



HERAUSRAGENDE MASTERARBEITEN AM DISC

FACHBEREICH ➤ Sozialwissenschaften

STUDIENGANG ➤ Organisation und Kommunikation

MASTERARBEIT ➤

Kollegiale Beratung als Beitrag zur Weiterentwicklung beruflicher Identität von Pflegekräften

AUTOR/IN ➤
Susanne Ortmanns

R
TU
P

Distance and Independent
Studies Center
DISC

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Die Entwicklung der beruflichen Pflege in Deutschland.....	3
2.1 Heterogenität in der Berufsgruppe der Pflegenden 2025.....	7
2.2 Pflege im Dauerkrisenmodus – Herausforderungen für Image und Identität.....	11
2.3 Zwischenfazit	13
3 Sozialisation und Entwicklung einer Ich-Identität.....	14
3.1 Identitätsentwicklung im Rahmen von Strukturen.....	15
3.1.1 Durkheim – Individuelle Persönlichkeit und soziale Solidarität	15
3.1.2 Bourdieu – die Macht der Kapitalien	16
3.2 Identitätsentwicklung aus der Perspektive der Interaktionstheorien und des Kommunikativen Konstruktivismus	22
3.2.1 Mead – Sich mit den Augen des Anderen sehen.....	23
3.2.2 Habermas – Autonomie und kommunikatives Handeln	24
3.2.3 Krappmann – Eine Frage der Balance	26
3.2.4 Stryker – Identitätshierarchien durch Verbindlichkeit.....	28
3.2.5 Knoblauch und Reichertz – die Konstruktion der Wirklichkeit.....	29
3.3 Zwischenfazit	33
4 Herausforderungen der Identitätsentwicklung im Erwachsenenalter.....	35
4.1 Berufliche Sozialisation	36
4.2 Mehr als nur einen Job machen – Berufliche Identität	37
4.3 Spezifika pflegeberuflicher Identität	39
4.4 Pflegeberufliche Identität 2025 und deren Einflussfaktoren.....	41
4.4.1 Interne Einflussfaktoren.....	43
4.4.2 Externe Einflussfaktoren	43
4.4.3 Externalisierung der Rolle	45
4.4.4 Berufseinsteiger vs. Berufserfahrene	46
4.4.5 Hindernisse	47
4.5 Zwischenfazit	48

5	Kollegiale Beratung	48
5.1	Definition und Spezifika der kollegialen Beratung	49
5.2	Kollegiale Beratung in der Pflege	50
5.3	Rahmenbedingungen erfolgreicher kollegialer Beratung	52
5.4	Struktur und Rollenaufteilung der kollegialen Beratung	53
5.5	Zwischenfazit	57
6	Ergebnisse	58
6.1	Beitrag der kollegialen Beratung zur Identitätsentwicklung auf Grundlage der Sozial- und Sozialisationstheorien	58
6.2	Einfluss der kollegialen Beratung auf die Bedingungsfaktoren pflegeberuflicher Identitätsentwicklung	63
7	Diskussion	65
8	Fazit	69
	Literaturverzeichnis	71
	Anhang	VI
	Eigenständigkeitserklärung	XI

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Einsatzgebiete und Qualifikation der Pflegekräfte	7
Abbildung 2: Alterstruktur der Pflegekräfte 2019	8
Abbildung 3: Definition und Dimensionen pflegeberuflicher Identität.....	41
Abbildung 4: Hindernisse und Einflussfaktoren auf die pflegeberufliche Identität	42
Abbildung 5: Ideale Sitzordnung und die Rollen der Teilnehmenden	53

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Kapitalverteilung in den Berufsgruppen	20
Tabelle 2: Zentrale Aussagen zur Identitätsentwicklung	33
Tabelle 3: Die sechs Phasen der kollegialen Beratung nach Tietze	54

Tabellenverzeichnis im Anhang

Tabelle I: Überblick über die Ausbildung ab 1965.....	VI
Tabelle II: Überblick über die Ausbildung ab 1985.....	VII
Tabelle III: Überblick über die Ausbildung ab 2003.....	VIII
Tabelle IV: Überblick über die Ausbildung ab 2020	IX
Tabelle V: Überblick über den primärqualifizierender Studiengang ab 2020	X

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
Abs.	Absatz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BM	Bundesministerium
B.O.K.D.	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschland
bzw.	beziehungsweise
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat
ebd.	ebenda
et al.	et alii
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IAB	Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung
ICN	International Council of Nurses
ISPIN	International Society for Professional Identity in Nursing
Kap.	Kapitel
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege
MBO-Ä	Musterberufsordnung der Ärzte
o. S.	ohne Seite
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
S.	Seite
SBG	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VUKA	Volatilität - Unsicherheit - Komplexität - Ambiguität
zit. n.	zitiert nach
'	Minute

1 Einleitung

Es gibt nicht DIE Pflege. Pflege verändert sich und ist immer in den Kontext ihrer Zeit und in die gesellschaftlichen Bedingungen dieser Zeit eingebettet. Als typisch deutsches Phänomen bezeichnet die Pflegewissenschaftlerin Christa Olbrich die fehlende Einigkeit und die fehlende gemeinsame Ausrichtung innerhalb der Berufsgruppe. Dieses zeigt sich ihrer Ansicht nach darin, dass die Berufsgruppe im internationalen Vergleich sowohl hinsichtlich des Akademisierungsgrads als auch im Prozess der Emanzipation zur eigenständigen Profession deutlich zurückliegt (Olbrich, 2025, S. 26). Die Ursache des Phänomens liegt mitunter darin, dass die beruflich Pflegenden eine sehr heterogene Berufsgruppe darstellen. Einen wesentlichen Anteil daran haben die in den letzten 40 Jahren durchgeführten Ausbildungsreformen, die jeweils mit einer grundlegenden Veränderung des Pflege- und Berufsverständnisses einhergingen, welches sich nicht nur auf das pflegerische Handeln in der Praxis auswirkt, sondern auch die im Laufe der beruflichen Sozialisation verinnerlichte Haltung maßgeblich prägt. In der Praxis zeigt sich dies in deutlich divergierenden Meinungen und Zielvorstellungen darüber, wie die Gegenwart und die Zukunft der Pflege gestaltet werden sollen. Die bestehenden Divergenzen führen wiederum dazu, dass sowohl eine Veränderung der Strukturen, die zu einem hohen Maß an Fremdbestimmtheit im Handeln jeder Pflegekraft führen, als auch die Durchsetzung berufspolitischer Interessen auf Bundesebene erschwert werden.

Die Identitätsproblematik ist zudem insofern relevant, als eine positiv besetzte pflegeberufliche Identität nicht nur die Arbeitszufriedenheit auf individueller sondern auch auf kollektiver Ebene erhöht. Des Weiteren können Arbeitsanforderungen besser bewältigt werden, wenn sich Pflegenden in hohem Maße mit ihrem Beruf identifizieren (Howle et al., 2025, S. 18). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Entwicklung einer stabilen beruflichen Identität zusätzlich an Bedeutung, da die in den vergangenen Jahren gestiegene Personalfuktuation insbesondere von jungen Pflegekräften in den Kliniken, überwiegend auf die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen sowie auf die hohen beruflichen Anforderungen zurückgeführt wird (Pilny & Rösel, 2021, S. 270 ff.). Darüber hinaus hat die Ausprägung der pflegeberuflichen Identität Auswirkungen darauf, wie Pflegenden sich in ethischen Dilemmasituationen verhalten und wie sensibel sie auf moralischen Stress reagieren (Kovanic & Özbas, 2025, S. 10). Angesichts des derzeitigen gravierenden Fachkräftemangels und anhaltenden Pflegenotstandes erscheint eine Analyse der Ursachen für das Identitätsproblem umso wichtiger um einen Beitrag dazu zu leisten wie diesem Problem entgegengetreten werden kann. Wenngleich die Themen professionelles Pflege- und Berufsverständnis als Teil der beruflichen Identität im Rahmen der Aus-

bildung sowie in den pflegespezifischen Studiengängen behandelt werden, ist die Identitätsentwicklung mit dem Erwerb des Abschlusses bei weitem nicht abgeschlossen. Jedoch fehlt den Fachkräften nun ein Rahmen, diese weiterhin systematisch zu reflektieren und bewusst weiterentwickeln zu können. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, Lösungsmöglichkeiten auf der Mikroebene zu initiieren, um im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes zur Stärkung der individuellen und kollektiven Identität beitragen zu können.

Der Aufbau dieser Masterarbeit basiert auf folgenden Ausgangsthesen:

1. Die Berufsgruppe der Pflegenden in Deutschland hat ein Identitätsproblem.
2. Die (pflegeberufliche) Identitätsentwicklung ist kein linearer und zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossener, sondern ein kontinuierlicher und dynamischer Prozess, der von den Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns beeinflusst wird und dessen Verlauf von verschiedenen Faktoren abhängt.

Kollegiale Beratung stellt eine klar strukturierte Form der personenzentrierten Beratung dar. Ein charakteristisches Merkmal dieser Beratungsform ist, dass sie keinen externen Berater erfordert, sondern – vereinfacht ausgedrückt – von Kollegen für Kollegen durchgeführt wird. Dadurch liegen die Hürden, diese Beratung entweder selbst durchzuführen oder sie in Anspruch zu nehmen, im Vergleich zu anderen Unterstützungsangeboten deutlich niedriger (Tietze, 2025, S. 10 ff.).

Ziel dieser Masterarbeit ist es, vor dem Hintergrund des Status quo der Pflege in Deutschland und der spezifischen Identitätsproblematik dieser Berufsgruppe literaturbasiert zu untersuchen, inwiefern die kollegiale Beratung zur Weiterentwicklung der beruflichen Identität von Pflegefachkräften im akutstationären Bereich beitragen kann. Die Wirksamkeit kollegialer Beratung gilt als wissenschaftlich belegt, doch bleibt dabei der Aspekt der beruflichen Identitätsentwicklung bei Pflegefachkräften noch weitgehend unberücksichtigt oder spielt nur eine untergeordnete Rolle. Durch die Arbeit soll zum einen der Mehrwert dieses bislang noch wenig genutzten Beratungsformats in Bezug auf die Identitätsentwicklung verdeutlicht werden. Des Weiteren soll ein Bewusstsein für die Bedeutung pflegeberuflicher Identitätsentwicklung sowie für die Faktoren geschaffen werden, die diese sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Diese Kenntnisse können in der Praxis gezielt genutzt werden, um die pflegeberufliche Identität der einzelnen Pflegekraft zu stärken. Denn eine sich im Wir der Berufsgruppe widerspiegelnde, positive und selbstbewusste, individuelle Identität kann wiederum zur Weiterentwicklung einer gemeinsamen, pflegeberuflichen Identität beitragen.

Methodik: Ausgehend von der historischen Entwicklung des Pflegeberufs in Deutschland werden die Heterogenitätsdimensionen und das Identitätsproblem der Berufsgruppe näher erläutert und differenziert dargestellt. Anschließend wird die Identitätsentwicklung aus den Perspektiven verschiedener Sozial- und Sozialisationstheorien beschrieben und diese in den Kontext der vorliegenden Arbeit eingeordnet. Aufbauend auf dieser theoretischen Rahmung werden die Spezifika der beruflichen Sozialisation sowie der aktuelle Forschungsstand zur pflegeberuflichen Identitätsentwicklung einschließlich ihrer Einflussfaktoren erörtert. Im Anschluss wird die Methode der kollegialen Beratung in der Pflege detailliert beschrieben. Abschließend wird die Forschungsfrage, inwiefern die kollegiale Beratung einen Beitrag zur pflegeberuflichen Identitätsentwicklung leisten kann, anhand der Erkenntnisse zur Identitätsentwicklung und zur kollegialen Beratung theoretisch fundiert und begründet beantwortet. Im letzten Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse und es wird ein Ausblick auf noch offene Fragen gegeben.

2 Die Entwicklung der beruflichen Pflege in Deutschland

„Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die Gegenwart verstehen und die Zukunft gestalten.“ Diese dem Mitbegründer der deutschen Sozialdemokratie, August Bebel (1840–1913), zugesprochene Aussage trifft auch auf den Pflegeberuf als einen der ältesten Berufe der Welt zu. Um den Status quo der Pflege im Jahr 2025 zu verstehen, ist es zunächst notwendig, einen Blick in die Vergangenheit zu werfen. Nur so können die aktuellen Herausforderungen besser nachvollzogen und die richtigen Weichen für die Zukunft gestellt werden (Prühlen & Lange, 2025, S. 12).

Das Verständnis von Krankenpflege war über viele Jahrhunderte hinweg von christlichen Idealen geprägt. Im Sinne der christlichen Caritas wurde „[...] der Dienst am hilflosen Nächsten mit dem Dienst an Gott gleichgesetzt“. (Seidler & Leven, 2003, S. 75) So lag es nahe, dass die Organisation der Krankenpflege in den Kirchengemeinden von Diakonissen und Diakonen übernommen wurde, die den Bischöfen zur Seite standen, und sich in den Klöstern Mönche dieser Aufgaben widmeten (ebd., S. 77). Mit der Gründung der ersten Universitäten im 14. Jahrhundert in Prag, Wien und Heidelberg etablierte sich in Europa neben den traditionellen Klosterschulen eine neue Bildungsinstitution, in der Medizin fortan als universitärer Studiengang angeboten wurde. Dadurch nahm die Trennung von Medizin als Wissenschaft und Krankenpflege als Dienst der christlichen Nächstenliebe einen unaufhaltsamen Verlauf (ebd., S. 112 ff.). Der im 18. Jahrhundert von Franz Mai, dem Gründer der ersten Krankenwärterschule in Mannheim, angestrebte Weg, Vorlesungen über Krankenpflege auch an Universitäten zu halten, scheiterte auf-

grund des Widerstandes seitens der Ärzte und führte zu einer weiteren Vertiefung des mittlerweile entstandenen und bis heute noch in vielen Bereichen spürbaren Grabens zwischen Ärzten und Pflege (Seidler & Leven, 2003, S. 170 f.).

Wenngleich an Einfluss verlierend, blieb das Wesen der Krankenpflege bis ins 20. Jahrhundert hinein vor allem durch die katholische Ordenspflege und die evangelische Diakonie geprägt. Dieses Pflegeverständnis erforderte eine unentgeltliche und kompromisslose aufopferungsvolle Hingabe. Doch abseits davon, begann der Anteil der sogenannten ‚wilden Schwestern‘, die keiner Glaubensgemeinschaft angehörten und für die Pflege der Kranken bezahlt wurden, größer zu werden (Sahmel, 2015, S. 59). Zu deren bekanntesten Vertreterinnen gehörte Agnes Karll, die 1903 die erste Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.) gründete und sich dafür einsetzte, dass allen Frauen ein Recht auf Arbeit zugestanden werden müsse und dass die Krankenpflege „[...] als freier, bürgerlicher Beruf zu fördern sei [...].“ (Seidler & Leven, 2003, S. 227). Weiterhin forderte Agnes Karll eine Standardisierung der Krankenpflegeausbildung und begründete ihr Pflegeverständnis nicht mehr allein aus dem christlichen Ideal der Nächstenliebe heraus. Vielmehr verstand sie die berufliche Pflege als Dienen, gekennzeichnet durch „[...] herzliches Erbarmen und inniges Mitleid mit den Kranken, Freundlichkeit, Demut, Sanftmut, Geduld und Selbstbeherrschung.“ (Nolte, 2023, o. S.) Der Vorwurf, dass gerade das lange Zeit vorherrschende, von christlichen Werten dominierte Berufsethos den Fortschritt des Pflegeberufs verhindert hat und professionelle Pflege auch 2025 im internationalen Vergleich teilweise als rückständig deklariert wird, schwingt bis heute in den Diskussionen um die Weiterentwicklung des Pflegeberufs mit. Vergessen wird hierbei jedoch, dass es gerade die konfessionellen Schwesternschaften waren, die früh und bis Mitte des 20. Jahrhunderts hinein, in den Kliniken auf die Eigenständigkeit pflegerischen Handelns beharrten und keine Einmischung der Ärzte duldeten (Lange & Kreutzer, 2025, S. 61 ff.).

Zu betonen ist, dass Karlls Forderungen nach einer qualitativ besseren Ausbildung von ärztlicher Seite zwar begrüßt wurden, deren Intention jedoch eher darin lagen, die Pflegekräfte nach ihren Vorstellungen auszubilden, statt die Professionalisierung und Eigenständigkeit der Berufsgruppe weiterzuentwickeln (Kreutzer, 2023, S. 93). Zu diesen Vorstellungen gehörte auch die Konzeptionierung typisch weiblicher Eigenschaften, mit denen quasi wissenschaftlich begründet werden sollte, warum Frauen aufgrund ihrer weiblichen Natur besonders gut für die Krankenpflege geeignet seien (Nolte & Schwamm, 2025, S. 130). Es dauerte schließlich bis ins Jahr 1965, bis Karlls Forderung nach einer geregelten, dreijährigen Ausbildung für Krankenschwestern / Krankenpfleger

sowie für Kinderkrankenschwestern mit staatlicher Abschlussprüfung gesetzlich verankert und in die Tat umgesetzt wurde (Kreutzer, 2023, S. 85 ff.). Und es sollte noch einmal 38 weitere Jahre dauern, bis 2003 die Leitung einer Krankenpflegeschule ausschließlich dafür qualifizierten Pflegefachkräften übertragen werden durfte und nicht zusätzlich ein Arzt in die Leitung der Schule involviert sein musste (KrPflG, 2003, § 4, Abs. (3)).

Als weiteres absolutes Novum in der langen Geschichte der Pflegeberufe und essenzieller Schritt in Richtung Professionalisierung stellen das seit 2020 gültige Pflegeberufegesetz und die in §4 PflBG erstmals gesetzlich verankerten Vorbehaltsaufgaben dar, die nur von Pflegefachkräften durchgeführt werden dürfen. Durch sie sollen die „[...] besondere Bedeutung der Pflegefachkräfte für die Sicherstellung der Pflegequalität im Sinne des Gesundheits- und Patientenschutzes [...]“ (DPG, 2024, S. 9) besonders hervorgehoben werden. Ein zusätzlicher Meilenstein ist die im 18. Jahrhundert erstmals geforderte und im Jahre 2020 schließlich realisierte Akademisierung der Pflegeausbildung. So konnte, nach einem von der Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik als insgesamt mühsam und teilweise demütigend bezeichneten Weg, angehenden Pflegefachkräften nach Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes die Möglichkeit des primärqualifizierenden Studiengangs zur Pflegefachkraft angeboten werden (Bartholomeyczik, 2017, S. 114). Mühsam und demütigend insofern, als noch 2015 der damalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Hans-Joachim Helming, in einem Interview seine Überzeugung, dass in der Patientenversorgung der Arzt die notwendige Akademisierung liefern müsse, während andere in die Versorgung involvierten Berufsgruppen die Aufgabe hätten, dem Arzt hierbei unterstützend zuzuarbeiten, mehr als deutlich aussprach (Stegmeier, 2015, o. S).

Der Blick auf die Geschichte der Krankenpflege zeigt drei wesentliche Aspekte, die bis heute aktuell sind und die berufspolitische Diskussionen weiterhin beeinflussen. Zum einen wird deutlich, dass die Berufsgruppe der Ärzte weiterhin Forderungen an die Ausbildung der Pflegekräfte erhebt. Dies kommt vor allem im Positionspapier der Bundesärztekammer zur interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung zum Ausdruck. Als entscheidend für eine optimale Patientenversorgung wird darin ein Ausbildungsniveau der Pflegekräfte erachtet, das den gegenwärtigen Herausforderungen und dem medizinischen Fortschritt entspricht. Der Ausbau der akademisierten Pflege wird zwar als bedeutsam bezeichnet, eine Vollakademisierung der Gesundheitsfachberufe jedoch nicht als notwendig erachtet (BÄK, 2021, S. 17 f.).

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die weiterhin große Rolle der konfessionellen Kranken- und Altenpflege. So betreiben freigemeinnützige Träger, zu denen unter anderem das Deutsche Rote Kreuz, der Deutsche Caritasverband, das Diakonische Werk der evangelischen Kirche Deutschlands sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden gehören, ca. ein Drittel aller Kliniken in Deutschland (fowid, 2021, o. S.). In der Langzeitpflege liegt der Anteil der unter freigemeinnütziger Trägerschaft geführten Pflegeeinrichtungen mit 53,3 % noch einmal deutlich höher (Statista, 2025a, o. S.). Dass die Form der Trägerschaft für die dort Beschäftigten durchaus relevant sein kann, ergibt sich daraus, dass es in konfessionellen Einrichtungen möglich ist, die dort Angestellten nach kirchlichem Arbeitsrecht zu beschäftigen. Dieses wird von der Gewerkschaft ver.di, zu deren Mitgliedern auch zahlreiche Pflegekräfte gehören, vor allem in Bezug auf die Möglichkeiten der betrieblichen Mitbestimmung, dem Streikrecht oder der fehlenden Verpflichtung zur Tarifbindung als nachteilig gegenüber dem staatlichen Arbeitsrecht kritisiert (ver.di, 2025, o. S.).

Ein drittes auffallendes Merkmal ist, dass der Pflegeberuf auch heute noch zu 82 % von Frauen ausgeübt wird (BA, 2024, S. 13). Dies ist insofern bedeutsam, als Care-Arbeit, unter die auch die Krankenpflege einzuordnen ist, immer noch als typischer Frauenberuf wahrgenommen wird, der im Vergleich zu männlich dominierten Berufen vergleichsweise schlecht bezahlt und gering geschätzt wird. Die genannten Aspekte werden zusätzlich in Zusammenhang mit der fehlenden Durchsetzungskraft berufspolitischer Interessen gebracht (Nolte & Schwamm, 2025, S. 140 f.).

Erschwerend kommt hinzu, dass die Berufsgruppe der Pflegenden 2025 als insgesamt äußerst heterogen gilt. Sie umfasst vielfältige Unterschiede in Bezug auf die Einsatzbereiche, das Qualifikationsniveau, die Herkunftsländer, die Altersstruktur und den Ausbildungshintergrund. Dadurch wird die Verständigung auf ein in den wesentlichen Aspekten gemeinsames Pflege- und Berufsverständnis erheblich erschwert, was letztlich zum Identitätsproblem der Berufsgruppe führt. Der Ausdruck Pflegeverständnis bezieht sich nicht nur auf die individuelle Sichtweise einer Pflegekraft, sondern umfasst zusätzlich die Auffassung, wie Pflege aus gesetzlicher, oder aus Sicht der Institutionen definiert und ausgeführt werden muss. Das Berufsverständnis bezieht sich auf die Haltungen, Werte und Normen, an denen sich die gesamte Berufsgruppe orientieren soll und schließt die Beschreibung der Grundlagen, Pflichten, Zielsetzungen und Tätigkeiten mit ein (Walter, 2020, S. 28). Sowohl das Pflege- als auch das Berufsverständnis sind wesentliche Bestandteile der pflegeberuflichen Identität, die jedoch wie im weiteren Verlauf

noch ausführlich erläutert wird, weit umfassender definiert ist. Um das Identitätsproblem der Berufsgruppe besser konkretisieren zu können, wird im Folgenden ein Überblick über die Heterogenitätsdimensionen gegeben.

2.1 Heterogenität in der Berufsgruppe der Pflegenden 2025

Die ersten beiden Dimensionen anhand derer sich die Heterogenität aufzeigen lässt, beziehen sich auf die Einsatzgebiete und das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte. Beginnt man bei der Zahl der Pflegekräfte, so beziffert die Bundesagentur für Arbeit in ihrem Bericht zur Arbeitsmarktlage in der Pflege vom Mai 2024 die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte in Deutschland auf 1,7 Millionen. Die Darstellung der jeweiligen Arbeitsbereiche zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte im Bereich der Akutversorgung in Krankenhäusern tätig ist. Den zweitgrößten Arbeitsbereich bildet die stationäre Langzeitpflege. Die ambulante Pflege stellt den kleinsten Beschäftigungsbereich dar (BA, 2024, S. 5 ff.). Nicht berücksichtigt werden auf der Grafik weitere Tätigkeitsfelder wie beispielsweise Gesundheitsämter, Schulen oder Internate.

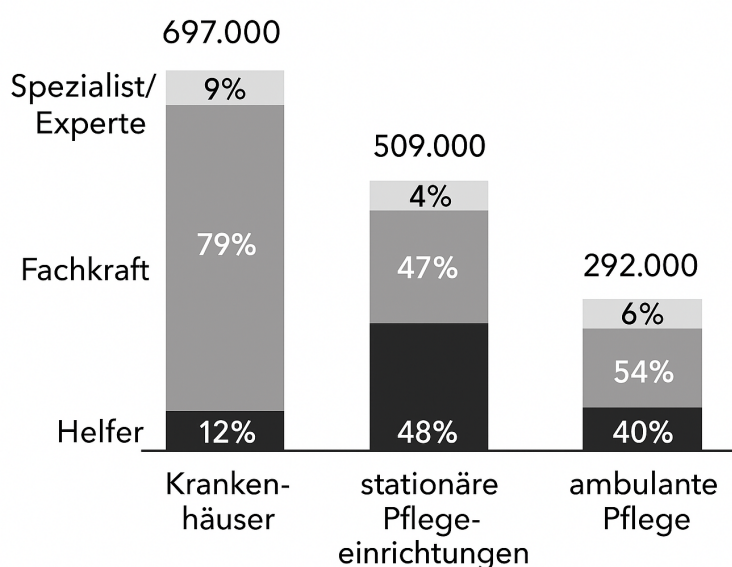


Abbildung 1: Einsatzgebiete und Qualifikation der Pflegekräfte (BA, 2024, S. 9)

Hinsichtlich des Qualifikationsniveaus zeigt die Abbildung, dass der Anteil an Fachkräften in Krankenhäusern und in der ambulanten Pflege prozentual deutlich höher ist als in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegehilfskräfte nahezu die Hälfte der Beschäftigten stellen. Ein weiteres Kriterium zeigt sich in der gestiegenen kulturellen Vielfalt der Berufsgruppe. So leisten Fachkräfte aus dem Ausland einen wesentlichen Beitrag dazu, dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken und das Pflegesystem vor dem Kollaps zu bewahren (IAB, 2024, o. S.). Während 2018 der Anteil der aus

dem Ausland stammenden Pflegekräfte bei 10 % lag, ist er 2023 bereits auf 16 % angestiegen, wobei Polen, Bosnien und Herzegowina, Rumänien, Türkei und Kroatien als die Top 5 der Herkunftsländer ausländischer Pflegekräfte angegeben werden. Über die Triple Win Initiative zur Fachkräftesicherung spielen zudem die Philippinen und Vietnam eine zunehmend bedeutsame Rolle (BA, 2024, S. 12).

Ein weiteres, für diese Arbeit relevantes Kriterium ist die Altersstruktur der Pflegekräfte.

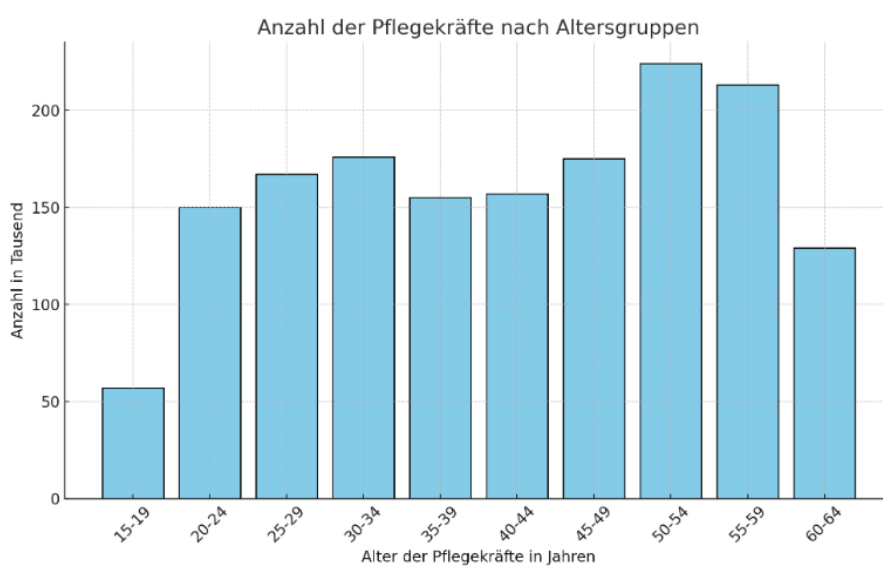


Abbildung 2: Altersstruktur der Pflegekräfte 2019 (Destatis, 2025a, o. S., eigene Darstellung)

Die Zahlen zur Erhebung zur Altersstruktur der Pflegekräfte des Statistischen Bundesamtes sind insofern von Bedeutung, als sie Rückschlüsse auf den Zeitraum der jeweils absolvierten Ausbildung zulässt und damit auch auf das Pflege- und Berufsverständnis, das in dem jeweiligen Zeitraum vermittelt wurde. Seit der Einführung der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenpflege im Jahr 1966 hat die Pflegeausbildung in den Jahren 1985, 2003 und 2020 weitere große Reformen erfahren, die sowohl mit einer inhaltlichen Neuausrichtung der Ausbildung als auch mit einer Neudefinition des Berufsbildes und des pflegerischen Handelns einhergehen. Die Altersstruktur der Pflegekräfte lässt den Schluss zu, dass im Jahr 2025 neben den generalistisch ausgebildeten Pflegekräften zu einem großen Teil Pflegekräfte mit einer Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger nach dem Krankenpflegeberufegesetz von 1985 sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger mit einer Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz von 2003 tätig sind. Um zu verdeutlichen, welchen Wandel der Beruf durch die Ausbildungsreformen vollzogen hat,

werden diese im Folgenden skizziert. Die ausführliche Darstellung ist im Anhang beigefügt.

Die Ausbildung zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger seit 1965: Das Pflegeverständnis ist stark hierarchisch geprägt. Die Pflegekraft wird als Mitarbeiterin des Arztes verstanden und hat sich in erster Linie durch Gehorsam gegenüber ärztlichen Anordnungen, Freundlichkeit, Autorität sowie eine Haltung der christlichen Nächstenliebe auszuzeichnen. Dieses Pflegeverständnis vereint ein traditionelles Helferbild mit moralisch-ethischen Ansprüchen und greift die Ideale des Humanismus und der Renaissance auf (Haufschild et al., 1965, S. 11 f.).

Die Ausbildung zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger seit 1985: Mit der Reform des Gesetzes über die Berufe der Krankenpflege von 1985 erfolgt ein erster Paradigmenwechsel: Pflege wird nun als soziale Dienstleistung von Menschen für Menschen definiert. Erstmals wird Pflege nicht mehr ausschließlich als Reaktion auf Krankheit verstanden, sondern beinhaltet darüber hinaus auch präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben. Zum Aufgabengebiet zählt somit nicht mehr ausschließlich die Pflege kranker Personen, sondern auch die Betreuung älterer sowie beeinträchtigter Menschen (Kommerell, 1997, S. 4 f.). Insgesamt lässt sich in dieser Reform eine erste Abkehr von der ärztlichen Dominanz hin zu einem erweiterten, professionellen Selbstverständnis erkennen.

Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin / zum Gesundheits- und Krankenpfleger seit 2003: Durch die erneute Ausbildungsreform und die Neufassung des Krankenpflegegesetzes wird die Pflege in ihrer Eigenverantwortung gestärkt. Das Aufgabenfeld wird deutlich erweitert und fortan als komplexes, interdisziplinäres und reflexives Handlungsfeld verstanden. Ein weiteres Novum hinsichtlich des Berufsverständnisses besteht darin, dass in der Ausbildung zukünftig Kompetenzen erworben werden, um den Anforderungen, die sich aus dem Aufgabenspektrum der Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung und Gesundheitsförderung ergeben, gerecht werden zu können (Schell, 2013, S. 313). Die Einführung der kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis im gesellschaftlichen Kontext (KrPflAPrV, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1) markiert einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung Professionalisierung und Entwicklung einer reflexiven Berufspraxis.

