„Da musst du dann irgendwo Prioritäten setzen“

Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen

von
Agnes-Dorothee Greiner

Bremen, April 2025

Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil der Universität Bremen als Dissertation vor. Sie wurde redaktionell überarbeitet und enthält zum Schutz der personenbezogenen Daten der Untersuchungsteilnehmenden gegenüber dem Dokument, das den Gutachtenden und Prüfenden vorlag, keine Belegangaben zu den Interviewzitaten.
Gutachterin: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Gutachter: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch
Das Kolloquium fand am 24.03.2025 in Bremen statt.

Danksagung

Der Weg von den ersten Ideen bis zur fertigen Dissertation hat gute zehn Jahre gebraucht. Ich hätte weder den Mut gehabt, mit der Dissertation anzufangen noch durchzuhalten und letztlich die Arbeit abzuschließen, wenn ich nicht von lieben Menschen ermutigt, getröstet, bestärkt und sowohl emotional als auch ganz praktisch unterstützt worden wäre. All diesen Menschen möchte ich an dieser Stelle Danke sagen.

An erster Stelle geht mein Dank an meine Betreuerin im Promotionsprozess Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck. Ihre fachliche, aber auch persönliche, jederzeit wertschätzende und geduldige Begleitung und Beratung waren mir eine große Hilfe. Besonders danken möchte ihr für ihr mir manchmal kaum nachvollziehbares Vertrauen darin, dass ich mein Promotionsprojekt irgendwann erfolgreich abschließe. Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch bin ich sehr dankbar, dass er sich bereiterklärt hat, meine Arbeit als Zweitgutachter zu beurteilen – seine Offenheit und Neugier zu meinem Forschungsthema waren für mich eine wichtige Bestärkung, die mich in der Abschlussphase ermutigt hat.

Mein Dank gilt ganz besonders den Pflegenden, die bereit waren, mich an ihrer beruflichen Praxis und vielen herausfordernden Verteilungssituationen dort teilhaben zu lassen. Ohne ihre Zeit und ihr Vertrauen hätte ich meine Forschungsarbeit nicht durchführen können. Ich danke allen, die mir geholfen haben, in Kontakt zu möglichen Interviewpartner:innen zu kommen. Danken möchte ich auch meiner Arbeitgeberin, der Bremer Heimstiftung, die mir über mehrere Jahre viele Freiräume zur Fertigstellung der Dissertation gelassen und mich ohne Druck ermutigt hat, dranzubleiben.

Eine meinen Forschungsprozess begleitende, sehr wertschätzende, hilfreiche und vor allem ermutigende Unterstützung habe ich von meinen Kommiliton:innen in der Forschungswerkstatt und im Doktorand:innenkolloquium von Prof. Dr. Darmann-Finck erfahren dürfen. Ich wünsche allen, die noch auf dem Weg sind, viel Erfolg, Durchhaltevermögen und Freude beim Forschen!

Besonderer Dank geht an meine großartige Familie und meine tollen Freunde. Sie hatten immer ein offenes Ohr für meine Fort- und Rückschritte und haben mir vor Augen gehalten, dass es neben Doktorarbeit und Berufsarbeit viele schöne Sachen gibt, die man genießen kann und sollte. Vor allem meine Eltern und mein Partner Matthias haben mir auch in sehr schwierigen Phasen immer zur Seite gestanden und zugehört, haben mitgelitten, mich aufgerichtet und mir schließlich applaudiert. Danke!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis VII

1. Einleitung 1

1.1. Ausgangslage 1

1.2. Forschungsfragen 3

1.3. Aufbau und Zusammenfassung der Arbeit 4

2. Untersuchungsfeld stationäre Langzeitpflege 11

2.1. Definition 11

2.2. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Anforderungen 13

2.3. Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen 17

2.4. Entscheidungsspielräume von beruflich Pflegenden 20

2.5. Zusammenfassung 22

3. Theoretischer Hintergrund 24

3.1. Entscheiden in komplexen Situationen 24

3.1.1. Grundlagen der Entscheidungstheorie 24

3.1.2. Entscheiden als Handeln – Begriffsrekonstruktion nach Pritzlaff 28

3.1.3. Entscheiden als Wahl zwischen Optionen 30

3.1.3.1. Freier Wille und Wahlfreiheit 30

3.1.3.2. Sind Routinen (noch) Entscheidungen? 34

3.1.3.3. Schlussfolgerungen: Was sind pflegerische Entscheidungen – und was nicht? 37

3.1.4. Entscheiden als Entschluss 38

3.1.4.1. Die zeitliche Dimension des Entscheidungshandelns 38

3.1.4.2. Entscheidungsanlässe und -auslöser 39

3.1.4.3. Entscheidungen treffen in (Pflege-)Organisationen 41

3.1.4.4. Entschlussakt 44

3.1.4.4.1. Bewusste und unbewusste Bewertungsprozesse 45

3.1.4.4.2. Intuition und intuitive Entscheidungen 48

3.1.4.4.3. Bewertung intuitiver Entscheidungsheuristiken 50

3.1.4.4.4. Entscheiden durch analytisch-deliberative Abwägung von Optionen 52

3.1.4.5. Zusammenfassung 55

3.1.5. Entscheiden als praktisches Urteilen 57

3.1.5.1. Entscheidungskompetenz 58

3.1.5.2. Praktisches Urteilen als implizites Integrieren 62

3.1.5.2.1. Implizites Wissen 63

3.1.5.2.2. Implizites Integrieren 65

3.1.5.2.3. Explizite Integration, Reflexion und implizite Re-Integration ... 68
3.1.5.3. Vermittlung von Entscheidungskompetenz ... 70
3.1.5.3.1. Explizite Vermittlungsprozesse ... 71
3.1.5.3.2. Implizite Vermittlungsprozesse ... 72
3.1.6. Das Besondere an Verteilungsentscheidungen in der Pflege ... 74
3.1.6.1. Begriffliche Grundlagen der Verteilungsgerechtigkeit ... 75
3.1.6.2. Philosophische Prinzipien gerechter Verteilung ... 78
3.1.6.3. Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung ... 80
3.1.7. Zusammenfassung ... 86
3.2. Aspekte professionellen Pflegehandelns ... 90
3.2.1. Pflegehandeln als rationale Problemlösung ... 91
3.2.2. Pflegehandeln als situatives Fallverstehen ... 93
3.2.3. Pflegehandeln als (für-)sorgendes Handeln ... 95
3.2.4. Kritisch-reflexive Aspekte der Pflege ... 97
3.2.4.1. Zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsperspektive ... 97
3.2.4.2. Ökonomisierung und Objektivierung der Pflege ... 100
3.2.5. Schlussfolgerungen: Was ist professionelles Pflegehandeln? ... 102
4. Empirischer Forschungsstand ... 104
4.1. Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen ... 104
4.2. Verteilungsentscheidungen in der Pflege ... 108
4.2.1. Suchstrategie und Darstellungsweise ... 108
4.2.2. Entscheidungskriterien ... 110
4.2.3. Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren ... 114
4.2.4. Entscheidungsheuristiken und Biases ... 118
4.2.5. Erleben von Verteilungsentscheidungen ... 120
4.2.6. Folgen von Rationierungsentscheidungen ... 121
4.2.6.1. Patient:innen-Outcome ... 121
4.2.6.2. Pflegenden-Outcome ... 122
4.3. Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege ... 125
4.4. Zusammenfassung ... 131
5. Methodisches Vorgehen ... 134
5.1. Forschungsethische Aspekte ... 134
5.1.1. Forschungsplanung ... 134
5.1.2. Datenerhebung ... 135
5.1.3. Datenauswertung ... 136
5.2. Grounded Theory Methodologie ... 137
5.2.1. Grundannahmen ... 138
5.2.2. Kodier-Verfahren nach Strauss und Corbin ... 140

5.2.3. Kodierparadigma 141
5.3. Wissenschaftliche Typenbildung 142
5.3.1. Grundlagen und Ziele von Typologien 142
5.3.2. Real- und Idealtypen 143
5.3.3. Stufen der Typenbildung nach Kluge 145
5.4. Praktische Umsetzung und Reflexion des Forschungsprozesses 147
5.4.1. Vorbereitung 147
5.4.2. Datenerhebung 148
5.4.2.1. Leitfadenentwicklung 148
5.4.2.2. Feldzugang 150
5.4.2.3. Samplebildung und -beschreibung 151
5.4.2.4. Durchführung 153
5.4.3. Datenauswertung 155
5.4.3.1. Transkription 155
5.4.3.2. Kodierschritte und Ausarbeitung des Kodierparadigmas 156
5.4.3.3. Entwicklung der Entscheidungstypologie 158
5.4.3.3.1. Identifikation relevanter Merkmale 158
5.4.3.3.2. Konstruktion vorläufiger Typen 160
5.4.3.3.3. Zusammenstellung von Entscheidungssituationen 161
5.4.3.3.4. Bildung und Charakterisierung von Idealtypen 164
6. Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege 166
6.1. Annäherung an das Phänomen 166
6.2. Ursachen von Verteilungsentscheidungen in der Pflege 166
6.2.1. Natürliche Ressourcenbegrenzung 166
6.2.2. Gesellschaftliche Ressourcenbegrenzung 171
6.2.3. Entscheidungsverantwortung Pflegender 173
6.3. Intervenierende Entscheidungsbedingungen 175
6.3.1. Institutionelle Bedingungen 176
6.3.1.1. Gesetzlicher Entscheidungsrahmen 176
6.3.1.2. Einrichtungs- und Stationsgröße 178
6.3.1.3. Organisatorische Vorstrukturierung von Entscheidungen 182
6.3.1.3.1. Klare Zuständigkeiten und feste Ablaufpläne 182
6.3.1.3.2. Flexible Abläufe 183
6.3.1.4. Personalbesetzung, Qualifikation und Berufserfahrung 185
6.3.1.5. Verhalten und Vorgaben der Leitung 188
6.3.1.6. Vergleich mit ambulanten Pflegesettings 189
6.3.1.7. Zusammenfassung 191
6.3.2. Einfluss von Zusammenarbeit auf Entscheidungen 193
6.3.2.1. Übergaben, Absprachen und Delegation 193

6.3.2.2. Verlässlichkeit und Vertrauen ... 195
6.3.2.3. Zusammenarbeit aus Hilfskraftperspektive ... 197
6.3.2.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit ... 198
6.3.2.5. Zusammenfassung ... 200
6.3.3. Bewohner:innenabhängige Faktoren ... 201
6.3.3.1. „Zeitintensive" Bewohner:innen ... 201
6.3.3.2. Perspektive der Bezugspersonen ... 203
6.3.3.3. Zusammenfassung ... 205
6.3.4. Individuelle Faktoren: Pflegende als Entscheider:innen ... 206
6.3.4.1. Qualifikation und Position ... 207
6.3.4.2. Berufserfahrung ... 209
6.3.4.3. Berufliches Selbstverständnis ... 211
6.3.4.3.1. Bewohner:innenorientiertes Pflegeverständnis ... 211
6.3.4.3.2. Technisch-funktionales Pflegeverständnis ... 213
6.3.4.4. Zusammenfassung ... 215
6.3.5. Auslöser von Entscheidungssituationen ... 216
6.3.5.1. Plötzlicher Zwischenfall ... 216
6.3.5.2. Allmähliche oder kurzfristige Arbeitsverdichtung ... 218
6.3.5.3. Zusammenfassung ... 219
6.3.6. Zeit als besondere Ressource ... 220
6.4. Entscheidungsstrategien ... 224
6.4.1. Initiale Schockreaktion ... 224
6.4.2. Bewusste und intuitive autonome Wahl ... 228
6.4.2.1. Bewusstes Abwägen und Umsetzen ... 229
6.4.2.2. Intuitives Handeln unter Zeitdruck ... 231
6.4.3. Freiwillige und unfreiwillige Heteronomie ... 232
6.4.3.1. Freiwillige Heteronomie ... 233
6.4.3.2. Unfreiwillige Heteronomie ... 234
6.4.4. Selbstsorgestrategien ... 235
6.4.4.1. Sicherheitsgefühl und Abgrenzung ... 236
6.4.4.2. Vernachlässigung eigener Bedürfnisse ... 237
6.4.5. Zusammenfassung ... 238
6.5. Konsequenzen der Entscheidung ... 239
6.5.1. Priorisierung ... 240
6.5.1.1. Priorisierung bestimmter Bewohner:innen ... 240
6.5.1.2. Priorisierung bestimmter Aufgaben ... 241
6.5.1.3. Folgen für Bewohner:innen ... 242
6.5.2. Rationierung bestimmter Pflegemaßnahmen ... 244
6.5.3. Folgen für die entscheidenden Pflegenden ... 246
6.5.4. Zusammenfassung ... 248

7. Typologie der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden bei Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege 250
7.1. Beschreibung des Merkmalsraumes 250
7.1.1. Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit 251
7.1.2. Emotionales Engagement 253
7.1.3. Wahrgenommener Entscheidungsspielraum 255
7.2. Typen des pflegerischen Entscheidungshandelns 256
7.2.1. Konformistisches (Nicht-)Entscheiden 258
7.2.2. Überwältigtes (Nicht-)Entscheiden 266
7.2.3. Ermächtigtes Entscheiden 272
7.2.4. Autokratisches Entscheiden 280
7.2.5. Flexibel-reflexives Entscheiden 287
7.3. Zusammenfassung 298
8. Diskussion der Ergebnisse 299
8.1. Kernaussagen und empirischer Erkenntnisgewinn 299
8.1.1. Zeit als zentrale Ressource der Pflege 299
8.1.2. Rahmenbedingungen von pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege 301
8.1.2.1. Personalsituation 301
8.1.2.2. Pflegeorganisation 303
8.1.2.3. Routinen und Ablaufpläne 304
8.1.2.4. Rolle der Leitung 308
8.1.2.5. Zusammenarbeit und Qualifikationsmix 309
8.1.2.6. „Zeitintensive“ Bewohner:innen 312
8.1.2.7. Individuelle Voraussetzungen Pflegender 313
8.1.3. Strategien pflegerischer Verteilungsentscheidungen 316
8.1.3.1. Intuitive Entscheidungsprozesse 316
8.1.3.2. Bewusste Abwägung und Reflexion 318
8.1.4. Entscheidungstypologie 319
8.1.4.1. Entscheidungsautonomie der Pflegenden 320
8.1.4.2. Autonomieansprüche der Bewohner:innen 322
8.1.4.3. Stellenwert der Selbstsorge 323
8.1.5. Zusammenfassung 326
8.2. Limitationen und Desiderate der Theorie 326
8.2.1. Methoden 326
8.2.2. Daten 330
8.2.3. Interpretationen 336
8.2.3.1. Kodierparadigma 336
8.2.3.2. Typologie 337

8.2.3.3. Übergreifende Aspekte 340

9. Fazit 341

9.1. Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege 341

9.2. Ermöglichungsbedingungen guter Verteilungsentscheidungen 343

9.3. Merkmale guter Verteilungsentscheidungen 347

9.4. Entwicklung von Entscheidungskompetenz: Pädagogische Implikationen ... 350

9.4.1. Methoden 351

9.4.2. Inhalte 353

9.5. Ausblick 354

Literaturverzeichnis 358

Anhänge 376

Anhang 1 Suchstrategie für die Literaturrecherche 376

Anhang 2 Übersicht und Zuordnung der Verteilungssituationen 377

Anhang 3 Übersicht über Charakteristika der Entscheidungstypen 379

Anhang 4 Informationsflyer 382

Anhang 5 Erklärung zum Datenschutz 383

Anhang 6 Einwilligungserklärung 384

Anhang 7 Interviewprotokoll 385

Anhang 8 Interviewleitfaden 386

Anhang 9 Transkriptionskonventionen 390

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die implizite Triade (eigene Darstellung, vgl. vereinfacht Neuweg 2020: 200).....67
Abbildung 2: Modell zu Prozess und Einflussfaktoren bei der Priorisierung in der Pflege (Hendry/Walker 2004: 432) 81
Abbildung 3: Konzeptioneller Rahmen für implizite Rationierung in der Pflege (Schubert et al. 2007: 418).....84
Abbildung 4: Die Kälteellipse – alle Reaktionsmuster (Kersting/Meisterernst 2020: 72) 123
Abbildung 5: Frühe Version einer Entscheidungstypologie (Stand September 2018).....160
Abbildung 6: Zuordnung von Fällen im Koordinatensystem der Typologie 164
Abbildung 7: Kodierparadigma zu Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege (kurz: Kodierparadigma) 167
Abbildung 8: Merkmalsraum der Entscheidungstypologie 250
Abbildung 9: Typologie der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden in Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege (kurz: Entscheidungstypologie) 257
Abbildung 10: Informationsflyer zum Forschungsvorhaben, Stand Januar 2017 382

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchkriterien Literaturrecherche.....109
Tabelle 2: Types of Care Missed, Rationed, or Assigned a Lower Priority (Ludlow et al. 2021: e67).....126
Tabelle 3: Übersicht und Zuordnung der Verteilungssituationen 378
Tabelle 4: Übersicht über Charakteristika der Entscheidungstypen.....381

> "Every choice we make allows us to manipulate the future. [...]
> A person's life, their future, hinges on each of a thousand choices.
> Living is making choices."[1]

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Treffen von Entscheidungen, insbesondere von Verteilungsentscheidungen, gehört zum Alltag von Pflegenden[2] in der stationären Langzeitpflege.[3] Sie entscheiden beispielsweise, mit wem sie ein längeres Gespräch führen, wer wie oft geduscht wird, ob sie bei einem Notfall sofort den Rettungswagen rufen oder doch ein Anruf beim medizinischen Notdienst ausreicht und ob sie die morgendliche Körperpflege gründlich und in aller Ruhe oder nur gehetzt und unvollständig durchführen können. Die Entscheidung, welche:r Bewohner:in[4] welche und wie viele der verfügbaren materiellen oder immateriellen Ressourcen erhält, treffen und verantworten Pflegende in der stationären Langzeitpflege in vielen Fällen selbst. Sie setzen dabei Prioritäten, was aus ihrer Sicht besonders wichtig ist, was eine geringere Priorität[5] hat und was eventuell weggelassen werden kann oder muss. Dazu müssen verschiedene eigene und fremde Interessen, Erwartungen und Bedürfnisse gegeneinander abgewogen werden. Denn im institutionellen Kontext sind Pflegende nie nur für eine Person und deren Bedürfnisse verantwortlich; es muss vielmehr sichergestellt werden, dass alle Bewohner:innen, die von den pflegerischen Maßnahmen mehr oder weniger existenziell abhängig sind, angemessen versorgt werden. Dies erfolgt nach den Qualitätsvorgaben der Einrichtung und mit einer bestimmten Personalbesetzung, die den zeitlichen Rahmen festlegt, in dem die Versorgung stattfindet.

