor dem Hintergrund des Frauenberufes bewertet. Der Aspekt, für alle anfallenden Arbeiten und Aufgaben verantwortlich zu sein, erweckt den Eindruck eines unscharfen Tätigkeitsprofils, welches zum einen keine Grenze aufzeigt, zum anderen die Begriffe Handlanger bzw. Hilfskraft assoziieren lässt.

Eine weitere Kompetenzbeschreibung, die zur Diskussion gestellt wurde "Menschen fertig machen" oder "jemanden ins Bett bringen", konnte ebenfalls als eine gängige Bezeichnung für eine pflegerische Versorgung bestätigt werden. Für die Praxisanleiter\*innen, löst die Formulierung keine negativen Assoziationen aus. Es wurde deutlich, dass den Pflegenden die Tätigkeitsbereiche, die dahinter stehen durchaus bewusst sind, aber der „**kollegiale Slang**“ oftmals der knappen Zeit geschuldet ist. Er ermöglicht es, in einer verkürzten Sprache komplexe Tätigkeiten in komprimierter Art und Weise zu übermitteln:

*„ich selbst weiß, okay, was steht alles dahinter. Es steht (für) vieles mehr als nur, dass (was) fertig machen sagt.“*

Dennoch wurde durch die Möglichkeit der Reflexion innerhalb der Fokusgruppe ein Umdenken sowie Hinterfragen angeregt:

*„Die erste Aussage „jemanden fertig machen“, ich glaub, die habe ich selber mal genutzt und ja, wenn man es so von außen hört... Ich weiß nicht, was da Leute denken, aber wenn man es sich, glaube, ein bisschen schöner ausdrücken würde „den Patienten für den heutigen Tag vorbereiten“. Jetzt hygienisch, pflegerisch, oder so, könnte man es vielleicht so ausdrücken „jemanden ins Bett bringen“, würde ich vielleicht besser ausdrücken, „den Patienten zurück ins Bett mobilisieren (...)“.*

Im Rahmen der Fokusgruppe konnte die Subkategorie Doppeldeutigkeit abgeleitet werden, da sich in der Diskussion zeigte, dass bei einer Verwendung in Zusammenhang mit Kolleg\*innen es anders verstanden werden kann und somit als unpassend und unangebracht empfunden wurde:

*„Also fertig macht man auch jemanden den man dann einfach ärgern will.“*

„Beziehungspartner\*innen für zu pflegende Menschen sein“, „als Pflegeperson da zu sein“, „Fingerspitzengefühl zu haben“. Diese weiteren Kompetenzbeschreibungen wurden in engen Zusammenhang mit **Empathie** und Einfühlungsvermögen gesehen:

*„hohes Maß an Empathie brauchen, an Einfühlungsvermögen, und auch die Fähigkeit, uns auch in andere Personen hineinzusetzen oder zumindest empfänglich zu sein für den ihre Sicht ihrer Dinge, dass wir in der Lage sind zurückzustellen, was unsere Meinung, was unser Denken ist, und, und dem anzunehmen, was der Patient, Bewohner, Klient, wer auch immer, was seine Sicht der Dinge ist.“*

Eine gute Balance zwischen **Nähe und Distanz** zu halten, setzt eine Professionalität voraus. Die Teilnehmenden sahen hier Persönlichkeitsmerkmale als ebenso wichtig an, wie eine in der Ausbildung, sei es fachschulisch oder hochschulisch, erworbene Kompetenz, welche Pflegende befähigt Situationen multifaktoriell zu betrachten und zu beurteilen:

*„das ist ja auch wieder ein Skill, den wir lernen, Nähe aufzubauen, aber auch wieder Distanz zu schaffen, und das für uns selber professionell zu reflektieren und abzuarbeiten, das ist eigentlich wieder eine pflegerische Kompetenz.“*

Hierbei spielt der Umgang mit Leid eine zentrale Rolle. "Das könnte ich nicht" hören Menschen, die in der Pflege arbeiten, häufig. Die Teilnehmenden wurden im Rahmen des Fokusgruppeninterviews nach ihrem Umgang mit einer solchen Aussage gefragt:

*„aber auch um dieses Leid zu ertragen, aber auch trotzdem den betroffenen Personen entsprechen, dann zu arbeiten, und, das ist glaube ich was, das steckt irgendwie schon in uns, damit wir den Beruf machen können, denn es gibt genauso Berufe, wo wir sagen „das könnte ich nicht machen.“*