Die Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann seit 2020: Mit dieser bisher umfassendsten Reform wird die bisherige Trennung der drei Ausbildungsgänge Kinder-, Erwachsenen- und Altenpflege aufgehoben. Das der generalistischen Ausbildung

zugrundeliegende Pflege- und Berufsverständnis basiert auf pflege-, geistes- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen und Theorien sowie auf den Inhalten des ICN-Ethikkodex und der Charta zum Schutz der Menschenwürde. Pflegende sollen sich durch advokatorisches Handeln für die Belange der Pflegeempfänger einsetzen (BIBB, 2020, S. 6). Der Begriff Pflege wird erneut erweitert und „[...] umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.“ (§ 5 PflBG (2)) Das Berufs- und Pflegeverständnis betont darüber hinaus die gesellschaftliche Relevanz der Pflegenden und die Eigenständigkeit der Berufsgruppe, die in § 4 des Pflegeberufgesetzes verankerten Vorbehaltsaufgaben zum Ausdruck kommt. Eine große Bedeutung wird der Entwicklung und Verinnerlichung eines Berufsethos mit dem Anspruch, sich aktiv bei der Gestaltung berufs- und gesundheitspolitischer Bereiche zu engagieren, beigemessen (BiBB, 2020, S. 15).

Das Studium zum Pflegefachmann / zum Pflegefachfrau B. Sc. (primärqualifizierender Studiengang): Das Pflege- und Berufsverständnis entspricht dem der generalistischen Grundausbildung. Darüber hinaus gehört es zum Berufsbild der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte dazu, dass sie die professionelle Versorgung der Pflegeempfänger in komplexen Versorgungssituationen sicherstellen sollen. Die Akademisierung wird insofern als notwendig erachtet, da Pflegende zukünftig zunehmend mit komplexeren Herausforderungen konfrontiert werden, die sich aus den Anforderungen einer sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht verändernden Gesellschaft und Gesundheitsversorgung ergeben (Latteck & Büker, 2023, S. 172).

Bereits dieser kurze Überblick über die Unterschiede der jeweiligen Ausbildungen zeigt deutlich, wie sich die berufliche Pflege von einem ärztlich dominierten Assistenzberuf zu einer eigenständigen, professionellen und gesellschaftlich relevanten Gesundheitsprofession mit ethischem Fundament und wissenschaftlicher Fundierung gewandelt hat. Inwiefern sich die skizzierten Veränderungen des Berufsbildes auf die intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Kliniken oder auf die Versorgungsqualität der Pflegeempfänger auswirken, gibt es derzeit keine Literatur. Lediglich Huber weist im Rahmen ihrer Forschung zu den Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens darauf hin, dass heterogene Pflegeverständnisse und somit heterogene Denkmuster Auswirkungen auf pflegerisches Handeln und den Umgang mit der Arbeitsbelastung haben (Huber, 2019, S. 143 f.).

Dass aber gerade im Qualifikationsmix, der sich auf den gemischten Einsatz akademisierter Pflegekräfte und Pflegekräfte mit traditionell 3-jähriger Ausbildung, eine Chance liegt, gilt in der Pflegewissenschaft als belegt und wird als dringend notwendig erachtet. Die Pflegewissenschaftlerin Renate Stemmer sieht im Qualifikationsmix zudem ein hohes Potenzial, das als Treiber von Veränderungen genutzt werden kann und sollte (Stemmer, 2021, S. 180 f.). Während Stemmer sich in ihren Ausführungen vorwiegend auf das Setting der stationären Langzeitpflege bezieht, gehen die Erkenntnisse des Abschlussberichtes der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis über diesen Versorgungsbereich hinaus und beziehen sowohl das akutklinische, ambulante Setting sowie den Bereich der Rehabilitation mit ein (Weidner & Schubert, 2022, S. 8.). Sowohl bei Stemmer als auch im Abschlussbericht wird auf die Methode der kollegialen Beratung als Instrument hingewiesen, um im gesamten Pflege- und Versorgungsprozess das Potenzial der Heterogenität, vor allem in Hinblick auf die Verbesserung und Sicherung der Pflegequalität, besser nutzen zu können. Die Hauptverantwortung wird diesbezüglich den akademisch ausgebildeten Pflegekräften zugesprochen (Weidner & Schubert, 2022, S. 39 ff.; Stemmer, 2021, S. 181). Um die Qualität pflegerischer Versorgung wissenschaftlich zu fundieren und die Professionalisierung des Berufes voranzutreiben, betont auch Gerlach im Rahmen ihrer Forschungsarbeit zur professionellen Identität von Pflegekräften, die Bedeutung einer gemeinsam geteilten beruflichen Identität akademisch ausgebildeter Pflegekräfte und weist ihnen in diesem Zusammenhang eine besondere Verantwortung zu (Gerlach, 2013, S. 217).

Neben den dargestellten Heterogenitätsdimensionen, anhand derer sich die Unterschiede innerhalb der Berufsgruppe beschreiben lassen und aus denen sich das Identitätsproblem ursächlich ableiten lässt, kommen weitere Herausforderungen hinzu.

2.2 Pflege im Dauerkrisenmodus – Herausforderungen für Image und Identität

„Pflege ist systemrelevant – Nicht nur in Corona-Zeiten [...]“ (Dichter et al., 2020, S. 1) Mit dieser Aussage und der damit verbundenen Kritik soll zum Ausdruck gebracht werden, dass ein bloßes Mehr an Wertschätzung, wie sie etwa in den Applaus-Aktionen während der Pandemie zum Ausdruck kamen, nicht ausreicht, um die Pflege aus ihrem Dauerkrisenmodus zu befreien. Die Begriffe Pflegenotstand und Fachkräftemangel gehören unweigerlich zusammen. Zwar rücken sie durch die mediale Präsenz des Themas vor allem seit der COVID-19-Pandemie in den Fokus des öffentlichen Interesses (Moos-

burger, 2025, S. 159), doch ist weder der Fachkräftemangel noch der Pflegenotstand ein modernes Phänomen der 2000er Jahre. Bereits im 19. Jahrhundert stellte der Mangel an Pflegekräften ein großes Problem dar, welches die Entwicklungen und Diskussionen um den Pflegeberuf seither wie ein dunkler Schatten begleitet (Goel, 2025, S. 179 f.).

Aufgrund der Ausmaße des bereits bestehenden und sich weiter verschärfenden Pflegenotstandes bedarf es diesbezüglich einer genaueren Betrachtung. So zeigt sich die Not der Pflege zum einen darin, dass der Pflegeberuf, wenngleich er ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießt, dennoch mit einem negativen Image, was die Attraktivität hinsichtlich der Arbeitsbedingungen, der Bezahlung oder des gesellschaftlichen Prestiges, behaftet ist. Geprägt wird das Image der Pflege zudem durch die mediale Berichterstattung, welche überwiegend die Missstände thematisieren. Weiterhin existieren zahlreiche fiktionale Serienformate, in denen ein sowohl unrealistisches als auch unvorteilhaftes Bild professioneller Pflegekräfte gezeichnet wird (Maier et al., 2023, S. 52 ff.). Darin, dass nur ca. ein Drittel der Pflegenden das Ergreifen ihres Berufes weiterempfehlen würden, lässt auf einen mangelnden Berufsstolz und auf ein negatives Selbstbild der Pflegenden schließen (Zegelin, 2021, S. 24 ff.). Problematisch ist dies dahingehend, da das Selbstbild der Pflegenden mit dem öffentlichen Image des Berufes korreliert. So trägt ein überwiegend negatives Selbstbild dazu bei, das negative Image des Berufs in der Öffentlichkeit aufrechtzuerhalten. Andererseits kann den Pflegekräften, indem sie selbst ihre berufliche Identität reflektieren und Identitätsarbeit leisten, eine Schlüsselposition zugesprochen werden, um dieses Image ins Positive zu wandeln (Julier-Abgottspon, Brunner-Pfaffen & Eissler, 2023, S. 143). Es wäre jedoch ein Trugschluss, davon auszugehen, dass der Personalmangel das einzige Problem der Pflegekräfte sei oder die letzte Reform intraprofessionelle Diskussionen über den weiteren Weg der Pflege zum Verstummen gebracht hätte. Denn besonders aus den Bereichen der Alten- und Kinderkrankenpflege wird bereits gefordert, wieder zu den alten Ausbildungsmodellen zurückzukehren (DBfK Nordwest, 2024, S. 2 ff.). Hinzu kommt das Scheitern der Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg, die 2024 als dritte Pflegekammer Deutschlands gegründet werden sollte. Pflegekammern werden als identitätsfördernd und als essentieller Baustein für die Anerkennung des Pflegeberufs als Profession erachtet (DBfK, 2025, o. S.). In Baden-Württemberg schlug die Gründung nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Akzeptanz des Vorhabens und stark divergierender Haltungen innerhalb der Berufsgruppe fehl (Millich, 2024, o. S.). Auch in den übrigen Bundesländern sind die Bemühungen, Pflegekammern einzurichten, eher verhalten oder

stoßen auf politischer Ebene auf Ablehnung. In Schleswig-Holstein und Niedersachsen wurden bereits bestehende Pflegekammern aufgrund vehementer Proteste seitens der Pflegenden schon nach kurzer Zeit wieder aufgelöst, so dass auch hier die Bestrebungen, den Anliegen und Interessen der Pflege politisch eine stärkere Stimme zu verleihen, innerhalb der Berufsgruppe keine Mehrheit findet (Lücke, 2024, o. S.). Auf Bundesebene zeigt sich dieses Problem zusätzlich dahingehend, dass insgesamt nur ca. 10 % aller Pflegekräfte gewerkschaftlich oder in einem Berufsverband organisiert sind. Die Berufsverbände sind wiederum hinsichtlich ihrer Zielsetzungen völlig unterschiedlich ausgerichtet, was die immer wieder geforderte notwendige starke Stimme der Pflege zur Durchsetzung ihrer Interessen trotz aller Bemühungen schwach erscheinen lässt (Kreutzer, 2025, S. 163). Ein weiterer Aspekt, der die Not der Pflegenden in den vergangenen Jahren vergrößert hat, ist der zunehmende Kostendruck und die Ökonomisierung der Kliniken. Die Einführung der DRG's im Jahre 2003 wird als „[...] Erosionsprozess der Professionalität und des Arbeitsverständnisses von Pflegekräften [bezeichnet].“ (Braun, 2014, S. 103) Diese Erosion zeigt sich unter anderem darin, dass die Bedeutung der psychosozialen Versorgung und der emotionalen Zuwendung als einem der Kernbereiche pflegerischen Handelns an Wertigkeit verliert und aufgrund der hohen Arbeitsdichte und der kürzeren Verweildauer der Patienten häufig nicht mehr geleistet werden (ebd., S. 103 f.). Der Verlust an Wertigkeit ist aus Sicht der Medizinökonomien rein rational zu begründen, denn gute Pflege und menschliche Zuwendung leisten, zugespitzt formuliert, nur einen marginalen Beitrag zur ökonomischen Rentabilität von Kliniken.

2.3 Zwischenfazit

Anhand der Ausführungen in diesem Kapitel wird deutlich, dass die Ausbildung einer pflegeberuflichen Identität durch zahlreiche Faktoren erschwert wird. Die Faktoren lassen sich in externe, auf struktureller Ebene verortete, sowie in interne, innerhalb der Berufsgruppe selbst wirksame Faktoren differenzieren. Zu den externen Faktoren zählen die Rahmenbedingungen, die durch den Fachkräftemangel, den Pflegenotstand, die Gesundheitspolitik und den Ökonomisierungsdruck bestimmt werden. Die weiterhin bedeutsame Rolle kirchlicher Träger ist für die Pflegenden vor allem aus arbeitsrechtlicher Sicht relevant. Die Arztzentriertheit im Gesundheitswesen führt hinsichtlich der Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns zu einer hohen Fremdbestimmtheit und Abhängigkeit, was die Weiterentwicklung des Berufsstandes zusätzlich erschwert. Zu den weiteren externen Faktoren zählen migrationsbedingte Dynamiken oder Strategien zur

Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte, zur Eindämmung des Pflegenotstands. Zweifellos stellt Multikulturalität eine Ressource dar, um im pflegerischen Kontext einer durch Vielfalt geprägten Zusammensetzung der Pflegeempfänger gerecht zu werden. Die unterschiedlichen Pflege- und Berufsverständnisse der verschiedenen Kulturen gestalten die Entwicklung einer gemeinsamen pflegeberuflichen Identität jedoch auch unter diesem Aspekt herausfordernd. Als interne Faktoren zählen die reformbedingten Unterschiede der Ausbildungswege und der geringe Organisationsgrad, wodurch sich die Bedingungen für die Entwicklung einer gemeinsamen Vision und Durchsetzung berufspolitischer Interessen ungünstig gestalten. Als problematisch gilt darüber hinaus das negative Selbstimage der Pflegenden, welches sich nachteilig auf die berufliche Identität auswirkt und in wechselseitiger Beziehung zum öffentlichen Image des Berufes steht, der mit eher negativen Konnotationen weiterhin als typischer Frauenberuf gilt.

Aufbauend auf der in diesem Kapitel analysierten Identitätsproblematik wird im Folgenden herausgearbeitet, wie sich die Identitätsentwicklung theoretisch fundieren lässt und welches Potenzial dies für eine konstruktive Bearbeitung der Problematik eröffnet.

3 Sozialisation und Entwicklung einer Ich-Identität

„Wie wir werden, was wir sind.“ (Abels, 2019, S. 57) ist eine simple, aber durchaus treffende Beschreibung dessen, was unter den Begriffen Sozialisation und Identitätsentwicklung zu verstehen ist. Die Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität von Pflegefachkräften setzt zunächst ein grundlegendes Verständnis davon voraus, wie Individuen durch Sozialisation in eine Kultur, ein Normen- und Wertesystem sowie in gesellschaftliche Rollen hineinwachsen und wie sich in diesem Prozess eine Ich-Identität herausbildet (Schäfers, 2019, S. 61). Die Komplexität der Thematik hat zur Folge, dass bislang keine Theorie existiert, die alle damit verbundenen Teilaspekte vollumfänglich erklären kann. Erst das Zusammenführen der verschiedenen Perspektiven ermöglicht ein umfassendes Verständnis der wechselseitigen Beziehung zwischen der Identität einer Person und der sie umgebenden Strukturen. Aufgrund der Vielfalt an Perspektiven ist ein Überblick über die Theorien hilfreich. So lassen sich im Vergleich der einzelnen Theorien übergreifende Merkmale identifizieren, die eine orientierungsgebende Systematisierung ermöglichen.

Struktur-, Gesellschafts- oder Makrotheorien legen ihren Fokus auf die gesellschaftliche Ordnung als Gesamtsystem und betrachten die Identitätsentwicklung vor allem als Ergebnis übergeordneter sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen und

Strukturen. Sie erklären damit, wie kollektive Normen, Rollenbilder und institutionelle Vorgaben die Identitätsentwicklung einer Person beeinflussen. Demgegenüber sind Handlungs- bzw. Mikrotheorien als zweite Kategorie dahingehend ausgerichtet, die Interaktionen zwischen einzelnen Individuen oder Gruppen innerhalb dieser Strukturen zu analysieren. Sie tragen zur Erklärung der Identitätsentwicklung bei, indem sie aufzeigen, wie Identität durch Interaktion konstruiert, bestätigt oder verändert wird (Abels, 2019, S. 4). Bauer und Hurrelmann ergänzen die skizzierte Einteilung um eine dritte Kategorie und verweisen auf die Relevanz psychologischer Theorien, die sich im Rahmen der Sozialisationsforschung als anschlussfähig erweisen. Die Begründung für diese dritte Kategorie erfolgt dahingehend, dass Individuation stets die individuelle Persönlichkeitsentwicklung als einen die gesamte Lebensspanne andauernden, dynamischen, von Krisen und Konflikten geprägten Prozess miteinschließt, der in permanenter Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfindet (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 30 ff.).

Ausgehend von dieser Einteilung der Sozialtheorien erfolgt im Weiteren die Darstellung relevanter struktur-, interaktions- und psychologiethoretischer Perspektiven auf die Identitätsentwicklung, bevor dann die Spezifika der beruflichen Identität näher erläutert werden.

3.1 Identitätsentwicklung im Rahmen von Strukturen

Für die strukturtheoretische Perspektive werden die Sozialtheorien von Émile Durkheim und Pierre Bourdieu herangezogen, da sie wesentliche Anknüpfungspunkte zur Thematik dieser Arbeit bieten.

3.1.1 Durkheim – Individuelle Persönlichkeit und soziale Solidarität

Emile Durkheim, der als einer der Urväter der Soziologie gilt, legt in seinem Buch über die soziale Arbeitsteilung („De la division du travail social“, 1893) den Schwerpunkt auf die Frage, inwiefern sich individuelle Persönlichkeit und soziale Solidarität in der Arbeitswelt bedingen. Durkheims Arbeiten fallen in eine Zeit großer politischer Unruhen und Arbeiterbewegungen. Durch die zunehmende Industrialisierung gewinnt die Arbeitsteilung immer mehr an Bedeutung. Denn nur so können die komplexer werdenden Anforderungen bewältigt und die Produktionsleistung erhöht werden. Durkheim kommt zu dem Schluss, dass das durch Arbeitsteilung entstehende Gefühl der Solidarität und das Einbringen der individuellen Fähigkeiten im Rahmen der Arbeitsteilung notwendig ist, um das gemeinsam angestrebte Ziel zu erreichen. Das heißt, erst die Individualisierung macht das Große und Ganze möglich, was Durkheim als Solidarität der Individualität

bezeichnet (Mikl-Horke, 2017, S. 33). Individualisierung und individuelle berufliche Spezialisierung unterliegen somit einem funktionalen Interesse und sind für die Weiterentwicklung und für den Fortschritt von essentieller Bedeutung. Die Solidarität umfasst darüber hinaus, besonders durch die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe, auch ein Kollektivbewusstsein, welches auf gemeinsam geteilten Überzeugungen, Werten und Normen beruht und soziale Kontrolle durch die Mitglieder der Berufsgruppe ermöglicht (Abels, 2019, S. 237 f.).

Übertragen auf die Situation der Pflegekräfte im Jahr 2025 lassen sich verschiedene Parallelen ableiten, so dass eine gewisse Aktualität von Durkheims Ausführungen nicht von der Hand zu weisen ist. Auf der Mikroebene lassen sich die Parallelen dahingehend ziehen, dass es erst durch das Zusammenspiel der individuellen Kompetenzen eine ganzheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann. So verfügt ein gutes und leistungsfähiges Team sowohl über eine gemeinsame Identität und Zielfokussierung als auch über eine klare Rollenverteilung, in der jedes Mitglied seine Stärken und Kompetenzen einbringen kann (Becker, 2016, S. 6 ff.). Des Weiteren besitzen Durkheims Ausführungen Erklärungskraft dafür, warum die unterschiedlichen Ausbildungsgänge und die darin zugrunde liegenden verschiedenen Berufs- und Pflegeverständnisse der Ausbildung eines starken Kollektivbewusstseins entgegenstehen können. So lässt sich die fehlende gemeinsame Ausrichtung der Pflegenden – um es mit Durkheims Worten auszudrücken – als gering ausgeprägte Solidarität der Individualitäten bezeichnen, die sich unter anderem in einem geringen Organisationsgrad der beruflich Pflegenden zeigt, was wiederum zu einer Reduzierung ihrer Einflussmöglichkeiten bei gesundheitspolitischen Fragen führt. Führt man diese Gedankengänge weiter und reduziert man den Bereich der Patientenversorgung im klinischen Bereich auf die zwei wesentlichen Akteure, Ärzte und Pflege, wird schnell deutlich, dass beide dieses Feld unter völlig verschiedenen Voraussetzungen betreten und dementsprechend unterschiedlich agieren. Feld, Habitus und Kapital sind zentrale Begriffe in Bourdieus Ausführungen. Anhand dieser Begriffe lassen sich die historisch gewachsenen und hierarchisch geprägten Strukturen, in denen pflegerisches Handeln stattfindet, sowie der Identitätskonflikt der Berufsgruppe der Pflegenden aus einer weiteren Perspektive darstellen.

3.1.2 Bourdieu – die Macht der Kapitalien

Die Relevanz von Bourdieus Habitus-Konzept gilt in der Pflegewissenschaft als unumstritten, da anhand dessen nicht nur die direkte Interaktion und individuelle Perspektive auf der Mikroebene, sondern zusätzlich das Handlungsfeld der Pflegekräfte, welches in

die Gesamtstruktur der Patientenversorgung eingebettet ist, betrachtet werden kann (Flaiz, 2018, S. 176).

In seinen Werken gibt Bourdieu eine Antwort darauf, inwiefern sich objektive Strukturen auf das Handeln eines Individuums und dessen Identität auswirken. Er geht davon aus, dass sich eine Gesellschaft in verschiedene Klassen einteilen lässt und bezeichnet die herrschende Klasse als Bürgertum (Bourgeoisie), die mittlere Klasse als Kleinbürgertum (Petite Bourgeoisie) und die dritte und unterste Klasse als Proletariat (Classe Populaire). Jede dieser Klassen grenzt sich durch einen klassenspezifischen Habitus, sowie durch das vorhandene ökonomische, soziale und kulturelle Kapital und durch die Art und Weise, wie ihre Mitglieder im sozialen Raum agieren, voneinander ab (Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 142 f.). Zusätzlich unterscheiden sich die Klassen durch ihren Geschmack und Lebensstil, was für den Kontext dieser Arbeit jedoch nicht relevant ist und daher nicht weiter ausgeführt wird. Bourdieu versteht den Begriff des Habitus als eine allgemeine Grundhaltung und ein „[...] System verinnerlichter Muster [...], die es erlauben, alle typischen Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen einer Kultur zu erzeugen [...].“ (Bourdieu, 1967, zit. nach Abels, 2017, S. 354)

Der Habitus ist demzufolge von dem Begriff der Identität nicht zu trennen. Die strukturelle Rahmung, innerhalb derer sich die Identität ausbildet, wird vor allem über die soziale Herkunft und den damit einhergehenden Möglichkeiten, Zwängen und Erfordernissen bestimmt. Bourdieu spricht dabei von Primärerfahrungen, die vom Individuum eingeübt und internalisiert werden, so dass gerade die Primärsozialisation, die auch als Habitualisierung eines Individuums bezeichnet werden kann, lebenslang einen prägenden Einfluss auf die Wahrnehmung, das Denken und Handeln eines Individuums behält (Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 113 f.). Verstärkt oder modifiziert wird der primäre Habitus durch die Sozialisation im Bildungswesen, wodurch sich ein sekundärer Habitus entwickelt. Wenngleich also der primäre Habitus mit einem gewissen unausweichlichen Determinismus einhergeht, gesteht er einem Individuum dennoch zu, in „[...] Freiheit zu denken, die aber nie eine absolute, sondern eine bedingte ist, was dann gleichzeitig den unbedingten Determinismus ausschließt.“ (Jurt, 2008, S. 65) Wenn Habitus und Identität also als zwei zwingend zusammengehörige Konzepte betrachtet werden müssen, und sich der Habitus aus den sozialen Umgebungsbedingungen konstituiert, die ihrerseits maßgeblich von den zur Verfügung stehenden Kapitalien mitgestaltet werden, gilt es, diese im Folgenden näher zu betrachten. Beginnend mit dem ökonomischen Kapital, worunter vor allem Geld und Eigentum zu verstehen ist, ist das kulturelle Kapital größer zu fassen und beinhaltet jegliche Art von „[...] Wissen, Qualifikationen, aber auch [...]

Handlungsformen und Einstellungen, die in der Familie und im Ausbildungssystem erworben wurden.“ (Abels, 2017, S. 353)

Bourdieu unterscheidet dabei folgende Facetten:

Inkorporiertes kulturelles Kapital umfasst verinnerlichte Normen, Werte, Kenntnisse, Sprachstile und Denkweisen, die durch den Sozialisationsprozess erworben werden.

Objektiviertes kulturelles Kapital zeigt sich in materiellen Objekten gespeichertes kulturelles Wissen. Dieses Kapital kann besessen und weitergegeben werden, aber um ihren Wert nutzen zu können, ist inkorporiertes kulturelles Kapital notwendig.

Institutionalisiertes kulturelles Kapital bezieht sich auf formal anerkannte Bildungsabschlüsse oder Titel, die Wissen und Kompetenzen bestätigen. Beides sind Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe und Zugangsvoraussetzungen für berufliche Positionen.

Der Art und Weise, wie dieses Kapital erworben wurde, misst Bourdieu eine große Bedeutung zu. So ist es per se zwar nicht ausgeschlossen, dass jedes Individuum sein kulturelles Kapital vergrößern kann, dennoch macht es einen Unterschied, ob bereits in der Kindheit ein umfangreiches Grundkapital als Basis erworben wird, wie es für die Angehörigen der Bourgeoisie selbstverständlich ist, oder ob dieses erst im Laufe des Erwachsenenlebens mehr oder minder mühsam aufgebaut wird, wie es auf die Angehörigen des aufstrebenden Kleinbürgertums häufig zutrifft. Denn erst im Zusammenhang mit dem entsprechenden Habitus, das heißt mit den inkorporierten Verhaltens-, Sprach- und Denkformen, die der gesellschaftlichen Elite zu eigen sind, besteht überhaupt eine Chance, in deren Kreise aufzusteigen und dort anerkannt zu werden (Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 137 f.). Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die dritte Form, das soziale Kapital. Das soziale Kapital umfasst alle sozialen Beziehungen, insbesondere auch die Zugehörigkeit zu bestimmten (exklusiven) Gruppen. Die sozialen Netzwerke, die durch diese Zugehörigkeit entstehen, lassen sich wiederum gezielt dazu einsetzen, um die anderen Kapitalformen zu vergrößern. Und auch hier gilt: Je größer das soziale Kapital, das einem Individuum aufgrund seiner sozialen Herkunft mitgegeben wird, desto leichter fällt es dem Individuum, sich den Habitus seines sozialen Umfelds anzueignen und somit seine soziale Identität zu stabilisieren (Abels, 2017, S. 353).

Das symbolische Kapital als vierte Form kann als Ansehen, Prestige oder Ehre beschrieben werden, die der Besitz bestimmter Kapitalformen wie akademische Titel, Reichtum oder die Zugehörigkeit zu exklusiven Kreisen in einem spezifischen Umfeld mit sich bringen kann. Das heißt, symbolisches Kapital hat zwar einen begrenzten Wir-

kungsradius, ist aber dennoch von Bedeutung, da es die anderen Kapitalformen hervorhebt und symbolische Macht sowie Autorität verleiht, die in der Praxis genutzt werden können (Jurt, 2008, S. 84 f.). In diesem Kontext wird der Begriff des „sozialen Feldes“ relevant. Vereinfacht gesagt ist das Feld ein Netz von objektiven Relationen zwischen Positionen, in denen die handelnden Akteure stehen. Der soziale Raum, ein Ausdruck, der häufig von Bourdieu anstelle des Begriffs Gesellschaft verwendet wird, ist in verschiedene Felder untergliedert, die nicht nur hierarchisch voneinander unterschieden werden, sondern auch in einer horizontalen Beziehung zueinander stehen können (Hillebrandt, 2009, S. 381). Die Positionen innerhalb des Feldes sind von außen definiert und beeinflussen so das Denken und Handeln der Akteure. Weiterhin ist jedes Feld durch spezifische, historisch gewachsene Interessen gekennzeichnet und besitzt aufgrund dessen eine eigene Logik sowie eigene Werte und Normen (Flaiz, 2018, S. 171 f.). So geht es letztendlich immer um die Wahrung eines bestimmten Kräfteverhältnisses und darum, die eigene Handlungsmacht zu sichern oder zu vergrößern, weshalb Bourdieu Felder auch als Kampf- oder Kräftefelder bezeichnet. Die Strategien, die für diesen Kampf angewendet werden, stehen in direkter Beziehung zum Habitus der Akteure, weshalb der Erfolg maßgeblich vom vorhandenen Kapital abhängt (Hillebrandt, 2009, S. 381 f.).

Habitus, Kapital und Feld. Wie lassen sich nun diese drei zentralen Begriffe aus Bourdieus Theorien weiter auf die aktuelle Situation der Pflegefachkräfte übertragen? Der klinische Bereich der Patientenversorgung, der für die vorliegende Arbeit relevant ist, lässt sich als soziales Feld begreifen, in welchem sich hierarchische Strukturen zwischen den beteiligten Gruppen aufgrund ihrer zur Verfügung stehenden Kapitalien herausbilden. Reduziert man die in die Patientenversorgung involvierten Berufsgruppen auf die Ärzte und Pflegekräfte, zeigt sich, dass jede Gruppe, von individuellen Interessen geleitet und einer eigenen Handlungslogik folgend, ein eigenes Feld für sich beansprucht, in welchem sie die uneingeschränkte Definitions- und Handlungsmacht besitzen wollen. Wohlwissend, dass sich die Felder in der Praxis dennoch nicht gänzlich voneinander trennen lassen und es gemeinsame Bereiche gibt, innerhalb derer alle Akteurinnen und Akteure kooperativ zusammenarbeiten müssen. Die Grenzen des eigenen Feldes zu vergrößern, ist das Bestreben der Berufsgruppe der Pflegenden. Bourdieus Analysen entstanden in einer Zeit, in der die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern noch einer deutlich strengeren hierarchischen Ordnung unterlag als heute. Zwar wird die Verwendung des Klassenbegriffs zur Beschreibung sozialer Strukturen inzwischen als nicht mehr zeitgemäß kritisiert, dennoch hat sich, wie in Kapitel 2 darge-

stellt, an den bestehenden hierarchischen Strukturen bislang nur wenig verändert. Bourdieus Beschreibung der Charakteristika einzelner Klassen und vor allem die Bedeutung der verschiedenen Kapitalien besitzen daher auch heute noch eine erhebliche Erklärungskraft, insbesondere im Hinblick auf den fortbestehenden Widerstand gegen strukturelle Veränderungen. Die detaillierte Aufschlüsselung der Kapitalien in der folgenden Tabelle bietet eine Übersicht über die Kapitalverteilung, und ermöglicht eine Einschätzung des Kräfteverhältnisses zwischen beiden Berufsgruppen.