[1] Star Trek (1991): The Next Generation, Episode 109, „A Matter of Time" (Zitat von Jean-Luc Picard). In allen wörtlichen Zitaten dieser Arbeit werden, wenn nicht anders markiert, Rechtschreibung und Hervorhebungen unverändert übernommen. Von mir eingefügte Ergänzungen und Auslassungen sind mit eckigen Klammern gekennzeichnet.
[2] In dieser Arbeit sind immer, wenn von Pflegenden die Rede ist, beruflich Pflegende gemeint, s. Unterkapitel 1.2.
[3] Zum Begriff der stationären Langzeitpflege und zur Abgrenzung anderer pflegerischer Settings s. Unterkapitel 2.1.
[4] In dieser Arbeit wird als Genderstrategie ein Doppelpunkt genutzt, um deutlich zu machen, dass alle Geschlechter gemeint sind. Der Begriff der Bewohner:innen wird im Folgenden dann verwendet, wenn es um zu Pflegende im Setting der stationären Langzeitpflege geht. U. a. ist dieser Begriff allgemein geläufig und wird auch von den Interviewpersonen in dieser Arbeit regelmäßig benutzt.
[5] Das Zitat im Titel der Arbeit stammt von einer Interviewperson (IP). In dieser Arbeit wird mit (IP) gekennzeichnet, wenn Zitate oder andere Angaben von einer Interviewperson stammen. Um Profilbildung anhand verstreuter Zitate bestimmter Interviewpersonen auszuschließen und die Anonymisierung aller Interviewpersonen nicht zu gefährden, wurde auf pseudonyme Zuweisung von Zitaten zu bestimmten Interviewpersonen verzichtet.

Ausgangspunkt meines Forschungsinteresses zu Verteilungsentscheidungen in der Pflege ist die Beobachtung, dass die Arbeit in der Pflege, insbesondere in der Altenpflege, in der Öffentlichkeit als überwiegend sorgend-kommunikative Tätigkeit dargestellt, in ihrem Komplexitätsgrad aber eher als handwerklicher Beruf mit verhältnismäßig trivialen, eher repetitiven Arbeitsaufgaben beschrieben wird (Bundesagentur für Arbeit 2023). Dieses Image steht im deutlichen Gegensatz zu meinen eigenen beruflichen Erfahrungen in Pflege und Pflegeausbildung[6] sowie zu zahlreichen Schilderungen von Pflegenden und Auszubildenden über als sehr herausfordernd erlebte berufliche Situationen. Denn die Arbeit in der Pflege ist unabhängig vom Pflegesetting geprägt durch hochkomplexe Anforderungen und erfordert unter anderem umfassende kognitiv-analytische, intuitive und sozial-kommunikative Kompetenzen. In Verteilungsentscheidungen kommen all diese Anforderungen zum Tragen und werden noch ergänzt durch die Herausforderung, gleichzeitig und unter Zeitdruck verschiedenen Ansprüchen gerecht zu werden, um möglichst gute, gerechte Entscheidungen auf der Grundlage nachvollziehbarer Verteilungskriterien zu treffen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit (Greiner 2011) habe ich mich mit verschiedenen Konzepten und philosophisch-ethischen Kriterien gerechter Verteilung befasst und dabei festgestellt, dass dieses Thema im Gesundheitswesen bis zu diesem Zeitpunkt praktisch ausschließlich in der Medizin und dabei vor allem in der Notfallmedizin untersucht wurde.[7] In der Pflege, insbesondere in der Altenpflege, wurden Fragen zu gerechter Verteilung, Priorisierung und Rationierung nur vereinzelt theoretisch oder empirisch untersucht. Auf der Grundlage der theoretischen Auseinandersetzung mit Verteilungsgerechtigkeit und Verteilungsentscheidungen in der Medizin sowie mit dem Berufsfeld der Altenpflege habe ich in meiner Diplomarbeit die These vertreten, dass komplexe, ethisch anspruchsvolle Verteilungsentscheidungen zum Alltag von beruflich Pflegenden (auch) in der stationären Altenpflege gehören und diese Entscheidungen in ihren praktischen Konsequenzen für alle Beteiligten eine erhebliche Relevanz besitzen. Gleichzeitig lassen sich Forschungsergebnisse zu Verteilungsentscheidungen in der Medizin nicht direkt auf die Pflege übertragen, da sich diese unter anderem durch eine besondere Fürsorgebeziehung zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen auszeichnet (s. Abschnitt 3.2.3).[8]

Schon unter normalen Bedingungen erfordern Verteilungsentscheidungen von Pflegenden einen komplexen Abwägungsprozess zwischen verschiedenen, oft gegensätzlichen Ansprüchen, die für sich genommen wichtig und nachvollziehbar sind. Bei ungeplanten Zwischenfällen, etwa medi-

[6] Von 2001 bis 2003 habe ich eine Ausbildung in der Altenpflege absolviert. Anschließend habe ich neben dem Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Bremen fünf Jahre in der ambulanten Pflege gearbeitet. Seit 2015 vertrete ich für einen regionalen Altenhilfeträger den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege.

[7] Vgl. dazu auch Abschnitt 3.1.6 sowie den Forschungsstand in Kapitel 4.

[8] Auf der ersten Gliederungsebene wird der Begriff Kapitel genutzt, auf der zweiten Ebene der Begriff Unterkapitel. Ab der dritten Gliederungsebene wird in dieser Arbeit von Abschnitten gesprochen.

zinischen Notfällen oder plötzlichem Personalausfall, müssen Pflegende unter Zeitdruck viele Aufgaben gleichzeitig im Blick behalten und dabei sicherstellen, dass die Bewohner:innen nicht zu Schaden kommen. In solchen Situationen, in denen eine falsche Entscheidung schwerwiegende Konsequenzen für die Bewohner:innen, aber auch für die Pflegenden selbst haben kann, stehen die Pflegenden als diejenigen, die die nötigen Verteilungsentscheidungen treffen und verantworten müssen, unter erheblichem emotionalem Druck. Da hierzu bisher wenig bekannt ist, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, wie Pflegende in der stationären Langzeitpflege diese herausfordernden Verteilungssituationen erleben und bewerten, wie sie auf dieser Grundlage agieren und wie sich verschiedene Rahmenbedingungen auf diese Entscheidungen auswirken.

1.2. Forschungsfragen

Die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet:

> Welche Deutungs- und Handlungsmuster kommen bei Verteilungsentscheidungen von beruflich Pflegenden in der stationären Langzeitpflege zum Ausdruck?

Ein besonderer Fokus liegt dabei darauf, wie Pflegende Situationen erleben und bewerten, in denen sie besonders herausfordernde Verteilungsentscheidungen unter Zeitdruck treffen müssen. Des Weiteren wird untersucht, ob und wie dieses Erleben die individuelle emotionale Reaktion sowie das situative Verteilungshandeln der Pflegenden beeinflusst. In der Untersuchung des Entscheidungshandelns wird dabei auch der individuelle Abwägungs-, Beurteilungs- und Entschlussprozess während des Entscheidens ausgewertet. Dabei stütze ich mich vor allem auf die Untersuchung von Tanja Pritzlaff (2006), die das Entscheidungshandeln aus den drei Perspektiven der Wahl, des Entschlusses und des Urteilens analysiert.

Mit der zentralen Forschungsfrage wird in Anlehnung an die Grounded Theory auch untersucht, welche grundsätzlichen Ursachen Verteilungsentscheidungen haben, welche intervenierenden Faktoren sie positiv oder negativ beeinflussen, welche Entscheidungsstrategien Pflegende in herausfordernden Verteilungssituationen anwenden und welche Konsequenzen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege haben können. Zudem sollen darüber hinaus Rückschlüsse auf individuelle Voraussetzungen und institutionelle Ermöglichungsbedingungen für professionelles Entscheidungshandeln in der Pflege gezogen sowie die Frage diskutiert werden, wie Entscheidungskompetenz in Verteilungssituationen vermittelt und erlernt werden kann.

Die zentrale Forschungsfrage rekurriert auf folgende Konzepte: **Verteilungsentscheidungen** werden in der vorliegenden Untersuchung abgegrenzt sowohl von anderen Handlungsarten (s. Abschnitt 3.1.1), als auch von pflegerischen Entscheidungen, bei denen entweder keine Ressourcen verteilt werden oder ihre Verteilung eher im Hintergrund gegenüber anderen ethischen Fragen

steht, beispielsweise bei Entscheidungen zur Weiterführung von künstlicher Ernährung oder anderen Themen des „clinical decision making“ (s. Abschnitt 3.1.6). Das Setting der **stationären Langzeitpflege** ist für die Untersuchung von Verteilungsentscheidungen besonders bedeutsam, da Pflegende dort anders als im akutklinischen Setting auch medizinische Entscheidungen häufig allein treffen müssen und sie anders als im ambulanten Setting für mehrere Bewohner:innen gleichzeitig verantwortlich sind (s. Unterkapitel 2.1). In diesem Rahmen besitzen sie zudem einen relativ großen Entscheidungsspielraum, welche Maßnahmen sie wann und in welchem Umfang erledigen, also wie sie die ihnen zur Verfügung stehende Zeit verteilen (s. Unterkapitel 2.4). Durch den institutionellen Kontext ist auch festgelegt, dass ein wesentlicher Teil der Pflege durch **beruflich Pflegende** geleistet wird. Auch andere Berufsgruppen sowie Ehrenamtliche und An- und Zugehörige können zwar Teile der Pflegearbeit übernehmen, doch diese Untersuchung beschränkt sich auf die Berufsgruppe der Pflege. Wenn in der vorliegenden Arbeit also von Pflegenden gesprochen wird, sind beruflich Pflegende aller Qualifikationsstufen gemeint, sofern nicht durch entsprechende Berufsbezeichnungen Einschränkungen auf bestimmte Qualifikationen erkennbar sind.[9] Das Ziel der Identifikation von **Deutungs- und Handlungsmustern** bezieht sich als „Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen und Interpretationsmustern“ auf Oevermann (2001: 4) sowie auf die Grounded Theory als Methode der qualitativen Sozialforschung (s. Abschnitt 5.2). Das folgende Unterkapitel stellt den Aufbau dieser Untersuchung vor und skizziert dabei die wesentlichen Zwischenergebnisse und Thesen der einzelnen Kapitel, während in Unterkapitel 8.1 Beziehungen zwischen diesen Thesen und dem Forschungsstand sowie der sich daraus ergebende Erkenntnisgewinn erläutert werden.

1.3. Aufbau und Zusammenfassung der Arbeit

Um die oben beschriebenen Forschungsfragen zu beantworten, steckt das **zweite Kapitel** zunächst das **Untersuchungsfeld der stationären Langzeitpflege** ab. Nach einer begrifflichen und inhaltlichen Abgrenzung zu anderen pflegerischen Settings stellt es auf Grundlage demografischer Daten und empirischer Studien die vielfältigen Herausforderungen dar, die die stationäre Langzeitpflege und damit auch ihre Arbeitsbedingungen prägen. Der steigende Bedarf an qualifizierten Pflegeleistungen steht dabei einem zunehmenden Personalmangel gegenüber; zusätzlich beeinflussen Ökonomisierungstendenzen die Arbeit in der Pflege. Beide allgemeinen Entwicklungen wirken als Entscheidungskontexte konkreter Verteilungsentscheidungen. Trotz dieser sich verändernden Rahmenbedingungen besitzen Pflegende im Setting der stationären

[9] Beim Begriff Pflegehelfer:innen sind, wenn nicht anders gekennzeichnet, immer sowohl Personen mit anerkannter Helfer:innenausbildung als auch un- oder angelernte Pflegehilfskräfte gemeint.

Langzeitpflege – auch im Vergleich zu anderen Bereichen – umfangreiche Entscheidungsspielräume für die Verteilung verschiedener Ressourcen. Diese Spielräume sind Voraussetzung dafür, dass Pflegende ihre Entscheidungen verantwortlich treffen können und in ihrem Entscheidungshandeln nicht wesentlich oder gar vollständig durch die Rahmenbedingungen determiniert sind.

Das **dritte Kapitel** entwickelt die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Untersuchung. Dazu diskutiert es ausführlich zwei zentrale theoretische Voraussetzungen von Verteilungsentscheidungen in der Pflege, nämlich das **Entscheidungshandeln in komplexen Situationen** (Unterkapitel 3.1) sowie die normativen **Aspekte professionellen Pflegehandelns** (Unterkapitel 3.2). Unterkapitel 3.1 stellt nach einer zusammenfassenden Darstellung der Grundlagen, Begriffe und Forschungsrichtungen der **Entscheidungstheorie** und einer Einordnung von Verteilungsentscheidungen in dieses Spektrum die **Theorie des Entscheidungshandelns von Pritzlaff (2006)** vor. Im Rahmen einer Begriffsrekonstruktion und Feinanalyse analysiert Pritzlaff Entscheidungshandeln unter den drei Perspektiven des Entscheidens als Wahl, Entschluss und Urteilen. Diese Perspektiven sind grundlegend für die Analyse der empirischen Daten der vorliegenden Untersuchung.

Zur ersten Perspektive des **Entscheidens als Wahlhandlung** diskutiert Abschnitt 3.1.3 im Anschluss an die Ausführungen von Pritzlaff (2006) die philosophischen Grundlagen der Entscheidungs- und Willensfreiheit, die Voraussetzung dafür sind, Entscheidungen als verantwortbare Handlungen verstehen zu können. Gleichzeitig wird in Auseinandersetzung mit den Positionen von Oevermann (2001) und Luhmann (2019) herausgearbeitet, ob und unter welchen Voraussetzungen Routinen als Entscheidungen gewertet werden können. Diese Abgrenzung ist für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung, da viele Verteilungsentscheidungen von den Pflegenden, die diese Entscheidungen treffen, nicht als eigene Entscheidungen, sondern als Umsetzung von Routinen erlebt werden. In einem erweiterten Verständnis von Entscheidungshandeln, dem die vorliegende Untersuchung folgt, können aber auch Routinen als echte Entscheidungen betrachtet werden, in denen Willens- und Wahlfreiheit zum Ausdruck kommen.

Abschnitt 3.1.4 stellt die zweite Perspektive auf Entscheidungshandeln dar, das **Entscheiden als zeitlichen Entschluss-Akt** mit aufeinander folgenden Prozessen. Eine Entscheidung beginnt demnach immer mit einem **Auslöser**, der als Problem oder „Erwartungsdruck“ (Luhmann 2019) eine Handlung nahelegt, die eine positive Veränderung eines als unerwünscht erlebten Zustandes in Aussicht stellt. Anders als im theoretischen Modell erfolgen dabei **Entscheidungen in Organisationen** wie der stationären Langzeitpflege unter zum Teil hochkomplexen Rahmenbedingungen und vielfältigen, oft nicht klar definierten und definierbaren Erwartungen. Im Anschluss an Luhmann (2019) lassen sich hierbei verschiedene Reaktionsmuster auf die von Pflegenden

erlebten Erwartungen beschreiben. Feldman/Pentland (2003) thematisieren darüber hinaus, dass viele in Institutionen wie der Pflege getroffenen Entscheidungen bestimmten „Organisationsroutinen“ (ebd.) so lange folgen, bis diese Routinen scheitern. Diese Ausführungen bekräftigen und erläutern die im vorherigen Abschnitt entwickelte These, dass auch Routinen als Entscheidungen gewertet werden können. Auf einen Entscheidungsauslöser folgt der eigentliche **Wahlprozess**: Dieser kann sowohl bewusst, als auch teilbewusst oder vollständig unbewusst und damit intuitiv erfolgen. Da auch Pflegende viele Alltagsentscheidungen und Routinen, wie wichtige Ressourcen verteilt werden, unbewusst treffen, wird die Frage der kognitiven Hintergründe von bewussten und unbewussten Entscheidungsprozessen in der kritischen Auseinandersetzung vor allem mit den Theorien von Kahneman (u. a. 2012) und Gigerenzer (u. a. 2007) erörtert und die Qualität einer intuitiven Entscheidung gegenüber einer bewussten, abwägenden Entscheidung diskutiert.

In der dritten Perspektive auf Entscheidungshandeln wird das **Entscheiden als praktisches Urteilen** in Abschnitt 3.1.5 untersucht: Dabei geht es um die Frage, welche Kompetenzen beim entscheidenden Subjekt gegeben sein müssen, damit es eine qualitativ gute Entscheidung treffen kann. Nach einer Eingrenzung und Definition des Begriffs der **Entscheidungskompetenz** in Auseinandersetzung mit Erpenbeck/Rosenstiel (2007) wird im Anschluss an Polanyi (1966) sowie dessen Rezeption bei Neuweg (u. a. 2020) das **praktische Urteilen als implizites Integrieren** beschrieben, wobei eine intuitive Gesamtwahrnehmung und -beurteilung der gegebenen Situation auf der Basis impliziten Wissens erfolgt. Vor allem in hochkomplexen Entscheidungssituationen, wie sie auch von Pflegenden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geschildert werden, müssen sich diese auf ihr Wissen und Können verlassen und sich ganz auf ihre Aufgabe konzentrieren, um ein praktisches Urteil zu treffen, das möglichst vielen Ansprüchen und Interessen gerecht wird. Um dies zu lernen und kontinuierlich zu verbessern, müssen Pflegende in der Lage sein, ihre impliziten Wissens- und Könnensbestände immer wieder zu explizieren und kritisch zu überprüfen.

Da sich eine der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung darauf bezieht, wie Pflegende Entscheidungskompetenz im Sinne der Fähigkeit erwerben können, zu einem situationsangemessenen, praktischen Urteil fähig zu sein, wird anschließend unter Berufung auf Neuweg (2020) diskutiert, wie Entscheidungskompetenz über **explizite und implizite Vermittlungsprozesse** erworben werden kann und welche Herausforderungen und Grenzen diese Vermittlung bestimmen.

Im Anschluss an die kritische Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten von Entscheidungshandeln, die sich durch die drei Perspektiven des Entscheidens als Wahl, Entschluss und praktischem Urteilen nach Pritzlaff (2006) eröffnen, fokussiert Abschnitt 3.1.6 die theoretische Analyse von Entscheidungen in komplexen Situationen auf die in dieser Arbeit untersuchten

Verteilungsentscheidungen. Ausgangspunkt sind dabei die ethisch-philosophischen Grundlagen und zentralen Begriffe von Verteilungsgerechtigkeit, durch die als normative Kriterien guter Entscheidungen im Fall von Verteilungsentscheidungen verschiedene Gerechtigkeitsprinzipien erkennbar werden. Dies greift die wichtigsten Erkenntnisse meiner Diplomarbeit (Greiner 2011) auf und begründet auf dieser Basis, warum Verteilungsentscheidungen auch in der Pflege als besondere Art von Entscheidungen mit hoher ethischer Komplexität in Auseinandersetzung mit verschiedenen, oft gegensätzlichen Interessen und Ansprüchen verstanden werden sollten, was das zuvor beschriebene, schon rein deskriptiv komplexe Entscheidungshandeln zusätzlich kompliziert.