Die körperliche und vor allem seelische Belastung, die eine Tätigkeit im Krankenhaus oder in der stationären Langzeitversorgung mit sich bringt, wurde von den Interviewten durch die Pandemie als große Herausforderung wahrgenommen. Gleiches gilt für den Umgang mit Leid. In Zeiten von schweren Erkrankungen, mit Leid umzugehen, verlangt eine Bereitschaft ab, dies tun zu wollen und nicht wegzusehen, sondern sich darauf einzulassen. Von den Pflegenden wird das Lernen, zwischen den Gefühlen zu unterscheiden, als eine zentrale Kompetenz beschrieben:

*„dass Leid von Menschen in nächster Nähe ganz schwer aushaltbar ist, aber eben auch ganz intensiv ist, und dass auch so eine Pflegebeziehung eben, dass eine Pflegebeziehung ganz intensiv werden lässt, wenn man quasi in Kontakt mit Leid kommt, und weil das ja auch immer*

*sehr nah geht, an Patienten ran, und Professionalität darin besteht diese Nähe dann professionell zuzulassen, aber auch Distanz zu wissen und die persönliche Distanz zu wissen.“*

### 2.3.3 Versprachlichung von Kompetenzen von Berufseinsteiger\*innen

Ein Unterschied in der Versprachlichung von **Kompetenzen bei Berufseinsteiger\*innen** konnte in beiden Fokusgruppen zunächst nicht bestätigt werden. In diesem Zusammenhang wurde der Blick auf die Auszubildenden gerichtet, da in den drei Jahren Ausbildung die Basis für die sprachliche Darstellung von Pflege geschaffen wird. Die Erfahrungen der Praxisanleiter\*innen sowie APN Student\*innen decken sich insofern, dass sich ein allgemein defizitäres Bild von Sprache und Schrift abzeichnet:

*„wie sie sich ausdrücken, das ist ja heutzutage etwas schwierig, auch in Schrift und Sprache an sich.“*

Aus Sicht der Studierenden ist die Ausbildung inzwischen sehr breit gefächert und Inhalte können zum Teil aus zeitlichen Ressourcen von den Pflegepädagog\*innen nicht mehr in der Tiefe aufgegriffen werden. Eine Vermittlung von Fachsprache kommt insgesamt betrachtet zu kurz. Für die Praxisanleiter\*innen hat die Verwendung von Fachsprache in der Anleitungssituation eine hohe Priorität, und es wird den Praxisanleitenden eine hohe Vorbildfunktion zugesprochen:

*„Das versuchen wir natürlich weiterzuvermitteln, was sind die Ausdrücke, die wir auf Stationen benutzen, damit das alles auch nicht in eine Sprache abrutscht, die wir alle nicht möchten.“*

In beiden Fokusgruppen wurde ein Handlungsbedarf sichtbar, der sich an Ausbildungsinhalten sowie an die Berufsgruppe insgesamt richtete. Hierbei wurde insbesondere an die Haltung erfahrender Mitarbeiter\*innen gegenüber dem Berufsbild und damit die eng verbundene Sprachwahl appelliert.

### 2.3.4 Anregungen zur Verbesserung/Förderung der Kompetenzkommunikation

Allgemein äußerten die Teilnehmenden, dass eine **Versprachlichung** pflegerischen Handelns zu **unterstützen** ist. Der Raum für Gespräche, der **gemeinsame Austausch** innerhalb der Berufsgruppe sowie das interdisziplinäre Gespräch fehlen, um sich im ersten Schritt in Form einer Selbstreflexion überhaupt über eigene Kompetenzen bewusst zu werden:

*„Zum einen müsste ein viel größerer Austausch stattfinden, untereinander, dass man einfach mal, ja ich weiß nicht, dass man einfach mal über den Tellerrand hinausblickt.“*

Aus der Sicht der Praxisanleitenden wären **unterstützendes Lehrmaterial** und Schulungen hilfreich, um die zuvor banalisierenden Kompetenzbeschreibungen fachlicher auszudrücken:

*„Braucht man einfach auch ein bisschen Handwerkerzeug im Sinne von Textbausteinen.“*

Angesprochen wird auch eine stetige **Selbstreflektion**, und die Möglichkeit sich im Team darauf gegenseitig aufmerksam zu machen: *„uns alle quasi gegenseitig schulen“*, ohne jedoch zu korrigieren, um Konkurrenzgefühle oder Bevormundungen zu vermeiden, da die Gefahr besteht, das erwähnte abwertende Verhalten innerhalb der Berufsgruppe zu verstärken:

*„wenn einer mehr weiß, wie der andere, ist er schnell arrogant und eingebildet, das ist häufig so“.*

Von den APN Studierenden wurde insbesondere ein interdisziplinärer Austausch in gemeinsamen Fortbildungen mit Rollenspielen als sinnvoll erachtet. Rollenspiele und Perspektivwechsel in Aus- und Weiterbildungen, wirken sich nach Einschätzung der Studierenden positiv auf eine interprofessionelle Kommunikation aus und damit auch auf die Zuschreibung von Kompetenzen.