Kapitalform	Berufsgruppe		
	examinierte Pflegefachkraft	Pflegefachkraft mit primärqualifizierendem akademischem Abschluss	Ärzte
institutionalisiertes kulturelles Kapital: Ausbildungs- und Studiendauer - Akademisierungsgrad	3-jährige Ausbildung	6-8 Semester (auf Grundlage der PflAPrV, 2018) Akademisierungsgrad: < 2%; bzw. 0,8% mit primärqualifizierendem Abschluss	~ 12 Semester (auf Grundlage der ÄApprO, 2023) Akademisierungsgrad: 100%
institutionalisiertes kulturelles Kapital: Zuständigkeiten / Verantwortung	Planung, Steuerung und Organisation des Pflegeprozesses, keine eigenständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, keine Weisungsbefugnis gegenüber Ärzten.		Gesamtverantwortung für Diagnostik / Therapie, diesbezüglich weisungsbefugt gegenüber den Pflegekräften.
institutionalisiertes kulturelles Kapital: Teilnahme an Weiterbildungen / Fortbildungen	verpflichtend (§ 113 SGB V)		verpflichtend (§ 96d SGB V)
inkorporiertes kulturelles Kapital: Entscheidung für den Beruf aufgrund der Familientradition	20,8%		37,3%
inkorporiertes kulturelles Kapital: durch berufliche Sozialisation erworbene Normen und Werte	Traditionell geprägtes Berufs- und Pflegeverständnis, deutliche Unterschiede der Werte- und Normen aufgrund der verschiedenen Ausbildungsreformen.	Traditionell geprägtes und wissenschaftsorientiertes Berufs- und Pflegeverständnis, Anstreben der Ausweitung pflegefachlicher Befugnisse.	Seit Beginn der 2000er Jahre sich stark wandelndes Berufsbild: vom traditionellen, ausschließlich der Heilkunde verpflichteten Arzt, zum profitorientierten Gesundheitsdienstleister.
soziales Kapital: intraprofessioneller Vernetzungsgrad / Zugehörigkeit zu einem Berufsverband / Kammer	Freiwilliger Beitritt in einen Berufsverband, Pflegekammern gibt es nur in zwei Bundesländern, insgesamt geringer Vernetzungs- und Organisationsgrad.		Verpflichtende Mitgliedschaft in der Ärztekammer, hoher Vernetzungsgrad. Vergleichsweise hohes Mitspracherecht bei gesundheitspolitischen Entscheidungen, stimmberechtigtes Mitglied im G-BA.
symbolisch Kapital: Prestige / Ansehen in der Bevölkerung	In einer forsa-Umfrage geben 90 % der Befragten an, dass der Pflegeberuf ein sehr hohes Ansehen genießt		In der gleichen Umfrage geben 86% an, dass der Arztberuf ein sehr hohes Ansehen genießt.
ökonomisches Kapital: durchschnittliches Gehalt*	4200-4500 €	5000-5500€	8500-9300€ ohne Facharztausbildung

*Die Angaben zum Gehalt entsprechen den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes für eine nach Tarif bezahlten Person, 35 Jahre mit 5-jähriger Betriebszugehörigkeit in einer Klinik > 1000 Beschäftigten (Destatis, 2025b, o. S.)

Tabelle 1: Kapitalverteilung in den Berufsgruppen (eigene Darstellung)

In der Tabelle wird einmal mehr die Heterogenität der Berufsgruppe der Pflegenden ersichtlich und zeigt in Bezug auf die Kapitalverteilung eine auf den ersten Blick sichtbare Unterlegenheit gegenüber der Berufsgruppe der Ärzte.

Hinsichtlich des institutionalisierten kulturellen Kapitals zeigt sich, dass die Pflegekräfte im Vergleich mit der Berufsgruppe der Ärzte mit deutlich weniger Kapitalvolumen ausgestattet sind. Zum einen ist der Akademisierungsgrad äußerst gering (Meng, Peters & Dorin, 2022, S. 10). Des Weiteren wird eine Asymmetrie des Kräfteverhältnisses innerhalb des Feldes der Patientenversorgung deutlich. Diese Asymmetrie resultiert im klinischen Bereich sowohl aus der einseitig zugesprochenen Weisungsbefugnis als auch daraus, dass die vermeintlich eigenständige Organisation des Pflegeprozesses dahingehend eingeschränkt ist, dass die Gesamtverantwortung über Diagnostik und Therapie den Ärzten obliegt (MBO-Ä, 2024, § 23b) und somit die Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns im Wesentlichen fremdbestimmt sind. Diese Asymmetrie kann auch durch die beidseitig in SGB V verankerte Fort- und Weiterbildungspflicht nicht aufgehoben werden.

Im Vergleich zu Ärzten weist auch das inkorporierte kulturelle Kapital der Pflegekräfte, zu dem der durch Familientradition und Primärsozialisation geprägte Berufswunsch zählt, eine deutlich geringere Ausprägung auf (DIP, 2022, S. 6; KBV, 2023, S.27). Die zweite Zeile in dieser Kapitalform zeigt, dass sich das Berufsbild und das Berufsverständnis in beiden Berufsgruppen deutlich gewandelt hat, so dass auch innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte von einer stark differierenden beruflichen Identität ausgegangen werden kann (Maio, 2009, S. 31). Für die Berufsgruppe der Pflegenden gestaltet sich der Prozess zur Entwicklung eines selbstbewussten und homogeneren beruflichen Habitus, um sich im gemeinsamen Feld mit den Ärzten geschlossener bewegen und strategisch effektiver agieren zu können, aufgrund der Unterschiede in der beruflichen Sozialisation jedoch herausfordernd.

Diesbezüglich spielt zudem das vergleichsweise wenig vorhandene soziale Kapital eine Rolle (vgl. Kapitel 2.2). So steht die gering vernetzte und insgesamt wenig in Gewerkschaften, Berufsverbänden oder Kammern organisierte Berufsgruppe der Pflegenden einer Berufsgruppe gegenüber, die in allen Aspekten gegenteilig aufgestellt ist. Sei es durch die gesetzlich verpflichtende Mitgliedschaft in einer der Landesärztekammern (BÄK, 2025, o. S.) oder dadurch, dass Ärztevertreter als stimmberechtigte Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, 2025, o. S.) über ein deutliches Mehr an Handlungs- und Definitionsmacht im Bereich der Patientenversorgung verfügen und diese auch zu nutzen wissen. Ein hohes gesellschaftliches Ansehen wird beiden Be-

rufgruppen zugesprochen (Statista, 2025b, o. S.). Fraglich ist jedoch, inwiefern diese Form des symbolischen Kapitals das Agieren im gemeinsamen sowie im berufsspezifischen Feld der Patientenversorgung beeinflusst. Anders sieht es hinsichtlich der Bedeutung des ökonomischen Kapitals im Sinne des Gehalts aus. So würde eine Verbesserung der Bezahlung zu einer höheren Attraktivität und Arbeitszufriedenheit führen (BM für Gesundheit, 2023, S. 8 ff.), die wiederum in engem Zusammenhang mit einer positiv besetzten beruflichen Identität und Performanz steht (Schottler, 2020, S. 224 f.).

Zusammenfassend zeigt die tabellarische Darstellung der Kapitalien nicht nur den Status Quo, sondern lässt auch Rückschlüsse auf die Möglichkeiten, den beruflichen Habitus der Pflegenden zu modifizieren, zu. Wenngleich das gemeinsame Feld der Patientenversorgung deutlich von der Dominanz der Ärzte und den gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmt wird und somit einem gewissen Determinismus unterworfen ist, bleiben dennoch individuelle Handlungsspielräume bestehen. Diese können genutzt werden, um das historisch gewachsene und nach wie vor von einem traditionellen Hierarchieverständnis geprägte Agieren innerhalb des Feldes zu verändern und somit einen Wandel der Strukturen herbeizuführen. Doch selbst wenn sich die Struktur des Feldes allmählich durch den Ausbau des sozialen Kapitals aufgrund eines höheren Vernetzungs- und Organisationsgrades verändern würde, würde dies nicht zwangsläufig zu einer Veränderung des pflegerischen Habitus führen. Die von Bourdieu beschriebene und als Hysteresis-Effekt bezeichnete Tendenz zur Beharrung bezieht sich darauf, dass sich inkorporierte Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, die im Habitus zum Ausdruck kommen und ihrerseits auf verinnerlichten Normen und Werten beruhen, nicht ohne Weiteres verändern lassen (Flaiz, 2018, S. 169 f.).

Dass trotz aller Herausforderungen eine Veränderung des Habitus anzustreben ist, belegen Sieger et al., die in ihrer Studie die Auswirkungen des Feldes auf den pflegerischen Habitus und dessen Folgen für die Patientenversorgung analysieren. Sie kommen zu dem Schluss, dass ein selbstbewusster pflegerischer Habitus unabdingbar dafür ist, um im Machtkampf mit allen anderen Akteuren um Position, Einfluss und Kapital konkurrieren zu können (Sieger et al., 2012, S. 488).

3.2 Identitätsentwicklung aus der Perspektive der Interaktionstheorien und des Kommunikativen Konstruktivismus

Als Interaktion lässt sich „[...] das aufeinander bezogene Handeln zweier oder mehrerer Personen [bezeichnen].“ (Meyer, 2023, S. 20) Professionelles pflegerisches Handeln ist ausnahmslos in komplexe interaktive Kontexte und Strukturen eingebettet, so dass in-

teraktionistische und konstruktivistische Theorien von besonderer Relevanz für die Nachvollziehbarkeit der Identitätsentwicklung und die sie beeinflussenden Faktoren sind. Die Auswahl der im Folgenden vorgestellten Theorien basiert darauf, dass sie jeweils unterschiedliche Schwerpunkte und Perspektiven der Identitätsentwicklung aufgreifen, die in ihrer Gesamtheit wichtige Ansatzpunkte zur Bearbeitung der zentralen Fragestellung liefern. Aufgrund der Fülle an Theorien, die in der Fachliteratur existieren, besteht hinsichtlich der Auswahl jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit.

3.2.1 Mead – Sich mit den Augen des Anderen betrachten

„Sich mit den Augen des anderen betrachten.“ ist eine der zentralen Thesen in George H. Meads Theorie des symbolischen Interaktionismus (Mead, 1934, zit. n. Abels, 2019, S. 328). Mead erachtet Kommunikation als das Grundprinzip der gesellschaftlichen Organisation des Menschen. Symbole sind allgemein anerkannte Zeichen, wie beispielsweise Bewegungs- oder Lautgesten, denen eine bestimmte Bedeutung zugeschrieben wird, die idealerweise von allen Interaktionspartnern geteilt wird, was zugleich als Voraussetzung für gelingende Kommunikation gilt (Jörissen, 2010, S. 93). Doch mehr als Gesten oder Verhaltensweisen misst Mead der Bedeutung von Sprache zu. Als System signifikanter Symbole leistet sie einen grundlegenden Beitrag dazu, dass innere Zustände und Haltungen in unterschiedlichen Kontexten im Bewusstsein repräsentiert werden können. Dadurch ist es möglich, Handlungen zu antizipieren und untereinander zu koordinieren (Darmann-Finck & Duveneck, 2023, S. 535).

Meads Theorie hat die Diskussion, wie sich Identitäten konstituieren, seit der Veröffentlichung von „Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist“ im Jahr 1934 maßgeblich geprägt (Jörissen, 2010, S. 101). Wie Bourdieu spricht auch Mead von unbewusst existierenden Haltungen, auf denen jegliche Form von Handeln basiert (Abels, 2017, S. 206). Doch erst durch Kommunikation, also durch Interaktion mit Anderen, in der sich die Kommunikationspartner wechselseitig beobachten, aufeinander reagieren, sich beeinflussen und sich ihre Perspektiven verschränken, indem sie versuchen, sich in die Rolle des Anderen hineinzuversetzen, wird sich ein Individuum seiner selbst bewusst und kann seine Identität entwickeln. Bedingung hierfür ist jedoch, dass das Individuum nicht nur handelndes Subjekt ist, sondern sich selbst zum Objekt seiner Beobachtung macht und diese reflektiert, sich also mit den Augen des Anderen betrachtet (Abels, 2019, S. 328 f.). Nach dem Prinzip von Actio und Reactio ist Identitätsentwicklung ein sozialer, dynamischer und andauernder Prozess, der sich durch die gesamte Lebensspanne hindurchzieht und somit lebenslang die Chance birgt, dies für eine positive Weiterentwicklung zu nutzen.

Grundsätzlich unterscheidet Mead verschiedene Facetten von Identität: „I“, „me“ und „self“, die im Folgenden skizziert werden. Während das „I“ für die impulsive und weitgehend spontane Instanz der Identität steht, entsprechen die Handlungen des „me“ einem reflektierten und kontrollierten Vorgehen. Das „me“ ist darüber hinaus dazu in der Lage, sich mit den Augen des Anderen zu sehen und sich entsprechend der Interpretation dieser intersubjektiv ausgehandelten Erwartungen zu verhalten. Somit kann das „me“ auch als soziale Identität bezeichnet werden, das im Gegensatz zum „I“ je nach Situation verschiedene Rollen annehmen kann. Das heißt, wenngleich das „me“ diese ausgehandelten Erwartungen speichert und diese Erinnerung als handlungsleitende Strukturen immer wieder abgerufen werden können, wird es in jeder Interaktion neu herausgefordert. Gelingt es einem Individuum, sein „I“ und „me“ zu einem in sich stimmigen Selbstbild und konsistentem Verhalten zu organisieren, entwickelt sich diejenige Instanz, die Mead als „self“ bezeichnet, was in der Literatur auch mit dem Begriff der Ich-Identität übersetzt wird. Doch auch das „self“ ist kein statisches Konstrukt, sondern steht mit signifikanten oder den generalisierten Anderen in ständiger Kommunikation. Infolgedessen agiert das „self“ wie eingangs beschrieben zugleich als handelndes Subjekt und wird zum Objekt der eigenen Beobachtung, woraufhin es sich selbst reflektiert, kritisiert oder bestätigt (Abels, 2017, S. 213 ff.).

Trotz aller Kritik an Meads Theorie, die sich vor allem auf die unzureichende Darstellung der Entstehung von Gesellschaft sowie auf die unzureichenden Erklärungen der Symbol-Genese zielt, liegt die nach wie vor aktuelle Leistung seiner Theorie darin, dass Mead das Individuum als Interpret und kreativer Konstrukteur seiner sozialen Umwelt begreift, in der trotz aller bestehenden und notwendigen Strukturen Veränderungen möglich sind (Jörissen, 2010, S. 104).

3.2.2 Habermas – Autonomie und kommunikatives Handeln

Als einer der bedeutendsten Soziologen des 20. Jahrhunderts stellt Habermas die Frage in den Vordergrund, „[...] wie sich das Individuum in und gegenüber bestehenden Verhältnissen und entsprechenden Rollenerwartungen selbstbewusst und autonom behaupten kann [...].“ (Abels, 2019, S. 356 f.) Diese Fragestellung impliziert die Kritik an dem durch Talcott Parsons populär gewordenen Rollenverständnis, der eine Rolle als an das Gesamtsystem angepasste Strukturkomponente definiert, die dahingehend ausgefüllt werden muss, dass sie den wechselseitigen Erwartungen der verschiedenen Rollenträger innerhalb und außerhalb eines spezifischen Subsystems gerecht wird. Handlungsleitend sind für die Rollenträger allgemein akzeptierte Werte, Normen und Symbo-

le, aufgrund derer Erwartungen an das soziale Miteinander geknüpft werden (Parsons, 1985, S. 16).

Sozialisation, so Habermas, dürfe jedoch nicht das Ziel verfolgen, dass sich ein Individuum möglichst widerspruchsfrei in bestehende Rollensysteme integriere, sondern sie müsse dazu beitragen, die Autonomie des Subjekts innerhalb oder konträr zu den allgemein vorherrschenden normativen Rollenerwartungen auszubilden (Habermas, 1973, S. 124 ff.). Wenngleich Habermas den Wert der Autonomie betont, setzt er ihn doch nicht als Absolutum, sondern relativiert ihn dahingehend, dass Rollenhandeln immer auch bedeuten müsse, die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen zu können. Habermas bezeichnet diese Fähigkeit als Frustrationstoleranz und führt sie als eine der drei Grundqualifikationen des Rollenhandelns auf. Anders als Parsons geht Habermas ferner davon aus, dass Rollen von jedem Individuum unterschiedlich interpretiert und ausgefüllt werden. Um mit den Definitionsunterschieden und Mehrdeutigkeiten einer Rolle umgehen zu können, bedarf es der Ambiguitätstoleranz als zweite Grundqualifikation. Als letzte Grundqualifikation bringt Habermas den Begriff der Rollendistanz ins Spiel. Sie steht für diejenige Kompetenz, die es braucht, um sich von internalisierten Werten und Rollenbildern zu distanzieren, um sie quasi von außen kritisch zu betrachten und neu zu bewerten (ebd., S. 127 f.).

Doch nicht nur das Rollenhandeln wird von diesen drei Grundqualifikationen beeinflusst, auch die Ausbildung der Ich-Identität, die für mehr als nur die Einzigartigkeit des Individuums steht. Während die persönliche Identität allein durch die einzigartige und unverwechselbare Biografie eines Individuums zum Ausdruck kommt, ist die Ich-Identität dadurch charakterisiert, dass sie sich durch soziale Interaktion entwickelt. Dabei findet eine Internalisierung gesellschaftlicher Normen und Rollenerwartungen statt, durch die eine Integration in ein bestimmtes soziales System erfolgt. Im Zuge der Identitätsentwicklung, die mit der Entwicklung eines moralischen Bewusstseins einhergeht, erfolgt jedoch eine kritische Distanzierung, so dass sich anschließend eine individuelle Positionierung ergibt. Dadurch wird die Identität sowohl gesichert als auch reflexiv entfaltet. Aufgrund der Zugehörigkeit zu verschiedenen Gruppen kann ein Individuum verschiedene soziale Rollen annehmen und sich in unterschiedlicher Weise manifestieren. Dies geschieht jedoch immer mit dem Bestreben, die persönliche Identität mit einfließen zu lassen. So ist es die Aufgabe der Ich-Identität, in jeder Interaktion die Balance zwischen beiden Identitäten jeweils neu auszutarieren (ebd., S. 130 f.).

Eine weitere Parallele zu Meads Theorie des symbolischen Interaktionismus findet sich in der Bedeutung von Kommunikation und Sprache. So ist Sprache mehr als ein Akt der

Verständigung mittels Worten, denn sie kann darüber hinaus sowohl dazu eingesetzt werden, um die Individualität der Beteiligten hervorzuheben, als auch dazu, Gemeinsamkeiten in der Verwendung und Interpretation von Symbolen zum Ausdruck zu bringen (Geulen, 2010, S. 167). Aufgrund dessen spricht Habermas von kommunikativem Handeln, welches neben dem genannten Aspekt der Verständigung, die Intention der Handlungskoordination und den Aspekt der Sozialisation und somit der Entwicklung von Identität dient. Im Rahmen seiner Theorie des kommunikativen Handelns formuliert Habermas das Modell der idealen Sprechsituation und legt dabei hohe Anforderungen an alle Beteiligten.

Alle Beteiligten verfügen gleichermaßen über das Recht...

- ✚ Kommunikation zu initiieren
- ✚ Deutungen und Behauptungen zu äußern und kritisch zu hinterfragen
- ✚ die persönliche Perspektive einbringen zu können, ohne Zurückweisung oder Kränkungen befürchten zu müssen
- ✚ Anordnungen zu treffen, ihnen zu widersprechen, Rechenschaft zu fordern oder abzulegen

Erst ein solchermaßen herrschaftsfreier Diskurs, in welchem die Freiheit aller Beteiligten gewahrt wird, gewährleistet die Bedingungen für die Entwicklung einer Ich-Identität, die sich autonom, kritisch-reflexiv entwickelt und entsprechend handelt (Abels, 2020, S. 335 ff.). Kritisch anzumerken ist, dass diese Prämissen, die für die Entstehung der Ich-Identität gelten sollen, einem Ideal entsprechen, welches in der gängigen Alltagswelt kaum zu finden sein dürfte. Kritisch angemerkt wird bei Habermas Ausführungen zudem, dass er bei den Individuen ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz voraussetzt und von einer prinzipiellen Bereitschaft zur Kommunikation ausgeht. Weiterhin beschränkt sich Habermas, so seine Kritiker, bei der Erklärung von Identitätsentwicklung zu sehr auf den Aspekt der kommunikativen Interaktion, ohne die ungleichen Bedingungen, unter denen Sozialisation stattfindet, ausreichend miteinzubeziehen (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 80 f.). Trotz aller berechtigten Kritik sind Habermas' Ausführungen für den Kontext dieser Arbeit dennoch relevant, da sie eben jenes Ideal beschreiben, das es gerade in der Beratung anzustreben und einzuhalten gilt.

3.2.3 Krappmann – Eine Frage der Balance

Sprache und Kommunikation besitzen auch bei Lothar Krappmann einen zentralen Stellenwert. So ist Sprache das Medium, die eigene Identität gegenüber anderen zum Ausdruck zu bringen und darzustellen. Gleichzeitig dient sie dazu, die an einen Interakti-

onsprozess gestellten Erwartungen herauszufinden und miteinander abzugleichen (Müller, 2011, S. 40). Insbesondere der Umgangssprache misst Krappmann eine grundlegende Bedeutung zu, da durch sie der situative Sinngehalt, wie er von den Beteiligten verstanden wird, kommuniziert werden kann (Krappmann, 1982, S. 45). Krappmann unterscheidet zwischen persönlicher und sozialer Identität. Während in der persönlichen Identität die Einzigartigkeit der Biographie eines Individuums zum Ausdruck kommt, umfasst die soziale Identität das Rollenverhalten und die damit einhergehenden Erwartungen in verschiedenen Situationen (Veith, 2010, S. 190 f.).

Krappmann verwendet den Begriff der Rolle dahingehend, als darunter „[...] soziale, definierte und institutionell abgesicherte Verhaltenserwartungen zu verstehen [sind], die komplementäres Handeln von Interaktionspartnern ermöglichen.“ (Krappmann, 1982, S. 98) Eine Rolle zu übernehmen heißt, sich mit den daran verknüpften Erwartungen vertraut zu machen, diese zu übernehmen oder deren Regeln via umgangssprachlicher Kommunikation zu definieren sowie immer wieder neu zu interpretieren (ebd., S. 98). Da divergierende Anforderungen und Erwartungen im Alltag eher die Regel als die Ausnahme sind, besteht die Leistung und die Kompetenz der Ich-Identität darin, diese Diskrepanzen auszuhalten und die Spannungen, die hierdurch entstehen können, auszubalancieren. Eine balancierende Ich-Identität bedeutet demnach, die große Bandbreite an Erwartungen verschiedener Interaktionspartner in unterschiedlichsten Kontexten mit den eigenen Voraussetzungen, Bedürfnissen und Erwartungen austarieren zu können (ebd., S. 207 ff.). Die Schwierigkeit besteht also darin, dass zugleich gefordert wird, „[...] so zu sein wie alle und so zu sein wie niemand.“ (Krappmann, 1982, S. 78) Als identitätsfördernde Fähigkeiten bezeichnet Krappmann diejenigen vier Grundqualifikationen, über die ein Individuum notwendigerweise verfügen muss, um unter den gegebenen strukturellen Bedingungen erfolgreich am Interaktionsprozess teilnehmen zu können. Als erste Voraussetzung für die Wahrung und Entwicklung von Identität nennt Krappmann die Fähigkeit zur Rollendistanz. Durch sie ist das Individuum in der Lage, die geltenden Normen und Anforderungen kritisch zu reflektieren und zu interpretieren. Indem das Individuum Diskrepanzen in anderen Rollen erkennt und kommuniziert, kann es zudem Rollenkonflikten entgegenwirken. Empathie als zweite Grundqualifikation geht über die enge Definition des Einfühlungsvermögens hinaus und schließt die Fähigkeit, die Verhaltensweisen des Interaktionspartners zu antizipieren, und das Verständnis dessen Perspektive mit ein (Krappmann, 1982, S. 132 ff.). Doch trotz aller Empathie lassen sich die eigenen Erwartungen mit denen des Interaktionspartners nicht immer in Einklang bringen und können einander konträr gegenüber stehen. Aufgrund der Tatsache, dass

es in der Interaktion nicht immer zu einer vollständigen Übereinstimmung in allen Punkten kommen kann, führt Krappmann Ambiguitätstoleranz als dritte Grundqualifikation auf und bezeichnet damit die Fähigkeit, eben diese Diskrepanzen aushalten zu können (Krappmann, 1982, S. 150 f.). Die letzte identitätsfördernde Fähigkeit ist die Identitätsdarstellung. Sie ist einerseits Voraussetzung als auch die Konsequenz der Entwicklung der Ich-Identität. Das Sichtbarmachen der eigenen Identität führt zu mehr Klarheit in der Interaktion und erleichtert den Abgleich der verschiedenen Erwartungen und Perspektiven. Denn durch die Darstellung von Identität zeigt sich dem Anderen ein individuelles Profil, das sich zwar einerseits in die geltenden Normen einfügt, sich andererseits dennoch von der Allgemeinheit abhebt und dadurch sichtbar bleibt. Die Bedeutung der Sprache wird in diesem Zusammenhang erneut unterstrichen, da sie die Darstellung der eigenen Identität wirkungsvoll akzentuieren und unterstützen kann (ebd., S. 168 f.).

Krappmanns Theorie bleibt in ihren Grundannahmen weiterhin aktuell. Kritiker merken jedoch an, dass die von ihm genannten Grundqualifikationen allein nicht mehr ausreichend sind, um den Anforderungen an die heutige Identitätsentwicklung gerecht werden zu können (Veith, 2010, S. 200). Zu relativieren ist auch die Annahme, dass die Ich-Identität tatsächlich in jeder Interaktion neu ausbalanciert und formuliert werden muss, oder ob sie nicht doch stabile Elemente der Kohärenz und Kontinuität aufweist (Müller, 2011, S. 42 f.). Wenngleich die Koordinationsleistung, die ein Individuum heutzutage erbringen muss, im Vergleich zu den Zeiten, in denen Krappmann seine Theorie verfasst hat, deutlich gestiegen sind, haben seine Annahmen, dass die Ausbildung von Ich-Identität kein in sich abgeschlossener Prozess ist und dass der Erfolg des Ausbalancierens auf der Basis des bisherigen Kontinuitäts- oder Diskontinuitätsenerlebens beruht, weiterhin Bestand (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 88).

3.2.4 Stryker – Identitätshierarchien durch Verbindlichkeit

Der strukturelle symbolische Interaktionismus, zu dessen Vertretern Sheldon Stryker zählt, ist eine der neueren Theorien, die in der gängigen deutschsprachigen Literatur jedoch bislang kaum Erwähnung findet. Stryker erweitert die klassischen Interaktionstheorien, indem er betont, dass die Verpflichtungen und Verbindlichkeiten, die eine Person in einem sozialen System eingeht, ihre soziale Identität innerhalb dieses Systems beeinflussen. Das heißt, die Bedeutsamkeit, die ein Individuum dieser Teilidentität beimisst, wirkt zugleich handlungsleitend als auch identitätskonstituierend (Müller, 2011, S. 44 f.). Ausgehend von dieser Annahme lassen sich die Entstehung von Identitätshierarchien erklären. Folglich werden Identitäten, die mit einer hohen qualitativen bzw. emotionalen Verbindlichkeit einhergehen, als wichtiger erachtet und wirken sich stärker auf

das Verhalten einer Person aus als Identitäten, bei denen nur eine geringe Verbindlichkeit zur damit einhergehenden Rolle besteht (Stryker, 2000, S. 27 f.). Im beruflichen Kontext liefert diese Ansicht eine Erklärungsmöglichkeit dafür, wie berufliche Identität, Leistungsbereitschaft und berufliche Performanz miteinander korrelieren.

3.2.5 Knoblauch und Reichertz – die Konstruktion der Wirklichkeit

Die Theorie des Kommunikativen Konstruktivismus, die in ihren Ursprüngen in den 1990er Jahren auf Hubert Knoblauch zurückgeht und von Jo Reichertz zusätzlich theoretisch vertieft und erweitert wurde, versteht sich als Weiterführung von Luckmann und Bergers sozialkonstruktivistischer Theorie, die unter dem Titel „Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“ Bekanntheit erlangte. Luckmann und Berger vertreten die Auffassung, dass „[...] die Ordnung einer Gesellschaft im typischen kollektiven Wissen, in institutionalisierten gesellschaftlichen Regelungen und einer gemeinsamen Sprache zum Ausdruck [kommt].“ (Abels, 2015, S. 60) Diese Ordnung wird über die Sozialisation vermittelt und ist daher eine schon vorab geordnete Wirklichkeit. Indem jedes Individuum aus seiner eigenen Perspektive heraus handelt und diese in die Interaktion mit anderen einbringt, wird die soziale Wirklichkeit dennoch immer wieder neu und individuell konstruiert. Aufgrund dessen gibt es nicht nur eine objektiv gültige, sondern eine Vielzahl subjektiver Wirklichkeiten (Berger & Luckmann, 1980, S. 71 f.). Dem Wissen und der Sprache der Alltagswelt sprechen Luckmann und Berger eine essenzielle Relevanz zu, da gerade das Alltagswissen Face-to-Face-Situationen prägt und somit für weitere, darüber hinaus gehende Interaktionsformen von grundlegender Bedeutung ist. Das heißt, in der Sprache des Alltags, in der das Wissen der Interaktionspartner zum Ausdruck kommt, tritt eine Bedeutungs- und Sinnstruktur zu Tage, die zur Konstruktion der Gesellschaft bzw. der Wirklichkeit führt (ebd., S. 31 ff.).

Dieser Grundtenor liegt auch dem Kommunikativen Konstruktivismus zugrunde, der Kommunikation als die Basis der gesellschaftlichen Wirklichkeit beschreibt. Im Unterschied zu Luckmann und Berger wird jedoch ein deutlich stärkeres Gewicht auf die Bedeutung des kommunikativen Handelns für die Identitätsentwicklung als dem Zusammenspiel von Kommunikation und sozialem Handeln gelegt (Reichertz & Tuma, 2017, S. 7 f.). Diese Gewichtung findet sich komprimiert in der zentralen These der Theorie wieder, die besagt, dass „[...] alles, was am sozialen Handeln relevant ist, notwendig auch kommuniziert werden muss (ohne dass alles, was kommuniziert wird, sozial relevant sein muss).“ (Knoblauch, 2013, S. 27) So ist kommunikatives Handeln zugleich immer auch soziales Handeln, welches an die soziale Identität des Anderen gerichtet ist und eine Gegenreaktion erwartet. Es bezieht sich also einerseits auf die Weitergabe von

Informationen, hat aber primär das Ziel, die Handlungen der Interaktionspartner zu koordinieren und Probleme zu lösen (Reichertz, 2024, S. 58 ff.). Hieraus lässt sich die triadische Struktur des kommunikativen Handelns erklären. Kommunikatives Handeln richtet sich zum einen an andere Personen, bezieht das verkörperte Subjekt mit ein und umfasst die aus der Kommunikation folgenden Handlungen (Objektivierungen), die als Elemente einer gemeinsamen Umwelt anerkannt werden (Knoblauch, 2013, S. 27 ff.). Knoblauch spricht dabei auch von einer „[...] strukturellen Kopplung des Körpers mit der Kommunikation, des Subjekts und mit dem Anderen.“ (Knoblauch, 2017, S. 184)

Anders als bei Habermas, der in seiner Definition des kommunikativen Handelns, die Bedeutung der Sprache, so die Kritik von Knoblauch, überbetont, wird nun die Bedeutung des Körpers, der für die Erzeugung von Objektivierungen unerlässlich ist, explizit hervorgehoben. Dabei geht es nicht um das Schaffen materieller Gegenstände, sondern darum, dass durch Symbolisierung der äußeren Welt die Wirklichkeit erschaffen, also konstruiert wird (Reichertz, 2024, S. 49 f.). Reichertz verwendet in diesem Zusammenhang den Ausdruck „talk and action“ und bringt dadurch den Prozess der Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit, wenngleich stark vereinfacht, kurz und knapp auf den Punkt (Reichertz, 2017, S. 33). Diese gemeinsame, durch kommunikatives Handeln geschaffene Wirklichkeit ist jedoch nicht rein subjektiv, sondern ist vielmehr ein Schaffen von empirisch prüfbareren Fakten. Jedoch ist jede kommunikativ geschaffene Wirklichkeit immer nur für diejenige Gruppen gültig, die an der Konstruktion beteiligt waren. So ist kommunikatives Handeln immanenter Teil des Sozialisationsprozesses, da es die Grundlage gesellschaftlicher Wirklichkeit bildet und als dessen Folge sich Identität, die Realität, Beziehungen und die Gesellschaft überhaupt erst konstituieren (Reichertz, 2013, S. 50 ff.). Die Definition von Identität nimmt Bezug auf Mead und dessen Ausführungen zum vorsozialen „I“ und dem sozialen „me“. Knoblauch ergänzt dessen Erklärungen aber dahingehend, als dass „mit dem Begriff der Identität [...] dann solche Formen der Subjektivierung [zu] bezeichnen [sind], die auf eine Vereinheitlichung der verschiedenen „Stimmen“ bzw. „Rollen“ im kommunikativen Handeln zielen.“ (Knoblauch, 2017, S. 187) Maßgeblich geprägt wird die Identitätsbildung durch die primären Sozialisationserfahrungen, die in den sekundären und tertiären Sozialisationsinstanzen erweitert werden, was sich wiederum auf die Beteiligung am kommunikativen Handeln auswirkt. Das bedeutet, dass die Identität der Kommunizierenden sowohl im kommunikativen Handeln zum Ausdruck kommt, als auch immer wieder neu konstruiert wird. Die bei Knoblauch getroffene Unterscheidung zwischen situativen und langfristigen Identitäten ergibt sich daraus, dass sich kommunikatives Handeln in verschiedene Sequenzen ein-

teilen lässt. So bilden sich langfristige Identitäten durch institutionalisierte oder ritualisierte Formen kommunikativer Sequenzen. Als Beispiele sind wichtige Lebensabschnitte, wie etwa der Erwerb eines Berufsabschlusses oder die Eheschließung zu nennen, da sie die Biographie eines Individuums nachhaltig prägen. Im Gegensatz dazu besitzt die situative Identität einen dynamischen Charakter, da sie in jeder noch so kurzen Kommunikationssequenz über die gesamte Lebensspanne hinweg immer wieder neu herausgefordert wird (Knoblauch, 2013, S. 211).