Nach der Darstellung der wichtigsten Theorien und Begriffe zum Entscheiden in komplexen Situationen betrachtet Unterkapitel 3.2 professionelles Pflegehandeln als normativen Anspruch auch in Verteilungsentscheidungen unter verschiedenen Perspektiven: Zunächst beleuchtet Abschnitt 3.2.1 kritisch, inwieweit Pflegehandeln in Entscheidungssituationen als **bewusstes Problemlösen** in Abwägung rational begründbarer Argumente verstanden werden kann und sollte. Im Anschluss daran wird auf Grundlage von Friesacher (2008) dargestellt, welche Auswirkungen ein Pflegeverständnis mit sich bringt, das Pflege vornehmlich als Problemlösung auf der Basis von Faktenwissen interpretiert. Im folgenden Abschnitt 3.2.2 wird Pflege unter anderem in Anschluss an Oevermann (u. a. 2002) und Darmann-Finck (2012) als **situatives Fallverstehen** im Arbeitsbündnis mit den zu pflegenden Menschen in einer stellvertretenden Bewältigung von Krisen definiert. In einer weiteren Perspektive beschreibt Abschnitt 3.2.3 unter Bezug auf Remmers (u. a. 2000) und Friesacher (2008) Pflege als **fürsorgende, auch körperlich-leibliche Beziehungsarbeit**, in der die Pflegenden durch die Besonderheit der Pflegebeziehung als asymmetrischer Abhängigkeitsbeziehung in diesen Entscheidungen eine besondere, stellvertretend-anwaltschaftliche Fürsorge-Verantwortung gegenüber pflegebedürftigen Menschen tragen. Bei einem einseitigen Verständnis von Pflege als fürsorgendem Handeln im Sinne von schwerer Fürsorge (Friesacher 2008) besteht dabei unter anderem die Gefahr der fehlenden Distanz, die eine professionelle Pflegebeziehung neben der Nähe zu den Betroffenen erfordert.

In der weiteren Perspektive auf professionelles Pflegehandeln in Abschnitt 3.2.4 geht es daher um die Notwendigkeit einer **kritischen Reflexion** des eigenen Handelns und Entscheidens. Zum einen muss beim professionellen Pflegehandeln in jeder Verteilungsentscheidung zwischen rationalen, überindividuellen Gerechtigkeitsaspekten sowie individuellen, zum Teil intuitiven Wahrnehmungen des Einzelfalles abgewogen werden (u. a. Greiner 2011). Zum anderen werden pflegerische Entscheidungen zum Teil unter schwierigen Rahmenbedingungen getroffen, die geprägt sind durch rechtliche Anforderungen, ökonomische Zwänge und ständigen Zeitmangel (u. a.

Friesacher 2008). Unter diesen Voraussetzungen besteht die Gefahr, dass Pflegende die Balance zwischen bedürfnisorientierter, fürsorglicher Pflege und dem Druck, dass die Bewohner:innen trotz Zeit- und Personalmangels „irgendwie versorgt" (IP) werden, als innere „Zerrissenheit" (Schniering 2021) erleben, die sie nicht dauerhaft aushalten und unter Umständen dadurch psychisch oder physisch krank werden können. Eine kritisch-reflexive Haltung kann helfen, diese Widersprüche zu erkennen und für das eigene Handeln eine ethische Grundlage zu schaffen, die sogar den Ausstieg aus den defizitären Bedingungen erfordern kann.

Das **vierte Kapitel** stellt den **empirischen Forschungsstand** zur vorliegenden Forschungsfrage vor: Nach einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten empirischen Erkenntnisse vor allem zu ärztlichen Verteilungsentscheidungen werden, ausgehend von einer umfangreichen Literaturrecherche, qualitative und quantitative Ergebnisse aus empirischen Forschungsprojekten zu Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene der Pflege, hierbei zunächst der Pflege im Krankenhaus, analysiert. Aus Reviews und Studien zu verschiedenen Priorisierungs- und Rationierungskriterien folgen Erkenntnisse zu förderlichen oder hinderlichen Rahmenbedingungen sowie typischen Vorurteilen, die Verteilungsentscheidungen in der Pflege im klinischen Kontext beeinflussen. Anschließend werden zwei qualitative Studien näher betrachtet, die das Erleben von Entscheidungen untersuchen – allerdings im klinischen Setting und mit dem Fokus auf klinisch-diagnostischen Entscheidungen. Zu den Folgen von Rationierungsentscheidungen für Patient:innen und Pflegende lassen sich mehrere umfangreiche Studien identifizieren, die sich allerdings ebenfalls auf den Krankenhaussektor beschränken. Abschließend können Studien zu Vorkommen, Kriterien und Auswirkungen von Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege auf der Grundlage eines Reviews von Ludlow et al. (2021) vorgestellt werden.

Das **fünfte Kapitel** dokumentiert das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit in vier Abschnitten: Zunächst stellt es dar, wie forschungsethische Grundsätze in den Phasen der Planung, Datenerhebung und Datenauswertung berücksichtigt wurden. Im zweiten Schritt expliziert es methodologische Grundannahmen, Kodierverfahren und das Kodierparadigma der Grounded Theory Methodologie (GTM) nach Strauss/Corbin (1996) und Mey/Mruck (2011). Der dritte Schritt stellt zunächst unter Bezugnahme auf Kluge (1999) Grundlagen und Ziele der Erstellung von Typologien aus empirischem Datenmaterial dar und diskutiert dann die konkreten Möglichkeiten der Konstruktion von Typen als Real- oder Idealtypen unter anderem im Anschluss an Max Weber (1904). Schließlich wird das „Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung" nach Kluge 1999 und Kelle/Kluge 2010 beschrieben, dem die vorliegende Arbeit weitgehend folgt. Der vierte und letzte Schritt stellt alle Phasen der praktischen Umsetzung der vorliegenden Untersuchung sowie dort auftretende Hindernisse und notwendige methodische Modifikationen ausführ-

lich dar. Besonderer Schwerpunkt ist hierbei das Vorgehen bei der Entwicklung der Entscheidungstypologie als zentralem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung.

Das **sechste Kapitel** präsentiert, der Gliederung des Kodierparadigmas der GTM folgend, die Ergebnisse der Auswertung der 16 im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Interviews. Das **zentrale Phänomen** der Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege im Spannungsfeld von wahrgenommener Entscheidungsfreiheit und emotionalem Engagement[10] wird dabei in Unterkapitel 6.1 zunächst nur grob skizziert, da es in Kapitel 7 im Rahmen der Vorstellung der Typologie der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden bei Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege[11] ausführlich erläutert wird. Unterkapitel 6.2 arbeitet die **Ursachen** des zentralen Phänomens der Verteilungsentscheidungen in der Pflege heraus, nämlich die mehr oder weniger natürlich begrenzte Verfügbarkeit aller materiellen Ressourcen, die gesellschaftlich erzeugte und rechtlich vorgegebene Ressourcenbegrenzung in der Pflege sowie die Verantwortung, die Pflegenden durch ihre professionelle Rolle im Rahmen von Verteilungsproblemen zuwächst. Anschließend beschreibt Unterkapitel 6.3 verschiedene **Rahmenbedingungen**, vor allem auf der institutionellen Mesoebene, aber auch auf der Mikroebene der einzelnen Entscheidungssituationen, die sich förderlich oder auch hinderlich auf Verteilungsentscheidungen auswirken. Zusätzlich dazu werden die in den Interviews thematisierten **Entscheidungsauslöser** als entweder plötzliche Zwischenfälle oder sich langsam entwickelnde Probleme unterschieden, sowie die besondere **Thematisierung von Zeit** in den Interviews als wichtigster, sowohl quantitativ knapper materieller, aber auch qualitativer Ressource in der Pflege diskutiert. Unterkapitel 6.4 stellt verschiedene **Strategien** im Prozess der Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung vor, die Pflegende für den Umgang mit Verteilungssituationen nutzen. Ausgangspunkt ist ein **Reaktionsmuster des initialen Schocks**, das in besonders anspruchsvollen und emotional belastenden Entscheidungssituationen und speziell bei ethischen Dilemmata unter Zeitdruck auftreten kann. Pflegende reagieren dabei zunächst entweder mit innerer Ambivalenz und Erstarrung oder innerer Verwirrung. Beide Reaktionen, die zunächst keine Entscheidung ermöglichen, lösen sich innerhalb kürzester Zeit in Richtung einer **Wahlstrategie** auf. Hierbei lassen sich zwei gegensätzliche Wahlmodi identifizieren: Zum einen beschreiben Pflegende den Entscheidungsprozess als autonome Wahl, die sie bewusst oder intuitiv treffen, zum anderen erleben sie den Entscheidungsprozess als freiwillig oder unfreiwillig fremdgesteuert, also heteronom. Abschließend wird die Bedeutung und Thematisierung der **Selbstsorge** für die Entschei-

[10] Im Folgenden wird das zentrale Phänomen auch verkürzt als Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege bezeichnet.

[11] Im Folgenden wird diese kurz als Entscheidungstypologie bezeichnet.

dungsstrategien von Pflegenden analysiert: Sie bewegt sich zwischen emotionaler Abgrenzung als bewusstem und unbewusstem Selbstschutz und bewusster oder unbewusster Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Unterkapitel 6.5 stellt die Konsequenzen von Verteilungsentscheidungen für Bewohner:innen vor – hier zeigen sich in den im Datenmaterial beschriebenen Priorisierungen und Rationierungen Parallelen zu den im Forschungsstand festgestellten Tendenzen, welche pflegerischen Aufgaben und Maßnahmen als eher wichtig oder unwichtig beurteilt werden. Ebenfalls zu den Konsequenzen von Verteilungsentscheidungen zählen die vorwiegend emotionalen Folgen, die herausfordernde Entscheidungssituationen für Pflegende haben.

Das **siebte Kapitel** fokussiert schließlich auf das zentrale Phänomen der Verteilungsentscheidungen von Pflegenden und stellt die erwähnte **Entscheidungstypologie** ausführlich dar. Das Entscheidungserleben und -handeln der Pflegenden ist dabei auf der einen Seite geprägt durch das wahrgenommene Maß an Entscheidungsfreiheit zwischen den Extremen von Heteronomie und Autonomie. Auf der anderen Seite spielt in Verteilungsentscheidungen der Grad des situativen, emotionalen Engagements der Pflegenden in der Verteilungssituation, unter anderem gegenüber den von der Entscheidung potenziell Betroffenen, eine zentrale Rolle. Es bewegt sich zwischen den Extremen emotionaler Abgrenzung und emotionaler Involviertheit. Diese zwei Merkmale bilden einen Merkmalsraum, in dem sich fünf empirisch gegründete Idealtypen nach Kluge (1999; s. Abschnitt 5.3.3) verorten und charakterisieren lassen. In den **Typen des überwältigten und konformistischen (Nicht-)Entscheidens** erleben sich Pflegende in Verteilungssituationen als fremdbestimmt, während die **Typen des ermächtigten und autokratischen Entscheidens** durch ein maximales Gefühl der Autonomie geprägt sind. Der ermächtige und überwältigte Entscheidungstyp sind dabei emotional stark in die Verteilungssituation involviert, der autokratische und konformistische Entscheidungstyp zeichnen sich dagegen durch starke emotionale Abgrenzung gegenüber der Situation und der von der Entscheidung potenziell Betroffenen aus. Der fünfte Entscheidungstyp des **flexibel-reflexiven Entscheidens** positioniert sich bei einem hohen, aber nicht maximalen Autonomiegefühl sowie einem mittleren emotionalen Engagement mit flexibler Orientierung in beide Ausprägungen dieses Merkmals. In einer normativen Deutung kann dieser Typ als anzustrebender Handlungstyp verstanden werden, der Voraussetzung für gute Verteilungsentscheidungen ist.

Das **achte Kapitel** fasst in Unterkapitel 8.1 die zentralen Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung in der Auseinandersetzung mit dem theoretischen und empirischen Forschungsstand zusammen und diskutiert, inwieweit diese zur Erweiterung des Wissens zu pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege und in anderen Settings beitragen können. Anschließend erfolgt in Unterkapitel 8.2 eine kritische Reflexion der Limitationen und

Forschungsdesiderate der entwickelten Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege.

Das **Fazit** resümiert zunächst in Unterkapitel 9.1 die Kernelemente der entwickelten Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege und führt auf ihrer Grundlage drei normative Perspektiven weiter aus: Unterkapitel 9.2 fasst mit Blick auf die institutionelle Mesoebene von Verteilungsentscheidungen zusammen, welche zentralen Bedingungen und Maßnahmen als sinnvoll erachtet werden können, um gute Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene zu ermöglichen. Unterkapitel 9.3 unternimmt den Versuch, die Frage zu beantworten, was im Licht der gewonnenen Erkenntnisse eine gute pflegerische Verteilungsentscheidung charakterisiert. Unterkapitel 9.4 diskutiert, welche pflegepädagogischen Ansätze sich aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Vermittlung und Entwicklung von Entscheidungskompetenz ableiten lassen. Die Untersuchung endet mit einem Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf.

2. Untersuchungsfeld stationäre Langzeitpflege

2.1. Definition

Auch wenn der Begriff der stationären Langzeitpflege im allgemeinen Sprachgebrauch oft mit den Begriffen Altenheim oder Pflegeheim gleichgesetzt wird und rechtlich nicht klar definiert ist, können damit verschiedene Versorgungsformen zusammengefasst werden, die bestimmte Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede aufweisen. Im Folgenden wird daher genauer eingegrenzt, welche Versorgungssettings im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gelten und wie diese sich von anderen Versorgungs- und Pflegesettings abgrenzen.

Eine eher kurze, international anerkannte Definition von Langzeitpflege (engl. „long term care“) bietet die OECD (2005). Empfänger:innen von Langzeitpflege sind demnach auf Grund von chronischen, physischen oder psychischen Einschränkungen über einen längeren Zeitraum abhängig sowohl von Unterstützung bei ihren Aktivitäten des täglichen Lebens („Activities of Daily Living (ADLs)“, OECD 2005: 17) als auch bei der medizinischen Grundversorgung (ebd.). Für Deutschland gibt es seit 2018 nur noch länderspezifische Definitionen für das Setting der stationären Langzeitpflege. Im bis dahin deutschlandweit gültigen Heimgesetz (2001) fand sich folgende Definition:

> „Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen

> oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.“ (§ 1 HeimG 2001)

Abgesehen von der Einschränkung der Volljährigkeit umfasst nach dieser Definition also die Langzeitpflege in „Heimen“ in Deutschland vergleichbar mit der OECD-Definition eine alters- und erkrankungsunabhängige Unterbringung und umfassende Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf in dafür vorgesehenen Einrichtungen.

Die Begriffe Langzeitpflege und Langzeitversorgung werden oft synonym verwendet. Mit dem Begriff „Langzeitpflege“ liegt der Fokus stärker auf der Unterstützung und Versorgung durch beruflich Pflegende, während unter dem Begriff „Langzeitversorgung“ eher übergreifend die Sicherstellung verschiedener Versorgungsanforderungen verstanden werden kann. Hierzu können neben Pflege auch hauswirtschaftliche Hilfen, Wohnen oder Ernährung gehören, die häufig durch verschiedene Berufsgruppen geleistet werden. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf beruflich Pflegenden liegt, wird im Folgenden der Begriff „stationäre Langzeitpflege“ verwendet.

Während das Kernverständnis der stationären Langzeitpflege als „Pflegeheim“ eine 24-Stunden-Versorgung in einer Pflegeeinrichtung mit verschiedenen Unterstützungs- und Pflegeangeboten umfasst, werden in vielen Bundesländern auch Tagespflegen als (teil-)stationäre Einrichtungen gewertet und fallen unter die entsprechenden Heim-Gesetze (vgl. zum Beispiel das Bremische Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG 2022). Auch Wohnangebote für Menschen mit Behinderung können als stationäre Langzeitpflege verstanden werden, wenn an einem dafür vorgesehenen Ort unter anderem pflegerische Unterstützung durch professionelle Akteure für mehrere unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen geleistet wird.

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen werden in der vorliegenden Arbeit solche pflegerischen Versorgungsformen als **Settings der stationären Langzeitpflege** verstanden, bei denen eine wechselnde Personengruppe von erwachsenen Menschen mit mehr oder weniger ausgeprägtem Pflege- und Unterstützungsbedarf in einer baulich zusammenhängenden und dafür vorgesehenen Einrichtung lebt oder dort regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum hinweg (Tagespflege) versorgt wird. Die Versorgung wird dabei in der Regel in der Zusammenarbeit von beruflich Pflegenden mit anderen Berufsgruppen geleistet und umfasst Maßnahmen zur Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie medizinische Maßnahmen. Sowohl die Versorgungs- als auch die Wohnangebote werden dabei durch den Träger der Einrichtung gegen Entgelt bereitgestellt.

Die Wahl des Settings der stationären Langzeitpflege für die Analyse von pflegerischen Verteilungsentscheidungen erfolgte vor allem auf Grund der in Unterkapitel 1.1 beschriebenen Gleichzeitigkeit der Verantwortung der entscheidenden Pflegenden für eine Gruppe von pflegebedürf-

tigen Menschen, die sich an einem Ort befinden, sowie der hohen Entscheidungsspielräume der Pflegenden in diesem Setting (s. Unterkapitel 2.4).

In Abgrenzung hierzu ist die professionelle **ambulante Pflege** (verstanden als unter anderem pflegerische Versorgung von Menschen in ihrer Häuslichkeit über einen oder mehrere Stadtteile oder Dörfer verteilt; vgl. Schniering 2021: 52f.) deutlich stärker als die stationäre Langzeitpflege nach Versorgungsverträgen und Leistungskomplexen strukturiert und organisiert sich damit eher verrichtungsorientiert (Wingenfeld 2017: 74). Entsprechend sind auch die inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben der Pflegenden restriktiver, auch wenn sie gewisse Entscheidungsspielräume zulassen (Rinderspacher et al. 2009). Durch die räumliche Trennung der einzelnen Klient:innen erfolgt deren (pflegerische) Versorgung zudem nacheinander, in der Regel festgelegt durch Einsatz- oder Tourenpläne (Scheele-Schäfer 2002). Die Verbindung der räumlichen Trennung der zu pflegenden Personen mit einem geringeren Entscheidungsspielraum der beruflich Pflegenden bezüglich zeitlichem Umfang und Inhalt der pflegerischen Versorgung führt dazu, dass Verteilungsentscheidungen im ambulanten Setting unter signifikant anderen Rahmenbedingungen als in der stationären Langzeitpflege getroffen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich daher nur bedingt auf das ambulante Pflegesetting übertragen. Im Rahmen der Datenerhebung durch leitfadengestützte Interviews (s. Abschnitt 5.4.2) wurde daher zwar ein Fall aus dem ambulanten Setting als Kontrastfall erhoben, die dort beschriebenen Verteilungssituationen flossen jedoch nicht weiter in die Theorieentwicklung ein.