Insgesamt wurde ein hohes, in jedem Einzelnen steckendes Potenzial gesehen, welches in Schulungen sowie in Aus- und Weiterbildung in Form einer Sensibilisierung für das Thema, einen deutlichen Einfluss auf die Außendarstellung und Anerkennung in der Gesellschaft nehmen kann:

*„das Bestmögliche aus unseren eigenen Fähigkeiten herausholen, unsere eigenen Kompetenzen rausholen.“*

## **2.4 Fazit der qualitativen Befragung**

Die Aussagen aus den Fokusgruppeninterviews weisen eine Verdichtung der aus der Sekundäranalyse gewonnenen Daten sowie dem Ergebnisbericht aus AP3 auf. Einerseits zeigt sich, dass die Pflegenden in der Gesellschaft auf vereinfachte, banalisierende Vorstellungen über den Pflegeberuf treffen, andererseits fehlt es den Pflegenden an „Worten“, die zentralen Konzepte ihrer beruflichen Tätigkeit so auszudrücken, dass die hinter den Handlungen liegenden Ziele und Absichten sichtbar und verständlich werden. Es stellt sich die Frage: *„wie verpacke ich es am besten?“*. Zudem wurden ergänzend zu den gestellten Leitfragen ähnliche Aspekte wie in AP3 aufgegriffen:



- Gesellschaftliche / mediale pflegerische Bilder und mangelndes Interesse seitens der Gesellschaft, welches zunächst „geweckt“ werden muss (settingabhängig)
- „Sonderstellung“ der Pflege (keine Berufsbezeichnung auf Namensschilder, Anrede mit Vornamen)
- Häufig negative Darstellung der pflegerischen Tätigkeit durch Pflegende (bspw. in sozialen Medien)
- Mangelnde Anerkennung / Akzeptanz kompetenzorientierter Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe sowie mangelnde Anerkennung anderer Berufsgruppen gegenüber Pflegenden
- Gründe für eine vereinfachende Versprachlichung mit banalisierender Wirkung
- förderliche und hinderliche Faktoren im Hinblick auf eine gesellschaftliche Anerkennung des pflegerischen Berufes
- die Bedeutsamkeit der pflegerischen Performance neben einer kompetenzorientierten Versprachlichung
- extrinsischen Faktoren wie Rahmenbedingungen, um überhaupt professionelle Pflege umsetzen zu können und Unterstützung durch Leitende mit Vorbildfunktion
- Bedeutsamkeit von Bildung

Ein grundlegendes Dilemma scheint dabei zu sein, dass „Pflegesprache“ wesentlich in der beruflichen Handlungspraxis, also in der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen erlernt wird. Im Kontakt mit zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen bemühen sich Pflegende gezielt um eine verständliche und einfache Sprache, damit einerseits alle Aspekte leicht verständlich sind, andererseits die pflegerische Unterstützung nicht aufwändig und damit noch schwerer annehmbar ist. Zu pflegenden Menschen ist es in der Regel unangenehm, auf pflegerische Unterstützung bei Selbstpflegeaktivitäten angewiesen zu sein. Darauf reagieren Pflegende häufig, indem sie das, was sie tun als selbstverständlich und wenig aufwändig darstellen. Diese Ausdrucksform ist angemessen für die Kommunikation im direkten Patient\*innenkontakt. In anderen Situationen erweist sie sich aber als dequalifizierend für das Berufsbild. Die Teilnehmenden konnten die Kompetenzbeschreibungen bestätigen und in der Diskussion das Dilemma von komprimierten Sprachcodes vs. Verwendung von Fachsprache herausarbeiten. Die Differenzen, die innerhalb der Berufsgruppe