Sofern Kommunikation jedoch nicht sinnlos erscheinen soll, erfordert das dargelegte Verständnis kommunikativen Handelns die Einbettung in eine konkrete soziale Situation. Der Situationsbegriff hat im Rahmen des kommunikativen Konstruktivismus eine Art Revival erfahren, das mitunter dadurch begründet wird, dass sich durch die modernen Kommunikationstechnologien das Spektrum der Situationen, in denen Kommunikation stattfindet, deutlich erweitert hat. Relevant für diese Arbeit ist jedoch nur die klassische Face-to-Face-Kommunikation, so dass auf weitere Formen und deren Bedeutung für die Konstruktion der Wirklichkeit und Identität nicht näher eingegangen wird. Gegeben ist eine soziale Situation immer dann, wenn mindestens zwei Personen zusammen sind und sich alle Anwesenden gegenseitig wahrnehmen. Kommunikatives Handeln findet immer in einer spezifischen Situation statt und muss auch in diesem Zusammenhang betrachtet werden. Denn einerseits bestimmen die Situationsbedingungen das kommunikative Handeln, andererseits wirkt sich das kommunikative Handeln auf die Situation aus. Das heißt, das Erleben und Schaffen einer Situation findet kontinuierlich, nahezu zeitgleich und so lange statt, bis die Situation beendet wird (Reichert, 2024, S. 56 ff.). Dies impliziert zudem, dass sich das einer Situation zugesprochene Bedeutsame immer aus einem individuellen Wahrnehmungs- und Handlungszusammenhang heraus ergibt, der den Anderen kommunikativ vermittelt werden muss. Aufgrund dessen, dass sich die Biographien der Teilnehmenden und somit ihre bisherigen Kommunikationserfahrungen voneinander unterscheiden, besitzt jede Kommunikationssituation einen einzigartigen Charakter und wird durch individuell gesetzte Regeln eingerahmt (ebd., S. 157). Als Voraussetzung dafür, dass kommunikatives Handeln erfolgreich ist, bedarf es jedoch der Verwendung gleicher oder zumindest ähnlicher Symbole, die sich entsprechend dem Verständnis des symbolischen Interaktionismus, nicht nur auf die gesprochene Sprache, sondern auch auf Gestik oder Mimik, Bilder, etc. beziehen (Reichert, 2024, S. 61 f.). Aus dieser Prämisse lässt sich schließen, dass dessen, was kommunikativ erschaffen werden kann, durchaus Grenzen gesetzt sind. So markiert die Leiblichkeit des Menschen die innere Grenze des Kommunikativen. Innerhalb dieser Grenzen liegt der

Bereich der vorprädikativen, (noch) nicht-symbolisierten Wahrnehmung, die sich dennoch auf das nach außen sichtbare Handeln und auf den Prozess der Symbolbildung auswirkt. Die äußere Grenze verhindert die Willkür der Konstruktion und wird durch die soziale Ordnung im Sinne der dort geltenden Regeln, Gesetze, Gewohnheiten etc. markiert (Reichertz, 2017, S. 35). Diese Grenzen weisen zugleich auf ein Problem des kommunikativen Handelns hin, das entsteht, wenn die Kommunikationspartner sich in Bezug auf ihren Sozialisationshintergrund dahingehend voneinander unterscheiden, dass in der Wahrnehmung, Konstruktion, Verwendung und Interpretation von Symbolen signifikante Unterschiede bestehen, so dass Missverständnisse oder Konflikte unausweichlich sind (Reichertz, 2024, S. 64 f.). Relativiert wird dieses Problem nach dem Verständnis des kommunikativen Konstruktivismus jedoch dadurch, dass die Relevanz der kommunikativen Handlung nicht anhand der verwendeten Symbole bestimmt wird, sondern vorwiegend aus pragmatischer Sicht, also über die erwartbaren Konsequenzen erfolgt. Somit ist nicht das Verstehen selbst das größte Kommunikationsproblem, sondern die bewusst oder unbewusst zugesprochene Bedeutung, die wiederum über das Weiterhandeln entscheidet (ebd., S. 136 ff.).

Reichertz greift eine weitere Facette kommunikativen Handelns auf und analysiert die Machtverhältnisse innerhalb eines Kommunikationsprozesses. Aufgrund dessen, dass der Prozess weit mehr als das Übermitteln von Informationen beinhaltet, sondern mittels Kommunikation soziale Identitäten sowohl wahrgenommen, zugesprochen oder auch geändert werden, kann dies wiederum zur Änderung der sozialen Ordnung führen. Kommunikationsmacht bezieht sich somit darauf, wer von den Kommunikationspartnern die Macht besitzt, die Wahrnehmung oder die Zuschreibung der sozialen Identität so zu beeinflussen, dass sie sich in seinem Interesse festlegen lässt, wodurch gezielt in das Gefüge der sozialen Ordnung eingegriffen werden kann (ebd., S. 207). Als äußerst fragiles Konstrukt kann die Kommunikationsmacht jedoch nur so lange ausgespielt werden, wie die Beziehung der Kommunikationspartner füreinander von Belang ist und sie über eine gemeinsame Interaktionsgeschichte miteinander verbunden sind (ebd., S. 255). Kommunikationsmacht ist demzufolge auf die Anerkennung des oder der Anderen angewiesen. Aus diesem Zusammenhang heraus lässt sich begründen, dass der Begriff Macht durchaus gerechtfertigt ist. Denn die Anhängigkeit von Anderen und der Wunsch nach Zugehörigkeit entspricht der *Conditio humana* (Balmer, 2020, S. 39 ff.) so dass über den Entzug von Anerkennung Druck erzeugt und durchaus Zwang ausgeübt werden kann. Diesem negativen Aspekt der Kommunikationsmacht, der zur Beschädigung der Identität führen kann, kann jedoch im Umkehrzug entgegengehalten werden, dass

eben diese große Macht, die mit der Kommunikation einhergeht, dazu genutzt werden kann die Identität des oder der Anderen immer wieder neu zu bestimmen und zu stärken. Die Stärke der Identität, die aus der Qualität der Beziehung sowie über die entgegengebrachte und erfahrene Anerkennung resultiert, kann wiederum genutzt werden, bestehende Strukturen zu verändern und neu zu gestalten. Somit ist die soziale Beziehung der Kommunikationspartner untereinander die größte Quelle der Macht und nicht, wie man vermuten könnte, die Autorität, das rhetorische Talent oder das Charisma einer Person (Reichertz, 2024, S. 311 f.).

3.3 Zwischenfazit

Aufgrund der Komplexität der dargelegten Theorien, wird in der Tabelle eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen zur Identitätsentwicklung gegeben.

Theorie nach...	Zusammenfassung der zentralen Aussagen zur Identitätsentwicklung
Durkheim	Durkheim legt den Fokus auf die Frage inwiefern sich individuelle Persönlichkeit und soziale Solidarität in der Arbeitswelt bedingen. In der zunehmenden Arbeitsteilung sieht Durkheim ein zentrales Mittel zur Erzeugung von Solidarität, indem individuelle Fähigkeiten in den Dienst gemeinsamer Ziele gestellt werden. Individualisierung und berufliche Spezialisierung dienen einem funktionalen Interesse und sind für den Fortschritt unerlässlich → zugleich kann sich durch die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe ein Kollektivbewusstsein bilden, das auf gemeinsamen Werten und Normen basiert, soziale Kontrolle erlaubt, und im Grunde notwendig ist, um das Erreichen eines gemeinsamen Zieles zu ermöglichen.
Bourdieu	Bourdieu analysiert inwiefern sich objektive Strukturen auf das Handeln eines Individuums und dessen Identität auswirken. Er unterteilt die Gesellschaft in verschiedene Klassen: Bourgeoisie, Kleinbürgertum und Proletariat. Die einzelnen Klassen unterscheiden sich durch ihr zur Verfügung stehendes ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital, wodurch sich ein klassenspezifischer Habitus ausprägt, der das Handeln und die Wahrnehmung beeinflusst. Durch symbolisches Kapital kann das Vorhandensein der anderen Kapitalformen hervorgehoben werden. Der Habitus, ein System verinnerlichter Muster, ist eng mit dem Begriff der Identität verbunden → die Primärsozialisation prägt den primären Habitus lebenslang, während Bildung und weitere Sozialisationsprozesse einen sekundären Habitus erzeugen → trotz der strukturellen Determinierung durch soziale Herkunft und Habitus bleibt individuelles Denken und Handeln möglich, wodurch ein absoluter Determinismus ausgeschlossen wird. Der Habitus bestimmt das Agieren innerhalb eines sozialen Feldes → durch den Erwerb von Kapitalien lassen sich Kräfteverhältnisse innerhalb eines Feldes verändern und Machtasymmetrien relativieren.

Tabelle 2: Zentrale Aussagen zur Identitätsentwicklung (eigene Darstellung)

Theorie nach....	Zusammenfassung der zentralen Aussagen zur Identitätsentwicklung
Mead	Mead betont die Bedeutung von Sprache, bzw. Kommunikation und die Verwendung gemeinsamer signifikanter Symbole für eine gelingende Interaktion und Identitätsentwicklung → Identitätsbildung ist ein kontinuierlicher, dynamischer Prozess der durch Selbstreflexion durch Interaktion mit der Umwelt geschieht → Interaktion bedeutet, dass sich die Interaktionspartner wechselseitig beobachten, aufeinander reagieren, sich beeinflussen, dass sich ihre Perspektiven verschränken und gegebenenfalls übernommen werden → das Individuum macht sich selbst zum Objekt seiner Beobachtung → Unterscheidung der Identitätsfacetten: „I“, „me“ und „self“.
Habermas	Habermas stellt die Frage in den Vordergrund wie sich ein Individuum innerhalb der gegebenen Strukturen und Rollenerwartungen autonom und selbstbewusst behaupten kann. Die Ich-Identität entwickelt sich durch soziale Interaktion → es ist Aufgabe der Ich-Identität in jeder Interaktion die Balance zwischen sozialer und persönlicher Identität neu auszutarieren. Das Kommunikative Handeln dient der Identitätsentwicklung → unter den Bedingungen der idealen Sprechsituation kann sich eine kritisch-reflexive Identität entwickeln. Zu den Grundqualifikationen des Rollenhandelns gehören: Frustrationstoleranz, Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz.
Krappmann	Krappmann betont die zentrale Bedeutung von Sprache und Kommunikation in Bezug auf die Identitätsentwicklung und unterscheidet zwischen persönlicher und sozialer Identität → anzustreben ist eine balancierende Ich-Identität, welche die divergierenden Anforderungen und Erwartungen, die an ein Individuum in seiner jeweiligen Rolle gerichtet werden, aushalten und ausbalancieren kann → Rollendistanz, Empathie, Ambiguitätstoleranz, Identitätsdarstellung sind identitätsfördernde Fähigkeiten und Grundqualifikationen, um unter gegebenen strukturellen Bedingungen erfolgreich am Interaktionsprozess teilnehmen zu können.
Stryker	Stryker geht davon aus, dass sich Identität durch Interaktion entwickelt und betont, dass die Verpflichtungen und Verbindlichkeiten, die eine Person in einem sozialen System eingeht, die soziale Identität innerhalb dieses Systems beeinflusst → Identitätshierarchien entstehen dadurch, dass Teilidentitäten unterschiedliche Bedeutungen zugesprochen werden → je höher die emotionale Verbindlichkeit, desto höher steht die Identität in der Hierarchie → die beigemessene Bedeutsamkeit wirkt handlungsleitend und identitätskonstituierend.
Knoblauch / Reichertz	<p>Knoblauch und Reichertz erachten Kommunikation, bzw. kommunikatives Handeln (k. H.) als die Basis der gesellschaftlichen Wirklichkeit → über k. H. schreibt eine Person sich selbst, den Anderen und der Welt eine Bedeutung und eine Identität zu, wodurch eine gemeinsam geschaffene soziale Wirklichkeit entsteht, die immer wieder neu kommunikativ konstruiert werden muss (triadische Struktur des k. H.) → k. H. ist soziales Handeln, da es an die Identität des Anderen gerichtet ist und eine Gegenreaktion erwartet wird → es dient der Weitergabe von Informationen, der Handlungskoordination und der Problemlösung → die kommunikativ geschaffene Wirklichkeit ist nur für die an der Konstruktion beteiligten Gruppe gültig und muss immer aus dem Kontext der konkreten sozialen Situation heraus betrachtet werden.</p> <p>Identität entwickelt sich durch k. H. → von Identität ist dann zu sprechen, wenn es einem Individuum gelingt durch k. H. seine verschiedenen sozialen Rollen zu einem kohärenten Selbstbild zusammenzuführen → Unterscheidung situative und langfristige Identität → in Bezug auf das was kommunikativ geschaffen werden kann, gelten bei den Interaktionspartnern innere und äußere Grenzen → die Relevanz einer k. H. wird nicht primär über die verwendeten Symbole bestimmt, sondern über die zugesprochene Bedeutung.</p> <p>Kommunikationsmacht ist relational und fragil → sobald die Interaktion zwischen den Beteiligten an Bedeutung verliert oder sie ganz beendet wird, verschwindet auch die Macht → das Maß inwiefern einem Individuum seine soziale Identität zugesprochen wird und wie diese wahrgenommen oder verändert wird hängt maßgeblich von der Qualität der Beziehung und der entgegengebrachten und erfahrenen Anerkennung ab → sie ist somit die größte Machtquelle über die eine Identität gestärkt oder beschädigt werden kann.</p>

Tabelle 2: Zentrale Aussagen zur Identitätsentwicklung (Fortsetzung)

Die in diesem Kapitel dargelegten Theorien bieten grundlegende Erkenntnisse und einen multiperspektivischen Überblick über die Rahmenbedingungen der Identitätsentwicklung. Sie stellen die Basis für das Verständnis der Entstehung beruflicher Identität dar, die eine der wesentlichen Aufgaben und Herausforderungen des Erwachsenenalters ist und im folgenden Kapitel erläutert wird.

4 Herausforderungen der Identitätsentwicklung im Erwachsenenalter

Um die theoretische Rahmung unter der Perspektive der psychologischen Theorien zu vervollständigen, wird die Identitätsentwicklung vor dem Hintergrund zweier Ansätze skizziert. Dies erfolgt zum einen anhand der Grundannahmen der heute noch relevanten Entwicklungstheorie nach Erikson, zum anderen anhand des Konzepts der Entwicklungsaufgaben nach Hurrelmann und Bauer. Letzteres ist ein Teil des metatheoretischen Modells der produktiven Realitätsverarbeitung, welches dazu herangezogen werden kann, die spezifischen Anforderungen und Herausforderungen eines Lebensabschnittes zu erklären (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 162). Der Schwerpunkt dieses Kapitels wird zunächst auf den Lebensabschnitt Erwachsenenalter gelegt, bevor auf die Besonderheiten der beruflichen Sozialisation und die Ausbildung der beruflichen Identität übergeleitet wird, die einen wichtigen Teil dieses Lebensabschnitts bilden.

Die Perspektive, Sozialisation im Zusammenhang mit dem Lebenslauf zu betrachten, setzte sich in der Sozialisationsforschung erst in den 1970er-Jahren durch. So kritisierte der Soziologe Martin Kohli die bis dahin vorherrschende Auffassung, Sozialisation als unidirektionalen Prozess zu verstehen, dessen Endpunkt mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter erreicht sei und dessen bisherige Analysen sich zu stark auf die Entwicklungsphase der Kindheit und Jugend fokussieren würden (Kohli, 1976, S. 311 f.). Kohlis Betonung, Sozialisation als lebenslangen Prozess zu verstehen, stellte jedoch keine grundlegende Neuerung dar. So richtete der Psychoanalytiker Erik Erikson bereits in den 1950er-Jahren in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung den Fokus auf die Identitätsentwicklung in verschiedenen Altersstufen. Er definiert Identität, „[...] als das Bewusstsein des Individuums von sich selbst und Kompetenz der Meisterung des Lebens.“ (Erikson, 1957, zit. n. Abels, 2017, S. 220) Geprägt ist diese Entwicklung von alters- und entwicklungstypischen Konflikten und Krisen, die aus den divergierenden Bedürfnissen und Wünschen einer Person und den Anforderungen bzw. Erwartungen der sozialen Umwelt, innerhalb derer sich die Person bewegt, resultieren (Abels, 2017, S. 221). Diese Erwartungen werden alternativ als Entwicklungsaufgaben bezeichnet, die

jeweils in den verschiedenen Lebensabschnitten zu bewältigen sind. Die Ausbildung einer Ich-Identität, die einen Ausgleich zwischen sozialer Integration und persönlicher Individuation zu schaffen weiß, ist eine der übergeordneten Entwicklungsaufgaben und eines der wichtigsten Ziele der Entwicklungsabschnitte Kindheit und Jugend. In Hinblick auf das Erwachsenenalter setzt sich diese Anforderung an die Ich-Identität fort und zeigt sich darin, dass von einer Ich-Identität erst dann zu sprechen ist, wenn über die noch folgenden „[...] Entwicklungs- und Lebensphasen hinweg eine Kontinuität des Selbsterlebens auf Grundlage eines positiven Selbstwertgefühls und des Empfindens von Selbstwirksamkeit gegeben ist.“ (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 35)

Dass dies nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, zeigt der folgende, kurze Überblick. Im Erwachsenenalter werden in der Regel die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit sowie das eigenverantwortliche Führen eines Haushalts und die Gründung einer eigenen Familie erwartet (Bauer & Hurrelmann, 2021, S. 166). Um handlungsfähig zu bleiben, müssen die verschiedenen, sich stetig verändernden und mitunter konkurrierenden Lebensbereiche sowie die darin eingenommenen Rollen immer wieder neu ausbalanciert werden (Tippelt & Schmidt-Hertha, 2020, S. 63). Die skizzierten Herausforderungen des Erwachsenenalters machen deutlich, dass Erwachsene mitnichten als fertige Menschen angesehen werden können, die wie selbstverständlich in sich selbst ruhen und in ihrer Identität gefestigt sind. Das Erwachsenenleben 2025 ist vielmehr von einer offenen Entwicklungsdynamik geprägt. Anstelle von Kontinuitätsbiographien treten immer häufiger sogenannte Kettenbiographien, die sich sowohl auf das Eingehen unterschiedlicher Beziehungen als auch auf das Aneinanderreihen unterschiedlicher beruflicher Stationen beziehen (Böhnisch & Lenz, 2015, S. 871 ff.).

Bei aller mitunter auch bewusst gewollten Dynamik und dem Wandel in der Arbeitswelt zählt die Berufswahl weiterhin zu einer der wichtigsten und folgenreichsten Entscheidungen im Erwachsenenleben. Dies wird im nächsten Kapitel erläutert.

4.1 Berufliche Sozialisation

Ausgehend davon, dass die Berufswahl zu einer der zentralen Weichenstellungen im Erwachsenenleben zählt und die bis dahin entwickelte Ich-Identität keineswegs als gefestigt gelten kann, wird im Folgenden auf die berufliche Sozialisation sowie auf die Besonderheiten der Entwicklung (pflege-)beruflicher Identität eingegangen.

Die berufliche Sozialisation umfasst sowohl diejenigen Aspekte, die auf den Eintritt ins Arbeitsleben vorbereiten, als auch diejenigen, die sich durch das Erlernen und die Aus-

übung der Berufstätigkeit vollziehen (Clement, 2020, S. 56). Der Berufsausübung geht somit die vorberufliche Sozialisation in primären und sekundären Sozialisationsinstanzen voraus, die zu einem gegebenen Zeitpunkt in die Berufswahlentscheidung mündet. Hinsichtlich der Frage, inwiefern die primären und sekundären Sozialisationsinstanzen die Berufswahl beeinflussen, gibt es unterschiedliche Ansätze. Neben personalen Einflussfaktoren wie einer grundlegenden Berufswahlbereitschaft (Career Choice Readiness) spielen die individuelle Persönlichkeit sowie das im Laufe der Sozialisation erworbene Selbstkonzept eine Rolle. Eine vergleichsweise große Bedeutung wird jedoch den sozialen Einflussfaktoren zugesprochen. Hierzu zählen sowohl die soziale Herkunft als auch milieuspezifische Verhaltensmuster, die über sekundäre Instanzen vermittelt werden (Schnitzler, 2020, S. 186 f.). Ungeachtet der letztendlich ausschlaggebenden Motive ist auch die Entscheidung, eine Pflegeausbildung oder Studium zu beginnen, für den Lebenslauf einer Person von wesentlicher Bedeutung, denn sie korreliert nicht nur mit sozialem Status und Prestige, sondern eröffnet oder begrenzt zudem Bildungs- und Karrierewege und beeinflusst Lebensbereiche wie die Freizeitgestaltung oder die Familienplanung (Rübner & Höft, 2019, S. 40). Daher ist es naheliegend, dass der Eintritt in das Berufsleben als kritisches, wenngleich vorhersehbares, Lebensereignis eingestuft werden kann. Kritisch dahingehend, als von der betreffenden Person eine hohe Anpassungsleistung gefordert wird, da neue Rollen und Verantwortlichkeiten übernommen werden müssen und das Erlernen berufsspezifischer Fähigkeiten und Verhaltensweisen erwartet wird (Neyer & Asendorpf, 2024, S. 389 f.). Dies verdeutlicht einmal mehr, dass die Ich-Identität gerade zu Beginn des Berufslebens vor große Herausforderungen gestellt ist.

Aus diesem Verständnis lässt sich ableiten, dass die Entwicklung beruflicher Identität ein den gesamten Berufsweg begleitender und dynamischer Aushandlungsprozess ist, der zwischen individuellen Zielvorstellungen, realen Handlungsspielräumen und externen Anforderungsstrukturen verläuft (Rübner & Höft, 2019, S. 40).

4.2 Mehr als nur einen Job machen – Berufliche Identität

Wenngleich der Einfluss der primären und sekundären Sozialisationsinstanzen auf die Berufswahl als belegt gilt und dieser Einfluss bereits als berufliche Sozialisation gewertet wird, sind die theoretische und praktische Ausbildung sowie die spätere Ausübung des Berufs im organisationalen und kollegialen Umfeld letztlich die entscheidenden Sozialisationsinstanzen. Berufliche Sozialisation ist kein Selbstzweck, sondern zielgerichtet darauf ausgerichtet, dass die Mitglieder der Berufsgruppe neben dem Erwerb beruflicher

Kompetenzen auch die für eine funktionierende Arbeitswelt notwendigen Normen und Gegebenheiten internalisieren, sich ihnen unterordnen und die damit einhergehende Fremdbestimmung akzeptieren (Clement, 2020, S. 59 ff.).

Einen Beruf auszuüben bedeutet also einen ständigen Balanceakt zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, bei dem individuelle Handlungsfreiheit und persönliche Werte fortlaufend mit organisationalen Anforderungen, normativen Vorgaben und strukturellen Zwängen abgeglichen werden müssen. Im Zuge der beruflichen Sozialisation erfolgt somit die sich im Rahmen der primären und sekundären Sozialisation angebahnte Weiterentwicklung der beruflichen Identität als dem „[...] Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der auf das Engste mit der Entwicklung beruflicher Kompetenz verschränkt ist.“ (Rauner, 2017, S. 682) Diese Definition impliziert die Auffassung, dass berufliche Identität und berufliche Kompetenz positiv miteinander korrelieren. Darüber hinaus führt eine positiv besetzte berufliche Identität zu mehr Arbeitszufriedenheit und einer höheren Leistungsbereitschaft, weshalb die negativen Aspekte eines Berufes, wie beispielsweise Schicht- und Wochenendarbeit, eher toleriert werden (Rauner, 2017, S. 950 f.). Hinsichtlich der Tatsache, dass auch im Gesundheitswesen VUKA-Bedingungen vorherrschen, muss sich in der beruflichen Identität die in der modernen Arbeitswelt geforderte Flexibilität widerspiegeln, die sich in den Bedingungen der Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität nicht verliert, sondern immer wieder neu definiert (Knappe, Hufnagl & Rasche, 2020, S. 2 f.). Petzold subsumiert diese Anforderung unter dem Ausdruck des Strebens des Individuums nach Kohärenz, worunter er ein Flow-Gefühl versteht, das sich aus einem Gefühl der Stimmigkeit zwischen den Attraktoren und Bedürfnissen eines Individuums und den Anforderungen, die sich aus den Bedingungen der Außenwelt ergeben, ableitet. Petzold erachtet die Fokussierung auf Kohärenz nicht nur in Bezug auf die berufliche Identitätsentwicklung als essentiell, sondern erweitert diese Perspektive um den Aspekt der Gesunderhaltung (Petzold, 2018; S. 283 ff.).

Ergänzend zur Identität als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses kann berufliche Identität zudem definiert werden als „[...] die Selbstwahrnehmung einer Person in Bezug auf ihren Beruf oder allgemeiner den Lebensbereich Arbeit. Neben beruflichen Interessen, Zielen und Fähigkeiten gehört zur beruflichen Identität auch deren Relevanz für berufliche Entscheidungen und den beruflichen Lebenslauf insgesamt.“ (Raeder, 2018, S. 446) In dieser Definition wird berufliche Identität als flexibler Teilaspekt der Gesamtidentität einer Person verstanden, die sich nicht nur innerhalb des eigenen Berufs positioniert, sondern sich selbst in Relation zur Arbeitswelt setzt und eigenständige Entscheidungen für die Gestaltung der beruflichen Laufbahn trifft. Demzufolge stehen die Kom-

petenzentwicklung und das Erreichen beruflicher Ziele in direktem Zusammenhang mit der beruflichen Identitätsentwicklung und können diese sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Zu beachten ist, dass berufliche Identität nicht unbedingt mit der Identifikation mit Arbeitgeber gleichzusetzen ist, da diese nicht zwingend gegeben sein muss, wengleich eine positiv besetzte berufliche Identität häufig mit einer engen Bindung an den Arbeitgeber einhergeht (Raeder, 2018, S. 446).

4.3 Spezifika pflegeberuflicher Identität

Eingebettet in die Makroebene des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik, beeinflussen auf der Mesoebene vor allem die hierarchische Struktur in der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten sowie die Arztzentriertheit in der Patientenversorgung die berufliche Sozialisation der Pflegenden. Auf der Mikroebene sind es die Interaktionen mit den Pflegebedürftigen, die das Zentrum der pflegerischen Arbeit bilden und somit die pflegeberufliche Identitätsentwicklung langfristig prägen (Darmann-Finck & Duveneck, 2023, S. 537). Doch die Merkmale einer Pflegesituation und das Bedeutende bleiben individuell und können immer nur annäherungsweise beschrieben werden. Denn Pflege ist...

“[...] beobachten, da sein, da weitermachen, wo andere aufhören [...], kritisch denken, mitgehen, wiederherstellen, schweigen können [...], interdisziplinär, krisenfest [...], entwickeln, lernen, ergreifen, begreifen, greifbar sein, berühren und sich berühren lassen [...], Selbstverzwergung, [...], Pflegewissen selbst generieren [...], Teil einer Biografie werden, Betreuungslücken schließen [...], das Ende mitgestalten[...].“ (Fringer & Gaiser, 2025, o. S.)

So lautet die launige und äußerst facettenreiche Beschreibung der verschiedenen Aufgaben und Rollen beruflich Pflegender aus der Sicht des Pflegewissenschaftlers André Fringer und seines Cartoonisten Cla Gaiser. Die offizielle und international anerkannte Definition beruflicher Pflege des International Council of Nurses (ICN) lässt sich im Wesentlichen folgendermaßen zusammenfassen: Zu den Aufgaben von Pflegenden zählen die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheit, die Wiederherstellung von Gesundheit sowie das Lindern von Leid und die Begleitung Sterbender. Pflegende treten in Interaktion mit Einzelpersonen, Familien, Gemeinschaften oder Bevölkerungsgruppen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Die Berufsgruppe der Pflegenden vertritt professionelle ethische Werte, achtet die Menschenrechte und wendet sich ausnahmslos allen zu, die Pflege benötigen (ICN, 2021, S. 4). Aus beiden Beschreibungen geht eindeutig hervor, dass eine der wesentlichen Charakteristika des Berufs die komplexe Interaktion mit verschiedensten Personen, Disziplinen, Gruppen oder Organisationen auf unterschiedlichen Ebenen in nationalen und internationalen

Kontexten ist. In Folge dieser Komplexität bleibt die Definition pflegeberuflicher Identität bis heute eine herausfordernde Aufgabe.

May Solveig Fagermoen untersuchte 1997 als eine der ersten Pflegewissenschaftlerinnen in einer wegweisenden qualitativen Studie die Frage, welche Werte der beruflichen Identität von Pflegekräften zugrunde liegen und wie sie sich in jenen Aspekten ihrer Arbeit zeigen, die Pflegende als sinnstiftend und bedeutsam empfinden. Die theoretische Rahmung ihrer Studien basiert vor allem auf Meads Arbeiten zum symbolischen Interaktionismus sowie auf den Ausführungen der beiden Medizinethiker Beauchamp und Childress, welche die Bedeutung der Menschenwürde, Gerechtigkeit und Autonomie hervorheben. Fagermoen bezeichnet Pflegekräfte als „moral agent“, die in ihrem Denken und Handeln ganz dem Wohlergehen der Patientinnen und Patienten verpflichtet sind. Anders als bisherige Arbeiten, in denen die berufliche Identität vorwiegend als eine von mehreren sozialen Rollen betrachtet wird, setzt Fagermoen ihre Identitätsforschung erstmalig direkt in den Pflegekontext (Fagermoen, 1997, S. 434):

„Professional identity refers to the nurse's conception of what it means to be and act as a nurse; that is, it represents her/his philosophy of nursing. As such it serves as a basic frame of reference in the nurse's deliberation and enactment in nursing practice influencing what are seen as relevant problems, goals and approaches. More precisely, professional identity is defined as the values and beliefs held by the nurse that guide her/his thinking, actions and interaction with the patient.“ (Fagermoen, 1997, S. 435)

Wenngleich Fagermoen in ihrer Definition der pflegeberuflichen Identität von einem dynamischen Charakter ausgeht und annimmt, dass sich die Werte mit zunehmender Berufserfahrung weiter ausdifferenzieren und verändern, wird dennoch kritisiert, dass ihre Definition sehr eng gefasst ist und keinen Raum für weitere Elemente lässt (Flaiz, 2018, S. 36). Die Kernaussage Fagermoens, dass moralische Werte einen essentiellen Bestandteil pflegeberuflicher Identität darstellen, hat ihre Gültigkeit nicht verloren und wurde erneut vom ICN in seiner aktuellen Bericht zur Neudefinition von Pflege und Pflegefachpersonen (im Original: „Nursing and Nurses“) besonders hervorgehoben (ICN, 2025, S. 12). Doch mehr noch als die pflegeberufliche Identität beeinflussen Werte die Arbeitszufriedenheit, Motivation und das Engagement der Pflegekräfte. Dies impliziert wiederum die zentrale Bedeutung von gelebten und der innerhalb einer Berufsgruppe geteilten Werten für das gesamte Gesundheitssystem (Horton, Tschudin & Forget, 2007, S. 8 f.).