2.2. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Anforderungen

Auch wenn die statistischen Prognosen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, verbindet sie doch die Erkenntnis, dass der Anteil der über 80jährigen Menschen an der deutschen Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen wird. Da das Risiko für Pflegebedürftigkeit bei über 80jährigen Menschen erheblich höher ist als in früheren Lebensphasen,[12] ist leicht zu erkennen, dass bei steigender Lebenserwartung in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2023a) der Bedarf an pflegerischer Versorgung ebenfalls steigen wird (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2023). Schaut man dabei alleine auf die Zahlen, spielt die **Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege** im Vergleich zur häuslichen Versorgung durch An- und Zugehörige nur eine untergeordnete Rolle: Von den fast 5 Millionen Menschen, die 2021 als pflegebedürftig galten, wurde fast die Hälfte allein durch pflegende An- und Zugehörige ver-

[12] Während das Risiko bei 60-80jährigen bei 8,4 % liegt, liegt es bei über 80jährigen bei 41,7 % (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2023:19).

sorgt und nur ca. 6 % in der vollstationären Pflege (vgl. Statistisches Bundesamt 2023b, eigene Berechnungen).

Dabei ist das gesellschaftliche Bild und die Ausgestaltung von Angeboten der stationären Langzeitpflege im Wandel und passt sich sowohl an gesellschaftliche, aber auch, wie in diesem Kapitel zu zeigen ist, an marktwirtschaftliche Entwicklungen an (vgl. Sowinski/Ivanova 2014). Trotz eines relativ geringen Anteils an der Gesamtversorgung von pflegebedürftigen Menschen ist davon auszugehen, dass stationäre Langzeitpflege im Sinne der Kopplung von Wohn-, Pflege- und Betreuungsangeboten ein wichtiger Baustein im Gesamtangebot an Pflegeleistungen bleibt, da sie die Bedarfe von bestimmten Zielgruppen mit hohem Grad an Pflegebedürftigkeit abdeckt (Schulz-Nieswandt 2020). Diese Prognose wird dadurch gestützt, dass die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen seit Erhebungsbeginn 2009 jedes Jahr weiter ansteigt. 2021 waren zuletzt ca. 16.100 Einrichtungen gemeldet (Statistisches Bundesamt 2023c).

Der Wandel der stationären Langzeitpflege steht im Zusammenhang mit der Veränderung und Erweiterung der **Definition von Pflegebedürftigkeit** seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995: Zunächst orientierte sich der Begriff vor allem an funktionellen Unterstützungsbedarfen im Bereich körperlicher Versorgung. Damit einher ging ein eher auf vordefinierte Tätigkeiten fokussiertes Verständnis von Pflege (Auth 2013). Da nach dieser Definition viele Menschen mit faktischem Unterstützungs- und Pflegebedarf nicht als pflegebedürftig galten, wurde die Definition um den Pflegebedarf durch eingeschränkte Alltagskompetenz erweitert. Erst mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden 2017 explizit auch die Bedarfe von demenziell Erkrankten in die Pflegebedürftigkeitsdefinition aufgenommen (Auth 2019: 6f.). Nachdem die Zahl der Leistungsempfänger aus der Pflegeversicherung seit 1995 nur moderat anstieg, stieg mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Zahl der Leistungsempfänger von 2015 bis 2021 um über 70 % an (vgl. BMG 2023, eigene Berechnungen). Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung um ca. 85 % (vgl. BMG 2023, eigene Berechnungen). Da mit dieser Entwicklung eine zumindest anteilige Refinanzierung der individuell erforderlichen Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Demenz ermöglicht wurde, konnten und können sich auch Angebote der stationären Langzeitpflege stärker auf diese Personengruppe(n) ausrichten.

Neben demografischen und politischen Entwicklungen, die zu einer Erweiterung der Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen geführt haben, haben sich auch die **fachlichen Ansprüche an die (professionelle) Pflege** in den vergangenen Jahrzehnten verändert und erweitert: Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung steigt auch der Anteil von Menschen mit multiplen, schweren, nicht zuletzt demenziellen Erkrankungen. Erst in der Spätphase der

Erkrankung mit entsprechend erheblichen Einschränkungen und medizinisch-pflegerischen Bedarfen werden diese Menschen in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen (vgl. BMG 2023: 2; Isfort et al. 2018: 58). In dieser Phase benötigen sie komplexe, oft zeit- und personalaufwändige Unterstützungsleistungen. Diese können zum Großteil nur von erfahrenen Pflegefachkräften oder sogar von Personal mit umfangreichen Fachweiterbildungen (zum Beispiel Wundmanagement, Case- und Caremanagement, Palliative Care) und/oder hochschulisch ausgebildeten Pflegenden, ggf. in Zusammenarbeit mit Therapeut:innen aus anderen Gebieten, ausgeführt werden. Neben pflegefachlichen, administrativen oder medizinischen Kompetenzen sind hierbei nach Riedel et al. (2022) auch ethische Kompetenzen erforderlich, um das eigene Pflegehandeln begründen und rechtfertigen zu können, mit moralischen Belastungen umzugehen und ein „ethisch fundierte[s] pflegeberufliche[s] Selbstverständnis […] zu entwickeln“ (Riedel et al. 2022: 390). In der stationären Langzeitpflege treten diese besonderen ethischen Herausforderungen oft in Bezug auf palliative Versorgung (Lilie et al. 2018) und die Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz auf (Evers 2012).

Diesem absehbaren Mehrbedarf an Angeboten zur pflegerischen Versorgung durch qualifiziertes Pflegepersonal steht ein erheblicher **Personalmangel** vor allem an qualifizierten Pflegefachkräften gegenüber: 2023 standen 100 gemeldeten Stellenangeboten 44 gemeldete arbeitssuchende Pflegefachkräfte gegenüber, während es 2019 „nur etwa halb so viele“ waren (Bundesagentur für Arbeit (BfA) 2024: 20). Bei Pflegehilfskräften ist das Verhältnis umgekehrt: 2023 standen 100 gemeldeten Stellen 380 arbeitssuchende Pflegehilfskräfte gegenüber (ebd.). In einer Befragung von Leitungskräften in der Pflege gaben fast 59 % der Befragten an, Schwierigkeiten zu haben, geeignete Fachkräfte zu finden. Für Hilfskräfte gaben dies nur 39 % der Befragten an (Eggert/Teubner 2023: 10). Ein ähnliches Bild zeigt sich im Pflege-Thermometer 2018 (Isfort et al. 2018: 64ff.). Gerade in der stationären Langzeitpflege hat sich der Personalmangel in den vergangenen Jahren zumindest nicht noch weiter verschärft: In einer settingübergreifenden Studie zur Situation des Pflegepersonals in Baden-Württemberg (Klie et al. 2023) konnte zwar gezeigt werden, dass vor allem im Bereich der Fachkräfte weiter der Bedarf das Angebot übersteigt, sodass viele Einrichtungen Stellen nicht besetzen konnten und auf Personal von Zeitarbeitsfirmen zurückgreifen mussten (ebd.: 12). Größere, auch pandemiebedingte Kündigungswellen konnten in der Studie allerdings nicht festgestellt werden, und auch die Verweildauer im Beruf war in der stationären Langzeitpflege verhältnismäßig hoch: Drei Viertel aller Beschäftigen in Altenpflegeeinrichtungen sind bereits 10 Jahre oder länger in ihrem Beruf tätig (ebd.: 89) – entsprechend sind viele Beschäftigte bereits 55 Jahre alt oder älter, so dass die Zahl altersbedingter Austritte durch entsprechende Erhöhung der Ausbildungskapazitäten kompensiert werden muss (ebd.: 87).

Eine weitere gesellschaftliche Entwicklung, die die Pflege auf verschiedenen Ebenen beeinflusst und verändert, ist die zunehmende **Ökonomisierung**: Pflege sieht sich in den letzten Jahren mit einer „Transformation“ (Remmers 2010) ihrer beruflichen Praxis hin zu einer zweckrationalen, funktionalen Effizienzorientierung mit entsprechender Zeitökonomie konfrontiert. Begleitet wird diese Transformation durch Prozesse der Digitalisierung und Technisierung, die eine rationale, quantitative Verfügbarkeit von Pflegearbeit voraussetzen und verstärken:

> „Technisierung im Pflegebereich dient zur Unterstützung körperlich schwerer Arbeit und auch der Informationsspeicherung, Kommunikation und Koordinierung. Technisierung, insbesondere Digitalisierung, fördert unvermeidlich auch die Verstärkung zeitökonomischer Kalküle. Für Digitalisierung wird heute mit dem Versprechen geworben, dass Pflegekräfte wegen der durch sie verbesserten Effizienz mehr Zeit für das Menschliche hätten. Dies Versprechen zu erfüllen wäre aber nur möglich, wenn die Paradoxien der Vermarktlichung des Sozialwesens erkannt und aufgelöst würden, indem technische Rationalisierungsgewinne nicht abgeschöpft, sondern der Interaktionsarbeit in der Pflege zeitlich zur Verfügung gestellt würden“. (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019: 159f.)

Die dargestellte marktwirtschaftliche Perspektive auf Pflegearbeit ist nur schwer vereinbar mit einem Verständnis von Pflege als Interaktions- und Sorgearbeit, die sich nicht auf quantifizierbare Tätigkeitskataloge reduzieren lässt (ebd., vgl. Aulenbacher/Dammayr 2014; Aulenbacher et al. 2018; Friesacher 2008; Remmers 2010; Schniering 2021; vgl. auch Abschnitt 3.2.4.2).

Die zunehmende Ökonomisierung der Pflege führt in der stationären Langzeitpflege zu einer **Verschiebung des Aufgabenschwerpunktes** von Pflegefachkräften **auf bewohnerferne, administrative Tätigkeiten** (Hielscher et al. 2013: 66ff.). Die vermeintlich einfachen Aufgaben in der direkten Pflege werden dabei zunehmend durch an- oder ungelernte, kostengünstigere Hilfskräfte übernommen (ebd., vgl. auch Auth 2013). Abgesehen von den Folgen für die Versorgungsqualität bedeutet diese künstliche Fragmentierung pflegerischer Arbeit zumindest für Pflegefachkräfte eine Verknappung der Zeit in der Interaktionsarbeit mit den Bewohner:innen, in denen wesentliche Aspekte der Pflegearbeit (s. Abschnitt 3.2.2 und 3.2.3) überhaupt erst zum Tragen kommen und entsprechend stärker berücksichtigt werden sollten (Zenz/Becke 2020).

Speziell im Bereich der Altenpflege geht die Ökonomisierung der Pflege einher mit **Prekarisierungstendenzen** in Form von geringem Lohnniveau, hohem Teilzeit- und Hilfskräfteanteil und hoher psychischer und physischer Arbeitsbelastung, oft mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen und Berufsausstieg (Auth 2013; s. Unterkapitel 2.3; ähnlich auch Hielscher et al. 2013).

Verschiedene politische Maßnahmen wie die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung 2020 (Pflegeberufegesetz (PflBG)), die Erhöhung des Pflegemindestlohnes 2021 (Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (4. PflegeArbbV)), die Tarifbindung der Pflege 2022 (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)) sowie die

Einführung der neuen Personalbemessung 2023 (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (PeBeM; § 113c SGB XI)) sollen die Attraktivität des Pflegeberufes erhöhen, die Kompetenzen von Pflegefach- und Hilfskräften stärken und erweitern und der Fragmentierung und Prekarisierung der Pflege entgegenwirken. Denn obwohl Pflegende selbst ihre Arbeit als sehr sinnvoll erachten, hat der Pflegeberuf im Allgemeinen – und im Besonderen die Arbeit in der Altenpflege – trotz der genannten Maßnahmen weiter eine eher **geringe gesellschaftliche Anerkennung** (Rothgang et al. 2020: 157f.), und Pflegende haben oft das Gefühl, ihre Situation auf politischer Ebene nur wenig beeinflussen zu können (Becker 2016: 152).

Die beschriebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen wirken sich mehr oder weniger direkt auf die Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege aus. Im folgenden Unterkapitel werden diese sowie die daraus resultierenden gesundheitlichen Belastungen anhand von empirischen Studien dargestellt.

2.3. Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen

Der Barmer Pflegereport (Rothgang et al. 2020), der auf Auswertungen von Daten der Barmer Ersatzkasse, der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Bundesinstitut für Berufsbildung beruht, konstatiert: „Pflegekräfte sind häufiger mit Zeitdruck und Hetze konfrontiert als Beschäftigte in anderen Berufen […] und fühlen sich dadurch auch häufiger belastet“ (ebd.: 155). Speziell für die stationäre Langzeitpflege in Deutschland wurde 2003 in der NEXT-Studie, einer Befragung von knapp 40.000 Pflegekräften aus zehn europäischen Ländern, festgestellt, dass Pflegende dort im Vergleich zu anderen Pflegesettings wie Krankenhaus, Psychiatrie oder ambulanter Pflege von einer besonders **hohen quantitativen Arbeitsbelastung** betroffen sind. Die Studie zählte dazu vor allem ständigen Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und häufige Arbeitsunterbrechungen (Simon et al. 2005: 14f.). Dies deckt sich auch mit neueren Studienergebnissen: In einer Befragung von knapp 300 Beschäftigten (vor allem Pflegende sowie Hauswirtschafts- und Betreuungskräfte) in acht Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit direktem Kontakt zu Bewohner:innen gaben die Befragten ihren Gesundheitszustand 2011 zwar als insgesamt eher gut an, berichteten aber gleichzeitig von einer hohen wahrgenommenen Arbeitsbelastung, vor allem durch psychische Stressoren, allen voran Zeitdruck, Unterbrechung der Pause oder Unterbrechung begonnener Tätigkeiten (Brause et al. 2013: 27).

Neben der quantitativen Arbeitsbelastung werden auch die Arbeitszeiten in der Pflege als psychisch belastend beschrieben: Pflegende machen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besonders häufig Überstunden, springen bei Personalausfällen kurzfristig ein und arbeiten sehr oft im Schicht- und Wochenendbetrieb. Vor allem auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf

sowie soziale Kontakte wirkt sich dies negativ aus (Kraft/Drossel 2019: 42, vgl. auch Rothgang et al. 2020: 154; Isfort et al. 2018: 67f.).

Ihre Arbeitsaufgaben erleben Pflegende aller Versorgungssettings als komplex und herausfordernd – vor allem Altenpflegehilfskräfte fühlen sich dabei überdurchschnittlich häufig fachlich überfordert (Rothgang et al. 2020: 151ff.). Alle Pflegenden in der Altenpflege beschreiben eine besonders **hohe emotionale Belastung** (Rothgang et al. 2020: 153f.). Konkretisiert wird dies im Pflege-Thermometer 2018, in dem 1067 Leitungskräfte aus stationären Altenpflegeeinrichtungen befragt wurden: Die Leitungskräfte berichteten über eine stark zunehmende Belastung des Pflegepersonals durch Bewohner:innen mit herausfordernden Verhaltensweisen, durch steigende fachliche Anforderungen für Grund- und Behandlungspflege, durch Beratung von und Konflikten mit An- und Zugehörigen sowie durch Aufgaben, die in Verbindung mit der Versorgung und Pflege Sterbender stehen (Isfort et al. 2018: 67f.). Auch wenn in der NEXT-Studie (Simon et al. 2005), möglicherweise bedingt durch ihren Hauptfokus auf die Untersuchung von Berufsausstiegen, vor allem negative Arbeitsbedingungen und Belastungsfaktoren identifiziert wurden, konnten für die stationäre Langzeitpflege im Vergleich mit anderen Settings auch Stärken herausgearbeitet werden. Neben Vorteilen bei der Arbeitsorganisation bewerteten Pflegende aus eher kleinen Einrichtungen mit weniger als 50 Mitarbeitenden die Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte als positiv – im Gegensatz zu Pflegenden aus größeren Einrichtungen (ebd.: 25ff.).

Neben der psychischen Arbeitsbelastung ist Pflegearbeit auch **körperlich anstrengend**, denn sie ist geprägt durch häufiges Stehen, Arbeiten in Zwangshaltung sowie schweres Heben und Tragen, was zu einer hohen Belastung des Bewegungsapparates führt (Rothgang et al. 2020: 145ff.; ähnlich Simon et al. 2005: 16ff.).

Die dauerhaft hohen, vielfältigen Belastungen von Pflegenden wirken sich spürbar auf ihre **körperliche und psychische Gesundheit** aus: Bereits in der NEXT-Studie wiesen Befragte aus der stationären Langzeitpflege im Vergleich der Settings die höchsten Werte bei den Fragen auf, die mit einem Burnout assoziiert werden können, darunter häufige Müdigkeit, körperliche oder emotionale Erschöpfung (Simon et al. 2005: 46f., ähnlich Brause et al. 2013: 25; Isfort et al. 2018: 69ff.). In einer settingübergreifenden Studie der Techniker Krankenkasse zu Gesundheitsdaten von Pflegenden konnte gezeigt werden, dass Pflegende durchschnittlich acht Tage pro Jahr länger krankgeschrieben werden als der Durchschnitt aller anderen Berufsgruppen. Ebenfalls hoch war der Anteil an Krankschreibungen auf Grund von psychischen Erkrankungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates, dies vor allem bei weiblichen Pflegenden (Techniker Krankenkasse 2019: 3; vgl. Meyer/Meschede 2016: 377).

Vor allem der Zeit- und Personalmangel der Pflegenden, der in verschiedenen Studien als zentraler und zunehmender Belastungsfaktor herausgestellt wird, stellt die Pflegenden vor die Herausforderung, zwischen den oft als defizitär erlebten institutionellen Rahmenbedingungen und Ansprüchen, den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie den eigenen Ansprüchen an gute Pflegearbeit zu vermitteln. In einer qualitativen Studie zum „Ethos fürsorglicher Praxis" von Kumbruck (2010) berichten Pflegende, dass sie sich punktuell und bewusst über institutionelle Vorgaben hinwegsetzen und dabei auch in Konflikt mit Vorgesetzen geraten, um ihre Vorstellung von angemessener, menschenwürdiger Pflege umsetzen zu können. Der dauerhafte, „nicht lösbare Konflikt führt zu psychischen Belastungen, die in der Pflege notorisch sind." (Kumbruck 2010: 226). Neben den bereits beschriebenen psychischen und physischen Erkrankungen berichtet Kumbruck von **Frustration und emotionaler Distanzierung** der Pflegenden in Anbetracht des Gefühls, ausgenutzt zu werden (ebd.: 210ff.).[13]

Nicht alle befragten Pflegenden können und wollen sich langfristig mit den widersprüchlichen Anforderungen des Berufs auseinandersetzen: „Manche Pflegekräfte hatten nur die Option, die Einrichtung zu wechseln, um anders handeln und behandeln zu können." (Kumbruck 2010: 219). In der NEXT-Studie gaben 25 % der befragten Pflegekräfte aus der stationären Langzeitpflege an, häufig über einen **Wechsel der Einrichtung** oder sogar einen **Berufsausstieg** (19 %) nachzudenken (Simon et al. 2005: 52). Inzwischen ist außerdem ein Trend zur Abwanderung von beruflich Pflegenden in die **Leiharbeit** zu verzeichnen, in der sie bessere Arbeitsbedingungen erwarten und oft auch vorfinden (George 2020: 67). In Expert:inneninterviews fand George (2020) Hinweise darauf, dass sich Pflegeeinrichtungen durch den chronischen Personalmangel oftmals gezwungen sehen, auf dieses Leihpersonal zurückzugreifen, was aus Expert:innensicht sowohl mit erheblichen, nicht refinanzierten Kosten als auch mit weniger Kontinuität und damit geringerer Qualität der pflegerischen Versorgung einhergeht (George 2020: 68, vgl. Klie et al. 2023).