herrschen, wurden als Spannungsfeld sichtbar und als hemmender Faktor für eine gelingende Kompetenzkommunikation und Wertschätzung in der Pflege gesehen. Zudem wirkte sich das jeweilige pflegerische Setting, in dem die Teilnehmenden tätig waren, auf das Verständnis aus, was als professionelles pflegerisches Handeln angesehen wird. So wurden beispielsweise grundpflegerische Handlungen von einer Intensivpflegefachperson als Tätigkeit erachtet, die professionellem Handeln im Intensivbereich entgegensteht. Zudem stellt sich in den Interviews eine Verbindung von Bildungsniveau und Sprachfähigkeit dar. So scheint es, wie in der untenstehenden Grafik kontrastierend anhand einer exemplarischen Kompetenzbeschreibung dargestellt, den befragten Studierenden sehr viel leichter zu fallen, in einem elaborierten Sprachcode über ihre berufliche Tätigkeit zu sprechen bzw. diese zu reflektieren und zu erklären, als Interviewpartner\*innen die „nur“ über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Häufig wurde von den Studierenden der partizipative / kooperative Ansatz hervorgehoben, Handlungen „mit“ statt „am“ zu pflegenden Menschen auszuführen, und es wurden auch Kompetenzen im Bereich der Pflegediagnostik benannt:

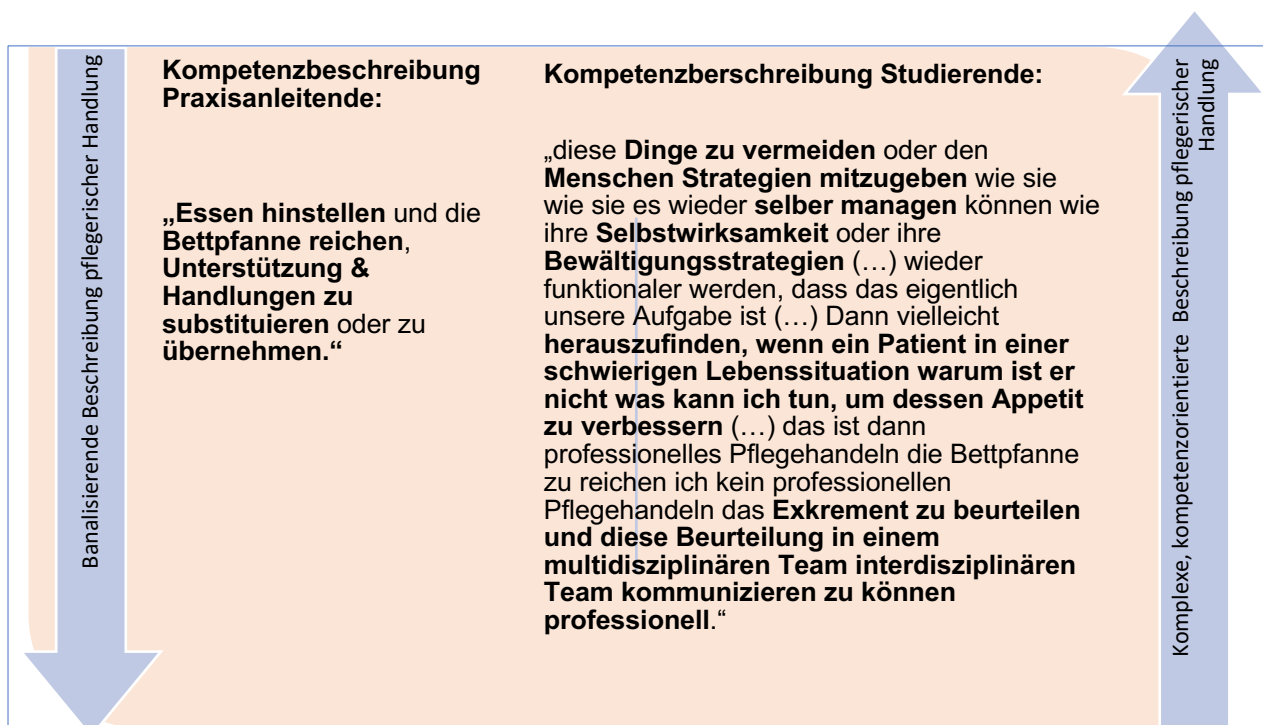


Abb 2: vergleichende Kompetenzbeschreibung Praxisanleitende und Studierende

„Auf das Thema aufmerksam zu machen“ und „Schulungen“ wirken sich aus Sicht der Befragten positiv auf die Professionalisierung aus. Dabei sollte die Thematik in der

Ausbildung ´platziert und ggf. in Curricula verankert werden. Übergeordnetes Ziel sollte dabei sein, die Sprachfähigkeit der Pflegenden situations- und settingspezifisch zu erhöhen, um einerseits die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen im Beruf zu verbessern, andererseits diese Kompetenzen gegenüber unterschiedlichen Akteuren adressat\*innengerecht versprachlichen zu können.