4.4 Pflegeberufliche Identität 2025 und deren Einflussfaktoren

Seit der ersten Definition pflegeberuflicher Identität 1997 gab und gibt es immer noch zahlreiche Veröffentlichungen, die sich mit der Thematik beschäftigen. Gibt man in der Datenbank Scopus die Keywords „Nursing“ AND „Identity“ ein und begrenzt den Zeitraum auf die Jahre 1997 bis 2025, werden über 20.000 Treffer angezeigt. Die 2020 gegründete International Society for Professional Identity in Nursing (ISPIN), die sich aus zahlreichen US-amerikanischen und kanadischen Organisationen zusammensetzt verfolgt in Zusammenarbeit mit der University of Kansas School of Nursing das Ziel, das Konzept der pflegeberuflichen Identität zu klären und international einheitlich zu definieren (ISPIN, 2025, o. S.). Unter Anwendung der Think Tank Methode und unter Einbezug zahlreicher renommierter Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler wurde schließlich eine vier Dimensionen umfassende Definition erarbeitet, die sich mit den wesentlichen Aussagen des ICN zur pflegeberuflichen Identität deckt. Indem sie jedoch beispielsweise die Bedeutung von Pflege für die globale Gesundheit oder einen Bezug zur Politik außen vor lässt (vgl. ICN, 2025, S. 11 ff.) und sich auf die einzelne Pflegekraft fokussiert, erweist sie sich für den Kontext dieser Arbeit als geeigneter und dient im Folgenden als Bezugspunkt für die weiteren Ausführungen.

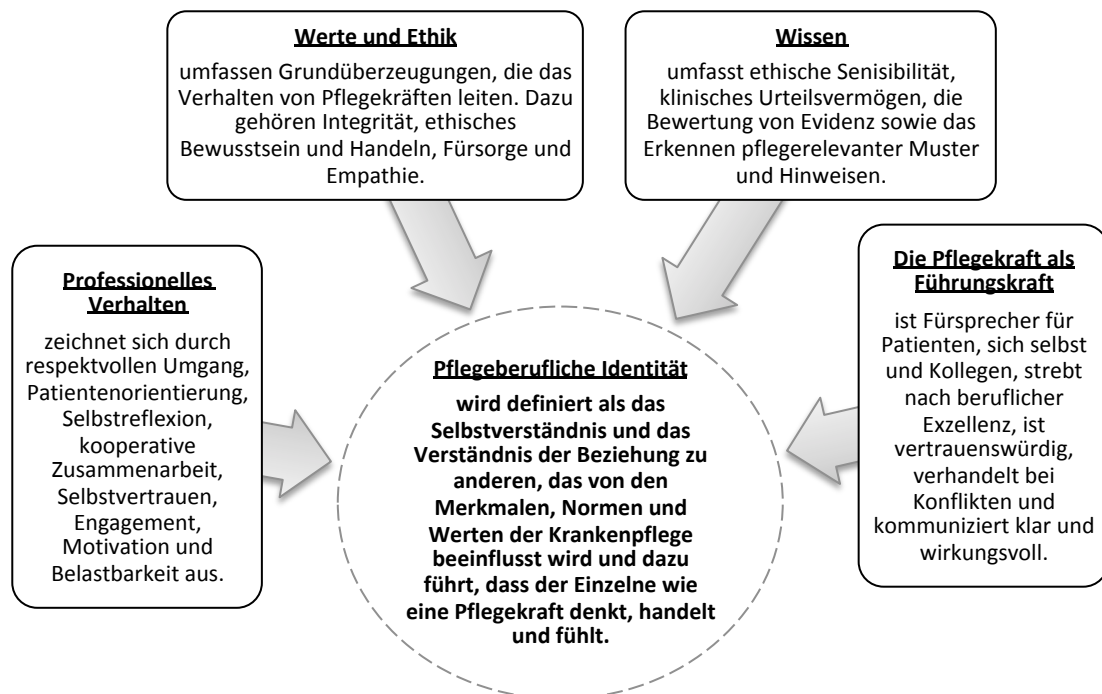


Abbildung 3: Definition (Goodolf & Godfrey, 2021, S. 495) und Dimensionen pflegeberuflicher Identität (Godfrey 2022, S. 17 f.; eigene Darstellung und Übersetzung)

Basierend auf der Definition der ISPIN veröffentlichen Howle, Carter und Reising im Januar 2025 die Ergebnisse ihrer integrativen Übersichtsarbeit, in der sie verschiedene Einflussfaktoren auf die berufliche Identität von Pflegekräften in der Akutversorgung analysieren. Hinsichtlich der Auswahl der final berücksichtigten 18 Artikel geben die Autoren keine Einschränkungen in Bezug auf Berufserfahrung, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit oder Herkunftsland an. Zu den Ausschlusskriterien zählen jedoch Quellen, die keine peer-reviewten Forschungsarbeiten waren, Pflegeberufe außerhalb der Akutversorgung, Pflegeexperten, Pflegekräfte in Führungspositionen, Pflegekräfte mit Lehrauftrag in akademischen Einrichtungen oder Gesundheitssystemen, Pflegestudenten und nicht englischsprachige Texte (Howle et al., 2025, S. 4), weshalb den folgenden Ausführungen zwei relevante deutschsprachige Studien von Cassier-Woidasky und Flaiz ergänzend hinzugefügt werden. Ebenso werden die Erkenntnisse von Willetts und Garvey unter dem Stichwort „Theorie der sozialen Identität“ sowie die Bedeutung von moralischem Stress bei Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern von Kovanis und Özdans als weitere relevante Einflussfaktoren ergänzt. Anhand der Datenauswertung identifizieren Howle et al., verschiedene die pflegeberufliche Identität beeinflussende Faktoren, die sich wiederum fünf übergeordneten Themenbereichen zuordnen lassen:

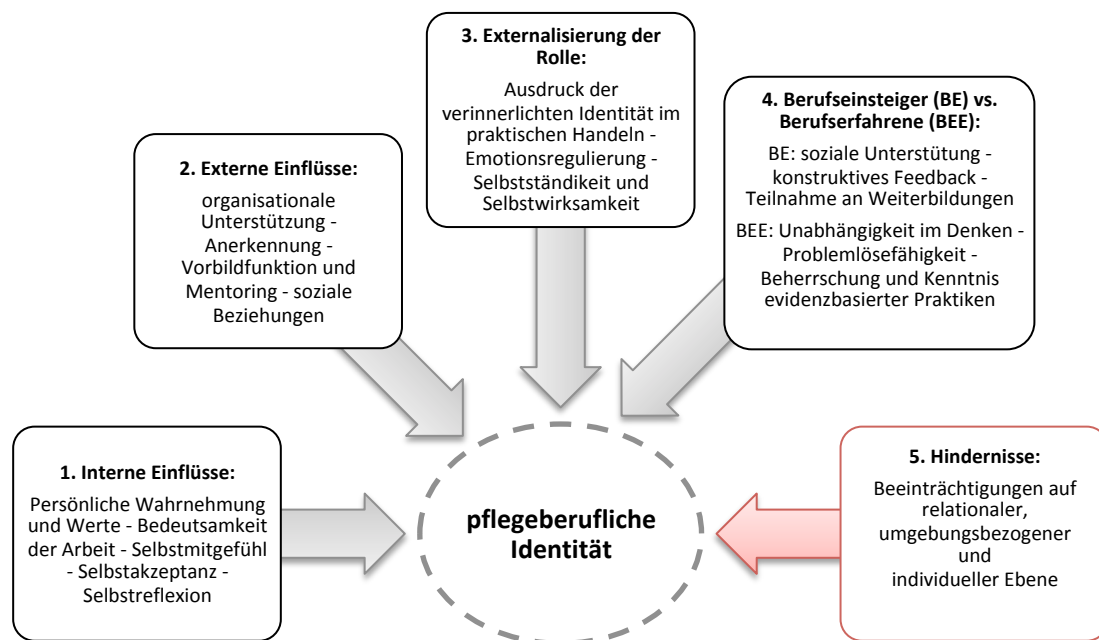


Abbildung 4: Hindernisse und positive Einflussfaktoren auf die pflegeberufliche Identität (Howle et al., 2025, S. 13 ff.; eigene Darstellung und Übersetzung)

4.4.1 Interne Einflussfaktoren

Als interne Einflüsse gelten die persönliche Wahrnehmung und die Wertvorstellungen der Pflegekräfte. Differenziert betrachtet, beziehen sie sich auf die Bedeutsamkeit der Arbeit sowie auf das Selbstmitgefühl und die Selbstreflexion der Pflegekräfte.

Bedeutsamkeit der Arbeit: Das Verständnis der Bedeutung individueller und gemeinsamer Rollen ist vor allem für Berufsanfänger entscheidend. Rollenklarheit fördert die moralische Entwicklung und unterstützt die Verinnerlichung und Ausbildung einer individuellen sowie einer gemeinsamen pflegeberuflichen Identität. Insbesondere im Kontext der Corona-Pandemie wird die Sinnhaftigkeit der Arbeit als einer der bedeutsamsten Einflussfaktoren auf die berufliche Identität identifiziert. So können extreme Bedingungen dennoch zu beruflichem Wachstum führen, indem die wahren Werte des Berufs erkannt werden und die eigene Rolle aufgrund der erlebten Anerkennung neu bewertet wird (Howle et al., 2025, S. 13).

Selbstmitgefühl und Selbstakzeptanz: Beides sind wichtige Faktoren, um berufliche Herausforderungen mit Optimismus und Engagement anzugehen und in der Rolle erfolgreich zu sein. So zeigen Pflegekräfte mit einer gut ausgeprägten Selbstwahrnehmung mehr Autonomie und gehen beim Lösen von Problemen zielstrebig und konsequenter vor. Des Weiteren verfügen sie über bessere Copingstrategien und sind mit ihrer Arbeit insgesamt zufriedener als diejenigen, die sich auf die Meinung anderer verlassen. Ein gut ausgeprägtes Selbstbewusstsein erleichtert es nicht nur, sich für die eigenen Ziele einzusetzen, sondern kann auch die Motivation steigern, sich für die Belange der gesamten Berufsgruppe zu engagieren (ebd., S. 13).

Selbstreflexion: Berufliche Weiterentwicklung bezieht sich nicht nur auf die Erweiterung berufsspezifischer Kompetenzen sondern umfasst auch personale und soziale Kompetenzen wie die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion, die im Rahmen eines konstruktiven inter- oder intraprofessionellen Austausches am effektivsten gefördert wird. Eine kritische und konstruktive Selbstreflexion trägt nicht nur zur Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung bei, sondern führt auch zu einer Weiterentwicklung und Reifung pflegeberuflicher Identität. Als besonders relevant wird hierbei jedoch erachtet, dass die Selbstreflexion bewusst, anlassbezogen und zielfokussiert erfolgt (ebd., S. 13).

4.4.2 Externe Einflussfaktoren

Die externen Faktoren erstrecken sich auf die individuelle, soziale, organisatorische und gesellschaftliche Ebene.

Organisationale Unterstützung: Die für die Identitätsentwicklung relevante organisationale Unterstützung kann auf verschiedene Weise erfolgen. Als bedeutsam werden einerseits eine angemessene Bezahlung und andererseits die Anerkennung der Arbeit in Form von Bonuszahlungen erachtet. Mehr als der finanzielle Benefit gilt jedoch die Rolle der Führungskräfte als entscheidend. So führt eine sichtbare und konsequente Unterstützung seitens der Führungskräfte dazu, dass sich Pflegekräfte in der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit bestätigt und anerkannt fühlen. Diese Art der Führung findet ihren Ausdruck in Arbeitsbedingungen, die den Bedürfnissen der Pflegefachkräfte entsprechen und in denen sie sich weiterentwickeln und entfalten können (Howle et al., 2025, S. 13).

Professionelle Unterstützung und Anerkennung durch andere: Als professionelle Unterstützung zählt in diesem Kontext die Anerkennung durch Kollegen, eine nachhaltige Zusammenarbeit im Team sowie die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zur Ausübung der beruflichen Tätigkeiten. Die Wertschätzung durch andere umfasst darüber hinaus die Anerkennung des Pflegeberufs durch andere Berufsgruppen, Patienten oder durch die Öffentlichkeit. Die Höhe der zugesprochenen Anerkennung hängt jedoch davon ab, wie kompetent die Pflegekräfte wahrgenommen werden. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Solidarität innerhalb der Berufsgruppe. Denn je höher das Maß der erfahrenen Anerkennung, desto höher ist die Solidarität innerhalb der Pflegekräfte eines Teams (ebd., S. 15).

Cassier-Woidasky betrachtet den Einflussfaktor Anerkennung in ihrer Dissertation noch unter einem anderen Fokus. Sie ergänzt ihn um den Aspekt der Wertschätzung und unterscheidet hierbei zwei Facetten. Einerseits erfahren Pflegekräfte Anerkennung wenn ihre Arbeit als Beitrag zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels gewürdigt wird, andererseits erleben sie Wertschätzung, wenn ihnen Unterstützung bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zuteil wird. Wertschätzung und Anerkennung bezeichnet Cassier-Woidasky als Schlüsselfaktoren für die Entwicklung einer positiven Grundhaltung der Pflegekräfte gegenüber sich selbst. Diese ist notwendig, damit ungeachtet des bestehenden Hierarchiegefüges eine gesunde Arbeitsbeziehung zwischen den Pflegekräften und den Pflegeempfängern entstehen kann. Wesentlich ist hierbei, dass die Schlüsselfaktoren Bottom-up aufgebaut und gelebt werden, so dass sich professionelle pflegeberufliche Identität entwickeln kann, die auf der Grundüberzeugung ‚Ich bin okay‘ – ‚Du bist okay‘ basiert und in einer qualitativ hochwertigen sowie patientenorientierten Pflege zum Ausdruck kommt (Cassier-Woidasky, 2007, S. 391 ff.).

Mentoring und positive Vorbilder: Pflegekräfte, die sich durch ein hohes Maß an Professionalität auszeichnen und trotz schwieriger Arbeitsbedingungen ein gutes Zeitmanagement aufweisen haben eine bedeutende Vorbildfunktion für die Entwicklung der pflegeberuflichen Identität. Zu ihren weiteren Eigenschaften gehören Selbstbewusstsein, Nahbarkeit und Empathiefähigkeit. Darüber hinaus sind ein regelmäßiges, konstruktives Feedback sowie eine gezielte Anleitung vor allem für die Identitätsentwicklung von Pflegekräften, die über wenig Berufserfahrung verfügen, von Bedeutung (Howle et al., 2025, S. 15). Kovanci und Özbas legen einen besonderen Fokus auf neu ausgebildete Pflegekräfte. Sie betonen die Vorbildfunktion berufserfahrener Pflegekräfte und die Wichtigkeit des konstruktiven kollegialen Austauschs, da sie davon ausgehen, dass neu ausgebildete Pflegekräfte in ihrer Rolle noch nicht gefestigt sind und aufgrund ihrer begrenzten Berufserfahrung bei ethischen Dilemmata anfälliger für moralischen Stress sind, der sich wiederum negativ auf die Entwicklung pflegeberuflicher Identität auswirkt (Kovanic & Özbas, 2025, S. 10 ff.).

Soziale Beziehungen: Sie stellen eine wichtige Ressource dar und wirken sich positiv auf die Gesundheit, die Arbeitszufriedenheit sowie die Entwicklung der pflegeberuflichen Identität aus. Eine vertrauensvolle und tragende Verbundenheit zwischen den Teammitgliedern trägt wesentlich zur emotionalen Entlastung bei, wobei auch der Humor eine wichtige Rolle spielt, da er als soziales Bindeglied fungiert, welches ein Wir-Gefühl hervorruft und zur Stressreduktion beiträgt. Als relevant gelten zudem eine positiv erlebte Beziehung zu den Pflegeempfängern sowie die emotionale Unterstützung durch die eigene Familie (Howle et al., 2025, S. 15).

4.4.3 Externalisierung der Rolle

Die Externalisierung der Rolle bezieht sich darauf, wie Pflegekräfte ihre verinnerlichte pflegeberufliche Identität in ihrer praktischen Arbeit zum Ausdruck bringen. So wenden sich Pflegekräfte, denen die Wahrung traditioneller beruflicher Eigenschaften besonders am Herzen liegt, deutlich mehr den Pflegeempfängern zu, oder führen insgesamt mehr pflegerische Maßnahmen durch. Ein weiterer Aspekt der Externalisierung betrifft die Emotionsebene. So besteht eine wechselseitige Beziehung zwischen pflegeberuflicher Identität und emotionaler Regulierung, wobei der Technik des Deep Acting¹ eine wichti-

¹Die Technik des Deep Acting geht auf A. Hochschild zurück und beschreibt eine Strategie zur Emotionsregulation, die vor allem in Dienstleistungsberufen angewendet wird. Es wird versucht, das zu fühlen, was man darstellen soll: hierfür werden Gedanken, Bilder oder Erinnerungen aktiv hervorgerufen, die mit dem erwünschten Gefühl verbunden sind. Erfolgreiches Deep Acting korreliert mit einer höheren Arbeitszufriedenheit, einer stärkeren Bindung an die Organisation und einer höheren Leistung (Nerdinger, 2019, S. 637).

ge Rolle zugesprochen wird. Darüber hinaus spielen die Selbstständigkeit im Handeln und das Erfahren von Selbstwirksamkeit ebenfalls eine große Rolle.

Pflegeberufliche Identität zeigt sich außerdem darin, wenn sich Pflegekräfte für die kollektiven Interessen ihrer Berufsgruppe einsetzen, was bedeutet, dass die berufliche Identität über das Individuum hinausgeht und auch auf externe Bereiche Einfluss nehmen kann (Howle et al., 2025, S. 15 f.). Qualitativ hochwertige Pflege ist stets das Ergebnis einer kollektiven Teamleistung. Dabei treten die individuellen beruflichen Identitäten der beteiligten Pflegekräfte in Erscheinung, die in ihrer wechselseitigen Interaktion die gemeinsame Identität des Pflegeteams formen, die sich wiederum auf die pflegeberufliche Identität jedes Einzelnen auswirkt. Das heißt, durch die Stärkung der eigenen Berufsgruppe wird es Pflegekräften erleichtert, sich positiv von anderen Berufsgruppen abzugrenzen, wodurch sich die Identität des Einzelnen im Wir der Gemeinschaft festigt, während zugleich das kollektive Wir in das Selbstverständnis des Einzelnen integriert wird. Willetts und Garvey betten diese Aussage in die „Theorie der sozialen Identität“ nach Tajfel & Turner ein (Willetts & Garvey, 2020, S. 2). Sie betonen zudem den zentralen Wert identitätsbildender Gruppenaktivitäten im klinischen Kontext. Hierzu zählen vor allem diejenigen Maßnahmen, welche die Kommunikation und die Vernetzung der Pflegekräfte untereinander fördern. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf der Pflegekraft, die diesen kommunikativen Austausch leitet. In den Augen der anderen verkörpert sie den Prototyp pflegeberuflicher Identität und wirkt über ihre Darstellung sowohl auf die Identität der Gruppe als auch auf die jeder einzelnen Pflegekraft ein. Dabei ist festzustellen, dass die pflegeberufliche Identität des Einzelnen im intradisziplinären Austausch mehr gefordert und gefördert wird als im interdisziplinären Kontext, wo die Identität der gesamten Berufsgruppe mehr in den Vordergrund tritt (ebd., S. 6 f.).

4.4.4 Berufseinsteiger vs. Berufserfahrene

Allgemein zeigt sich, dass sowohl ein gutes Arbeitsklima als auch soziale Unterstützung die pflegeberufliche Identität beeinflussen. Im Vergleich zu Berufseinsteigerinnen und Einsteigern lassen sich Berufserfahrene jedoch weit weniger von teaminternen Differenzen beeindrucken. Für Pflegekräfte mit wenig Berufserfahrung sind vor allem gezieltes Anleiten und regelmäßiges, konstruktives Feedback durch Berufserfahrene von entscheidender Bedeutung (vgl. Kovanic & Özbas). Berufserfahrene Pflegekräfte erachten Schulungen und Weiterbildungen, in denen neue wissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt werden und so die Unabhängigkeit im Handeln und Denken fördern, als essenziell. Die genannten Aspekte unterstützen die Entwicklung der individuellen pflegeberuflichen Identität.

tät, indem sie die innere Unsicherheit reduzieren, die vor allem dann entsteht, wenn kein Raum für kollegialen Austausch besteht (Howle et al., 2025, S. 16).

4.4.5 Hindernisse

Howle et al. identifizieren in ihrer Übersichtsarbeit nicht nur positive Einflussfaktoren sondern auch auf Hindernisse, welche die Entwicklung einer positiv besetzten pflegeberuflichen Identität erschweren:

Relationale Hindernisse ergeben sich vor allem durch ein als unsicher empfundenenes Arbeitsumfeld, welches durch negative oder unzureichende Interaktionen innerhalb eines Teams gekennzeichnet ist. Verunsichernd wirken zudem eine fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte, unzureichendes Mentoring sowie mangelnde Förderung individueller beruflicher Ziele (Howle et al., 2025, S. 16).

Umgebungsbezogene Hindernisse zeigen sich insbesondere in der Akutversorgung, wenn Pflegekräfte wiederholt in unbekanntenen Bereichen aushelfen müssen, ohne mit den dort geltenden Abläufen oder Teams vertraut zu sein. Diese erzwungene Flexibilität führt häufig zu Rollenunklarheit und Rolleninkongruenz, was die kohärente Entwicklung des beruflichen Selbstbildes untergräbt (ebd., S. 16).

Individuelle Hindernisse betreffen die psychische und emotionale Verfassung der Pflegekräfte. Fehlende Strategien zur Emotionsregulation und dekonstruktive Selbstreflexion beeinträchtigen nicht nur die Beziehungsqualität zu den Pflegeempfängern sondern auch zu den Teammitgliedern. Insgesamt führen diese Faktoren zu einem reduzierten Selbstwert und zu einem geringen Identitätsgefühl (ebd., S. 16).

Landesspezifische Hindernisse: Flaiz, die sich in ihrer Dissertation dem Vergleich der professionellen Identität australischer und deutscher Pflegekräfte widmet, konstatiert deutschen Pflegekräften ein gering ausgeprägtes gemeinsam geteiltes Pflegeverständnis. So prägen die im Rahmen der Primärsozialisation weitgehend unreflektiert übernommene Wertemuster das Pflege- und Berufsverständnis weit mehr, als pflegerelevante wissenschaftliche Erkenntnisse. Pflegerisches Handeln, so Flaiz, orientiert sich in Deutschland zudem stark an den vorherrschenden Strukturen, an die sich die Pflegekräfte und die Pflegeempfänger anzupassen haben. Die Bedeutung dieses Pflegeverständnisses, das in einer verrichtungsorientierten Pflege zu Ausdruck kommt, wird deutlich wenn man die Perspektive wechselt und mit dem Pflegeverständnis der australischen Pflegekräfte vergleicht. Dort werden die Strukturen den Pflegekräften und den Pflegeempfängern angepasst, so dass eine patientenorientierte Pflege möglich ist. Das mehrheitlich vorherrschende Bild deutscher Pflegekräfte, sich als Assistenten der Ärzte

zu sehen, geht mit einem Gefühl der Fremdbestimmtheit und akzeptierter Unterordnung unter die Berufsgruppe der Mediziner einher (Flaiz, 2018, S. 359 ff.). Diese eher passive Haltung, wirkt sich nicht nur negativ auf die pflegeberufliche Identitätsentwicklung aus sondern verringert zudem sowohl die pflegerische Performanz als auch die Qualität der Patientenversorgung (Flaiz, 2018, S. 373).

4.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde die theoretische Rahmung der Identitätsentwicklung abgeschlossen und diese als lebenslanger sowie dynamischer Prozess definiert. Die berufliche Identität als Teil der Ich-Identität und als eine Form der sozialen Identität entwickelt sich bereits während der vorberuflichen Sozialisation und stellt eine der zentralen Herausforderungen des Erwachsenenalters dar. Sie wird jedoch maßgeblich durch die Berufstätigkeit selbst geformt. Des Weiteren wurde der aktuelle Stand der Forschung zur Definition pflegeberuflicher Identität und deren Einflussfaktoren dargestellt, wobei der Fokus auf Pflegekräfte im akutstationären Bereich gelegt wurde. Die in diesem Kapitel erworbenen Erkenntnisse bestätigen, dass die pflegeberufliche Identitätsentwicklung ein kontinuierlicher und dynamischer Prozess ist. Das Differenzieren der verschiedenen Einflussfaktoren stützt zudem die eingangs genannte These, dass pflegeberufliche Identitätsentwicklung von verschiedenen Faktoren abhängig ist und von den Rahmenbedingungen, in denen pflegerisches Handeln stattfindet, beeinflusst wird.

5 Kollegiale Beratung

Nachdem im vorherigen Kapitel die Rahmenbedingungen und grundlegenden Bedingungen der pflegeberuflichen Identitätsentwicklung aus unterschiedlichen Perspektiven ausführlich dargestellt wurden, erfolgt nun die Erläuterung der Methode der kollegialen Beratung. Abschließend wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Frage erörtert, inwiefern die pflegeberufliche Identität durch die Teilnahme an einer kollegialen Beratung weiterentwickelt werden kann. Das Konzept der kollegialen Beratung stammt bereits aus den 1970er Jahren. Damals noch unter der Leitung eines Psychologen, der im Beratungsprozess die Struktur vorgab, wurde die kollegiale Beratung von (angehenden) Lehrerinnen und Lehrern dazu genutzt, sich über den Umgang mit herausfordernden Schülern auszutauschen. Seither wurde das Anwendungsfeld der kollegialen Beratung deutlich erweitert, wobei sich zahlreiche Unterschiede auch in der Bezeichnung dieser Beratungsform ausdifferenziert haben, deren Trennschärfe auf den ersten Blick nicht immer gegeben ist (Tietze, 2016, S. 45 f.). Während andere Formate wie kollegiale Supervision

oder kollegiales Coaching eine völlig andere Zielsetzung verfolgen und auf einem gänzlich anderen Konzept basieren, kommt die Intervision der kollegialen Beratung am nächsten, so dass beide Bezeichnungen häufig synonym verwendet werden, und doch bei näherem Betrachten durchaus relevante Unterschiede aufweisen (ebd., S. 310).

5.1 Definition und Spezifika der kollegialen Beratung

Mit Intervision wird eine Beratungsform bezeichnet, bei der innerhalb einer Gruppe, selbstgesteuert, das heißt ohne externen Berater, durch wechselseitigen Austausch in einem methodisch strukturierten Gespräch dazu beigetragen wird, durch gemeinsame Reflexion und zielgerichtete Bearbeitung eine Lösung für ein individuelles Problem zu erarbeiten (Kühl & Schäfer, 2020, S. 5). Wenngleich diese Definition uneingeschränkt auf die Methode der kollegialen Beratung übertragen werden kann, wird sie doch deren Spezifika nicht gerecht, indem sie die Bedeutung des Begriffes kollegial außer Acht lässt.

So umfasst Kollegialität sowohl die auf Gegenseitigkeit beruhende Hilfsbereitschaft der Teilnehmenden als auch deren Gleichberechtigung innerhalb der Gruppe. Das Ideal der Gleichberechtigung schließt nicht nur die Gleichwertigkeit der Teilnehmenden in Bezug auf ihre Beiträge mit ein, sondern besagt auch, dass der Status, den eine Person außerhalb der Gruppe innehat, im Beratungsprozess keine Rolle spielen darf. Des Weiteren umfasst Kollegialität in diesem Kontext die Umkehrbarkeit der Beratungsbeziehung. Da die Rollen der Beratenden und des Ratsuchenden immer wieder neu vergeben werden, wird der Asymmetrie zwischen ihnen entgegengewirkt und die potenzielle Gefahr eines Machtmissbrauchs minimiert. Als letzten Punkt bezieht sich Kollegialität auf die Gruppenzusammensetzung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Mitglieder zwar nicht unbedingt Kollegen innerhalb eines Teams sein müssen, aber aufgrund ihrer ähnlichen Qualifikation und gleichen Hierarchiestufe theoretisch Kollegen sein könnten (Tietze, 2025, S. 15 f.). Zusammenfassend lässt sich somit festhalten: „Kollegiale Beratung ist ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe, in dem ein Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem feststehenden Ablauf mit verteilten Rollen beraten wird, mit dem Ziel, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln.“ (Tietze, 2025, S. 10)

Die kollegiale Beratung orientiert sich am Prinzip der Prozessberatung, im Rahmen derer nicht ein beratender Experte, sondern die ratsuchende Person selbst als Experte bzw. Experte für ihr bzw. sein Anliegen gilt. Der zentrale Gedanke dieses Beratungsverständnisses besteht darin, den Problemlösungsprozess so zu strukturieren, dass Lö-

sungsoptionen gezielt und in kurzer Zeit erarbeitet werden (Tietze, 2025, S. 19 f.). Edgar Schein, auf den dieses Beratungsverständnis zurückgeht, definiert Prozessberatung als den Aufbau einer Beziehung zwischen Berater und Ratsuchendem, „[...] die es [dem Ratsuchenden] erlaubt, die in seinem internen und externen Umfeld auftretenden Prozessereignisse wahrzunehmen, zu verstehen und darauf zu reagieren, um die Situation, so wie er sie definiert, zu verbessern.“ (Schein, 2010, S. 39)

Scheins Ausführungen zur Prozessberatung stammen aus dem Kontext der Organisationsberatung und werden im Folgenden in Bezug auf das spezielle Format der kollegialen Beratung in der Pflege weiter spezifiziert. Kocks und Segmüller beschreiben sie als personenzentrierte Form der Beratung, in deren Zentrum „[...] immer der Fallerzähler als Subjekt mit seinen individuellen Bedürfnissen nach Beratung und Unterstützung [steht].“ (Kocks & Segmüller, 2019a, S. 15)

Doch wenngleich sich die Gruppe aus Fachkräften zusammensetzt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmenden über eine formale Qualifikation als Berater verfügen, so dass die Struktur der Fallbesprechung für alle klar, überschaubar und zielfokussiert gestaltet sein muss, um eine Überforderung der Teilnehmenden zu vermeiden. Einer Überforderung entgegenwirkend ist auch, dass die Gruppe kein verbindliches Entscheidungsgremium darstellt, das den Ratsuchenden von seiner Verantwortung für sein Entscheiden und Handeln entbindet (Tietze, 2025, S. 20; S. 43). Aus der Gleichrangigkeit und Gleichwertigkeit aller Teilnehmenden folgt jedoch, dass aufgrund der fehlenden Weisungsbefugnis untereinander alle für den Erfolg der Fallberatung gleichermaßen mitverantwortlich sind. Somit wird die Freiheit des Einzelnen sowohl durch die zugeschriebene Rolle als auch durch die Verantwortung gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern eingeschränkt (Kocks & Segmüller, 2019a, S. 14 f.).