Neben den Auswirkungen auf die Pflegenden selbst haben die beschriebenen problematischen Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege auch Auswirkungen auf die Bewohner:innen. Neben Hinweisen auf Zusammenhänge zwischen Frustration, Stress und emotionaler Überforderung mit Gewaltanwendung gegenüber Bewohner:innen[14] zeitigen ständiger Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen **negative Auswirkungen auf Pflegequalität und Versorgungssicher-**

[13] Diese Phänomene beschreibt auch Kersting (2019) mit der Kälteellipse (s. Abschnitt 3.2.4.2).

[14] In Telefoninterviews mit über 1000 Leitungskräften aus stationären Pflegeeinrichtungen gaben 19 % an, dass es in den vergangenen 12 Monaten Vorkommnisse gab, in denen Mitarbeitende gegenüber Bewohner:innen Gewalt angewendet hatten. Ob diese Gewaltanwendungen aus den Arbeitsbedingungen resultieren, kann im Rahmen der Studie allerdings nicht festgestellt werden (Eggert/Teubner 2023: 6ff.).

heit. Bei kurz- oder längerfristigem Personal- und Zeitmangel können Pflegende ihre Aufgaben nicht nach fachlichen Standards, verspätet oder gar nicht durchführen. Da diese Auswirkungen eng mit der Wirkung von Verteilungsentscheidungen verknüpft sind, werden empirische Ergebnisse hierzu in Abschnitt 4.2.6 und Unterkapitel 4.3 dargestellt. Das folgende Unterkapitel beschreibt die Handlungs- und Entscheidungsspielräume von Pflegefach- und Hilfskräften in der stationären Langzeitpflege, die notwendig sind, um Verteilungsentscheidungen ethisch verantworten zu können – und zu müssen.

2.4. Entscheidungsspielräume von beruflich Pflegenden

Für die Untersuchung von pflegerischen Verteilungsentscheidungen eignet sich das Setting der stationären Langzeitpflege besonders gut, da hier beruflich Pflegende gleichzeitig und am gleichen Ort für mehrere, zum Teil existenziell von ihnen abhängige Menschen verantwortlich sind (s. Unterkapitel 2.1). Auch wenn die Entscheidungen der Pflegenden dabei immer in einer Abwägung von verschiedenen Interessen und Ansprüchen getroffen werden, bleibt ihnen ein relativ großer Entscheidungsspielraum in der Verteilung von Ressourcen. Dieser Spielraum ergibt sich unter anderem aus der **Organisation der pflegerischen Abläufe** in der stationären Langzeitpflege: Anders als in der ambulanten Pflege (s. ebd.) ist die stationäre Langzeitpflege dabei in der Regel zumindest theoretisch oft als Bezugs- oder Bereichspflege organisiert. In dieser Organisationsform sind bestimmte Pflegende für einen längeren Zeitraum entweder für einen festen Bereich oder für feste Bewohner:innen verantwortlich. Arbeitsorganisatorisch ist hierbei das Ziel, „Aufgabenbestandteile, die mit Blick auf die Ziele pflegerischer Aufgaben zusammengehören, zu integrieren und damit vollständige Pflegeaufgaben zu schaffen." (Glaser 2006: 48). Verbunden mit einer hohen Bewohner:innenorientierung der Pflegenden hat diese Form der Arbeitsorganisation für die Bewohner:innen verschiedene Vorteile wie einen kontinuierlichen Beziehungsaufbau zu den Pflegenden sowie mehr Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Vor allem für Pflegefachkräfte ermöglicht Bezugs- oder Bereichspflege mit vollständigen, nicht tayloristisch-funktional zerlegten Pflegeaufgaben eine hohe Eigenständigkeit in der Aufgaben- und Arbeitseinteilung (vgl. Glaser 2006).[15]

In der Pflegepraxis finden sich oft Mischsysteme aus verschiedenen Arbeitsorganisationsformen: Unter anderem durch gesetzliche (Personal-)Vorgaben, aber auch durch Fachkräftemangel,

[15] Während Pflegefachkräfte ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als eher durchschnittlich groß einschätzen, bewerten Hilfskräfte in der Altenpflege ihren Einfluss auf Arbeitseinteilung-, Menge und Zugang zu wichtigen Informationen als eher gering und erleben dies als Einschränkung und Belastung (Rothgang et al. 2020: 149). Sie berichten außerdem häufiger als andere Pflegende oder andere Berufsgruppen von fachlicher Überforderung (Rothgang et al. 2020: 153).

werden bewohner:innennahe Tätigkeiten, die nicht im Bereich der medizinischen Versorgung liegen, immer häufiger von un- oder angelernten Mitarbeiter:innen durchgeführt. Zusätzlich zu Fach- und Hilfskräften sind in der stationären Langzeitpflege auch noch andere Akteure wie Betreuungskräfte[16] oder Mitarbeiter:innen in Küche, Reinigung und Hauswirtschaft in die Versorgung der Bewohner:innen eingebunden. Der Aufgabenbereich von mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräften verschiebt sich dadurch zunehmend in Richtung administrativer, bewohner:innenferner und medizinischer Tätigkeiten (Hielscher et al. 2013: 54f., vgl. Unterkapitel 2.2).

Trotz dieser organisationsbedingten Teil-Segmentierung von Aufgaben und Verantwortungsbereichen, durch die das Ziel der vollständigen Pflegeaufgaben relativiert wird, steuern und verantworten Pflegefachkräfte doch grundsätzlich und auch im rechtlichen Sinne die Pflege, Versorgung und Betreuung der Bewohner:innen, für die sie verantwortlich sind. Diese grundsätzliche, persönliche **Verantwortung und Rechenschaftspflicht von Pflegenden** bezüglich ihres Handelns ist auch festgeschrieben im ICN-Ethikkodex (International Council of Nurses (ICN) 2021: 9ff.). Mitarbeiter:innen aus anderen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung wie Hauswirtschaft oder Betreuung übernehmen dabei ebenfalls Verantwortung für ihren Versorgungsbereich; für die pflegerische und medizinische Versorgung tragen aber die beruflich Pflegenden die auch rechtlich relevante Durchführungsverantwortung. Und anders als im Krankenhaus sind Berufsgruppen wie Ärzt:innen oder Therapeut:innen in der Regel nicht dauerhaft vor Ort und werden oft erst auf Initiative der Bewohner:innen selbst, deren An- und Zugehörigen oder der beruflich Pflegenden kontaktiert und angefordert (vgl. Kumbruck 2010: 216). Ärzt:innen oder Therapeut:innen können damit die Versorgung ergänzen und die beruflich Pflegenden bei ihrer Aufgabe unterstützen. Sie treten dabei aber als externe oder ambulante Dienstleister:innen mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Auftrag auf.

Der große **Entscheidungsspielraum** vor allem von Pflegefachkräften bezieht sich auch auf die Verteilung von Zeitressourcen: Der anerkannte Pflegegrad der einzelnen Bewohner:innen mit dem entsprechenden Pflege-Zeitwert dient bei der Planung der täglichen Pflegeaufgaben im stationären Setting eher als Richtwert, unter anderem, da er nur begrenzt dem tatsächlichen Pflegebedarf entspricht (Hielscher et al. 2013: 45).

Und auch der im Prinzip erwünschte Einbezug der Bewohner:innen bei wichtigen (Verteilungs-)Entscheidungen im Sinne des Shared Decision-Making (Messer 2013; Scheibler/Pfaff 2003) ist

[16] Einen Teil der Tagesgestaltung übernehmen seit der Einführung der Betreuungskräfte-Richtlinie (§ 43b SGB XI) angelernte Betreuungskräfte bzw. Alltagsbegleiter, die allerdings „nicht regelmäßig in grundpflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Maßnahmen der Behandlungspflege bleiben ausschließlich dafür qualifizierten Pflegekräften vorbehalten“ (GKV-Spitzenverband 2014: 4).

in der stationären Langzeitpflege oft begrenzt, wenn die Pflegebedürftigen nur noch eingeschränkt oder nicht mehr in der Lage sind, sich an Entscheidungen zu beteiligen oder ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Über Methoden wie die ethische Fallbesprechung können aber auch hier verschiedene Perspektiven in die Entscheidung der Pflegenden einfließen (Riedel et al. 2011).

Gerade zur rechtlichen Verantwortung zeigt sich, dass viele Pflegende oft unsicher sind, was sie aus rechtlicher Sicht tatsächlich entscheiden und durchführen dürfen. Hasseler et al. (2021) konstatieren, dass „in Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege auch Maßnahmen mit niedrigen Gefahrenpotenzialen oder auch der Pflegefachlichkeit zugehörige Aufgaben (z.B. Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Pflegeassessment, Pflegediagnosen) mit der Begründung abgelehnt [werden], dass diese aus rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden dürfen." (ebd.: 16). Richtig sei hierbei, dass auch durch das neue Pflegeberufegesetz viele rechtliche Fragen der Möglichkeit ärztlicher Delegation, der Bedeutung der neuen pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und insgesamt der Entscheidungsrahmen der stationären Langzeitpflege diffus bleiben. Dennoch besteht durch vertragliche Bindung mit den Bewohner:innen für die Pflegefachkräfte auch die „Verantwortung für eine bedarfsorientierte und rechtskonforme Versorgung der Bewohnenden in der stationären Langzeitpflege" (ebd.: 14).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass im beruflichen Alltag die (Verteilungs-)Entscheidungen von Pflegenden durch zahlreiche Faktoren wie Wünsche von Bewohner:innen oder organisatorische Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Oft schätzen Pflegende ihre rechtlichen Entscheidungsspielräume geringer ein, als sie tatsächlich sind, oder sie sind unsicher, was sie aus rechtlicher Sicht tun dürfen und was nicht. Trotz dieser Einschränkungen verfügen vor allem Pflegefachkräfte in der stationären Langzeitpflege strukturell bedingt über relativ große Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie eine rechtliche und fachliche Verantwortung für Sicherheit, Versorgung und Pflege der Bewohner:innen, für die sie je nach Pflegesystem zuständig sind. Beide Aspekte sind notwendige Voraussetzungen dafür, dass Pflegenden in Verteilungssituationen sowohl verschiedene Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, als auch, dass sie ihre Entscheidungen nicht zuletzt gegenüber den davon Betroffenen begründen können müssen.

2.5. Zusammenfassung

Die stationäre Langzeitpflege in Deutschland hat als ein wichtiges, bei weitem aber nicht größtes pflegerisches Setting die Aufgabe, eine umfassende Pflege, Versorgung und Betreuung von erwachsenen Menschen mit dauerhaftem Bedarf an Pflege- und Unterstützungsleistungen in dafür vorgesehen Einrichtungen sicherzustellen (s. Unterkapitel 2.1). Der demografische Wandel sowie gesetzliche Steuermaßnahmen führen dabei dazu, dass die Bewohner:innen, die in der stationären

Langzeitpflege versorgt werden, häufig einen sehr hohen und komplexen Pflegebedarf haben (BMG 2023). Entsprechend hoch sind die fachlichen Anforderungen vor allem an Pflegefachkräfte, deren Rolle sich dadurch verändert und erweitert. In einem Team mit verschiedenen Professionen und Qualifikationen sind sie für mehrere Bewohner:innen gleichzeitig verantwortlich und müssen Entscheidungen treffen, wie sie ihre Zeit und Aufmerksamkeit auf die zu versorgenden Menschen verteilen (s. Unterkapitel 2.4). Dies geschieht inzwischen unter schwierigen Rahmenbedingungen: Gesetzliche Vorgaben und der finanzielle Rahmen für die Pflege sind in stetigem Wandel – der allgemeine Druck zu Kostenbegrenzung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen führt (nicht nur) in der stationären Langzeitpflege zu einer zunehmenden Ökonomisierung und Prekarisierung der Pflegearbeit. Damit ist die Pflege in Gefahr, sich selbst auf die effiziente Erbringung von quantifizierbaren Einzelleistungen zu reduzieren und die Sorge- und Beziehungsarbeit zum Luxusgut zu erklären, für den im Pflegealltag häufig keine Zeit bleibt (u. a. Friesacher 2008; Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019; Remmers 2010). Denn Arbeitsverdichtung und Zeitmangel sind – auch durch den dauerhaften Mangel vor allem an Pflegefachkräften – in der stationären Langzeitpflege inzwischen noch vor den emotionalen und körperlichen Herausforderungen, die die Pflegearbeit ohnehin mit sich bringt, die Hauptbelastungsfaktoren in der Pflege. Sie prägen den Arbeitsalltag, beeinflussen die Qualität der Pflege und führen immer wieder auch zu schweren Erkrankungen und zum Berufsausstieg, der wiederum den Personalmangel verschärft (Rothgang et al. 2020; Simon et al. 2005; s. Unterkapitel 2.3).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken wurden unter anderem mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Pflegeausbildung Maßnahmen ergriffen, um die gesellschaftliche Anerkennung der Pflege im Allgemeinen und die vielfältigen Aufgaben und Kompetenzen von Pflege(fach)kräften im Besonderen zu stärken – auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen. Eine stärkere Anerkennung und Wertschätzung der Pflegearbeit als verantwortungsvolle und gesellschaftlich wichtige Aufgabe kann zwar zu einer finanziellen Besserstellung der Pflege auf der Makroebene und damit einer Verbesserung der Personal- und Zeitressourcen für Pflegearbeit in den Pflegeeinrichtungen führen. Die Aufgabe der konkreten Verteilung dieser Ressourcen bleibt aber immer auf der Mikroebene der einzelnen Pflegekraft. Gerade Pflegefachkräfte verfügen dabei jetzt schon neben hoher, auch rechtlicher Verantwortung über einen großen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, wie genau die verfügbaren Ressourcen an die Bewohner:innen verteilt werden (Hielscher et al. 2013, s. Unterkapitel 2.4). Dies eröffnet letztlich den Raum für das individuelle Entscheidungshandeln Pflegender in Verteilungssituationen, das die vorliegende Arbeit analysiert.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1. Entscheiden in komplexen Situationen

3.1.1. Grundlagen der Entscheidungstheorie

Das Treffen von Entscheidungen gehört zum menschlichen Alltag und betrifft praktisch alle Lebensbereiche. Verstanden als Reaktion auf als unvorteilhaft und veränderungsbedürftig erlebte Situationen führen Entscheidungen zu Veränderungen, die schwerwiegende Konsequenzen für die Entscheidenden selbst, aber auch für andere haben können. Aber bei Weitem nicht alle Entscheidungen, die Menschen im Lauf ihres Lebens treffen, werden als Entscheidungen mit großer Tragweite und spürbaren Konsequenzen erlebt. Ein Großteil der täglichen Entscheidungen resultiert aus dem Umgang mit Alltagsproblemen, die oft gar nicht bewusst wahrgenommen, analysiert und bearbeitet werden. Die unzähligen Alltagsentscheidungen machen jedoch den Unterschied zwischen erfolgreicher und misslungener Alltagsbewältigung aus. Entsprechend ist Entscheidungshandeln auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Motiven als Forschungsthema für praktisch alle Wissenschaftsbereiche relevant; es kann „von einer Art Massenphänomen gesprochen werden“ (Braun/Benz 2015: 17f.). Verteilungs- oder auch Allokationsentscheidungen, um die es in der vorliegenden Untersuchung geht, können dabei als eine Art von Entscheidungen verstanden werden, bei der begrenzte Ressourcen an eine Gruppe von Ressourcenempfängern („Menschen, Tiere und Institutionen“, Kersting 2000: 10) verteilt werden. Die folgenden Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen des Entscheidungshandelns beziehen sich daher auch auf das Treffen von Verteilungsentscheidungen. Mit den Spezifika von Verteilungsentscheidungen in der Pflege befasst sich zuerst Abschnitt 3.1.6.

Die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen und einzelnen Wissenschaftler:innen sind sich keineswegs einig, was genau eine Entscheidung ist. Entsprechend finden sich in den zahlreichen Veröffentlichungen zum Entscheidungshandeln unter anderem aus den Bereichen der Politikwissenschaft, Philosophie, Ökonomie, Betriebswirtschaftslehre, Medizin, Psychologie, aus Neuro- und Sozialwissenschaften eine Vielzahl von **Definitionen für Entscheidungshandeln**, die auf zum Teil gegensätzlichen Grundannahmen beruhen (Braun/Benz 2015: 21). Gemeinsam ist diesen Definitionen, dass sie Entscheidungshandeln von einfachem Verhalten und anderen Handlungsarten abgrenzen. Nach Weber/Winkelmann (1964) ist ein Verhalten dann Handeln, wenn „der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden“ (ebd.: 1). Allen Handlungen unterliegt demnach ein subjektiver Sinn des Handelnden. Im Unterschied zu anderen Handlungsarten ist Entscheidungshandeln darüber hinaus ein „mehr oder weniger überlegtes, bewusstes, abwägendes und zielorientiertes Handeln“ (Pfister et al. 2017: 2). Zum subjektiven Sinn tritt beim Entscheiden also die Voraussetzung von Bewusstheit und Ziel- oder

Zweckorientierung. Während bis zu diesem Punkt alle Entscheidungsdefinitionen vergleichbar sind, wird die Frage nach dem für eine Entscheidung notwendigen Maß von Bewusstheit, Zielorientierung und damit verbunden Rationalität des Entscheidens von den oben genannten Disziplinen sehr unterschiedlich beantwortet. Konkret geht es dabei vor allem um folgende Fragen: Kann ein Handeln, dass sich als strikte Regelbefolgung oder als unbewusstes Wiederholen von eingespielten Routinen realisiert, als Entscheidungshandeln gewertet werden? Kann eine Entscheidung auch vollständig unbewusst ablaufen und trotzdem noch als abwägender und damit zumindest minimal rationaler kognitiver Prozess verstanden werden? Was genau grenzt Entscheidungshandeln von einem Reflex oder einfachem Verhalten ab, und wie erkennt man dies von außen? Welche Freiheitsbedingungen müssen für Entscheidungshandeln gegeben sein?

Auch für die vorliegende Arbeit muss eine Definition von Entscheidungshandeln erfolgen, die sich zu den oben genannten Fragen positioniert. Als erste Annäherung an eine noch zu erweiternde Definition von Entscheiden wird in dieser Untersuchung im Anschluss an Pritzlaff (2006) davon ausgegangen, dass es neben Entscheidungshandeln auch freie Handlungen und einfaches Verhalten gibt, die beide keine Entscheidungen sind. Während Verhalten als nicht-intentionale Reaktion verstanden werden kann, unterliegt Handlungen immer ein Ziel. Bei Entscheidungshandeln kommt noch hinzu, dass mehrere Optionen zumindest potenziell zur Wahl stehen müssen, die im Rahmen eines praktischen Urteils gegeneinander abgewogen werden (vgl. Abschnitt 3.1.3 und 3.1.5).