### Teil 3: Zusammenführung der Ergebnisse und Fazit

Auf Basis der Zusammenführung und Diskussion der Erkenntnisse aus den quantitativen sowie qualitativen Befragungen zur Bedeutung sowie in der Reflexion einzelner Inhalte und Aspekte konnte als strukturierendes Element eine Kommunikationsmatrix entwickelt werden, die es erlaubt, unterschiedliche Formen der Kommunikation analytisch zu sortieren und auszuwählen (s. Abb. 3).

Das Modell kann dabei als analytischer Ordnungsrahmen genutzt werden, um z.B. anhand von Beispielen zu ermitteln, auf welcher Ebene und in welchem Grad der Konkretisierung über Pflege gesprochen wurde. Es kann aber auch prospektiv als Klärungshilfe verwendet werden, um die Entwicklung der Inhalte und Formate von unterschiedlichen Schulungsmodulen zu unterstützen. Gegenüber allgemeinen kommunikationswissenschaftlichen Sender-Empfänger- Modellen bietet sich hier die Möglichkeit, zentrale Dimensionen einer Kompetenzkommunikation im jeweiligen „Quadranten“ zu verorten, und sich die damit einhergehenden Anforderungen an die sprachliche Andersartigkeit und Anforderung bewusst zu machen.

Der Vorteil ist, dass mit der Matrix keine Wertungen der Kommunikation selbst verbunden sind, was sie auch für unterrichtliches Geschehen einsetzbar erscheinen lässt. Keine der Dimensionen oder Ausprägungen ist einer anderen gegenüber überlegen, und es gilt lediglich zu betrachten und auszuwählen, ob die „Passung“ der Kommunikation richtig gewählt erscheint.

Das Modell folgt dabei zwei Dimensionen: einer **inhaltsbezogenen Dimension** und einer **Adressat\*innendimension**.

Die inhaltliche Dimension variiert zwischen den Polen „konkret“ und „abstrakt“. Hier sind unterschiedliche pflegerische Themenfelder entlang eines Kontinuums zu verorten. So weisen Pflegekonzepte eher einen größeren Abstraktionsgrad auf als

Pflegeinterventionen / Tätigkeiten der Pflege oder Abläufe, die die Organisationswirklichkeit abbilden (Tagesabläufe). Die Beschreibung und der Einbezug von Kontexten oder Rahmenbedingungen der Pflegearbeit ist tendenziell abstrakter, wenn einzelne Erlebnisse und Situationen verlassen werden. Ein Beispiel wäre der Wechsel von der Benennung einer konkreten Schichtbesetzung und den Folgen hin zur Diskussion um Pflegepersonaluntergrenzen und Personalbemessungsverfahren als Konzepte zur Veränderung der Rahmenbedingungen.

Die Dimension der „Adressierung“ beinhaltet die Auswahl, an wen sich die pflegerische Kommunikation richtet. Diese kann „nach innen gerichtet sein“. Damit verbunden ist der Fokus auf eine konkrete Person hin Kommunikation zu betreiben (z.B. Kolleg\*innen, Patient\*innen, interdisziplinäre Kolleg\*innen, An- und Zugehörige). Ebenso aber erfolgt Kommunikation nach Außen, in die Gesellschaft hinein, z.B. in Richtung Medien, Politik, andere Berufsgruppen [Therapieberufe/Medizin] oder auch Vereinigungen, Verbände etc.



Abb. 3 Kommunikationsmatrix

Die Reichweite der Kommunikation steigt mit der Richtung von der Person hin zur Gesellschaft.

Das Modell hilft sich zu vergewissern, wem gegenüber auf welchem Abstraktionsgrad welcher Inhalt über Pflege präsentiert werden sollte bzw. könnte. Dazu müssen

Entscheidungen darüber getroffen werden, welches Sprachregister in Anwendung gebracht werden soll. Die Pflegenden und Schüler\*innen berichten, dass sie einen Wechsel der Sprache vornehmen und sich ihrem Gegenüber anpassen können. Die Frage ist jedoch, ob es sich dabei um einen personalen Wechsel mit einer konkreten inhaltlichen Ausrichtung handelt (z.B. einem/einer Patienten/Patientin gegenüber zu erläutern, warum man die nachfolgende Pflēgetätigkeit durchführt), oder ob auch ein vollständiger Wechsel in Adressat\*innenrichtung erfolgen kann.