5.2 Kollegiale Beratung in der Pflege

Ausgehend von der 2003 in einem Handbuch zur kollegialen Beratung von Tietze erstmals publizierten Definition und ausführlichen Beschreibung dieser Methode wurde 2012 der Leitfadens zur Implementierung der kollegialen Beratung in der Pflege von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. entwickelt und veröffentlicht.

Die Autoren des Leitfadens begründen die Notwendigkeit, diese Beratungsmethode zu etablieren dahingehend, dass es Pflegenden nahezu unmöglich ist, allen an sie gerichteten Erwartungen gerecht zu werden. Dies führt zu einem Pflegealltag, der durch eine Aneinanderreihung von Dilemmata geprägt ist, die mit einer Zunahme des Stresserlebens einhergehen (Kocks et al., 2012, S. 3). Roddewig sieht in der kollegialen Beratung

nicht nur eine Methode, um die Anforderungen des Arbeitsalltags bewältigen zu können. Aufgrund der hohen Anforderungen sind Pflegekräfte besonders häufig von Burnout betroffen, so dass Roddewig die Notwendigkeit der kollegialen Beratung auch über den Aspekt der Gesunderhaltung und den Erhalt des psychischen Wohlbefindens begründet. Darüber hinaus bezeichnet sie kollegiale Beratung als Methode des selbstgesteuerten Lernens, das in unterschiedlichen Settings eingesetzt werden kann, um die individuelle berufliche Rolle immer wieder neu zu klären und weiter zu entwickeln. In einem Arbeitsbereich wie der Pflege, der ständigen Veränderungen unterliegt, kann die Methode zudem gezielt zur Begleitung von Veränderungsprozessen eingesetzt werden (Roddewig, 2018, S. 10 ff.).

Kriesten sieht noch eine weitere Notwendigkeit, die kollegiale Beratung in der Pflege stärker zu nutzen. Neben den oben genannten Gründen hebt sie die besondere Verantwortlichkeit der Pflegenden im Arbeitsbündnis zwischen Pflegeempfänger und Pflegekraft hervor. Unter Anbetracht der Tatsache, dass pflegerisches Handeln, vor allem im klinischen Bereich, in stark hierarchisch geprägte Strukturen eingebettet ist, ist die Bedeutung der kollegialen Beratung insofern besonders zu betonen, als sie Pflegenden einen geschützten Raum für gleichberechtigte Reflexion bietet, innerhalb dessen organisationale Hierarchien und Machtverhältnisse keine Rolle spielen. Positiv formuliert ermöglicht die kollegiale Beratung für Pflegenden nach der Definition von Kriesten ein „[...] selbständiges, selbstbestimmtes und selbsttätiges Lernen und Reflektieren [...]“ (Kriesten, 2020, S. 12), wodurch die eigene Professionalität gestärkt, die individuelle Pflegekompetenz verbessert und Selbstwirksamkeit erlebt wird (ebd., S. 17).

Anhand der dargestellten Notwendigkeiten lassen sich zusammenfassend folgende allgemeine Ziele der kollegialen Beratung für Pflegefachkräfte ableiten (Kocks & Segmüller, 2019a, S. 30 ff.; Kriesten, 2020, S. 25 f.; Roddewig, 2018, S. 18 ff.):

- ✚ Die fallgebende Person erhält multiperspektivische Ansätze zur Lösung eines konkreten Problems
- ✚ Förderung der Professionalisierung der Pflegefachkräfte und Weiterentwicklung pflegeberuflicher Kompetenzen
- ✚ Stärkung und Entwicklung sozialer Kompetenzen, insbesondere der kommunikativen Fähigkeiten und Beratungskompetenzen
- ✚ Förderung der Leistungsfähigkeit durch konstruktive Zusammenarbeit und Stärkung des Wir-Gefühls
- ✚ Verbesserung und Sicherung der Pflegequalität

Dass die Ziele nicht nur als Wunschvorstellungen zu verstehen sind, zeigen die folgenden empirisch belegten, personenbezogenen Wirkungen, die Tietze in drei Kategorien einteilt (Tietze, 2010, S. 61. f.):

1. Durch die Teilnahme an der kollegialen Beratung lassen sich Effekte bei der Lösung berufsbezogener Probleme feststellen. Dazu gehören ein besseres Verständnis der Problemsituation sowie die Förderung multiperspektivischer Problemanalysen.

2. Die positiven Auswirkungen auf die beruflichen Handlungskompetenzen zeigen sich durch einen Zuwachs an allgemein beruflich relevanten Kompetenzen wie Fach- und Sozialkompetenzen. Weiterhin wird die Fähigkeit zur berufsbezogenen Selbstreflexion gefördert wodurch sich die Wahrnehmung der eigenen Rolle sowie individuelle Denk- und Handlungsmuster erweitern.

3. Die Auswirkungen auf die beruflichen Beanspruchungen zeigen sich darin, dass die Gruppe als wichtige soziale Ressource erlebt wird, was zu einer Verminderung des Erlebens beruflicher Belastungen führt und mit einer Senkung des Burnout-Risikos einhergeht.

Kopp und Vonesch heben zudem die positiven Effekte hinsichtlich der Empathie- und Beobachtungsfähigkeit sowie der Teamfähigkeit hervor, die sich durch die Teilnahme an der kollegialen Beratung ergeben (Kopp & Vonesch, 2023, S. 91). Bretbacher ergänzt in ihrer Studie zum Einsatz kollegialer Beratung bei Pflegekräften die aufgeführten Wirkungen um den Aspekt der Resilienz. Denn indem die Pflegekräfte lernen, berufliche Herausforderungen durch kollegiale Beratung erfolgreich zu bewältigen, zeigen sie vermehrt resilientes Verhalten am Arbeitsplatz, was zu einer erheblichen psychosozialen Entlastung und Verbesserung der psychischen Gesundheit führt (Bretbacher, 2022, S. 45 f.). Als unterstützend wird eine entsprechend angepasste Form der kollegiale Beratung zudem bei Pflegekräften auf der Intensivstationen im Rahmen von Pflegevisiten eingesetzt, wodurch eine Förderung der Patientenzentrierung erreicht werden konnte (Krüger & Mannebach, 2022, S. 20 f.). Doch trotz der insgesamt positiven Effekte, ist die kollegiale Beratung im klinischen Bereich bislang kaum etabliert (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 66).

5.3 Rahmenbedingungen erfolgreicher kollegialer Beratung

Trotz der von Kriesten geforderten Verpflichtung zur Selbstreflexion unterliegt die kollegiale Beratung dem Prinzip der Freiwilligkeit, wobei dennoch eine verbindliche Einhaltung der festgelegten Regeln erforderlich ist. Diese ergeben sich einerseits aus der vor-

gegebenen Struktur des Beratungsprozesses und andererseits aus der Forderung der Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit der Teilnehmenden. Vertraulichkeit, gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung sowie die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme und die Autonomie und Selbstverantwortung der Teilnehmenden sind weitere Grundvoraussetzungen. Darüber hinaus ist es entscheidend, dass das Bestreben, kollegiale Beratung durchzuführen, auf Akzeptanz und Unterstützungsbereitschaft der Führungsebene trifft. Diese manifestiert sich unter anderem in der Bereitstellung entsprechender Ressourcen wie geeigneter Räumlichkeiten und Arbeitsmaterialien sowie in der Anerkennung der Teilnahme an der Beratung als Teil der regulären Arbeitszeit. Zu den notwendigen Rahmenbedingungen zählt außerdem, dass jedes Gruppenmitglied mit dem Ablauf der Beratung vertraut ist und ein klares Verständnis der während der Beratung einzunehmenden Rollen hat (Tietze, 2025, S. 291 ff.). Die Rollenverteilung und die damit einhergehenden Aufgaben werden im folgenden Kapitel erläutert. Des Weiteren wird ein Überblick über die Struktur des Ablaufs nach Tietze gegeben, worauf sich Kriesten, Kocks und Segmüller als Vorgabe für die Durchführung einer kollegialen Beratung bei Pflegefachkräften beziehen.

5.4 Struktur und Rollenaufteilung der kollegialen Beratung

Idealerweise findet kollegiale Beratung in einer Gruppe von fünf bis zehn Teilnehmenden in weitgehend konstanter Zusammensetzung statt, wobei die Rollen bei jedem Treffen neu zugeteilt werden. Die Abbildung zeigt die zu vergebenden Rollen und die ideale Gestaltung der Sitzordnung.

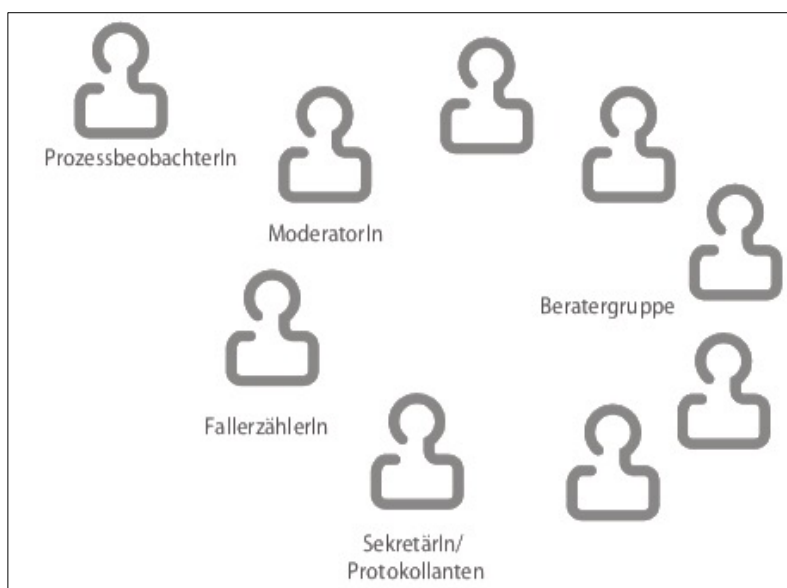


Abbildung 5: Ideale Sitzordnung und die Rollen der Teilnehmenden (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 48)

Bevor nun die einzelnen Rollen und deren Aufgaben näher erläutert werden, wird in der nachfolgenden Tabelle ein Überblick über die einzelnen Phasen der kollegialen Beratung nach Tietze gegeben.

Phase	Inhalte der einzelnen Phasen
Casting Dauer: 5'	Kurzreflexion und Rückmeldung der zuvor fallgebenden Person über die zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklungen. Themenfindung und Auswahl des neuen Falles durch alle Teilnehmenden. Verteilung der Rollen: Fallgeber, Moderator, Sekretär, Beobachter, Berater
Spontan- erzählung Dauer: 10-15'	Spontanerzählung der Situation durch die fallgebende Person - die moderierende Person kann durch gezieltes Fragen unterstützen. Die Beratenden achten während der Erzählung auf Emotionalität, Gestik, Mimik, Sprachwahl und die Bedürfnislage der fallgebenden Person - Verständnisfragen sind gestattet.
Schlüssel- frage Dauer: 5'	Formulieren der Schlüsselfrage durch die fallgebende Person – bei Bedarf mit Unterstützung der bzw. des Moderierenden. Die Schlüsselfrage wird offen formuliert, so dass die Beratenden ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Lösung einbringen können.
Methoden- wahl Dauer: 5'	Die fallgebende Person wählt die Methode aus, die zur Beantwortung der Schlüsselfrage eingesetzt werden soll. Bei Bedarf wird sie dabei von der oder dem Moderierenden unterstützt.
Beratung Dauer: 10 – 15'	Die Beratenden wenden die ausgewählte Methode zur Bearbeitung der Schlüsselfrage an - die schriffthührende Person protokolliert die Äußerungen. Die fallgebende Person verhält sich passiv und hört zu. Die moderierende Person schreitet korrigierend ein, wenn die Zeitvorgaben, die Rolleneinteilung oder die Kommunikationsregeln nicht eingehalten werden.
Abschluss Dauer: 5'	Die protokollierten Lösungsvorschläge werden von der schriffthührenden an die fallgebende Person übergeben. Die fallgebende Person resümiert die Ideen der Beratenden und nimmt dazu Stellung - die übrigen Teilnehmenden ziehen ebenfalls ein Fazit. Methodenreflexion durch die Teilnehmenden und Feedback der beobachtenden Person.

Tabelle 3: Die Phasen der kollegialen Beratung nach Tietze (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 60 f.; eigene Darstellung)

Nachdem in der Tabelle die Aufgaben und Elemente der verschiedenen Rollen nur in Stichworten aufgeführt sind, folgt im Weiteren eine detaillierte Beschreibung.

Die Rolle der Fall Erzählerin / des Fall Erzählers: In der kollegialen Beratung initiiert die fallgebende Person den Beratungsprozess durch die Darstellung eines beruflichen Problems oder einer herausfordernden Aufgabe. Es wird Wert darauf gelegt, dass es

sich dabei um eine möglichst spontane Erzählung handelt, da in der Spontanität der oder des Erzählenden vor allem die Gefühlslage sowie die Bedürfnisse authentischer zum Ausdruck kommen, als in einer detailliert vorbereiteten Präsentation (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 49). Damit ein Fall sinnvoll bearbeitet werden kann, muss er außerdem spezifischen Anforderungen genügen. So muss es sich um eine gegenwärtige, konkrete soziale Situation handeln, die in einem klar umrissenen Kontext mit bestimmten Interaktionspartnern außerhalb der Beratungsgruppe verortet ist. Das bedeutet, dass die Mitglieder der Beratungsgruppe, mit Ausnahme der fallgebenden Person, nicht unmittelbar in das Geschehen involviert sein dürfen. Wesentlich ist zudem, dass die fallgebende Person eine offene Fragestellung mitbringt, die sie aktuell beschäftigt, und zu der bislang keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden konnte. Häufige Themen sind beispielsweise Probleme mit oder zwischen Kollegen bzw. Pflegeempfängern, die Gestaltung von Arbeitsabläufen, Schwierigkeiten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie individuelle Herausforderungen bei der Bewältigung von Veränderungen. Organisatorische Fragestellungen, die in den Verantwortungsbereich von Führungskräften fallen, Loyalitätskonflikte gegenüber dem Arbeitgeber und private Themen sind hingegen ungeeignet, da sie besser in einem Vieraugengespräch oder mit einem externen Berater, Coach oder Supervisor geklärt werden sollten (Tietze, 2025, S. 37 ff.).

Bei der Vorstellung des Falles ist die fallgebende Person in ihrer Schilderung frei und wird nur bei Verständnisfragen unterbrochen. Dennoch muss die fallgebende Person darauf achten, dass im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit der individuelle Unterstützungsbedarf deutlich wird, der anhand einer subjektiv und offen formulierten Schlüsselfrage konkretisiert werden kann. Die fallgebende Person beteiligt sich zunächst noch an der Auswahl der Methode, mit der die Schlüsselfrage bearbeitet wird, bleibt jedoch während der Beratung passiv und hört lediglich zu. Am Ende reflektiert sie die erhaltenen Vorschläge und entscheidet eigenverantwortlich über deren Umsetzung. (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 43 f.).

Die Rolle der Moderatorin / des Moderators: Wenngleich es formal keinen Vorsitzenden in der Gruppe gibt, kommt diese Rolle dem dennoch sehr nahe. Die Moderation stellt eine vergleichsweise anspruchsvolle Aufgabe in der Gruppe dar, da in dieser Rolle auf die Einhaltung der Vorgaben während des Geschehens geachtet und gegebenenfalls korrigierend eingegriffen werden muss. Zu den Vorgaben gehören beispielsweise die Einhaltung der jeweiligen Maximaldauer jeder Phase oder das Beibehalten der im Casting zugeteilten Rolle. Bei Bedarf wirkt die moderierende Person aktivierend auf die

Gruppe ein und gestaltet den Übergang von einer Phase in die andere. Darüber hinaus sind das Strukturieren, Zusammenfassen oder Präzisieren einzelner Gedankengänge weitere wichtige Aufgaben der Moderation (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 44). Eine enge Orientierung am Anliegen der fallgebenden Person ist von besonderer Relevanz, da die moderierende Person sowohl bei der Erzählung selbst als auch beim Formulieren der Schlüsselfrage eine unterstützende Funktion einnimmt. Dabei hat sie darauf zu achten, dass der Fokus während des gesamten Settings auf den Bedürfnissen der fallgebenden Person liegt, was sich auch in der Auswahl der Methode, mit der die Schlüsselfrage bearbeitet werden soll, widerspiegeln muss. Kopp und Vonesch unterscheiden hierbei zwei Akzentuierungen, die bei der Methodenwahl gesetzt werden können. So kann eine sach- und lösungsorientierte Methode gewählt werden, wenn für die fallgebende Person die schnelle Erarbeitung konkreter Lösungsvorschläge und Maßnahmen im Vordergrund steht. Personen- und entwicklungsorientierte Methoden verfolgen eine andere, übergeordnete Zielsetzung. Sie nehmen die Erweiterung der individuellen Perspektive in den Fokus, wodurch vor allem die persönliche Weiterentwicklung unterstützt werden soll (Kopp & Vonesch, 2023, S. 57 f.).

Die Rolle der Beraterinnen und Berater: Während der Schilderungen der fallgebenden Person verhalten sich die Beratenden passiv und haken nur bei Verständnisfragen ein. Ausgehend von der Schlüsselfrage und der gewählten Methode bringen die Beratenden anschließend ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen ein und tauschen sich untereinander aus. Ein erneuter Austausch mit der fallgebenden Person findet jedoch nicht statt. Eine Herausforderung in der Rolle des Beratenden ist es, nicht emotionsgeleitet zu agieren, sondern zur Versachlichung des Problems beizutragen und andere Perspektiven als gleichwertig anzuerkennen, ohne vorschnell individuell bewährte Erfolgsrezepte als Lösung zu präsentieren. Weitere Anforderungen an die Rolle der Beratenden sind eine ehrliche, dennoch wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber den Problemen der fallgebenden Person sowie eine Kommunikation in Ich-Sätzen, in der diese Haltung zum Ausdruck kommt (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 44 f.; S. 56 f.).

Die Rolle der Protokollantin / des Protokollanten: Die Protokoll führende Person dokumentiert kurz und prägnant die zentralen Schritte und Inhalte der Beratung. Je nach Gruppengröße kann sie außerdem als aktives Mitglied der Beratungsgruppe fungieren. Bei Bedarf wird sie von der moderierenden Person bei der Visualisierung der Einzelschritte und Lösungsvorschläge unterstützt. Das Protokoll dient der individuellen Reflexion und Nachverfolgung des Beratungsprozesses. Es wird zum Abschluss der fallge-

benden Person ausgehändigt oder auf Wunsch auch den anderen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Im Sinne der Transparenz gegenüber dem weiteren organisationalen Umfeld (z.B. Vorgesetzten oder nicht teilnehmenden Teammitgliedern) ist es sinnvoll, eine gekürzte Version des Besprochenen weiterzugeben. So kann trotz der Prämisse der Vertraulichkeit, in der die kollegiale Beratung in ihrer Gesamtheit eingebettet ist, eine gewisse Offenheit nach außen gewährleistet werden, um vor allem die Akzeptanz dieses Settings auf der Führungsebene nicht zu gefährden und etwaigen Gerüchten über die Gruppe entgegenzuwirken (Kocks & Segmüller, 2019b, S. 45).

Die Rolle der Prozessbeobachterin / des Prozessbeobachters: Die Prozessbeobachtung dient der qualitativen Weiterentwicklung der Beratungsgruppe. Die beobachtende Person ist nicht aktiv in den Beratungsprozess eingebunden, sondern verbleibt während der Sitzung in einer eher distanzierten Position und richtet den Fokus auf den Gruppenprozess. Nach Abschluss der kollegialen Beratung gibt sie jedem Teilnehmenden ein persönliches Feedback in Form von Ich-Botschaften. Zu beachten ist dabei, dass das Feedback wertfrei formuliert wird und sich konkret auf beobachtete Verhaltensmuster, Kommunikationsverläufe oder gruppenspezifische Aspekte bezieht, so dass es für die Gruppe nachvollziehbar ist und zur Verbesserung der Gesamtleistung beiträgt (ebd., S. 45 f.).

5.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurden die Merkmale kollegialer Beratung dargestellt und die Bedeutung von Kollegialität hervorgehoben. Anschließend erfolgte die Erläuterung der Notwendigkeit dieser Beratungsform in der Pflege, die Darstellung der allgemeinen Zielsetzung und die Beschreibung der empirisch belegten Wirksamkeit des Settings. Aus der Beschreibung der einzelnen Beratungsphasen und der zu vergebenden Rollen ging hervor, dass der Erfolg der Beratung und der individuelle Nutzen in den Händen der Teilnehmenden liegen. Daraus ergibt sich ein hohes Potenzial selbstverantwortlichen Handelns, welches im Sinne von *talk and action* in der Praxis genutzt werden kann.

6 Ergebnisse

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurden die Entwicklung der Ich-Identität und die der pflegeberuflichen Identität als Teilidentität aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Während sich die grundlegenden Rahmenbedingungen der Identitätsentwicklung anhand der in Kapitel 3 erläuterten Theorien erklären lassen, werden in Kapitel 4 die Spezifika der beruflichen Sozialisation und die Entwicklung (pflege-)beruflicher Identität, sowie deren Einflussfaktoren ausführlich dargestellt. Um den Beitrag der kollegialen Beratung zur Weiterentwicklung pflegeberuflicher Identität beurteilen zu können, werden im Folgenden die Erkenntnisse der beiden Kapitel mit der Gesamtstruktur der kollegialen Beratung in Beziehung gesetzt.

6.1 Beitrag der kollegialen Beratung zur Identitätsentwicklung auf Grundlage der Sozial- und Sozialisationstheorien

Durkheim - Individuelle Persönlichkeit und soziale Solidarität: Ausgehend von Durkheims Ausführungen zur Solidarität der Individualitäten lässt sich kollegiale Beratung als wirksames Instrument zur Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Identität verstehen. Durkheim betont, dass in arbeitsteiligen Strukturen das Zusammenspiel individueller Kompetenzen sowie ein gemeinsames Werte- und Normensystem zentrale Voraussetzungen dafür sind, gemeinsame Ziele zu erreichen. Kollegiale Beratung schafft einen Rahmen, in dem Pflegefachkräfte ihre fachlichen Stärken einbringen, verschiedene Rollen annehmen und reflektieren können. Dadurch kann sich trotz der vorliegenden Heterogenität innerhalb der Berufsgruppe ein Kollektivbewusstsein entfalten, das wie von Durkheim beschrieben identitätsstiftend wirkt und die Solidarität der Individualitäten fördert.

Bourdieu - Die Macht der Kapitalien: Bourdieus Theorie liefert wichtige Erkenntnisse über die Entstehung des pflegerischen Habitus sowie über die Feldstrukturen der Patientenversorgung. Aus der Aufschlüsselung der Kapitalverteilung lassen sich Erkenntnisse darüber ableiten, wie sich die Machtasymmetrie im Verhältnis Ärzte – Pflege zum einen hinsichtlich ihrer Entstehung erklären lassen und zeigt zugleich Ansatzpunkte dieser entgegenzuwirken. So ist das institutionalisierte kulturelle Kapital bei der Berufsgruppe der Pflegenden deutlich weniger vorhanden. Durch das Etablieren dieser Beratungsform kann dieser Asymmetrie entgegengewirkt werden, da kollegiale Beratung als selbstreferenzielles Lernen sowie als zielgruppenorientierte Selbsttrainings- und Fortbildungsmaßnahme verstanden werden kann (Schmid, Veith & Weidner, 2023, S. 226), wodurch sich dieser Kapitalanteil erhöhen lässt. Da die Heterogenität der Berufsgruppen

innerhalb der kollegialen Beratung als Ressource genutzt werden kann, verliert sie ihre negative Konnotation, wodurch das inkorporierte kulturelle Kapital im Sinne der durch berufliche Sozialisation erworbenen Werte und Normen ebenfalls positiv beeinflusst wird. Hinsichtlich des sozialen Kapitals, kann durch die kollegiale Beratung ebenfalls ein Gewinn verzeichnet werden. Dieser wird umso größer, je mehr Mitglieder aus unterschiedlichen pflegerischen Bereichen einer Klinik zusammenkommen und die Vernetzung der verschiedenen Arbeitsbereiche („Stationen“) auf breiterer Ebene zum Tragen kommen kann. Die kritische Reflexion des gegebenen Falles sowie die Vorgabe des regelmäßigen Rollenwechsels wirken dem Hysteresis-Effekt entgegen und können mittel- oder langfristig zu einer Veränderung des Habitus führen, der das Potenzial besitzt, die Strukturen des Feldes, in dem Pflegekräfte tätig sind, gemäß ihrer Interessen zu verändern. Gelingt dieser Prozess, kann sich die Verteilung des Kapitals innerhalb des Feldes zugunsten der Pflegefachkräfte verschieben. Zwar erscheint eine vollständige Aufhebung hierarchischer Strukturen und eine Gleichverteilung der Kapitalformen (ökonomisch, kulturell, sozial, symbolisch) derzeit noch utopisch, doch könnte eine solche Verschiebung zumindest partielle Machtasymmetrien reduzieren.

Mead - Sich mit den Augen des Anderen sehen: Anhand Meads Überlegungen lässt sich die Bedeutung kollegialer Beratung für die Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Identität folgendermaßen begründen. Mead betont, dass gelingende Interaktion und Identitätsbildung auf einer gemeinsamen Sprache bzw. der Verwendung gemeinsamer signifikanter Symbole beruhen. Übertragen auf den Beratungskontext bedeutet dies, dass ein gemeinsames Verständnis zentraler Fachbegriffe, Werte und Handlungsprinzipien Voraussetzung für einen konstruktiven Austausch ist, wodurch die Bedeutung des Kollegenstatus für das Gelingen der Beratung hervorgehoben wird. Denn durch Statusgleichheit wird die Gefahr der unterschiedlichen Symboldeutung minimiert wodurch das Konfliktpotenzial innerhalb der Gruppe sinkt. Des Weiteren hebt Mead die Bedeutung der Selbstreflexion hervor. In der kollegialen Beratung haben Pflegefachkräfte die Möglichkeit, ihr Selbstbild im Spannungsfeld zwischen der Anpassung an berufliche Erwartungen („me“) und der eigenen individuellen Haltung („I“) kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Darüber hinaus ist die Aussage Meads ‚Sich mit den Augen des Anderen zu sehen.‘ ein zentrales Element der Beratungsphase, in welcher vor allem die fallgebende Person erfährt wie ihre eigene Wahrnehmung und ihr Handeln aus einer externen Perspektive reflektiert werden, wodurch sie alternative Deutungen erhält. Hieraus resultieren wiederum neue Handlungsoptionen, sodass sich ein erweitertes Verständnis der eigenen beruflichen Rolle entwickeln kann.

Habermas - Autonomie und kommunikatives Handeln: Die Forderungen Habermas', der die Frage aufwirft, wie ein Individuum innerhalb bestehender Strukturen und konfrontiert mit unterschiedlichen Rollenanforderungen eine selbstbestimmte Identität entwickeln kann, finden sich in der kollegialen Beratung in verschiedenen Aspekten wieder. Diese kann als diskursiver Raum verstanden werden, in dem sich die Ich-Identität durch reflexive Auseinandersetzung mit Rollen, Normen und Erwartungen in einem herrschaftsfreien Diskurs entwickeln und stabilisieren kann. Die bei Habermas aufgeführten Merkmale einer idealen Sprechsituation und der herrschaftsfreien Kommunikation finden sich in den grundlegenden Voraussetzungen dieses Settings wieder, sodass auch unter diesem Aspekt die Bedingungen der Identitätsentwicklung erfüllt sind. Darüber hinaus sind die von Habermas genannten drei Grundqualifikationen des Rollenhandelns weitere essentielle Voraussetzungen dafür, dass die kollegiale Beratung unter Einhaltung der Rollenvorgaben und Zeitfenster für die verschiedenen Phasen überhaupt durchgeführt werden kann. Gleichzeitig ist deren Förderung vor allem dann impliziter Teil der Beratungsphase, wenn eine personen- und entwicklungsorientierte Methode zur Bearbeitung des Falls angewendet wird. Ein weiterer Punkt ist, dass durch kommunikatives Handeln, welches auf Verständigung, Handlungskoordination und Identitätsentwicklung abzielt, eine fortlaufende Balance zwischen persönlicher und sozialer Identität stattfindet. Sprache und symbolische Interaktion dienen dabei nicht nur der Klärung fachlicher Fragen, sondern auch der wechselseitigen Anerkennung von Individualität sowie der Stärkung gemeinsamer professioneller Werte.

Krappmann - Eine Frage der Balance: Auch bei Krappmann spielt die Kommunikation und insbesondere die Verwendung von Umgangssprache eine wesentliche Rolle. In der kollegialen Beratung ist sie insofern bedeutsam, da Wert darauf gelegt wird, dass die fallgebende Person keine akribisch vorbereitete Fallvorstellung präsentiert, sondern eine Spontanerzählung vorträgt. Die vier von Krappmann genannten identitätsfördernden Fähigkeiten sind ähnlich wie bei Habermas die Grundqualifikationen des Rollenhandelns, einerseits Voraussetzung für die Durchführung der Beratung, andererseits werden sie innerhalb des Settings neu herausgefordert und können sich durch immer neue Fälle und Rollen weiterentwickeln. Vor diesem Hintergrund relativiert sich erneut das Problem der Heterogenität der Pflegenden, da die notwendige Rollendistanz dazu zwingt, Abstand von der eigenen Position und Haltung zu nehmen und empathisch mit den anderen Gruppenmitgliedern zu interagieren. Die Fähigkeiten zur Ambiguitätstoleranz und zur Identitätsdarstellung werden vor allem in neuen Gruppen herausgefordert und gefördert, da noch Unsicherheiten darüber bestehen, wie die einzelnen Rollen trotz

vorgegebener Rahmenbedingungen konkret ausgefüllt werden sollen. Es handelt sich vielmehr um einen Lernprozess, der über die Beratungssituation hinausgeht und sich nachhaltig in der pflegeberuflichen Identität verankert. Dies trägt dazu bei, die Diskrepanzen und Spannungen des pflegerischen Alltags immer wieder neu ausbalancieren zu können.

Knoblauch und Reichertz - Die Konstruktion der Wirklichkeit: Aus der Perspektive des Kommunikativen Konstruktivismus lässt sich die kollegiale Beratung von Pflegekräften sowohl als soziale Situation als auch als Prozess der Wirklichkeits- und Identitätskonstruktion betrachten. Die Situationsbedingungen sind durch die Vorgaben der kollegialen Beratung definiert. Dennoch bestimmen die Teilnehmenden durch ihr kommunikatives Handeln, wie die Situation konkret ausgestaltet und erlebt wird. Kommunikatives Handeln, wie es im Rahmen der kollegialen Beratung praktiziert wird, ist somit immer auch soziales Handeln, das auf die soziale Identität der Teilnehmenden gerichtet ist und die Weitergabe von Informationen, die Handlungskoordination sowie die Problemlösung zum Ziel hat. In Bezug auf die vorliegende Arbeit wird damit das Potenzial der kollegialen Beratung zur Stärkung sowohl der individuellen als auch der kollektiven pflegeberuflichen Identität bestätigt. Die Bedeutung der Kollegialität wird im Kommunikativen Konstruktivismus insofern betont, als davon ausgegangen werden kann, dass aufgrund der Zugehörigkeit zur gleichen Berufsgruppe über die Verwendung von Symbolen weitgehend Übereinstimmung besteht. Unter Bezugnahme auf die triadische Struktur des kommunikativen Handelns wird der Zusammenhang von *talk and action* hervorgehoben. Kommunikation leistet zwar einen essenziellen Beitrag zur Identitätsentwicklung, stellt jedoch nur einen Teil davon dar. Identitätsarbeit muss sich auch in konkretem Handeln zeigen, damit die Konstruktion der Wirklichkeit nicht nur für die an der Beratung Beteiligten auf einem stabilen Fundament steht, sondern durch praktisches Handeln sichtbar wird und Teil der Wirklichkeit anderer Pflegekräfte werden kann.