In der Erforschung von Entscheidungen gibt es zwei grundsätzliche Richtungen: Die **normative Entscheidungsforschung** versucht die Frage zu beantworten, welche formalisierten Regeln beachtet werden sollten, um eine möglichst optimale Entscheidung zu treffen. Normative oder präskriptive Entscheidungstheorien findet man unter anderem im Bereich der Organisationspsychologie, Ökonomie oder Spieltheorie. Ziel ist es jeweils, unter Zuhilfenahme von mehr oder weniger komplexen Systematiken aus verschiedenen Optionen die beste auszuwählen. Dabei kann es um einfache Entscheidungen mit klar definierten Optionen, berechenbaren oder zumindest schätzbaren Wahrscheinlichkeiten des Eintretens von Risiken und absehbaren Folgen verschiedener Optionen gehen. Normative Entscheidungstheorien können aber auch Strategien für komplexe Entscheidungssituationen zum Beispiel im Managementbereich bereithalten (Pfister et al. 2017).[17]

[17] So hat der seit 2010 angebotene Masterstudiengang „Komplexes Entscheiden“ an der Universität Bremen eine normative Ausrichtung. Er „zielt darauf ab, kompetente Verantwortungsträger auszubilden, indem Expertise im Umgang mit komplexen Entscheidungsproblemen sowohl interdisziplinär als auch berufsfeldübergreifend vermittelt wird.“ (Universität Bremen 2024).

Im Gegensatz dazu liefert die **deskriptive Entscheidungsforschung** „Theorien und Modelle des realen Verhaltens in Entscheidungssituationen, sucht nach psychologischen Bedingungen und Mechanismen und überprüft diese empirisch durch Beobachtung und Experiment“ (ebd.: 6). Um Entscheidungsverhalten empirisch und deskriptiv zu erforschen, kann das Handeln in realen Entscheidungssituationen beobachtet werden. Ebenfalls können die entscheidenden Subjekte während einer realen Entscheidungssituation oder – wie in der vorliegenden Arbeit – retrospektiv zu Wahrnehmung und Bewertung der Entscheidungssituation befragt werden. Für deskriptive Entscheidungsforschung können aber auch künstliche Versuchsanordnungen in Laborexperimenten genutzt oder Probanden konstruierte Problemgeschichten vorgelegt werden. Anders als bei normativen Theorien, bei denen es um die Identifikation von möglichst idealem Entscheidungsverhalten durch eine systematische und rational begründete oder zumindest im Nachhinein begründbare Auswahl zwischen Handlungsalternativen geht, liegt der Fokus der empirischen Entscheidungsforschung auf der Beschreibung und Analyse von oberflächlich „irrationalen“, mehr oder weniger intuitiven und vor allen Dingen schnellen und pragmatischen Entscheidungsprozessen, die wie oben beschrieben den Großteil menschlicher Entscheidungen ausmachen. Die Frage nach dem Entscheidungsergebnis, dem Erfolg oder Misserfolg verschiedener Vorgehensweisen, ist dabei in der deskriptiven Forschung im Vergleich zum Entscheidungsprozess nachrangig oder sogar irrelevant (Pfister et al. 2017). Als einer der ersten Vertreter der deskriptiven Entscheidungsforschung gilt Herbert A. Simon, der mit seiner Theorie der Bounded Rationality sowie der Strategie des Satisficing (Simon 1997, vgl. Abschnitt 3.1.4.4.4) reale Entscheidungsstrategien beschrieb und erklärte, und zwar nicht mit Fokus auf eingeschränkte, defizitäre Qualität realer Entscheidungen, sondern mit Blick auf deren Praktikabilität und Geeignetheit für die Zielerreichung.

Auch die vorliegende Untersuchung verfolgt mit der Befragung von Pflegenden zu zurückliegenden, realen Entscheidungssituationen einen vornehmlich deskriptiven Forschungsansatz. In der Entwicklung von Typen des Entscheidungshandelns von Pflegenden werden verschiedene empirische Muster herausgearbeitet, die den Prozess des Entscheidens prägen. Dabei lassen sich durchaus Schlüsse zu eher vorteilhaften oder erfolgversprechenderen Mustern und eher nachteiligen Mustern ziehen – die Frage nach dem Entscheidungsergebnis steht aber gegenüber der Beschreibung und Analyse des Entscheidungsprozesses und dessen subjektivem Erleben durch die Befragten im Hintergrund.

Neben der Unterscheidung zwischen normativen und deskriptiven Entscheidungstheorien lassen sich außerdem verschiedene **Entscheidungsebenen** identifizieren. Während auf der Mikroebene das individuelle Entscheidungshandeln untersucht wird, können Entscheidungen auch auf der

Mesoebene als Entscheidungen von Gruppen oder Organisationen analysiert werden. Auf der Makroebene wird das Zustandekommen von politischen und gesellschaftlichen Entscheidungen als komplexe Aushandlungsprozesse sowie die Entwicklung von ethischen Handlungsnormen untersucht (u. a. Pritzlaff 2006). In Entscheidungssituationen auf Meso- und Makroebene, in denen mehrere Individuen oder sogar mehrere Gruppen mit ihren Präferenzen und Situationswahrnehmungen involviert sind, muss zusätzlich zur individuellen Identifikation von Optionen und anschließender Präferenzbildung auch noch ein Austausch der Beteiligten über diese und weitere Optionen sowie die Ziele der Entscheidung stattfinden. Gerade für komplexe ethische Fragestellungen in Medizin und Pflege kann dieser Austausch sehr wertvoll sein, weil dadurch Einschätzungsfehler vermieden werden können und ein expliziter Austausch über die zugrunde liegenden Beurteilungsmaßstäbe stattfindet (vgl. Albisser Schleger et al. 2019: 133–152). Damit sind alle Beteiligten aufgefordert, die Grundlagen ihrer Entscheidung bewusst zu reflektieren und im Rahmen eines rationalen Diskurses (Habermas 1995)[18] zu einer möglichst optimalen Entscheidung zu kommen. Ein solcher expliziter Austausch von Argumenten auf der Meso- oder sogar Makroebene erfordert dabei sowohl einen mehr oder weniger formellen Rahmen (in der Pflege zum Beispiel ein Pausengespräch, eine Übergabe oder eine ethische Fallbesprechung) als auch Zeit für Diskussionen und die gemeinsame Reflexion von Argumenten und Entscheidungsoptionen.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit und damit auch der theoretischen Auseinandersetzung in diesem Abschnitt liegt auf der Analyse von individuellem Entscheidungshandeln auf der Mikroebene, denn in den im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Interviews werden durch die befragten Pflegenden – auch bedingt durch die Leitfrage – im Wesentlichen individuelle Entscheidungssituationen beschrieben. Dies schließt die oben genannten (kurzen) Absprachen nicht aus, diese erfolgen aber immer aus der subjektiven Perspektive der befragten Pflegenden als Entscheidungsverantwortlichen.

Unabhängig von der Zahl der an der Entscheidung beteiligten Personen entwickeln Braun/Benz (2015) eine **Typologie von Entscheidungen**, indem sie zwischen Entscheidungen bei Sicherheit, Unsicherheit oder Risiko differenzieren. Während bei sicheren Entscheidungen sowohl die Situation als auch die möglichen Konsequenzen relativ klar umrissen sind, fehlt bei Entscheidungen bei Unsicherheit diese Klarheit. Bei Risikoentscheidungen sind zumindest die Wahrscheinlichkeiten des Eintritts verschiedener Konsequenzen abschätzbar. Des Weiteren unterscheiden sich

[18] Im rationalen Diskurs geht es um die gemeinsame, vernunftgeleitete Auseinandersetzung mit Problemen des gesellschaftlichen Zusammenlebens, um zu einer Lösung, idealerweise zu einem Konsens zu kommen (ebd.).

Entscheidungssituationen nach Braun/Benz (2015) nach „‚Vollständig vorstrukturierten', ‚Reflektierten' und ‚Konstruktiven Problemen'":

> „Im Fall ‚Vollständig vorstrukturierter Probleme' stehen zu Beginn eines Entscheidungsprozesses sowohl die wählbaren Handlungsalternativen als auch die im Hinblick auf eine Bewertung dieser Optionen relevanten Merkmale bereits abschließend fest. Bei ‚Reflektierten Entscheidungsproblemen' gilt dies nur hinsichtlich der zur Auswahl stehenden Handlungsalternativen, nicht aber in Bezug auf die als entscheidungsrelevant anzusehenden Merkmale, über die zunächst noch reflektiert werden muss. Und bei ‚Konstruktiven Problemen' sind zu Beginn eines Problemlösungsprozesses weder die potentiellen Alternativen noch die entscheidungsrelevanten Merkmale dieser Optionen bekannt bzw. gegeben, sondern müssen vom jeweiligen Entscheidungsträger zuerst noch identifiziert bzw. konstruiert werden." (Braun/Benz 2015: 46 f.)

Die dritte Unterscheidung erfolgt danach, ob für ein vorliegendes Problem eine objektiv richtige Lösung existiert oder ob die Qualität der Lösung von subjektiven Präferenzen abhängig ist.
Herausfordernde (Verteilungs-)Entscheidungen in der Pflege sind oft dadurch bestimmt, dass zumindest ein gewisser Zeitdruck herrscht, die möglichen Optionen nicht von vornherein klar sind, die Entscheidung oft weitere Entscheidungen bzw. Handlungen nach sich zieht, die Qualität der Lösung abhängig von den Präferenzen und subjektiven Bedarfen der Betroffenen ist und Routinen und Standards kaum Anwendung finden können. Zudem sind die möglichen Konsequenzen der jeweiligen Entscheidung oft sowohl schwer zu antizipieren, oft durch mehrere potenziell Betroffene mehrdimensional und vor allem oft von großer bis hin zu existenzieller Bedeutung für die Betroffenen. Diese Faktoren zeigen sich auch in fast allen Entscheidungssituationen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhoben wurden. Nach Braun/Benz (2015) können diese damit bis auf wenige Ausnahmen als **„konstruktive, präferenzbasierte Entscheidungsprobleme unter Unsicherheit"** definiert werden und stellen durch ihre Komplexität einen hohen Anspruch ans Entscheidungshandeln der Akteure.
In den folgenden Abschnitten wird versucht, die zu Beginn dieses Unterkapitels vorgestellte erste Definition von Entscheidungshandeln als Grundlage der vorliegenden Arbeit theoretisch einzuordnen, zu begründen und zu erweitern. Dabei werden vor allem die Fragen der normativen Voraussetzungen von Entscheidungshandeln und die Abgrenzung zu anderen Handlungs- und Verhaltensarten theoretisch diskutiert und die Annahmen, die für die Entscheidungsdefinition dieser Arbeit getroffen werden, in den wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet und begründet.

3.1.2. Entscheiden als Handeln – Begriffsrekonstruktion nach Pritzlaff

Nach der Eingrenzung der vorliegenden Untersuchung auf einen vornehmlich deskriptiven Forschungsansatz sowie einen Analysefokus auf die individuelle Entscheidungsebene, in der

konstruktive, präferenzbasierte Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen sind, stütze ich mich für die weitere Konkretisierung des Entscheidungsbegriffs auf die Definition und Feinanalyse von Entscheidungshandeln durch Pritzlaff (2006). Tanja Pritzlaff ist Politikwissenschaftlerin und thematisiert in ihrem Buch „Entscheiden als Handeln“ (ebd.) sowohl die theoretischen Grundlagen von individuellem Entscheidungshandeln, als auch das Entscheiden als (politische) Gruppe. Auch wenn die entwickelte Theorie ihren Ursprung in der Politikwissenschaft hat, ist Pritzlaffs Herangehensweise für die deskriptive Analyse von pflegerischen Verteilungsentscheidungen von besonderem Interesse. Denn in der ersten Hälfte ihrer Studie leitet Pritzlaff unter Bezugnahme auf Theorien aus Philosophie, Neurowissenschaften und Soziologie ausführlich und nachvollziehbar her, „was das Entscheidungshandeln als praktisches Tun ausmacht“ (Pritzlaff 2006: 11).
Wie auch die vorliegende Arbeit verfolgt Pritzlaff dabei einen deskriptiven Ansatz der Beschreibung, Feinanalyse und Rekonstruktion des individuellen Entscheidungshandelns auf der Mikroebene. Dazu entwickelt und begründet sie eine eigene Theorie des individuellen Entscheidungshandelns, die Entscheiden klar von anderen Handlungen und Verhalten abgrenzt. Darüber hinaus führt sie mit den Entscheidungsdimensionen der Wahl, des Entschlusses und des Urteilens drei Perspektiven auf das Entscheidungshandeln ein, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sowohl im Auswertungsprozess neue und zunächst ungewohnte Sinnzusammenhänge und Kategorien für die Datenanalyse eröffnet haben, als auch als inhaltlich und formal strukturierende Analyseelemente des vorliegenden Textes nützlich sind.
Pritzlaff beschreibt „die drei Elemente Wahl, Entschluss und Urteilen als Kernelemente des Entscheidens […], die notwendig sind, um das adäquat wiederzugeben, was sich im Entscheiden vollzieht.“ (Pritzlaff 2006: 10f.) Bereits in der Einleitung fasst Pritzlaff kurz die von ihr herauszuarbeitenden drei Dimensionen oder auch „zentrale Lesarten“ (Pritzlaff 2006: 10) des Entscheidungshandelns zusammen:

> „Die Entscheidung als Wahl bewegt sich in der Dimension der Entscheidungsmaterie, auf der Ebene der verschiedenen, zur Wahl stehenden Alternativen. Sie strukturiert den Entscheidungskontext auf der materiellen Ebene. Die Entscheidung als Entschluss betont die Dimension der Zeit, im Entschluss verdichtet sich die Entscheidung an einem bestimmten Zeitpunkt, die Entscheidung wird auf der zeitlichen Ebene strukturiert, in dem eine Markierung gesetzt wird. Die Entscheidung als Urteilen bewegt sich in der Dimension der Relation zwischen Entscheider und Entscheidung. Sie strukturiert den Entscheidungskontext auf der Akteursebene. Sie vollzieht sich als Positionierung des Akteurs gegenüber dem zu entscheidenden Sachverhalt.“ (Pritzlaff 2006: 15)

Die folgenden drei Abschnitte 3.1.3 bis 3.1.5 gehen jeweils vertieft auf eine der drei Dimensionen des Entscheidungshandelns nach Pritzlaff (2006) ein. Dazu stellen sie zunächst die Ausführungen von Pritzlaff zu der jeweiligen Dimension vor und erweitern diese um andere, zum Teil für die

Pflegewissenschaft einschlägige Theorieansätze, um die vorliegende Arbeit in diesem Theoriespektrum mit der Frage nach der jeweiligen Relevanz für pflegerische Verteilungsentscheidungen theoretisch einzuordnen. Abschließend stellt Abschnitt 3.1.6 Grundlagen und Begriffe der Verteilungsgerechtigkeit vor, die beim normativen Blick auf gute Verteilungsentscheidungen und entsprechende Verteilungsprinzipen zum Tragen kommen.

3.1.3. Entscheiden als Wahl zwischen Optionen

Zur Entwicklung einer eigenen Begriffsdefinition beginnt Pritzlaff mit dem offensichtlichsten Element des Entscheidens, der Wahl, um deutlich zu machen, wie sich die Begriffe Entscheidung und Wahl zueinander verhalten und warum sie nicht einfach, wie oft in der Alltagssprache, synonym verwendet werden können.

> „Mit dem Begriff der Wahl lässt sich, das soll hier gezeigt werden, ein ganz zentrales Element des Entscheidens fassen. Eine Entscheidung ist immer *auch* eine Wahl zwischen den verschiedenen Alternativen, im Akt der Entscheidung wird auf der Ebene der Wahlhandlung eine Strukturierung der Entscheidungssituation auf der materiellen Ebene vorgenommen. Der Akteur wählt zwischen verschiedenen Alternativen, zwischen verschiedenen Optionen. Eine Entscheidung lässt sich aber nicht, das soll hier ebenfalls gezeigt werden, auf eine reine Wahlhandlung reduzieren.“ (Pritzlaff 2006: 20f.)

Entscheiden ist also immer auch Wahlhandlung und muss als solche untersucht, darf aber nicht darauf reduziert werden. In den zwei folgenden Abschnitten werden zwei besondere Aspekte der Perspektive des Entscheidens als Wahlhandlung näher betrachtet: Die Frage nach dem Vorhandensein eines freien Willens als notwendiger Voraussetzung für eine Wahl sowie die Abgrenzung von Wahlhandlungen zu anderen Handlungen und dabei vor allem von Wahlhandlungen zu Routinehandlungen.

3.1.3.1. Freier Wille und Wahlfreiheit

In der Betrachtungsweise der Entscheidungshandlung als Wahl zwischen verschiedenen möglichen Optionen ist eine ganz wesentliche Frage, ob und wenn ja unter welchen Voraussetzungen eine Person überhaupt eine Wahl treffen kann. Denn um eine Wahl treffen zu können, muss der wählenden Person ein gewisses Maß an Wahlfreiheit unterstellt werden (Pritzlaff 2006: 22ff.). Und nur, wenn die entscheidende Person tatsächlich zwischen verschiedenen von ihr identifizierten Optionen abwägen und entsprechend der eigenen Präferenz eine freie Wahl treffen kann, kann diese Person am Ende auch für die Entscheidung verantwortlich gemacht werden. Ginge man davon aus, dass die Wahlentscheidung durch äußere oder innere Determinanten von

vornherein festgelegt ist, scheint es wenig sinnvoll, Entscheidungshandeln von jeder anderen Art des Handelns zu unterscheiden und ihm eine besondere ethische Bedeutung beizumessen.

Da Wahlfreiheit es erfordert, eigene Präferenzen erkennen und abwägen zu können, setzt sie Willensfreiheit voraus. Die Frage nach Existenz, Ausmaß und zum Teil auch physiologischer Funktion und Verortung eines **freien Willens** wird bis heute von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen sehr unterschiedlich beantwortet und kontrovers diskutiert. Die Spannbreite der Antworten, ob es einen freien Willen gibt, reicht von streng deterministischen Theorien, die die Existenz eines „freien Willens" als bloße Illusion unserer Psyche beschreibt, um sich selbst als handlungsfähiges Subjekt verstehen und entsprechend interagieren zu können, bis zu libertaristischen Theorien, die beispielsweise erklären, dass freie Entscheidungen grundsätzlich möglich sind, da man immer auch anders hätte handeln können und der Wille sich durch solche grundsätzlichen, freien Entscheidungen formt („self-forming actions", vgl. Kane 2011).