Zur Vergegenwärtigung und Entscheidungsfindung der Nutzung eines „Sprachregisters“, werden prozessual drei Schritte durchgeführt:

- 1.) Klärung der Zielgruppe der Kommunikation (Adressat\*in)
- 2.) Klärung der Abstraktion des Inhaltes der Kommunikation  
(Situation  $\leftrightarrow$  Inhalt  $\leftarrow$   $\rightarrow$  Kontext)
- 3.) Entscheidungsfindung

Einzelne Elemente der Kommunikationsmatrix werden dabei bereits mit den empirischen Ergebnissen untermauert. So besteht beispielsweise der Wunsch, Pflege anders in die Öffentlichkeit zu bringen und gesellschaftliche Diskussionen zukünftig aktiv mitzugestalten. Karrieremöglichkeiten und auch unterschiedliche Handlungsfelder der Pflege (in den Sektoren, Fachdisziplinen, in Industrie und Hilfsmittelbereich) stellen eher mittelgradige abstrakte inhaltliche Bereiche dar. Die Richtung der Darstellung ist maximal nach außen gerichtet (an die Gesellschaft). Zur Realisierung müssen demnach vollkommen andere Kommunikationsformate und Sprachregister verwendet werden als im Rahmen einer kollegialen Diskussion, die konkret ausgestaltet werden soll.

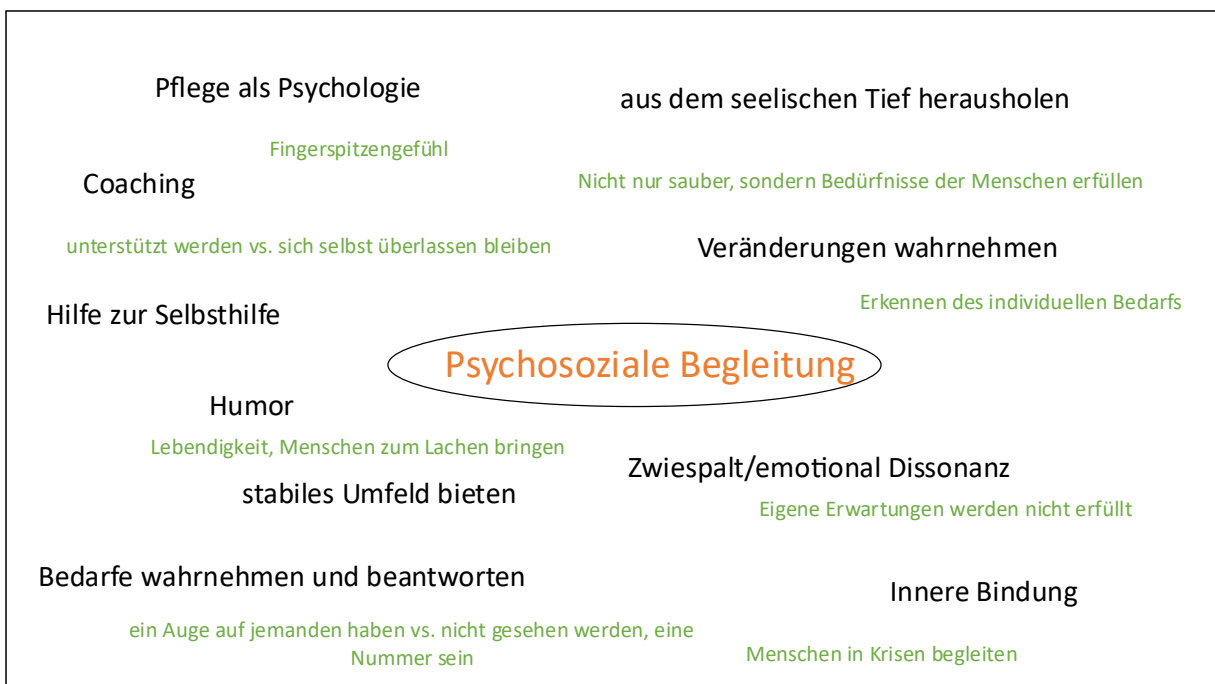
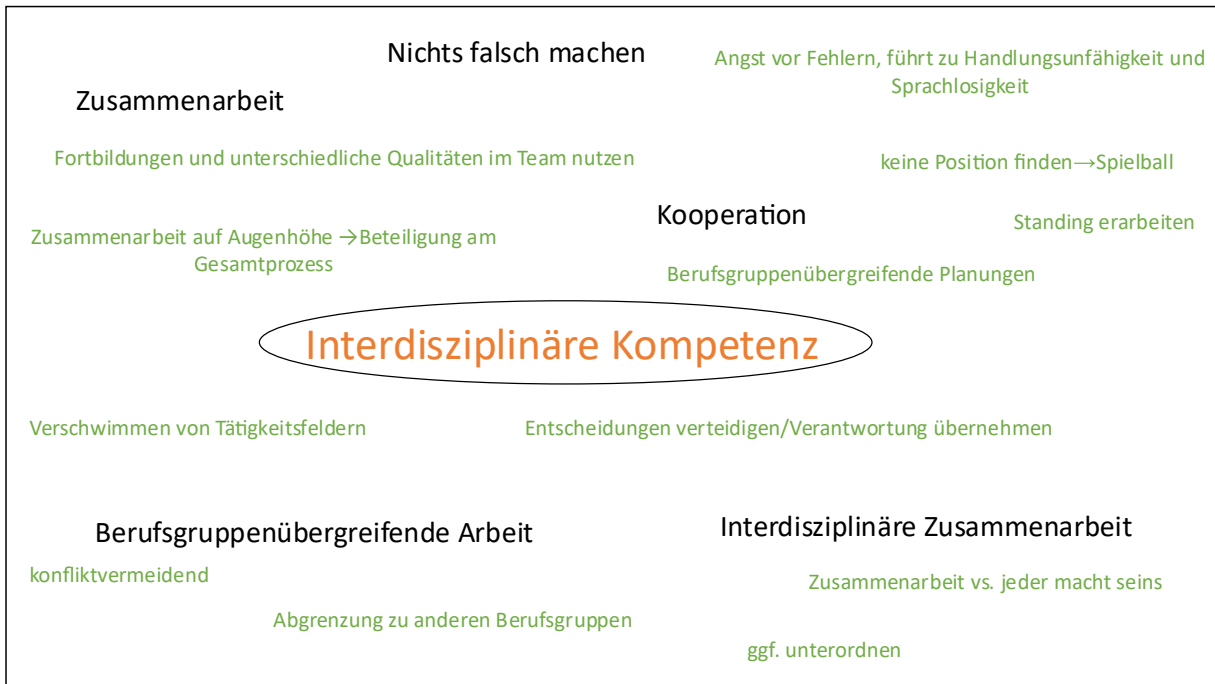
Der Wunsch, dass mehr Pflegende selbst in die öffentliche Diskussion einzubinden sind, bedeutet auch, sich der Matrix bewusst zu sein und zu überlegen, in welchen Kontexten welche Kompetenzkommunikation erforderlich ist, um diese zu bedienen. Dies erfordert ggf. die Aneignung anderer Sprachformate. Für die weitere Arbeit im Projekt soll die Matrix u.a. verwendet werden, um die Inhalte und Übungen der Schulungsmodule anzupassen und zielgerichtet zu entwickeln.