Dennoch sind die im Rahmen dieser Theorie beschriebenen Grenzen des Kommunikativen auch für die kollegiale Beratung relevant. Dies ist insbesondere bei sehr heterogenen Gruppen, die sich in Bezug auf Herkunft, Ausbildungshintergrund, Berufserfahrung, Arbeitsbereich deutlich unterscheiden, zu beachten. Entscheidend ist, wie gut es den Teilnehmenden gelingt, das gemeinsam Bedeutsame sowohl im gesamten Setting als auch im zu bearbeitenden Fall herauszuarbeiten. Aufgrund der gemeinsamen Verantwortung für das Gelingen der Beratung sind hierbei alle Teilnehmenden gleichermaßen gefordert, wengleich dem Moderator, der fallgebenden Person und den Beratenden

aufgrund ihrer vergleichsweise aktiveren Rolle ein höherer Anteil zugesprochen werden kann, als der protokollführenden oder der prozessbeobachtenden Person.

Des Weiteren ermöglicht die als Face-to-Face-Interaktion stattfindende kollegiale Beratung die situative Konstruktion von Identität, die in jeder Kommunikationssequenz neu gefordert wird. Zugleich kann eine in regelmäßigen Abständen stattfindende kollegiale Beratung als eine Form institutionalisierter und ritualisierter Kommunikationssequenzen bezeichnet werden, die zur Weiterentwicklung langfristiger Identitätsanteile beiträgt. Der Aspekt der Kommunikationsmacht ist für die Identitätsentwicklung insofern relevant, da er die Bedeutung der sozialen Bindung innerhalb der Gruppenmitglieder betont. Daraus lässt sich sowohl das positive Potenzial der kollegialen Beratung hinsichtlich der Stärkung und Weiterentwicklung pflegeberuflicher Identität ableiten, als auch die große Verantwortung der einzelnen Gruppenmitglieder gegenüber der fallgebenden Person, diese Macht nicht zum Negativen zu missbrauchen.

Stryker - Identitätshierarchie durch Verbindlichkeit: Schließlich ist auf Sheldon Strykers Theorieansatz einzugehen, der die Relevanz emotionaler Verbindlichkeit für die Identitätsentwicklung aus einer zusätzlichen Perspektive beleuchtet. Stryker verwendet den Begriff der Identitätshierarchie und geht davon aus, dass eine Identität umso bedeutender ist, je positiver sie besetzt ist. Das Setting der kollegialen Beratung bietet die Möglichkeit, durch Erweiterung verschiedenster Kompetenzen emotionale Verbindlichkeiten nicht nur in Bezug auf die anderen Gruppenmitglieder, sondern auch in Bezug auf die eigene pflegeberufliche Identität positiver zu besetzen und weiterzuentwickeln. Das heißt, dass die im Rahmen der Beratung entstehenden sozialen Bindungen identitätskonstituierend und handlungsleitend wirken und somit zur Stärkung der beruflichen Identität sowie zur Verbesserung der beruflichen Leistung beitragen können.

Erikson, Bauer und Hurrelmann - Die Herausforderungen der Identitätsentwicklung im Erwachsenenalter: Den zu Beginn von Kapitel 4 skizzierten Entwicklungstheorien zufolge kann die Identitätsentwicklung im Erwachsenenalter nicht als zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossener Prozess verstanden werden. Vielmehr müssen die Anforderungen und Erwartungen der unterschiedlichen sozialen Rollen im beruflichen und privaten Kontext kontinuierlich neu ausbalanciert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint kollegiale Beratung als ein Reflexionsraum, in welchem berufliche Rollenanforderungen bewusst reflektiert und Handlungsstrategien entwickelt werden. Zwar dient die kollegiale Beratung in erster Linie der Weiterentwicklung der beruflichen Identität, die als Bestandteil der Ich-Identität in diese integriert werden muss, indem sie jedoch das Erleben von Selbstwirksamkeit fördert und zur Stärkung personaler, sozialer und kom-

munikativer Kompetenzen beiträgt, unterstützt sie zugleich die Ich-Identität dabei, den notwendigen Ausgleich zwischen sozialer Integration und individueller Entfaltung zu bewältigen.

6.2 Einfluss der kollegialen Beratung auf die Bedingungsfaktoren pflegeberuflicher Identitätsentwicklung

Zur Beurteilung des Beitrags der kollegialen Beratung zur Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Identität werden die in Kapitel 4.4 erläuterten Einflussfaktoren nun zueinander in Beziehung gesetzt.

Interne Einflüsse: In Rekurs auf Willetts und Garvey, wird die pflegeberufliche Identität vor allem im intradisziplinären Austausch herausgefordert. Daher trägt die kollegiale Beratung unabhängig der eingenommenen Rolle der Teilnehmenden dazu bei durch kritische und konstruktive Selbstreflexion die eigene Wahrnehmung und Werte aus verschiedenen Perspektiven auf den Prüfstand zu stellen sowie die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit neu zu bewerten. Indem Pflegende in einem geschützten Rahmen ermutigt werden, Herausforderungen und eigene Grenzen zu reflektieren unterstützt die kollegiale Beratung das Entstehen von Selbstmitgefühl und Selbstakzeptanz.

Externe Einflüsse: In dieser Kategorie leistet die kollegiale Beratung dahingehend einen Beitrag, indem sie als soziale Ressource fungiert und die Verbundenheit innerhalb der Gruppe fördert. Vor allem die fallgebende Person erfährt Wertschätzung erhält konstruktive Unterstützung, durch die anderen Gruppenmitglieder. Dies ist, wie in diesem Kapitel dargelegt, vor allem für Berufsanfängerinnen und Anfänger von großer Bedeutung, während Berufserfahrene durch dieses autonom gestaltete Setting ihre Problemlösekompetenzen erweitern und ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen können.

Externalisierung der Rolle: Der Benefit dieser Beratungsform spiegelt sich im praktischen Handeln jedes Einzelnen wider, wenn die erarbeiteten Lösungsvorschläge erfolgreich umgesetzt werden können. Dieser Erfolg kann mit einem Zuwachs an beruflicher Handlungskompetenz gleichgesetzt werden. Eine Steigerung der Handlungskompetenz zeigt sich wiederum in einer verbesserten Performanz, wodurch die Berufszufriedenheit gesteigert wird, was wiederum die Weiterentwicklung pflegeberuflicher Identität positiv beeinflusst. Auf der Ebene kollektiver Interessen unterstützt die kollegiale Beratung die Kommunikation und Vernetzung innerhalb der Berufsgruppe, wodurch die gemeinschaftliche Identität der Pflegenden für jeden Einzelnen noch einmal auf eine andere Weise als im normalen Berufsalltag sichtbar und erfahrbar wird. Das heißt, durch die im Rahmen der kollegialen Beratung stattfindende Interaktion innerhalb der Berufsgruppe wer-

den die pflegeberuflichen Identitäten der Einzelnen gefördert, reflektiert und gefestigt. Gleichzeitig wird die kollektive Wir-Perspektive in das Selbstverständnis integriert, was vor allem im interdisziplinären Austausch zum Ausdruck kommt und als Stärke genutzt werden kann, um nicht nur die eigenen Interessen besser vertreten zu können, sondern auch die des gesamten Teams oder der Berufsgruppe.

Berufseinsteiger vs. Berufserfahrene: In Bezug auf die vierte Kategorie spielt die kollegiale Beratung für die Entwicklung pflegeberuflicher Identität sowohl bei Berufsanfängerinnen und -anfängern als auch bei berufserfahrenen Pflegekräften eine wichtige Rolle. Für Pflegende mit wenig Berufserfahrung bietet sie Orientierung und konstruktives Feedback, wodurch Unsicherheiten im Handeln reduziert und die individuelle Identität gestärkt werden. Berufserfahrenen ermöglicht sie vor allem die Reflexion der eigenen Praxis sowie die Weiterentwicklung bereits bestehender Kompetenzen.

Hindernisse: Relationale und umgebungsbezogene Faktoren, die von Howle et al. als kontraproduktiv und hinderlich für die Identitätsentwicklung aufgeführt werden, sind vorwiegend strukturell bedingt. So wird sich mittels kollegialer Beratung ein als unsicher empfundenen Arbeitsumfeld, welches aus einer bestimmten Teamstruktur oder einem entsprechenden Führungsstil resultiert, nicht ins Gegenteil verkehren. Ebenso wenig kann das häufige, spontane Einspringen und Aushelfen in anderen Bereichen dadurch verhindert werden. Individuelle Faktoren, welche die psychische und emotionale Verfassung oder fehlende Copingstrategien betreffen und zu einem reduzierten Selbstwertgefühl führen, können wie in Kapitel 5.4 erläutert, im Rahmen der kollegialen Beratung ebenfalls nicht gelöst werden.

Demgegenüber stehen die von Flaiz benannten Hindernisse, wie ein gering gemeinsam ausgeprägtes Pflegeverständnis, die Akzeptanz der untergeordneten Rolle gegenüber der Berufsgruppe der Ärzte oder die weitgehend unreflektierte Übernahme von Werten. Die Bearbeitung von Fragestellungen aus diesen Bereichen finden sich durchaus im möglichen Themenspektrum der kollegialen Beratung wieder. So kann die kollegiale Beratung nicht nur dazu dienen, die positiven Einflussfaktoren zu stärken, sondern auch dazu, Hindernisse abzubauen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die kollegiale Beratung positiv auf alle fünf Hauptkategorien auswirken kann und Pflegekräfte unabhängig ihrer Berufserfahrung davon profitieren. Hinsichtlich der einzunehmenden Rollen lässt sich feststellen, dass die fallgebende Person bzw. ihr Fall zwar im Mittelpunkt des Geschehens steht, diese vermeintlich hervorgehobene Position sich jedoch relativiert, da bei jedem Treffen

gewechselt wird. Zudem wird sie dadurch relativiert, dass vor allem die Beratenden in ihrer Reflexionsfähigkeit und kommunikativen Kompetenz gefordert sind, um ihrer Rolle in der gegebenen Zeit gerecht werden zu können. Wenn die Teilnehmenden den Grundgedanken der kollegialen Beratung, regelmäßig zu wechseln, in die Tat umsetzen, ist letztendlich keine der Rollen mit einem wirklichen Nachteil verknüpft. Überträgt man diese Erkenntnisse auf die Definition pflegeberuflicher Identität der ISPIN kann in Bezug auf die kollegiale Beratung von einem ganzheitlichen Ansatz gesprochen werden, der die unterschiedlichen Dimensionen pflegeberuflicher Identität zwar je nach Problemstellung in unterschiedlicher Intensität beeinflusst, letztlich jedoch keine vernachlässigt.

7 Diskussion

Ziel dieser Masterarbeit war es, vor dem Hintergrund des Status quo der Pflege in Deutschland und der spezifischen Identitätsproblematik dieser Berufsgruppe literaturbasiert zu untersuchen, inwiefern die kollegiale Beratung zur Weiterentwicklung der pflegeberuflichen Identität beitragen kann. Diese Fragestellung blieb bislang in der wissenschaftlichen Diskussion weitgehend unberücksichtigt, so dass die Intention der Autorin darin lag, den Mehrwert dieses Beratungsformats unter diesem Aspekt aufzuzeigen sowie ein Bewusstsein für die essenzielle Bedeutung pflegeberuflicher Identität und deren Einflussfaktoren zu schaffen. Hieraus ergeben sich konkrete Ansatzpunkte, die in der Praxis im Rahmen der kollegialen Beratung gezielt genutzt werden können.

Dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit wurde sich in Kapitel 2 über die historische Entwicklung der Pflege in Deutschland sowie über die differenzierte Darstellung der relevanten Heterogenitätsdimensionen genähert. Dabei wurde festgestellt, dass die historisch gewachsenen Strukturen der langen Geschichte der Pflege bis heute relevant sind und nach wie vor einen wesentlichen Einfluss auf die aktuellen berufspolitischen Diskussionen und die Weiterentwicklung des Berufs haben. Um die Einflussfaktoren weiter zu differenzieren wurde zwischen internen und externen Faktoren unterschieden. Externe Faktoren beziehen sich auf gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen sowie die weiterhin große Rolle kirchlicher Träger und die Arztzentriertheit im Feld der Patientenversorgung. Letztere führt vor allem im klinischen Bereich zu einer hohen Fremdbestimmung und Einschränkung pflegerischen Handelns. Auf interner Ebene wirken die ausgeprägte Heterogenität in Bezug auf den Ausbildungshintergrund, ein geringer Organisationsgrad sowie ein negatives Selbstbild hemmend. Als Abschluss dieses Kapitel konnte die erste Ausgangsthese dieser Arbeit, dass bei der beruflichen Pflege in Deutschland ein Identitätsproblem vorliegt, bestätigt werden.

In Kapitel 3 wurden die Prozesse der Sozialisation und die Entwicklung der Ich-Identität unter Einbeziehung verschiedener theoretischer Perspektiven beleuchtet. Als besonders relevante Erkenntnisse dieses Kapitels werden hierbei folgende Ergebnisse erachtet. Übertragen auf die heutige Zeit, lässt sich bei Durkheim ableiten, dass Heterogenität innerhalb einer Berufsgruppe bzw. innerhalb eines Teams nicht per se als negativ aufgefasst werden muss, sondern die verschiedenen Spezialisierungen dazu genutzt werden können, das gemeinsame Ziel zu erreichen. Dies setzt jedoch voraus, dass ein gemeinsames Ziel vorherrscht, was in der Berufsgruppe der Pflegenden in Deutschland bislang nicht gegeben ist und sich auf Bundesebene unter anderem im Scheitern der Einrichtung der Pflegekammern als wichtige Organe der Selbstverwaltung gezeigt hat.

Bourdieu's Theorie lieferte ihrerseits wichtige Erkenntnisse in Bezug auf die Entstehung des pflegerischen Habitus und zur Beschreibung der Strukturen des Feldes Patientenversorgung. Die Aufschlüsselung der Kapitalien ermöglichte wichtige Erkenntnisse darüber, wie sich die Machtasymmetrie im Verhältnis Ärzte – Pflege zum einen hinsichtlich ihrer Entstehung erklären lassen und bietet dadurch Ansatzpunkte, ebendieser entgegenzuwirken, um dadurch sowohl eine Veränderung des pflegerischen Habitus als auch der Feldstrukturen zu bewirken. Ein großer Einfluss wurde dabei der Erhöhung des kulturellen und des sozialen Kapitals beigemessen, da hierin im Vergleich zur Berufsgruppe der Ärzte die Defizite am deutlichsten hervortraten. Im Rahmen der erläuterten Interaktionstheorien wurde vor allem die Bedeutung der Kommunikation in Bezug auf die Identitätsentwicklung hervorgehoben. Dabei wurde die Verwendung gemeinsamer Symbole als Bedingung für eine gelingende Kommunikation begründet und auf das Konfliktpotenzial hingewiesen, wenn aufgrund Heterogenität der Interaktionspartner hierbei zu große Differenzen bestehen. Als weitere wesentliche Aspekte dieser Theorien wurde gezeigt, dass sich die Identität vor allem durch kritische Selbstreflexion und durch die Interaktion mit den signifikanten und generalisierten Anderen in einem kontinuierlichen und dynamischen Prozess bildet und weiterentwickeln kann. Die von Habermas und Krappmann genannten Grundqualifikationen des Rollenhandelns und die identitätsfördernden Faktoren lieferten in diesem Kapitel weitere wichtige Ansatzpunkte für die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Bezug zwischen den Rahmenbedingungen der kollegialen Beratung und den Bedingungen idealen Sprechsituation nach Habermas zeigte, dass die Kommunikationsregeln in der Beratung diesem Ideal durchaus nahe kommen.

Anhand der Theorie des Kommunikativen Konstruktivismus wurde sich der Bedeutung des kommunikativen Handelns unter einem zusätzlichen Blickwinkel angenähert. Auf-

bauend auf den bisherigen Erkenntnissen wurde dabei als besonders relevant erachtet, dass kommunikatives Handeln das praktische Handeln miteinschließt und die Grundlage der Konstruktion der Wirklichkeit bildet. Als Wesentlich wurde hierbei betont, dass dies immer im Kontext der sozialen Situation heraus geschieht und nur vor diesem Hintergrund zu verstehen ist. Hinsichtlich der Herausforderungen durch die Heterogenität der Berufsgruppe konnte gezeigt werden, dass die Wirksamkeit kommunikativen Handelns weniger von den Symbolen, als von der zugeschriebenen Bedeutung abhängt. Dies weist auf die Bedeutung der Heterogenität der Pflegenden hin. So spielen Sprachbarrieren nach diesem Verständnis für die Verständigung eine eher untergeordnete Rolle. Hinsichtlich der Ausprägung der individuellen pflegeberuflichen Identität bestehen aufgrund der in Kapitel 2 dargelegten Gründe jedoch durchaus Unterschiede, sodass die Ausrichtung auf das gemeinsam Bedeutsame erschwert sein kann und zunächst einer Einigung bedarf.

Als wesentliche Erkenntnisse dieser Arbeit wurden außerdem die Grenzen des Kommunikativen erachtet, denn anhand dieser Grenzen lässt sich ein realistisches Bild dessen zeichnen, was durch kommunikatives Handeln erreicht werden kann. So können falsche Zielvorstellungen korrigiert und Ansatzpunkte gefunden werden, welche Parameter bei der praktischen Durchführung der Beratung gezielt verändert werden müssen, um die Grenzen zu verschieben. Aufgrund der Erkenntnisse zur Kommunikationsmacht wurde die hohe Verantwortung der Teilnehmenden an der kollegialen Beratung für den Umgang miteinander begründet. Mit positiver Konnotation konnte daraus das große Potenzial sozialer Beziehungen abgeleitet werden, welche über das Beratungssetting hinauswirken und genutzt werden können. Die Relevanz sozialer Beziehungen wurde durch Strykers Theorie untermauert.

In Kapitel 4 wurde die Identitätsentwicklung unter entwicklungstheoretischer Perspektive und mit Fokus auf die Herausforderungen des Erwachsenenalters dargestellt. Des Weiteren wurden die Spezifika beruflicher Sozialisation und pflegeberuflicher Identitätsentwicklung sowie deren Einflussfaktoren differenziert erläutert und analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass die maßgeblich prägenden Prozesse der pflegeberuflichen Identitätsentwicklung erst durch die Berufstätigkeit selbst initiiert werden und durch die Bedingungen der Makro-, Meso- und Mikroebene geprägt werden. Die Relevanz einer gelingenden beruflichen Identitätsentwicklung in einer durch VUKA-Bedingungen geprägten Arbeitswelt wurde dabei nicht nur hinsichtlich der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft und Performanz, sondern auch unter dem Aspekt der Gesundheitserhaltung begründet.

Es wurde außerdem gezeigt, dass sich die Definition pflegeberuflicher Identität sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene bis heute als komplex und herausfordernd erweist. Ob sich die Bestrebungen der ISPIN weltweit durchsetzen bleibt abzuwarten. Die Erkenntnisse aus Kapitel 3 und 4 bestätigen die der Arbeit zugrundeliegenden zweite Ausgangsthese, dass die (pflegeberufliche) Identitätsentwicklung kein linearer und zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossener, sondern ein kontinuierlicher und dynamischer Prozess ist, der von den Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns beeinflusst wird und dessen Verlauf von verschiedenen Faktoren abhängig ist.

Kapitel 5 widmete sich der Beschreibung und Erklärung der Methode der kollegialen Beratung nach Tietze, die bereits etabliert und anerkannt ist und von Kocks und Segmüller für die Berufsgruppe der Pflegenden empfohlen wird. Die personenbezogene Wirksamkeit dieser Beratung ist empirisch belegt, jedoch wurde sie in der Wissenschaft bislang nicht explizit Hinblick auf die Identitätsentwicklung von Pflegefachkräften im akutklinischen Bereich untersucht. Dieser Bezug wurde in Kapitel 6 hergestellt. Indem die in den Kapiteln 3 und 4 gewonnenen Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Gesamtstruktur sowie den verschiedenen Rollen in diesem Setting betrachtet wurden, kann der Beitrag der kollegialen Beratung zur Weiterentwicklung pflegeberuflicher Identität sowohl unter Rekurs auf die sozialisations- und sozialtheoretischen Ausführungen zur (beruflichen) Identitätsentwicklung als auch in Bezug auf die jeweiligen Einflussfaktoren bestätigt werden.

Kritisch anzumerken ist, dass die in Kapitel 2 analysierte und konstatierte Identitätsproblematik vor allem aus den Unterschieden der Ausbildungswege und der Heterogenitätsdimensionen abgeleitet wurde. Nicht berücksichtigt wurden in der vorliegenden Arbeit die Ausbildungswege und das in diesem Rahmen vermittelte Pflege- und Berufsverständnis der ausländischen Pflegekräfte, die in Kapitel 2 jedoch als ein relevantes Heterogenitätskriterium aufgeführt wurden. Diese müssten, um das Bild der pflegeberuflichen Identität in Deutschland zu vervollständigen jedoch ebenfalls mitaufgenommen werden.

Kritisch anzumerken ist außerdem, dass die Bejahung der Forschungsfrage auf rein theoretischen Befunden basiert und aus einer als insgesamt eher dünnen zu beurteilenden Studienlage bezüglich einer umfassenden Definition pflegeberuflicher Identität in Deutschland resultiert. Es wäre demnach zu prüfen inwiefern sich das deutsche Verständnis pflegeberuflicher Identität mit der in dieser Arbeit verwendeten Definition der ISPIN deckt, die bislang in der deutschsprachigen Literatur kaum zitiert wird. Gleiches gilt für die genannten Einflussfaktoren. Auch wenn anzunehmen ist, dass eine Studie zur pflegeberuflichen Identität und deren Einflussfaktoren ähnliche Ergebnisse liefern

würde, wäre dies ein Forschungsthema, um das, wie Olbrich es ausdrückt, deutsche Phänomene näher zu analysieren.

Eine Limitierung der Arbeit stellt darüber hinaus auch die Fokussierung auf den akutstationären Bereich dar. So gestaltet sich in der ambulanten oder Langzeitpflege die pflegerische Arbeit vor allem hinsichtlich der Arztzentriertheit unter anderen Bedingungen, so dass zu prüfen wäre inwieweit die gewonnenen Ergebnisse auf diese Arbeitsbereiche übertragen werden können.

8 Fazit

Insgesamt bietet die kollegiale Beratung eine praxisnahe Lösungsmöglichkeit um zunächst auf der Mikroebene eine Stärkung der pflegeberuflichen Identität und eine positive Tendenz hinsichtlich der Verkleinerung der Identitätsproblematik zu bewirken. Die Ergebnisse zeigen, dass die zu erwartenden Effekte der kollegialen Beratung vor allem auf der Mikroebene liegen. Die Ergebnisse weisen jedoch auch darauf hin, dass zumindest innerhalb eines Klinikums auch die Strukturen der Mesoebene beeinflusst werden können. Dies wäre dann der Fall, wenn auf die in der Theorie erarbeiteten Lösungsvorschläge entsprechende Handlungen folgen, welche zu einer Veränderung der Verhältnisse im gemeinsamen Feld der Patientenversorgung führen. Jedoch bleiben die Möglichkeiten weitreichende Veränderungen auf der Mesoebene zu erreichen aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage eingeschränkt. Das geplante Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz könnte ein Schritt in die richtige Richtung sein. In Hinblick auf die komplexe Identitätsproblematik der Berufsgruppe der Pflegenden kann die kollegiale Beratung, im Gesamtkontext betrachtet, jedoch nur einen kleinen Teil der notwendigen Identitätsarbeit leisten. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass das Potenzial der kollegialen Beratung über das Lösen von Fällen hinausgeht. Denn indem sie einen Raum für die kritische Reflexion der eigenen Handlungslogik im Rahmen der gegebenen Strukturen schafft, werden nicht nur praktische Lösungsvorschläge erarbeitet, sondern es werden auch Prozesse der Identitätsarbeit auf einer Metaebene angestoßen.

Aus Sicht der Autorin ergeben sich weitere offene Forschungsfragen, die darauf abzielen, wie den Ursachen des bestehenden Identitätsproblems entgegengewirkt werden kann. In dieser Arbeit wurde die Annahme getroffen, dass insbesondere das in den verschiedenen Ausbildungen vermittelte Pflege- und Berufsverständnis maßgeblich zur Problematik beiträgt. Die tatsächlichen Auswirkungen dieser Reformen wurden bislang jedoch nicht empirisch untersucht. Sie bieten jedoch wichtige Ansatzpunkte, um das

Problem aus der Perspektive der Pflegenden an der Basis nachvollziehen zu können. Weitere offene Fragen ergeben sich daraus, warum Pflegende als die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ihr Potenzial Veränderungen zu bewirken, bislang nur unzureichend nutzen. Eine daraus resultierende Frage wäre, wie sich die intradisziplinäre Kommunikation – sowohl Bottom-up als auch Top-down – verändern müsste, damit die Bereitschaft der Pflegenden steigt, sich effektiver zu vernetzen und zu organisieren, um selbst einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu leisten.

In Bezug auf die bislang noch wenig etablierte kollegiale Beratung stellen sich weitere Fragen zur Implementierung dieser Beratungsform in der Praxis. Analog zur Pflegevisite oder zur Übergabe, die fest in der intradisziplinären Kommunikation verankert sind, gilt es zu prüfen, wie bestehende Strukturen und Abläufe in den Kliniken so angepasst werden können, dass auch die kollegiale Beratung als selbstverständlicher Bestandteil des Arbeitsalltags akzeptiert und praktiziert wird. In diesem Zuge wäre zu prüfen, inwieweit das in dieser Arbeit dargestellte und von Kocks und Segmüller empfohlene Beratungskonzept tatsächlich für die Mehrheit der Pflegenden umsetzbar ist. Obgleich die kollegiale Beratung in ihrer Struktur nachvollziehbar und klar aufgebaut ist, erfordert ihre praktische Umsetzung von den Teilnehmenden ein hohes Maß an Kompetenz und Engagement. Dies könnte eine Hürde darstellen und dazu führen, dass das Potenzial der Beratung weder erkannt noch genutzt wird und Pflegende in ihrer passiven Rolle, die sich an bestehende Strukturen anpasst, verbleiben.

Abschließend lässt sich festhalten, dass trotz aller Bemühungen und erfolgreichen Teilschritten, den Beruf zu einer selbstbewussten Profession zu emanzipieren, das Zitat von Agnes Karll: „Will die Frau, die Schwester, nicht wie bisher Amboss sein, muss sie eiligst anfangen, Hammer zu werden, und nicht mehr ihr Geschick willenlos aus den Händen anderer zu nehmen, sondern es selbst zu gestalten.“ (Karll, 1908, zit. n. Olbrich, 2025, S. 117), auch im Jahre 2025 noch in vielen Bereichen der Pflege von Bedeutung ist und auch weiterhin bleiben wird.

Literaturverzeichnis

- ÄApprO. (2023). *Approbationsordnung für Ärzte (Stand 7. Juni 2023)*. Abgerufen am 12. Juli 2025 von Gesetze im Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
- Abels, H. (2015). Der Beitrag der Soziologie zur Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann, U. Bauer, & M. W. Grundmann (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (8. Ausg., S. 50-79). Weinheim: Beltz Verlag.
- Abels, H. (2019). *Einführung in die Soziologie. Band 2: Individuen in ihrer Gesellschaft* (5. Ausg.). Wiesbaden: Springer VS.
- Abels, H. (2017). *Identität* (3. Ausg.). Wiesbaden: Springer VS.
- Abels, H. (2020). *Soziale Interaktion*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bönisch, L. & Lenz, K. (2015). Erwachsenensozialisation. In K. Hurrelmann, U. Bauer, & M. W. Grundmann (Hrsg.), *Handbuch Sozialforschung* (8. Ausg., S. 871-885). Beltz Verlag: Weinheim.
- BA. (2024). *Arbeitmarktsituation im Pflegebereich - Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | Mai 2024*. Abgerufen am 1. April 2025 von Bundesagentur für Arbeit: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile
- Balmer, H. P. (2020). *Conditio humana – Conditio humana*. Abgerufen am 12. Juni 2025 von Ludwig Maximilian Universität München: https://epub.ub.uni-muenchen.de/72631/1/Balmer_Condicio_humana_Conditio_humana_Lemma_2020.pdf
- Bartholomeyczik, S. (2017). *Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt*. Abgerufen am 5. März 2015 von Deutsche gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DPG): https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2018/07/PG-2_2017.pdf
- Bauer, U., & Hurrelmann, K. (2021). *Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung (MpR)* (14. Ausg.). Weinheim Basel: Beltz.
- Becker, F. (2016). *Teamarbeit, Teampsychologie, Teamentwicklung. So führen Sie Teams!* Berlin: Springer.

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1980). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- BÄK. (2025). *Bundesärztekammer - Über uns*. Abgerufen am 27. Juni 2025 von Bundesärztekammer: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns>
- BÄK. (2021). *Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaeren_u._teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf
- BiBB. (2020). *Begleitmaterialien zu den Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Abgerufen am 11. April 2025 von Bundesinstitut für Berufsbildung: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de>
- BM für Gesundheit. (2023). *Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut und Langzeitpflege auf einen Blick*. Abgerufen am 27. Juni 2025 von Bundesministerium für Gesundheit: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Ko konzertierte_Aktion_Pflege/BMG_Ergebnisse_der_zweiteiligen_Studie_Arbeitsplatzsituation_bf.pdf
- Braun, B. (2014). Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In A. Manzel, & R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege* (S. 91-113). Wiesbaden: Springer VS.
- Bretbacher, C. (2022). *Lösungsorientiert – und bitte personenzentriert*. Abgerufen am 10. August 2025 von ProCare Springer Pflege: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00735-022-1605-9.pdf>
- Cassier-Woidasky, A.-K. (2007). *Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Clement, U. (2020). Berufliche Sozialisation und berufliches Lernen. In R. Arnold, A. Lipsmeier, & M. Rohs (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildung* (3. Ausg., S. 53-65). Wiesbaden: Springer VS.