Es würde den Rahmen der Arbeit sprengen, die Diskussion um Willensfreiheit eingehend darzustellen. Für die Beschreibung von Entscheidungshandeln in der Pflege ist allerdings Voraussetzung, sich zur Frage der Willensfreiheit zumindest grundsätzlich zu positionieren. Dies möchte ich im Folgenden versuchen: Zunächst lässt sich feststellen, dass sich alle Theorien zur Willens- und damit Wahlfreiheit in einem Punkt einig sind: Menschen haben – zwar in verschiedenen Situationen in verschiedenem Ausmaß – das grundsätzliche Gefühl, freie Entscheidungen treffen zu können. „Wir sind nämlich davon überzeugt, dass Personen die Urheber ihrer Handlungen sind und sie in ihren Handlungsentscheidungen frei sind." (Prinz 2004: 199, vgl. auch Habermas 2004: 871). Prinz als ein Vertreter des Determinismus spricht hier auch von **„Freiheitsintuition"** (Prinz 2004: 199) und konstatiert, dass das Subjekt, das sich als Urheber von Entscheidungen empfindet, in Wahrheit erst durch soziale Interaktion konstruiert wird (vgl. Prinz 2004: 203). Gestützt wird die These, dass die Vorstellung von einem freien Willen zwar im sozialen Miteinander durchaus nützlich, aber „in Wirklichkeit" eine Illusion sei (Prinz 2004: 205), durch Erkenntnisse der Hirn- und Verhaltensforschung.[19] Dort wird experimentell zu zeigen versucht, dass der gesellschaftlich notwendigen „Freiheitsintuition" in Wirklichkeit unbewusste, neurologische Prozesse zugrundeliegen, die unser bewusstes Handeln präformieren:

> „The fact is, it seems to each of us that we have conscious will. It seems we have selves. It seems we have minds. It seems we are agents. It seems we cause what we do. Although it is sobering and ultimately accurate to call all this an illusion, it is a mistake to conclude that the illusory is trivial. To the contrary, the illusions piled atop apparent mental

[19] Als wichtige Vertreter der experimentellen Forschung zur Willensfreiheit und einer darauf gründenden, deterministisch geprägten Haltung gelten u. a. Roth (2007), Bieri (2006) und Singer (2004).

> causation are the building blocks of human psychology and social life.“ (Wegner 2004: 658)

Gegen diese mehr oder weniger vollständige Negierung eines echten freien Willens aus dem Bereich der Naturwissenschaft stellen sich eine Vielzahl philosophisch-geisteswissenschaftlich geprägter Theorien. Grob vereinfacht argumentieren sie, dass Entscheidungen auf einer anderen, durch Naturwissenschaft nicht beschreibbaren Ebene erklärt und begründet werden müssen (vgl. u. a. Habermas 2004). Rationale Entscheidungen beruhen demnach auf Gründen, die bestimmten Haltungen und Wertvorstellungen entspringen und nicht auf neurophysiologisch determiniertes Reiz-Reaktions-Verhalten reduziert werden können (vgl. ebd.).

Eine weitere Kritik aus den Reihen der Philosophie argumentiert, dass die Neurowissenschaft mit einem „seit langem als zu stark erkannten Freiheitsbegriff [arbeite], wonach ein freies Verhalten von vorangehenden Bedingungen gänzlich unabhängig und somit im Sinne einer Zufälligkeit indeterminiert sein müsse“ (Walter 2016: 5). Der determinierte Aspekt von Willensfreiheit beschränkt sich hierbei im Sinne des Kompatibilismus auf die Beeinflussung unserer Entscheidungen „durch die Überzeugungen, Wünsche, Neigungen, Motive, Absichten, Ziele usw. des Akteurs“ (ebd.).

Pritzlaff beantwortet die Frage nach dem Vorhandensein eines freien Willens nicht abschließend (Pritzlaff 2006: 22f.). Sie nutzt die Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung und Diskussion allerdings, um zu definieren, was **Wahlhandlungen** von anderen Handlungen unterscheidet: Bei einer Wahl müssen immer mehrere Optionen zur Verfügung stehen, aus denen dann im Rahmen der Wahlhandlung eine Option ausgewählt wird. Voraussetzung hierzu sei lediglich die **Handlungsfreiheit** des wählenden Individuums: „Es genügt, dass die […] Optionen zur Auswahl stehen und dass mich keine äußeren Umstände daran hindern die Wahl zu treffen“ (ebd.: 25). Pritzlaff betont, „dass das Treffen einer Wahl zwischen Alternativen einen *notwendigen* Bestandteil einer Entscheidung darstellt“ (ebd.: 36). Entsprechend muss es im Moment der Wahl für eine Option immer „auch *nicht gewählte* Alternativen“ geben (ebd.: 37).

In einer echten Entscheidung ist also zumindest die Möglichkeit der Begründung erforderlich, warum diese so und nicht anders getroffen wurde. Hierbei wird von einem grundsätzlich „optionsoffenen Kontext“ (ebd.: 28) ausgegangen, in dem nicht nur Handlungsfreiheit, sondern **Willensfreiheit** vorausgesetzt werden muss. Denn ohne Willensfreiheit hätte eine Wahl keine Verbindung zur Abwägung existierender Präferenzen. Pritzlaff geht nicht auf die oben angerissene Diskussion ein, ob diese Freiheit eventuell grundsätzlich eine Illusion ist und Entscheidungen eigentlich vorbewusst im Rahmen von neuronalen Aktivitäten fallen, obwohl wir denken, dass wir diese bewusst treffen. Ein grundsätzlicher Zweifel an der Möglichkeit von Willensfreiheit würde

vermutlich die Frage nach den Grundlagen des Entscheidungshandelns und damit auch den Untersuchungsfokus der vorliegenden Arbeit deutlich verschieben. Pritzlaff teilt jedoch diesen fundamentalen Zweifel nicht und spricht von einer zumindest „unterstellten Willensfreiheit“ (ebd.: 28). In Anlehnung an Searle (2004) beschreibt Pritzlaff den Zeitpunkt einer Entscheidung, an dem das entscheidende Subjekt den Schritt von der Abwägung von Gründen zur eigentlichen Wahl (als Entschluss, s. Abschnitt 3.1.4) vollzieht, als „Erfahrung von Freiheit“. Diese Erfahrung erwachse aus der **„Lücke“**, dass die abgewogenen Gründe nicht die Entscheidungshandlung determinieren (Pritzlaff 2006: 40):

> „Diese identifizierte ‚Lücke‘ zwischen den Gründen und der Handlung resultiert gerade daraus, dass es sich hier um Gründe und nicht um Ursachen handelt. Wären Entscheidungen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, ließen sie sich in Form einer lückenlosen Kausalkette konstruieren, dann wäre gar nichts mehr zu entscheiden, weil es gar nicht mehrere Alternativen gäbe – das Ergebnis würde quasi ‚automatisch‘ eintreten.“ (ebd.)

In dieser Lücke sieht Pritzlaff auch das Potenzial für Entscheidungsfreiheit (vgl. ebd.: 42ff.). Die Entscheidungsfreiheit beruht demnach darauf, dass Gründe, nicht Ursachen, das Ergebnis einer Entscheidung erklären können, ohne die Zwangsläufigkeit einer deterministischen Erklärung zu erreichen. Pritzlaff positioniert sich damit kritisch zum Dezisionismus (der Position, dass Entscheidungen von reiner Willkür der Entscheidenden bestimmt seien) wie zum Determinismus (der Position, dass Entscheidungen aufgrund der Naturkausalität niemals frei seien). Das eröffnet die Möglichkeit, mit dem **Kompatibilismus** eine Position zu formulieren, die für die Untersuchung von Entscheidungen im pflegewissenschaftlichen Feld die Vorzüge praktischer Nützlichkeit und alltagssprachlicher Verständlichkeit mitbringt: Diese Untersuchung geht davon aus, dass zwar eine deterministische Naturkausalität existiert, dass die Beschäftigung mit Gründen, Entscheidungsvorgängen und anderen mentalen Phänomenen es aber erfordert, Willensfreiheit als real wirksam anzunehmen, um sachangemessen über menschliches Handeln sprechen zu können. Die Möglichkeit, das eigene Wollen von Gründen, moralischen Urteilen und rationalen Argumenten bestimmen zu lassen, ist letztlich die Voraussetzung sowohl für Sozialwissenschaften als auch für professionelles Pflegehandeln.

Wie auch in vielen Entscheidungssituationen deutlich wird, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhoben wurden, orientieren sich viele pflegerische Handlungen auch in herausfordernden Situationen an bewährten Routinen (s. Abschnitt 6.4.3). Sie werden von den Pflegenden oft nicht als eigenständiges Entscheidungshandeln erlebt, da ihnen in der konkreten Entscheidungssituation keine Handlungsalternativen zum üblichen Vorgehen bewusst sind. Im folgenden Abschnitt wird daher diskutiert, ob bzw. in wie weit auch diese Routinehandlungen als Entscheidungen verstanden werden können.

3.1.3.2. Sind Routinen (noch) Entscheidungen?

Zur Grenzziehung und zum Zusammenhang zwischen dem mehr oder weniger unbewussten Befolgen von Routinen, intuitivem Handeln und echten Entscheidungen gibt es zahlreiche, zum Teil gegensätzliche Positionen. Wie in Abschnitt 3.1.4.4.3 noch zu zeigen ist, hängt viel davon ab, wie der Prozess bewertet wird, durch den eine Entscheidung zustande gekommen ist. Je nach Position werden dabei intuitive, unbewusste Bauchentscheidungen als echte Entscheidungen oder bloße Reaktion oder Verhalten betrachtet. Bei ihrer Perspektive auf das Entscheiden als Wahlhandlung fokussiert Pritzlaff allerdings nicht auf diesen Entscheidungsprozess vor der eigentlichen Wahl, sondern darauf, „was im Akt des Entscheidens geschieht ohne die vorangegangenen Prozesse der Wahldefinition zuzuschlagen“ (Pritzlaff 2006: 28). Entsprechend spielt auch die Frage, ob die Wahl nach längerer Präferenzbildung oder doch eher spontan ohne größere und vor allen Dingen rationale Vorüberlegungen getroffen wurde, für den Akt des Wählens nach Pritzlaff keine Rolle. Selbst die Option, den Zufall entscheiden zu lassen und entsprechend keine eigene Wahl zwischen den gegebenen Optionen zu treffen, erfordert nach Pritzlaff „das aktive Element auf Seiten des Akteurs“ (ebd.: 32) und ist entsprechend als Entscheidung zu definieren.

Pritzlaff weist außerdem darauf hin, dass qualitative Abstufungen zwischen einer „echten“ Entscheidung mit möglicherweise hoher Tragweite und einer „einfachen“ Wahl zwischen Optionen für ihre Definition von Entscheidungshandeln nicht weiterführen. Hier eine Grenze zu ziehen erweist sich als schwierig, „wenn versucht wird, Formen der Präferenzbildung oder ‚Gütekriterien‘ bezüglich der Abwägung in die Definition des Wahlbegriffs hineinzuverlagern.“ (ebd.: 34). Pritzlaff schränkt demnach die Zuordnung von Handlungen als Entscheidungshandlungen auch im Bereich der Routinen kaum ein, solange es andere Handlungsoptionen geben könnte. Eine zielgerichtete Handlung ist nur dann keine Entscheidung, wenn es eigentlich nur eine richtige Option gibt, die sich zwangsläufig aus bestimmten Normen und Gesetzmäßigkeiten ergibt. Allerdings macht Pritzlaff deutlich, dass selbst bei scheinbarer Zwangsläufigkeit der:die Entscheidende in der Praxis immer die Möglichkeit hat, etwas anderes, möglicherweise Irrationales, zu tun (vgl. ebd.: 36ff.). Während Pritzlaff aus politikwissenschaftlicher Denkweise eine vollständige Determination von Entscheidungen durch Normen und Gesetze ablehnt, lässt sich diese Haltung ebensogut auf vollständige Determination durch naturgesetzliche Kausalität übertragen: Solange die Zwangsläufigkeit einer einzigen Handlungsoption nicht als vorherbestimmt angenommen wird, bestehen offenbar alternative Handlungsoptionen. Damit befindet sich das entscheidende Subjekt in einer Entscheidungssituation.

Nicht nur bei ihrer Betrachtung der grundsätzlichen Offenheit und Nicht-Determiniertheit („Kontingenz“) von realen Entscheidungssituationen schließt Pritzlaff an den Soziologen und Systemtheoretiker Niklas Luhmann (2019) an. Dieser sieht in der **Kontingenz**, die jeder Entscheidungssituation zu eigen ist, die zumindest potenzielle Möglichkeit für das handelnde Subjekt, etwas anderes tun zu können als das, für was es sich letztlich entscheidet.

> „*Vor* der Entscheidung präsentiert sich Kontingenz als Wahlsituation. Man kann die Erwartung erfüllen oder sich ihr widersetzen. Welcher Kurs gewählt wird, ist (mehr oder weniger) unsicher. Auch wenn man routinemäßig den Erwartungen folgt, kann man Unsicherheit ablesen an der Überlegung, was geschehen würde, wenn man es nicht täte. Erst durch diesen Seitenblick wird das Handeln zum Entscheiden. *Nach* der Entscheidung steht fest, für was man sich entschieden hat. Aber weil man sich entschieden hat, bleibt Kontingenz an der Entscheidung haften: Sie hätte auch anders ausfallen können. Oft wird erst im Blick zurück ein Handeln als Entscheiden gesehen“ (Luhmann 2019: 316).

Es ist also in der jeweiligen Entscheidungssituation nicht notwendig, dass das entscheidende Subjekt sich verschiedener Handlungsoptionen bewusst ist oder erkennt, dass es gerade eine Entscheidung trifft. Entsprechend ist nach Luhmann (2019), an den sich die vorliegende Arbeit in dieser Frage anschließt, auch routiniertes Handeln Entscheidungshandeln, denn durch die Kontingenz der Situation existiert immer auch die potenzielle Option, sich der Routine zu widersetzen, auch wenn der:die Entscheidende selbst sich diese potenziellen Wahlmöglichkeiten oft erst retrospektiv bewusst machen kann.

Eine sehr viel restriktivere Position zum Verhältnis von Routinen und Entscheidungen vertritt unter anderem Schimank (2005), für den ein rein gefühlsgeleitetes Handeln, Handeln aus Tradition sowie nach Routinen als sozial ausgehandelten Regeln nicht als Entscheidungshandeln verstanden werden können. Entscheidungshandeln sei vielmehr dann als „Rückfallposition“ notwendig, wenn Routinen, Gefühle oder Traditionen nicht für die gegebene Situation zielführend sind (Schimank 2005: 76). Solange die handelnden Personen davon ausgehen (können), dass ihr Handlungsrepertoire für gegebene Situationen eine zufriedenstellende Lösung bietet, kann dies „von zeitaufwändiger Reflexionsarbeit entlasten“ (Schimank 2005: 47) und damit sowohl effektiver als auch weniger anstrengend sein.

Dieses enge Verständnis von Entscheidungen widerlegt Pfister et al. (2017) jedoch mit dem Hinweis, dass für die Anwendung von Routinen und Traditionen zunächst Handlungskontexte und Ziele in einer Situation so erfasst und beurteilt werden müssen, dass die verfügbaren Traditionen und Routinen auf die gegebene Situation adäquat anwendbar sind („Matching“, ebd.: 26ff.). Je komplexer die Handlungskontexte und je bedeutsamer die zu verändernden Problemlagen sind, umso mehr ist eine eigene Entscheidung erforderlich, ob bestimmte Routinen oder Traditionen überhaupt situationsangemessen sind oder inwieweit sie an die aktuelle Situation angepasst

werden müssen („Metaentscheidungen“, ebd.: 240ff.). Selbst bei erfolgreicher „Mustererkennung“ könnten die Anwendungen von Routinen und Traditionen zumindest in der weiteren Entscheidungsdefinition von Pfister et al (2017) als Entscheidungen verstanden werden, da sie nie „eins zu eins“ in reale Handlungen umgesetzt werden (können). Pfister et al. (2017) sprechen hier von „stereotypen Entscheidungen“:

> „Stereotype Entscheidungen sind durch Erfahrungen oder durch Gefühle (oder beides) bestimmt. Die Präferenz wird nicht durch eine bewusste Analyse der einzelnen Merkmale der Optionen gebildet, sondern durch ein *holistisches, intuitiv* erscheinendes Urteil; man spricht hier von einem holistischen Affekturteil, das so gut wie keine kognitive Verarbeitung voraussetzt.“ (ebd.: 27f.)[20]

In eine ähnliche Richtung argumentiert und erweitert Luhmann (2019) die Ausführungen von Pfister et al. (2017), indem er die Mustererkennung als eine Wiederholung früherer Entscheidungen betrachtet; „als Wiederholung aus bestimmtem Anlaß oder zu bestimmtem Zeitpunkt. Daß es eine Entscheidung war, wird dann bei Abweichungen, Fehlern, Unterlassungen wieder erkennbar.“ (Luhmann 2019: 244). Retrospektiv lässt sich also Handeln vielfach als Entscheidungshandeln verstehen, sofern es gelingt, alternative Handlungsoptionen zu erkennen und die Entscheidung für die jeweils gewählte Option zu begründen. Dafür müssen diese Reflexionsprozesse einer Entscheidung gerade nicht vorangegangen sein.

Auch wenn Pritzlaff (2006) sich nicht auf Oevermann (2001) bezieht, wird dieser gerade in der Pflegewissenschaft häufig rezipiert. Mit seinen Ausführungen zum Verhältnis von Routinen zu Krisen lässt sich das Verständnis von Routinen als Entscheidungen noch einmal erweitern: Nach Oevermann (2001) entstehen **Routinen aus Krisenerfahrungen**, in denen sich bestimmte Handlungs- und Deutungsmuster als hilfreich erwiesen haben. In Form von implizitem Wissen bewähren und verfestigen sich diese Deutungsmuster dann zu Routinen (vgl. ebd.: 55ff.). „Nur im praktischen Grenzfall, wenn Überzeugungen und Routinen überraschend scheitern, oder wenn von vornherein etwas Neues gesucht werden muß, wenn also eine Krise manifest vorliegt, wird uns die Entscheidungssituation und -ungewißheit als solche bewußt.“ (Oevermann 2002: 10). In diesem Sinne lassen sich Routinen als Wiederholung von einmal getroffenen Entscheidungen verstehen, die als Deutungsmuster so lange genutzt werden, bis sie sich für eine akute Krisensituation als unzureichend erweisen.

[20] Diese Beschreibung des „holistischen Affekturteils“ (Pfister et al. 2017: 27f.) ist vergleichbar mit dem „praktischen Urteilen“ nach Pritzlaff (2006), vgl. dazu Abschnitt 3.1.5.

3.1.3.3. Schlussfolgerungen: Was sind pflegerische Entscheidungen – und was nicht?

Welche Bedeutung haben nun die Erkenntnisse zum Entscheidungshandeln als Wahl für die vorliegende Untersuchung von pflegerischen Verteilungsentscheidungen?