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016): Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Online verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf>, zuletzt geprüft am 11.01.2022.
- Dresing, T.; Pehl, T: (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitative Forschende. (5. Aufl.). Eigenverlag: Marburg.
- Flick, U. (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (3. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Lamnek, S.; Krell, C. (2010). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag GmbH.

# Anlagen

## Wortwolken der Sekundäranalyse



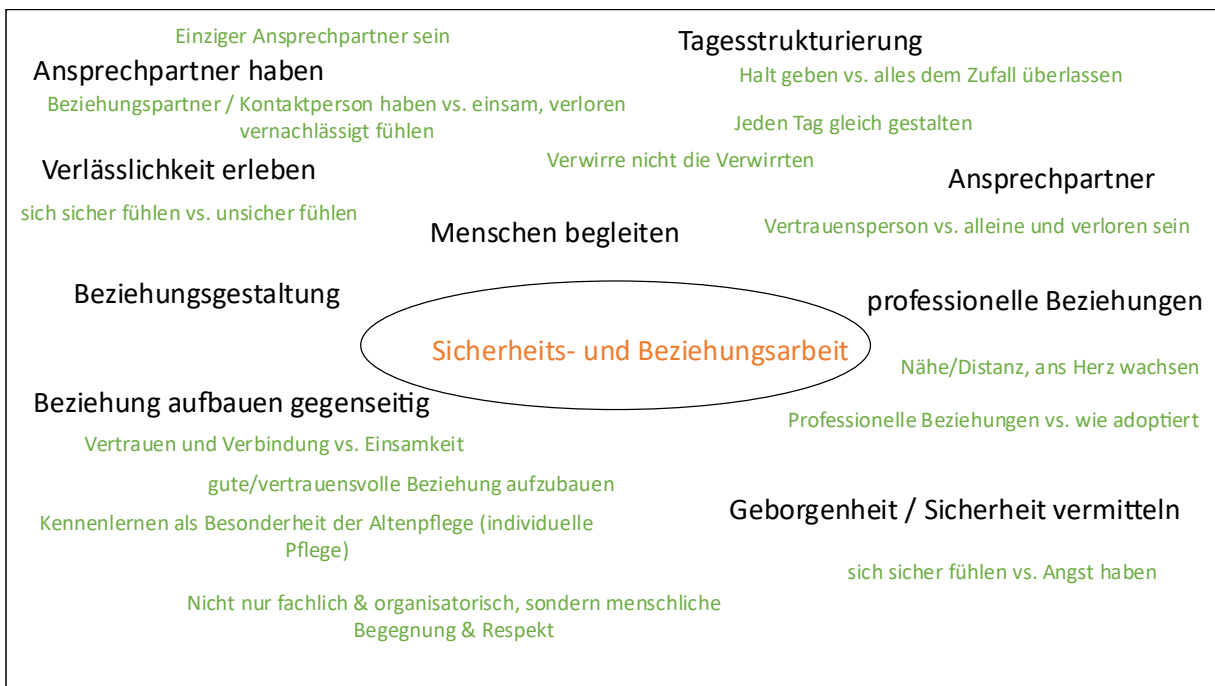
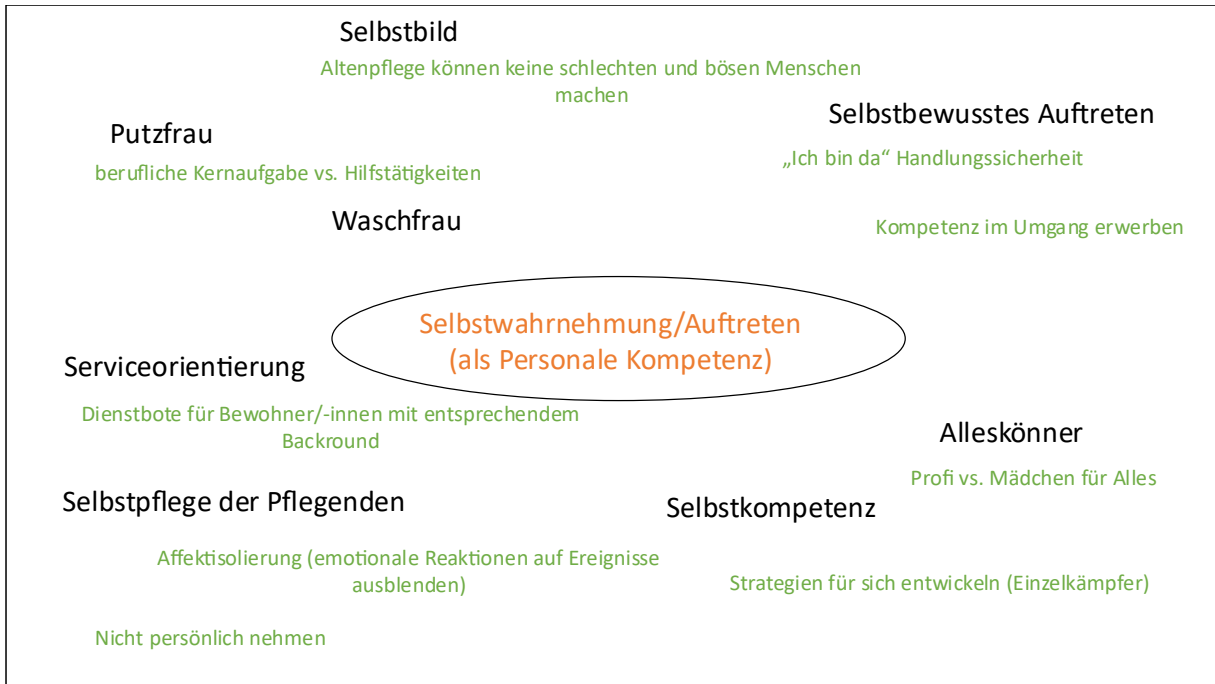


Abb. 4: grafische Darstellung der abgeleiteten Kategorien der Sekundäranalyse