- Darmann-Finck, I., & Duveneck, N. (2023). Berufliche Sozialisation in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck, & K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 531-550). Berlin: Springer.
- DBfK Nordwest. (2024). *Zur Diskussion um die Generalistische Pflegeausbildung. Eine differenzierte Betrachtung der aktuellen Diskussion um die gesonderten Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkranken- und Altenpflege*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von DBfK Nordwest:
https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/stellungnahmen/l_aenderuebergreifend/nw_2024-06-10_dbfknw_Replik_Generalistik.pdf
- DBfK. (2025). *Pflegekammer*. Abgerufen am 5. Mai 2025 von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: <https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/pflegerberufekammern/>
- Destatis. (2025b). *Gehaltsrechner*. Abgerufen am 28. Mai 2025 von Statistisches Bundesamt: <https://service.destatis.de/DE/gehaltsvergleich/>
- Destatis. (2025a). *Pflegekräftevorausberechnung. Altersstruktur der Pflegekräfte in der Trend-Variante*. Abgerufen am 12. Juni 2015 von Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html>
- Dichter, M., Kocks, Meyer, G., Stepha, A., & Luboinski, J. (2020). *Pflege ist systemrelevant - nicht nur in Corona-Zeiten Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona -Pandemie in Deutschland*. Abgerufen am 20. Mai 2025 von DG-Pflegewissenschaft: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2020/05/2020_05_12-Stellungnahme-zum-Internationalen-Jahr-der-Pflegenden-und-Hebammen.pdf
- DIP. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2022). *Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und - daten*. (D. I. P. e.V., Hrsg.) Abgerufen am 27. Juni 2025 von Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/berufseinmuendung_studienbericht.pdf

- DPG. (2024). *Vorbehaltsaufgaben der Pflege - Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung*. Abgerufen am 5. März 2025 von Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP): https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben-_Broschuere-DGP-1.pdf
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, (25), 434-441.
- Flaiz, B. (2018). *Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- fowid. (2021). *Konfessionelle Krankenhäuser*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland: <https://fowid.de/meldung/konfessionelle-krankenhaeuser>
- Fröhlich, G. & Rehbein, B. (2009). *Bourdieu Handbuch. Leben-Werk-Wirkung*. Stuttgart: Verlag J.B. Metzler.
- Fringer, A. & Glaiser, C. (2025). *Pflege ist ... 52 Schlaglichter auf den schönsten Beruf der Welt*. Abgerufen am 11. Juli 2025 von Hogrefe AG: <https://www.hogrefe.com/de/shop/pflege-ist-99558.html>
- G-BA. (2025). *Gemeinsamer Bundesausschuss Mitglieder*. Abgerufen am 27. Juni 2025 von Gemeinsamer Bundesausschuss: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/mitglieder/>
- Gerlach, A. (2013). *Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Geulen, D. (2010). Jürgen Habermas: Identität, Kommunikation und Moral . In B. Jörissen, Zirfas, & Jörg (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 161-178). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Godfrey, N. (2022). New Language for the Journey: Embracing a Professional Identity of Nursing. *Journal of Radiology Nursing* , 41 (1), (S. 15-17).
- Godolf, D. M. & Godfrey, N. (2021). A think tank in action: Building new knowledge about professional identity in nursing. *Journal of Professional Nursing* , 37 (2), (S. 493-499).
- Goel, U. (2025). Pflege und Migration. In S. Kreutzer, J. Lange, K. Nolte, & P. P. Pfütsch (Hrsg.), *Lehrbuch Geschichte der Pflege* (S. 179-192). Berlin: Springer.

- Haase, H.-J. (1979). Krankenpflege in der modernen Medizin. In J. Baumhauer (Hrsg.), *Das Neue Lehrbuch der Krankenpflege* (S. 1-5). Stuttgart: Kohlhammer.
- Habermas, J. (1973). *Kultur und Kritik. Verstreute Aufsätze*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Haufschild, I., Badtke, G., Foerster, R., & Baumann, L. (1965). *Lehrbuch der Krankenpflege*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- Hillebrandt, F. (2009). Praxistheorie. In G. Kneer, & M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Soziologische Theorien* (S. 369-395). Wiesbaden: Springer VS.
- Horton, K., Tschudin, V. & Forget, A. (2007). *The Value of Nursing: a Literature Review*. Abgerufen am 23. Juli 2025 von ResearchGate. Nursing Ethics: https://www.researchgate.net/publication/5943947_The_Value_of_Nursing_a_Literature_Review
- Howle, A., Carter, G. & Reising, D. (2025). Contemporary Factors Influencing Professional Identity in Acute Care Nurses: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1).
- Huber, A. (2019). *Wert(er)schöpfung: Die Krise des Pflegeberufs*. (Baumann-Hölzle, C. Druml, G. Marckmann, & J.-P. Wils, Hrsg.) Baden-Baden: Nomos.
- IAB. (2024). *Das Beschäftigungswachstum in der Pflege wird inzwischen ausschließlich von ausländischen Beschäftigten getragen*. Abgerufen am 21. Mai 2025 von Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: <https://iab.de/presseinfo/das-beschaefigungswachstum-in-der-pflege-wird-inzwischen-ausschliesslich-von-auslaendischen-beschaefigten-getragen/>
- ICN. (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021*. Abgerufen am 20. Mai 2025 von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: <https://www.dbfk.de/de/dbfk/Ethikkodex.php>
- ICN. (2025). *Renewing the Definitions of 'Nursing' and 'a Nurse' Final Project Report June 2025*. Abgerufen am 1. September 2025 von International Council of Nurses: https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_0.pdf
- ISPIN. (2025). *Who we are?* Abgerufen am 23. Juli 2025 von International Society for Professional Identity in Nursing: <https://www.professionalidentity.org/about/what-is-pin>

- Jörissen, B. (2010). George Herbert Mead: Geist, Identität und Gesellschaft aus der Perspektive des Sozialbehaviorismus. In B. Jörissen, & J. Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 87-108). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Julier-Abgottspon, E., Brunner-Pfaffen, S. & Eissler, C. (2023). Selbstimage und öffentliches Image des Pflegeberufs: eine quantitative und qualitative Querschnittsstudie. *Prävention und Gesundheitsförderung* (18), (S. 138-144).
- Jurt, J. (2008). *Bourdieu*. Stuttgart: Reclam Taschebuch.
- Kühl, W. & Schäfer, E. (2020). *Intervision. Grundlagen und Persepektiven*. Wiesbaden: Springer.
- KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). *Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Abgerufen am 27. Juni 2025 von KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2022.pdf
- Knape, T., Hufnagl, P. & Rasche, C. (2020). Innovationsmanagement unter VUKA-Bedingungen: Gesundheit im Fokus von Digitalisierung, Datenanalytik, Diskontinuität und Disruption. In M. Pfannstiel, K. Kassel, & C. Rasche (Hrsg.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen* (S. 1-24). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Knoblauch, H. (2017). *Die kommunikative Konstruktion der Wirklichkeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Knoblauch, H. (2013). Grundbegriffe und Aufgaben des kommunikativen Konstruktivismus. In *Kommunikativer Konstruktivismus. Theoretische und empirische Arbeiten zu einem neuen wissenssoziologischen Ansatz* (S. 25-47). Wiesbaden: Springer VS.
- Kocks, A. & Segmüller, T. (2019a). Theoretische Grundlagen der Beratung. In A. Kocks, & S. Tanja (Hrsg.), *Kollegiale Beratung im Pflgeteam. Implementieren – Durchführen – Qualität sichern* (S. 13-40). Berlin: Springer.
- Kocks, A. & Segmüller, T. (2019b). Struktur und Ablauf der kollegialen Beratung. In A. Kock, & T. Segmüller (Hrsg.), *Kollegiale Beratung im Pflgeteam Implementieren – Durchführen – Qualität sichern* (S. 41-62). Springer.

- Kocks, A., Segmüller, T., Zegelin, A., Büker, C., Kapsch, K., Schieron, M. (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. Abgerufen am 5. März 2025 von Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DPG): <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf>
- Kohli, M. (1976). Sozialisation und Lebenslauf: eine neue Perspektive für die Sozialisationsforschung. In M. L. Lepsius (Hrsg.), *Zwischenbilanz der Soziologie: Verhandlungen des 17. Deutschen Soziologentags* (S. 311-326). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kommerell, T. (1997). Was ist Pflege? In A. Schäffler, N. Menche, U. Bazle, & T. Kommerell (Hrsg.), *Pflege Heute* (1. Ausg., S. 1-24). München: Urban & Fischer.
- Kopp, R. & Vonesch, L. (2023). Die Methodik der Kollegialen Fallberatung. In H.-W. Franz, & R. Kopp (Hrsg.), *Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis* (2. Ausg., S. 53-92). Bergisch Gladbach: EHP - Verlag Andreas Bohlhage.
- Kovanic, M. S. & Özbas, A. (2025). *Newly graduated nurses' experiences of moral distress during transition process: a convergent mixed methods study*. (BMC Nursing, Hrsg.) Abgerufen am 24. Juli 2025 von BMC Nursing: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-02863-x>
- Krappmann, L. (1982). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kreutzer, S. (2023). Geschichte beruflicher Bildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und psychiatrischen Pflege. In I. Dahrmann-Finck, & K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 79-94). Berlin: Springer.
- Kreutzer, S. (2025). Pflege und ihre Interessenvertretungen. In S. Kreutzer, J. Lange, K. Nolte, & P. P. Pfütsch (Hrsg.), *Lehrbuch Geschichte der Pflege. Für Studium und Ausbildung* (S. 163-178). Berlin: Springer.
- Kriesten, U. (2020). *Kollegiale Fallberatung – Professionelle Pflegekompetenz optimieren: Ein Lehr- und Praxishandbuch*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- KrPflAPrV. (2003). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) Vom 10. November 2003*. Abgerufen am 30. März 2025 von Bundesanzeiger Verlag:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2263.pdf%27%5D#/switch/tocPane?_ts=1757417774467

KrPflAPrV. (1985). *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr 52. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege (KrPflAPrV)*. Abgerufen am 30. März 2025 von Bundesanzeiger Verlag:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1757417522898

KrPflAPrV. (1966). *Bundesgesetzblatt Teil 1. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern*. Abgerufen am 29. März 2025 von Bundesanzeiger-Verlag:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl166s0462.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl166s0462.pdf%27%5D__1743233443571

KrPflG. (1985). *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 26. Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)*. Abgerufen am 20. März 2025 von Bundesanzeiger Verlag: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1757493026209

KrPflG. (2003). *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 36. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze*. Abgerufen am 30. März 2025 von Bundesanzeiger Verlag:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s1442.pdf%27%5D#/switch/tocPane?_ts=1757417982348

KrPflG. (1965). *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 55 - Gesetz zur Änderung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG)*. Abgerufen am 30. März 2025 von Bundesanzeiger Verlag:

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1757417135389

Krüger, L., & Mannebach, T. (2022). *Pflegevisite auf der Intensivstation: Patienten in den Mittelpunkt der Pflege rücken*. Abgerufen am 12. Juni 2025 von Springer Nature:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s16024-022-00367-1>

Lücke, S. (2024). *Pflegekammer-Update 2024*. Abgerufen am 5. Mai 2025 von BibliomedP Pflege: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/49485-pflegekammer-update-2024>

- Lange, J. & Kreutzer, S. (2025). Internationale Einflüsse auf die Entwicklung der Pflege. In S. Kreutzer, J. Lange, K. Nolte, & P. P. Pfütsch (Hrsg.), *Lehrbuch Geschichte der Pflege Für Studium und Ausbildung* (S. 47-64). Berlin: Springer.
- Latteck, Ä.-D., & Büker, C. (2023). Hochschulische Ausbildung in Pflegeberufen. In I. Dahrmann-Finck, & K.-H. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 171-182). Berlin: Springer.
- Müller, B. (2011). *Empirische Identitätsforschung. Personale, soziale und kulturelle Dimensionen der Selbstverortung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Maier, B., Ludwig, M., Köppen, J. & Kleine, J. B. (2023). Das „Image“ der Pflege: das Ansehen des Pflegeberufs in der Öffentlichkeit und bei Pflegefachpersonen. In J. lauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal* (S. 49-58). Berlin: Springer.
- Maio, G. (2009). Dienst am Menschen oder Kunden-Dienst? Ethische Grundreflexionen zur sich wandelnden ärztlichen Identität. In C. Katzenmaier, & K. Bergdolt (Hrsg.), *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert* (S. 21-37). Heidelberg: Springer.
- MBO-Ä. (2024). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. Abgerufen am 11. August 2025 von Bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/_BAEK_BAEK_Musterberufsordnung-AE.pdf
- Meng, M., Peters, M. & Dorin, L. (2022). *Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen*. Abgerufen am 11. August 2025 von Bundesinstitut für Berufsbildung: https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/Meng_Peters_Dorin_Sondererhebung_BIBB_Pflegepanel.pdf
- Meyer, R. (2023). Beruflichkeit und Interaktion. In S. Hiestand (Hrsg.), *Beruflichkeit – Interaktionsarbeit – Kompetenz. Impulse für eine kompetenzorientierte Interaktionsarbeit in der Pflege* (S. 19-37). Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG.
- Mikl-Horke, G. (2017). Klassische Positionen der Ökonomie und Soziologie und ihre Bedeutung für die Wirtschaftssoziologie. In A. Maurer (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie* (2. Ausg., S. 33-60). Wiesbaden: Springer VS.
- Millich, N. (2024). *"Herber Rückschlag" für die Selbstbestimmung der Pflege*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von Bibliomed Pflege: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/herber-rueckschlag-fuer-die-selbstbestimmung-der-pflege>

- Moosburger, J. (2023). Die Corona-Pandemie. Eine völlig neue Erfahrung auf vielen Ebenen . In H. Ohlbrecht, & A. Seltrecht (Hrsg.), *Pflege: Systemrelevant – und nun? Theorie und Praxis im Dialog* (S. 153-164). Wiesbaden: Springer VS.
- Nerdinger, F. W. (2019). Dienstleistungstätigkeiten. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (4. Ausg., S. 629-648). Berlin: Springer.
- Neyer, F. J. & Asendorpf, J. B. (2024). *Psychologie der Persönlichkeit* (7. Ausg.). Berlin: Springer.
- Nolte, K. (2023). *Zur Geschichte der Pflege und zum Wirken der Pflegereformerin Agnes Karll (1868-1927)*. Abgerufen am 16. April 2025 von DBfK: <https://www.dbfk.de/media/docs/geschichte/Vortrag-Karen-Nolte-Zur-Geschichte-der-Pflege-und-zum-Wirken-der-Pflegereformerin-Agnes-Karll.pdf>
- Nolte, K. & Schwamm, C. (2025). Pflege und Geschlecht. In S. Kreuzer, J. Lange, K. Nolte, & P. P. Pfütsch (Hrsg.), *Lehrbuch Geschichte der Pflege. Für Studium und Ausbildung* (S. 129-143). Berlin: Springer.
- Olbrich, C. (2025). *Als wir nur tüchtige Mädchen waren. Wie wir die Seele der Pflege verstehen*. Münster: Wermeling Verlag.
- Parsons, T. (1985). *Das System moderner Gesellschaften*. Weinheim: Juventa.
- Petzold, T. D. (2018). Identität - dynamisch und mehrdimensional. In O. Geramanis, & S. Hutmacher (Hrsg.), *Identität in der modernen Arbeitswelt. Neue Konzepte für Zugehörigkeit, Zusammenarbeit und Führung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- PflAPrV. (2018). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV)*. Abgerufen am 30. März 2025 von Gesetze im Internet: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html>
- PflBG. (2023). *Pflegeberufegesetz*. Abgerufen am 8. Mai 2025 von Gesetze im Internet: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf>
- Pilny, A. & Rösel, F. (2021). Personalfluktuatation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt* (S. 267-275). Berlin: Springer.

- Prühlen, S. & Lange, J. (2025). Einführung in die pflegehistorische Forschung. In S. Kreutzer, J. Lange, K. Nolte, P. Pfütsch, & S. Prühlen (Hrsg.), *Lehrbuch Geschichte der Pflege. Für Studium und Ausbildung* (S. 9-20). Berlin: Springer.
- Rübner, M. & Höft, S. (2019). Berufswahl als mehrdimensionaler Prozess. In S. Kauffeld, & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement* (S. 39-62). Berlin: Springer.
- Raeder, S. (2018). Beschäftigungsbeziehung und berufliche Identität. In F. G. Rauner, & Philipp (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (3. Ausg., S. 445-452). Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG.
- Rauner, F. (2017). *Grundlagen beruflicher Bildung. Mitgestalten der Arbeitswelt*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.
- Reichertz, J. (2013). Grundzüge des Kommunikativen Konstruktivismus . In R. Keller, H. Konoblauch, & J. Reichertz (Hrsg.), *Kommunikativer Konstruktivismus. Theoretische und empirische Arbeiten zu einem neuen wissenssoziologischen Ansatz* (S. 49-68). Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, J. (2024). *Kommunikationsmacht. Wirkungen und Potentiale kommunikativen Handelns* (2. Ausg.). Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, J. (2017). Was ist neu am Kommunikativen Konstruktivismus? In J. Reichertz & R. Tuma (Hrsg.), *Der Kommunikative Konstruktivismus bei der Arbeit* (S. 32-76). Weinheim: Beltz Juventa.
- Reichertz, J. & Tuma, R. (2017). Der Kommunikative Konstruktivismus bei der Arbeit - Einleitung. In J. Reichertz, & R. Tuma (Hrsg.), *Der Kommunikative Konstruktivismus bei der Arbeit* (S. 7-29). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Roddewig, M. (2018). *Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe. Ein Anleitungsprogramm* (2. Ausg.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Sahmel, K.-H. (2015). *Lehrbuch Kritische Pflegepädagogik*. Bern: Hogrefe.
- Schäfers, B. (2019). *Einführung in die Soziologie* (3. Ausg.). Wiesbaden: Springer VS.
- Schaupp, W. & Kröll, W. (2020). *Spannungsfeld Pflege. Herausforderungen in klinischen und außerklinischen Settings* . Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Schein, E. H. (2010). *Prozessberatung für die Organisation der Zukunft: Der Aufbau einer helfenden Beziehung* (3. Ausg.). Bergisch Gladbach: Verlag Andreas Kohlhage.

- Schell, W. (2005). *Staatsbürger- und Gesetzeskunde für Pflegeberufe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmid, B., Veith, T. & Weidner, I. (2023). *Einführung in die kollegiale Beratung* (4. Ausg.). Heidelberg: Car-Auer-Verlag.
- Schnitzler, A. (2020). Die Veränderungen von Bildungsaspirationen am Ende der Schulzeit. Einflüsse und Wechselwirkungen des Berufsorientierungsprozesses. In T. Brüggemann, & S. Rahn (Hrsg.), *Berufsorientierung. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (2. Ausg.). Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Schottler, B. K. (2020). *Internal Branding im Krankenhaus: Die notwendige Suche nach dem organisationalen und professionellen Identitätskern*. Wiesbaden: Springer.
- SGB. (2025). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*. Abgerufen am 23. Juni 2025 von Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Seidler, E. & Leven, K.-H. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege* (7. Ausg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sieger, M., Fritz, E. & Them, C. (2012). In discourse: Bourdieu's theory of practice and habitus in the context of a communication-oriented nursing interaction model. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2), S. 480-490.
- Statista. (2025a). *Anzahl von Pflegeheimen in Deutschland nach Trägerschaft in den Jahren 1999 bis 2023*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von Statistisches Bundesamt: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/>
- Statista. (2025b). *Welche dieser Berufe genießt Ihrer Meinung nach ein hohes bzw. kein hohes Ansehen?* Abgerufen am 23. Juni 2025 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163400/umfrage/ansehen-der-berufe-in-der-gesellschaft/>
- Stegmeier, P. (2015). „Wir brauchen eine völlig neue Art von Denken“. Abgerufen am 16. April 2015 von Monitor Versorgungsforschung: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/wir-brauchen-eine-voellig-neue-art-von-denken/?cookie-state-change=1744874175849>

- Stemmer, R. (2021). Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, & S. K. Greß (Hrsg.), *Pfleger-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen* (S. 173-184). Berlin: Springer.
- Stryker, S. (2000). Identity Competition: Key to Differential Social Movement Participation? In S. Tryker, T. J. Owens, & R. W. White (Hrsg.), *Self, Identity, and Social Movements* (S. 21-40). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tietze, K.-O. (2016). Kollegiale Beratung. In M. Dick, W. Marotzki, & H. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 309-320). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Tietze, K.-O. (2025). *Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln*. (14. Ausg.). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Tietze, K.-O. (2010). *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tippelt, R. & Schmidt-Hertha, B. (2020). *Sozialisation und informelles Lernen im Erwachsenenalter*. Bielefeld: utb. wbv Publikation.
- Veith, H. (2010). Das Konzept der balancierenden Identität von Lothar Krappmann. In B. Jörissen, & J. Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 179-202). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaftler.
- ver.di. (2023). *Gleiches Recht für kirchlich Beschäftigte*. Abgerufen am 3. Mai 2025 von Vereinte Dienstleistungsgesellschaft: <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/kirchliche-betriebe/++co++b6414aac-b35a-11ed-9ed5-001a4a160100>
- Walter, A. (2020). Pflege als Beruf. In *I care Pflege* (2. Ausg., S. 23-29). Stuttgart: Thieme.
- Weidner, F., & Schubert, C. (2022). *Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“*. (D. I. Pflegeforschung, & R. B. Stiftung, Hrsg.) Abgerufen am 7. Mai 2025 von Robert Bosch Stiftung: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht_360Grad%20Pflege_Qualifikationsmix.pdf

Willets, G. & Garvey, L. (2020). *Constructing nurses' professional identity through group performance*. (I. J. Practice, Hrsg.) Abgerufen am 24. Juli 2025 von PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32568469/>

Zegelin, A. (2021). Berufsstolz ist wichtig für Pflegende. (M. Golla, Hrsg.) *Pflege Professionell - Das Fachmagazin*, (Ausg. 36, S. 23-37). Abgerufen am 20. Mai 2025 von Markus Golla: <https://markusgolla.at/wp-content/uploads/2024/02/ausgabe-pp22.pdf>

Anhang

Berufsbezeichnung	Krankenschwester /Krankenpfleger
rechtliche Grundlage	Krankenpflegegesetz (KrPflG) ab 20. September 1965 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern (KrPflAPrV) vom 2. August 1966
Ausbildungsdauer	3 Jahre
Überblick über die Ziele und Inhalte der Ausbildung	Die praktische Ausbildung erfolgt in den Bereichen der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie der Gynäkologie. Männer sind auf gynäkologischen Stationen nicht zugelassen und werden ersatzweise auf der Orthopädie, der Urologie oder der Neurologie eingesetzt (KrPflAPrV, 1966, § 2). Im Vergleich zur bisherigen Ausbildung erfolgt eine Aufwertung und Erweiterung der theoretischen Inhalte, sowie eine zunehmende Regulierung und Standardisierung der praktischen Ausbildung (Kreutzer, 2023, S. 90 f.).
Pflege- und Berufsverständnis	Die Pflegekraft wird als Mitarbeiterin des Arztes bezeichnet. „Eine gute Pflegekraft zeichnet sich dadurch aus, dass sie ärztliche Anordnungen gewissenhaft ausführt und sie das volle Vertrauen des Patienten besitzt, „[...] und mit entschiedener Überzeugungskraft und Autorität beeindruckt.“ (Haufschild et al., 1965, S. 11) Gleichzeitig zeichnet sich eine gute Pflegekraft durch Freundlichkeit und Güte aus. Sie achtet den Patienten als Persönlichkeit und wird seiner Individualität gerecht (ebd., S. 12). Des Weiteren sollen sich Pflegekräfte einem Berufsverständnis verpflichtet fühlen, welches den christlichen Wert der Nächstenliebe lebt, ohne die Überlegenheit der Pflegekraft gegenüber dem Kranken auszunutzen und gemäß der Werte des Humanismus und der Renaissance nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis und Wahrheit strebt (Haase, 1979, S. 4).
Ausbildungsverantwortliche	Arzt und leitende Schwester / Oberin oder leitender Krankenpfleger (KrPflG, 1965, § 7 (1))

Tabelle 1: Überblick über die Ausbildung ab 1965 (eigene Darstellung)

Da Pflegekräfte, die ihr Examen 1964 oder früher abgelegt haben, aufgrund ihres inzwischen erreichten Alters nicht mehr in der beruflichen Pflege tätig sind, ist diese Personengruppe für die vorliegende Arbeit nicht relevant. Frühere Fassungen des Krankenpflegegesetzes sowie die vor 1965 gültige Prüfungs- und Ausbildungsverordnungen wurden daher nicht weiter berücksichtigt.

Berufs- bezeichnung	Krankenschwester / Krankenpfleger
rechtliche Grundlage	Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (KrPflG) ab 4. Juni 1985 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985
Ausbildungs- dauer	3 Jahre
Überblick über die Ziele und Inhalte der Ausbildung	<p>Die Inhalte der Ausbildung werden erstmalig detailliert beschrieben (Kreutzer, 2023, S. 91). Die Ausbildung soll insbesondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung in der Gesundheitsversorgung vermitteln.</p> <p>Dazu gehören die sach- und fachkundige, umfassende und geplante Pflege der Patienten sowie die Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Zudem sollen die Auszubildenden dazu befähigt werden, gesundheitsförderndes Verhalten anzuregen und anzuleiten.</p> <p>Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustands der Patienten sowie der relevanten Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit.</p> <p>Darüber hinaus werden die Auszubildenden in der Einleitung lebensnotwendiger Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes oder einer Ärztin geschult.</p> <p>Ergänzend gehören auch Verwaltungsaufgaben, die im direkten Zusammenhang mit den Pflegemaßnahmen stehen, zum Ausbildungsinhalt.</p> <p>Ein weiteres Novum ist die Zulassung von männlichen Pflegekräften in der Kinderkrankenpflege (KrPflG, 1985, § 4 (1)).</p>
Pflege- und Berufs- verständnis	<p>Pflege wird als soziale Dienstleistung von Menschen für Menschen bezeichnet (Kommerell, 1997, S. 2).</p> <p>Unter dem Begriff Pflege wird nicht nur die Krankenpflege verstanden sondern er bezieht sich zudem auf den Umgang mit betagten Personen und Behinderten.</p> <p>Es ist weiterhin Aufgabe der Pflegenden für die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu sorgen und diese zu erarbeiten.</p> <p>Somit begründet sich pflegerisches Handeln nicht ausschließlich über die Krankheit des Betroffenen sondern auch darüber, dass das gezielte Anleiten zu gesundheitsförderlichem Verhalten gleichfalls zu einer pflegerischen Aufgabe geworden (ebd., S. 4 f.).</p>
Ausbildungs- verantwortliche	Arzt /Ärztin und Unterrichtsschwester / Unterrichtspfleger, leitende Unterrichtsschwester / leitender Unterrichtspfleger (KrPflG, 1985, § 5 Abs.(2)).

Tabelle II: Überblick über die Ausbildung ab 1985 (eigene Darstellung)

Berufs- bezeichnung	Gesunheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger
rechtliche Grundlage	Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16. Juli 2003 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003
Ausbildungs- dauer	3 Jahre
Überblick über die Ziele und Inhalte der Aus- bildung	<p>Als Novum werden die Ausbildungsziele als Kompetenzen formuliert. So soll den Auszubildenden ein allgemein anerkannter Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermittelt werden (KrPflG, 2003, § 3 Abs. (1)).</p> <p>Neu ist außerdem die Betonung der Eigenverantwortlichkeit in Bezug auf die gesamte Gestaltung des Pflegeprozesses, sowie die Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung.</p> <p>Ein weiterer neu hinzugekommener Schwerpunkt liegt auf der Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu Pflegenden Personen und ihrer Bezugspersonen KrPflG, 2003, § 3 Abs. (2)).</p>
Pflege- und Berufs- verständnis	<p>Das neue Pflege- und Berufsverständnis zeigt sich vor allem darin, dass neben der auf die Heilung von Krankheiten ausgerichteten Pflege auch auf präventive, gesundheitsfördernde, rehabilitative und palliative Maßnahmen in den Vordergrund rücken.</p> <p>Durch die Erweiterung des Aufgabengebiets soll der Bedeutung der Pflegenden für die Wiedererlangung, Verbesserung, Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten Rechnung getragen werden (Schell, 2005, S. 313). Auch die Betonung der Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit für die Entwicklung von Lösungen bei Gesundheitsproblemen stellen eine zusätzliche Veränderung des Berufs- und Pflegeverständnisses dar (KrPflG, 2003, § 3 Abs. (2))</p> <p>Des Weiteren ist die kritische Auseinandersetzung mit dem beruflichen Selbstverständnis und dem Pflegeberuf im gesellschaftlichen Kontext erstmals in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verankert (KrPflAPrV, 2003, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1).</p>
Ausbildungs- verantwortliche	Hauptberufliche Schulleitung pflegfachlicher Qualifikation und abgeschlossener Hochschulausbildung sowie pädagogisch und pflegfachlich qualifizierte Lehrkräfte mit abgeschlossener Hochschulausbildung (KrPflG, 2003, § 3 Abs. (3))

Tabelle III: Überblick über die Ausbildung ab 2003 (eigene Darstellung)

Berufsbezeichnung	Pflegefachfrau / Pflegefachmann
rechtliche Grundlage	Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 – gültig seit 1. Januar 2020 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018
Ausbildungsdauer	3 Jahre
Überblick über die Ziele und Inhalte der Ausbildung	„Die Ausbildung [...] vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen, digitalen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion.“ (PflBG § 5 (1))
Pflege- und Berufsverständnis	<p>Das der generalistischen Ausbildung zugrundeliegende Pflege- und Berufsverständnis basiert auf pflege- geistes- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen und Theorien, sowie auf den Inhalten des ICN-Ethikkodex und der Charta zum Schutz der Menschenwürde. Ziel ist u.a., dass die Auszubildenden ein ethisch fundiertes Pflege- und berufliches Selbstverständnis entwickeln, um sich durch advokatorisches Handeln für die Belange der Pflegeempfänger einzusetzen (BiBB, 2020, S. 6). „Pflege [...] umfasst (die) präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.“ (§ 5 PflBG (2))</p> <p>Das Berufs- und Pflegeverständnis betont darüber hinaus die gesellschaftliche Relevanz der Pflegenden nach Artikel 74 GG und die Eigenständigkeit der Berufsgruppe, der in § 4 PflBG erstmals gesetzlich verankerte vorbehaltende Tätigkeiten zugestanden werden.</p> <p>Eine grundlegende Erweiterung zeigt sich auch darin, dass die Auszubildenden dazu befähigt werden sollen, durch die Entwicklung und Verinnerlichung eines Berufsethos sich aktiv bei der Gestaltung berufs- und gesundheitspolitischer Bereiche zu engagieren. Durch das Heranführen an das Konzept des lebenslangen Lernens sollen die Auszubildenden die notwendigen Kompetenzen erlangen, um sich nach ihrem Abschluss, selbstständig Wissen anzueignen und fortzubilden zu können (BiBB, 2020, S. 15).</p>
Ausbildungsverantwortliche	Hauptberufliche und pädagogisch qualifizierte Schulleitung, sowie pädagogisch und pflegefachlich qualifizierter Lehrkräfte. Beide müssen einen Hochschulabschluss auf mind. Masterniveau nachweisen (PflBG § 9 Abs. (1)).

Tabelle IV: Überblick über die Ausbildung ab 2020 (eigene Darstellung)

Berufsbezeichnung	Pflegefachmann / Pflegefachfrau B.Sc. (primärqualifizierender Studiengang)
rechtliche Grundlage	Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 – gültig seit 1. Januar 2020 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018
Ausbildungsdauer	Individuelle Regelungen der Hochschule, in der Regel 6-8 Semester
Überblick über die Ziele und Inhalte der Ausbildung	Das Pflegestudium vermittelt neben den Inhalten der beruflichen Ausbildung erweiterte Kompetenzen zur Steuerung hochkomplexer Pflegeprozesse, zur Nutzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur kritischen Reflexion theoretischen und praktischen Pflegewissens. Zudem umfasst es die Mitwirkung an der Qualitätsentwicklung. Weiterhin werden zusätzlich die zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen vermittelt. Dies erfolgt auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz (PflBG § 37 Abs. (2)).
Pflege- und Berufsverständnis	Das Pflege- und Berufsverständnis entspricht dem der generalistischen Grundausbildung. Darüber hinaus gehört es zum Berufsbild der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte dazu, dass sie die professionelle Versorgung der Pflegeempfangen in komplexen Versorgungssituationen sicherstellen. Diese Qualifikation wird insofern als erforderlich erachtet, das die Pflegenden aufgrund eines quantitativen und qualitativen Anforderungswandels in der Gesellschaft und Gesundheitsversorgung zunehmend damit konfrontiert werden (Latteck & Büker, 2023, S. 172).
Ausbildungsverantwortliche	Individuelle Regelungen der jeweiligen Hochschule.

Tabelle V: Überblick über den primärqualifizierender Studiengang ab 2020 (eigene Darstellung)

Eigenständigkeitserklärung

„Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit selbständig und unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“