In Abschnitt 3.1.3.1 wurde beschrieben, dass sich alle Theorien zur Willens- und Entscheidungsfreiheit darin einig sind, dass Menschen im Sinne der „Freiheitsintuition“ (Prinz 2004:199) davon ausgehen, dass sie einen freien Willen haben und daher auch in der Lage sind, freie Entscheidungen zu treffen. Dass diese Entscheidungen nicht zwangsläufig gut oder richtig sein müssen oder durch äußere Zwänge oder innere Einstellungen beeinflusst werden, während sie dennoch als freie Entscheidungen gelten können, entspricht ebenfalls „der Intuition der meisten Menschen […], dass es Willensfreiheit prinzipiell gibt, dass aber unsere Entscheidungen von vielen Faktoren, inneren und äußeren, stark beeinflusst werden“ (Pfister et al. 2017: 4). Dieser Sichtweise schließt sich die vorliegende Untersuchung an, nicht zuletzt weil diese Haltung zur verstehenden Analyse ihrer empirischen Datengrundlage als nützlich erscheint: Schließlich gehen Pflegekräfte ebenfalls alltäglich von ihrer „Freiheitsintuition“ aus und beschreiben und begründen ihre Handlungen retrospektiv wenn auch nicht als unbeeinflusst so doch als grundsätzlich frei.

Neben der Voraussetzung der grundsätzlichen Willensfreiheit ist für die Untersuchung von Verteilungsentscheidung in dieser Arbeit eine weitere notwendige Voraussetzung, dass die im zugrundeliegenden empirischen Datenmaterial berichteten Situationen echte Entscheidungssituationen in Abgrenzung zu anderen „freie[n] Handlungen“ sind (Pritzlaff 2006: 28). Die im Rahmen der empirischen Datensammlung erhobenen Entscheidungssituationen beruhen alle auf den retrospektiven Berichten der befragten Pflegenden. Dabei markieren die Befragten nicht immer sprachlich, dass sie eine Situation als echte Entscheidungssituation erlebt haben oder im Rückblick als solche deuten. Ein beispielhafter Grenzfall einer womöglich subjektiv nicht als solcher bewerteten Entscheidungssituation ist das von den befragten Pflegenden wiederholt berichtete Verabreichen von Medikamenten. In mehreren Situationen beschreiben sie, dass sie den Auftrag hatten, in einem bestimmten Zeitfenster die Medikamente an die Bewohner:innen zu verteilen. Das Verteilen der Medikamente ist eine alltägliche Routineaufgabe, deren Umsetzung sich vermutlich nicht wie eine Entscheidung anfühlt. Faktisch konnten die Pflegenden sich aber entscheiden, die Medikamente je nach Beurteilung der Rahmenbedingungen („Matching“, Pfister et al. 2017: 26ff.) sofort, später oder gar nicht zu verteilen oder die Arbeit zu delegieren. Und es wären vermutlich auch noch weitere Handlungsoptionen denkbar, die weniger nahe liegen. Im Rahmen der oft als krisenhaft erlebten Entscheidungssituationen (vgl. Oevermann 2001) aus den Interviews muss tatsächlich in manchen Fällen von der Routine abgewichen und das Verteilen der

Medikamente zumindest stark verzögert werden, um Zeit für einen Notfall zu haben. In einem solchen Fall wäre auch das Nicht- oder Später-Handeln ein Entscheidungshandeln (vgl. dazu Pfister et al. 2017: 16f.). Dieses Beispiel ist auf viele weitere Situationen in den Interviews übertragbar: Sowohl im Modus der Routine als Wiederholung einer einmal getroffenen Entscheidung im situativen Einzelfall („Ich will heute die Medikamente in einem bestimmten Zeitfenster verteilen.“) als auch in der krisenhaften Abweichung von dieser Routine machen Pflegende von ihrer Wahlmöglichkeit Gebrauch – und sei es nur, dass sie sich (unbewusst) entscheiden, der bewährten Routine zu folgen.

Entscheidungshandeln erschöpft sich nach Pritzlaff (2006) allerdings nicht im Vorhandensein von Wahloptionen. Es erfordert auch einen Anlass oder Auslöser, einen Prozess des Wählens und die letztliche Umsetzung (oder Nicht-Umsetzung) der getroffenen Entscheidung und kann daher als zeitlicher Ablauf beschrieben werden. Im Folgenden wird zunächst die Entscheidung als Entschluss nach Pritzlaff beschrieben und diese um weitere theoretische Perspektiven ergänzt.

3.1.4. Entscheiden als Entschluss

3.1.4.1. Die zeitliche Dimension des Entscheidungshandelns

In der zeitlichen Perspektive auf Entscheidungshandeln geht es um die Frage, wie der Prozess des Entscheidungshandelns im Einzelnen abläuft. Jede Entscheidung hat zunächst einen Anlass oder Auslöser. Nach diesem entscheidungsauslösenden Impuls müssen durch das entscheidende Subjekt zunächst verschiedene Alternativen oder Wahloptionen identifiziert werden. Das Subjekt wendet sich diesen Alternativen dazu probehalber mit der Frage zu, ob und inwieweit die jeweilige Option den eigenen Präferenzen entspricht. Erst nach dieser Prüfung der Alternativen kommt es zum eigentlichen Entscheidungshandeln, dem Entschluss (Pritzlaff 2006: 28ff.). Dieser lässt sich wiederum ebenfalls zeitlich strukturieren:

> „Der Akteur, der sich an einem bestimmten Zeitpunkt dazu entschließt, sich auf eine bestimmte Option festzulegen, vollzieht einen Schritt, mit dem er sich aus der Phase der Abwägung, des ‚Schwankens zwischen den Alternativen‘, heraus begibt und sich seinem zukünftigen Handeln zuwendet. Dieser Schritt ist fassbar als Akt der Distanzierung von den Wahlmöglichkeiten, in dem sich gleichzeitig eine Zuwendung zu den Wahlmöglichkeiten vollzieht.“ (ebd.: 66).

Mit der Distanzierung erfolgt ein „Perspektivenwechsel“ (ebd.: 68) weg von einzelnen Optionen und hin zu einer distanzierten Gesamtbetrachtung der möglichen Entscheidungsoptionen. Auf dieser Grundlage erfolgt dann das „Formieren einer Absicht“ (ebd.: 80) zur Auswahl einer bestimmten Option und schließlich zur verbindlichen Festlegung auf der Grundlage praktischen Urteilens

(s. Abschnitt 3.1.5), zum Beispiel durch verbale Äußerung oder konkrete Handlungsschritte zur Umsetzung der gewählten Entscheidungsoption (vgl. Pritzlaff 2006: 78).

Wichtig ist hierbei, dass in dieser Dimension der Entscheidung als Entschluss ein hypothetisches zeitliches „Vorher" und „Nachher" des Entscheidungsmoments existiert. Hypothetisch deshalb, weil der:die Entscheidende im Entscheidungsmoment sowohl Zukunft als auch Vergangenheit in Form des Ausgangspunkts des Entscheidungsmoments konstruieren muss (ebd.: 71ff.). Vor allem die Gerichtetheit in eine nicht vorhersehbare, kontingente Zukunft eröffnet überhaupt erst die in Abschnitt 3.1.3.1 beschriebene „Lücke" der Nicht-Zwangsläufigkeit. Der:die Entscheidende „entscheidet über zukünftiges Handeln. Insofern befindet er sich immer in einer Situation, die vollständige Informiertheit und vollkommene Rationalität ausschließt, denn er kann über alle möglichen zukünftigen Konsequenzen seiner jetzigen Entscheidung nicht informiert sein – und insofern aus ihnen auch nicht Schlüsse herleiten, die als notwendig und zwingend charakterisierbar sind." (Pritzlaff 2006: 65). In Anlehnung an Luhmann (2000) beschreibt Pritzlaff, dass mit dieser Haltung „eine *Entlastungsfunktion* für die Entscheider" (Pritzlaff 2006: 76) einhergeht. Es ist – zumindest in realen Entscheidungssituationen – selbst mit den besten Informationen und intensiver, rationaler Abwägung unmöglich, die Zukunft vorherzusehen. Insofern muss jedem Entscheidungshandeln auch „eine gewisse Willkür" oder sogar „Irrationalität" (Luhmann 2019: 405) zu eigen sein.

Bevor Abschnitt 3.1.4.4 die verschiedenen Möglichkeiten und Abläufe von Abwägungsprozessen näher analysiert, werden im Folgenden zunächst Bedingungen einer Entscheidung untersucht, die am Anfang eines Entscheidungsprozesses stehen und diesen begründen.

3.1.4.2. Entscheidungsanlässe und -auslöser

Wenn man davon ausgeht, dass jedes Handeln einen – wenn auch vielleicht nur als Instinkt, Reflex oder neurologischer Impulse aus Sinneswahrnehmungen erklärbaren – Auslöser oder Anlass hat, stellt sich die Frage, ob sich die Auslöser von Entscheidungshandeln von anderen Handlungsimpulsen unterscheiden (müssen). Gerade bei einem eher weiten Entscheidungsverständnis, dem auch die vorliegende Arbeit folgt, und bei dem auch beispielsweise dem Griff nach einem Wasserglas mit der Intention, daraus zu trinken, eine Entscheidung vorangegangen sein muss, erfordert auch die Definition von möglichen Entscheidungsanlässen eine eher unspezifische, offene Formulierung.

Naheliegend ist zunächst das Verständnis, dass jeder Entscheidung ein **Problem** als Anlass der Entscheidung vorausgehen muss. Dieses Problem soll durch die Entscheidung mit Blick auf ein bestimmtes Ziel hin gelöst werden. Etwas allgemeiner formuliert lässt sich sagen, dass man immer

dann von Entscheidungshandeln sprechen kann, wenn eine Situation oder ein Zustand als problematisch und damit veränderungsbedürftig bewertet wird und es die Möglichkeit gibt, mit diesem Zustand so umzugehen, dass die entscheidende Person annimmt, hinterher zufriedener zu sein oder das Problem gelöst zu haben. Laux et al. (2018) definiert in seinem Lehrbuch zur Entscheidungstheorie eine allgemeine Grundstruktur für jeden Entscheidungsprozess, bei der das Problem als Ursache des Entscheidens zeitlich immer am Anfang steht:

> „1. Problemformulierung,
> 2. Präzisierung des Zielsystems,
> 3. Erforschung der möglichen Handlungsalternativen,
> 4. Auswahl einer Alternative,
> 5. Entscheidungen in der Realisationsphase." (ebd.: 12)

Das Verständnis von Entscheidungsauslösern als Problemen, mit denen sich das Individuum bewusst auseinandersetzt, Ziele formuliert, Handlungsalternativen identifiziert, sich für eine Alternative entscheidet und diese umsetzt, um einen erwünschten Zustand herzustellen, stellt das Entscheidungshandeln als eher deliberativen, rationalen Prozess mit klarer Zielformulierung dar. Auch in diesem Verständnis müssen Entscheidungen keinem festen Ablauf folgen und können durchaus unbewusste Elemente enthalten. Im Zentrum steht dabei aber ein aktiv und zielgerichtet handelndes und rational entscheidendes Subjekt (s. Abschnitt 3.1.4.4.4).

Ein offeneres Verständnis von Entscheidungsanlässen, bei dem statt eines intentional handelnden Subjekts eher Systeme und Organisationen als handelnde und entscheidende Einheiten im Zentrum stehen, beschreibt Luhmann (2019), auf den sich auch Pritzlaff (2006) beruft, indem er formuliert: „[E]*ine Handlung* [ist] *immer dann als Entscheidung anzusehen, wenn sie auf eine an sie gerichtete Erwartung reagiert.*" (Luhmann 2019: 313). Für die Untersuchung von Verteilungsentscheidungen in der Pflege erscheint die Perspektive, die die Institution mit den dort verorteten, vielfältigen **Erwartungen** als Entscheidungsauslöser ins Zentrum stellt, eine sinnvolle Ergänzung zur oben beschriebenen Perspektive der Entscheidung als eher rationalen Problemlösung entsprechend eigener Präferenzen.[21]

In den von Pflegenden im Rahmen der Datenerhebung für diese Arbeit berichteten Entscheidungssituationen resultieren Erwartungen an die Entscheidenden aus ganz unterschiedlichen Quellen:

[21] Zur Bedeutung von Erwartungen im Vergleich zu Präferenzen als Auslöser von Entscheidungen konstatiert Luhmann (2019): „Bei einer Präferenz geht es um die Differenz von besser und schlechter. Bei einer Verhaltenserwartung geht es um die Differenz von konform und abweichend. Wir behaupten, daß die zuletzt genannte Differenz diejenige ist, die den Tatbestand des Entscheidens konstituiert. Dabei führt die Orientierung an Erwartungen nicht schon zu einem Entscheidungs*ergebnis*; sie macht die Entscheidung nur nötig und versetzt in eine wie immer reduzierte, wie immer disbalancierte, wie immer belastete Freiheit, den Erwartungen nicht zu folgen. […] Präferenzen werden nur eingeführt, wenn es – etwa angesichts von Erwartungskonflikten – um Rationalisierungen geht." (Luhmann 2019: 315)

Wahrgenommene Bedürfnisse der Bewohner:innen, explizite Regeln, Gesetze und Normen der Institution, eigene Wertvorstellungen und Ansprüche an das eigene Handeln, Rollenbilder, Erwartungen der Kolleg:innen und Vorgesetzen und vieles mehr. Durch verschiedene wahrgenommene Anforderungen baut sich ein „Erwartungsdruck" auf: „Der Erwartungs*druck* kann durch normatives Qualifizieren der Erwartung verstärkt werden; aber schon das einfache Erwarten führt, wenn es bekannt wird, dazu, daß derjenige, an den es gerichtet ist, dadurch die Möglichkeit gewinnt, der Erwartung zu entsprechen oder abzuweichen, und sich also entscheiden muß." (Luhmann 2019: 313).[22] Ob nun als Problem oder Erwartung beschrieben, immer erfordert ein Entscheidungsauslöser eine Reaktion – und sei es auch nur, sich zu entscheiden, das Problem zu ignorieren oder den Erwartungen nicht zu entsprechen.

Gerade im beruflichen Kontext der Pflege lassen sich verschiedene strukturelle und institutionelle Erwartungen als mögliche Anlässe von Entscheidungen identifizieren. Entsprechend lohnt sich ein genauer Blick darauf, wie Entscheidungen in institutionellen Strukturen getroffen werden und welche Rolle hierbei Routinen spielen.

3.1.4.3. Entscheidungen treffen in (Pflege-)Organisationen

Auch bei einer analytischen Betrachtung von Entscheidungsproblemen sollte, wie schon an verschiedenen Stellen thematisiert wurde, nicht ausgeblendet werden, dass Entscheidungen in der Realität nie außerhalb eines Kontextes stattfinden, der diese beeinflusst. Bei der Kritik an Entscheidungsexperimenten wird dies besonders deutlich: Unter kontrollierten Bedingungen lässt sich bei Proband:innen sehr gut beobachten, welche Lösungswege diese wählen. Durch die Kontrolle der Rahmenbedingungen wie Zeit und Verfügbarkeit von Informationen zum Entscheidungsproblem lässt sich untersuchen, wie genau Entscheidungen getroffen werden. Durch bildgebende Techniken ist es sogar möglich, die Hirnaktivität bei Entscheidungen zu beobachten.[23] Durch Beobachtung von oder Befragung zu realen Entscheidungen lassen sich die Einflussfaktoren auf die Entscheidungen dagegen kaum bis gar nicht kontrollieren. Vielmehr sollten diese als „intervenierende Entscheidungsbedingungen" (s. Unterkapitel 6.3) in die Analyse von Entscheidungshandeln einbezogen und ihr jeweiliger Einfluss untersucht werden.

In einer zeitlichen Perspektive auf Entscheidungshandeln in (Pflege-)Organisationen lässt sich zunächst zwischen verschiedenen grundlegenden Arten von Entscheidungen differenzieren. Die

[22] Nach Oevermann (2002: 10) gehören Entscheidungssituationen der „Sphäre der Krise" im Vergleich zur „Sphäre der Routine" an und bieten die Chance zur Transformation (s. Abschnitt 3.1.3.2).

[23] Vgl. stellvertretend für unzählige Veröffentlichungen Roselli/de Almeida (2022) zur ganzheitlichen Evaluation in Entscheidungssituationen und Forstmann et al. (2008) zu Entscheidungen unter Zeitdruck.

in dieser Arbeit untersuchten pflegerischen Verteilungsentscheidungen in herausfordernden Situationen[24] können nach Kirkevold (2002) als pflegerische **Akutsituationen oder problematische Situationen** bezeichnet werden. Während Akutsituationen durch plötzliche, meist medizinische Notfälle ausgelöst werden, in denen ein schnelles Entscheiden notwendig und oft lebenswichtig ist, geht es bei problematischen Situationen darum, in unklaren Zusammenhängen eine möglichst passende Entscheidung zu treffen, die verschiedene Bedürfnisse und Rahmenbedingungen berücksichtigt. Hier steht also weniger der Zeitdruck als die Klärung der Situation und der Bedürfnisse der von der Entscheidung Betroffenen im Vordergrund (ebd.: 50ff.). Und wie schon in Abschnitt 3.1.1 dargestellt, lassen sich viele herausfordernde Entscheidungssituationen in der Pflege – und damit auch viele der Entscheidungssituationen aus der vorliegenden Untersuchung – als „konstruktive, präferenzbasierte Entscheidungsprobleme unter Unsicherheit" (Braun/Benz 2015: 45f.) beschreiben. Sie weisen damit eine **hohe Komplexität** mit vielen nicht kontrollierbaren, beeinflussenden Kontextbedingungen auf. Im pflegerischen Setting spielt im Sinne der Komplexitätssteigerung unter anderem die einseitige Abhängigkeit und Vulnerabilität der pflegebedürftigen Menschen eine wichtige Rolle, für die die entscheidenden Pflegenden verantwortlich sind (s. Abschnitt 3.2.3). Diese sind von vielen pflegerischen Entscheidungen existenziell betroffen, aber oft selbst nur begrenzt in der Lage, sich mit ihren Präferenzen in die Entscheidungsfindung einzubringen. Wie schon in Abschnitt 3.1.4.2 beschrieben, wirkt sich diese hohe Komplexität vieler pflegerischer Entscheidungen nach Luhmann auch als **„Erwartungsdruck"** (Luhmann 2019: 323) auf die Pflegenden aus. Dieser Druck kommt unter anderem in den zum Teil widersprüchlichen Rollenerwartungen an die Entscheidenden als professionell Pflegende, Arbeitnehmer:innen und Fürsprecher:innen für die Bewohner:innen zum Ausdruck. Luhmann konstatiert, dass durch den hohen Erwartungsdruck gerade das Entscheiden in Organisationen eher durch „Irrationalitäten" (Luhmann 2019: 321) geprägt ist. Irrationalität kann hier so verstanden werden, dass es in den Entscheidungssituationen weniger darum geht, eine rational oder intuitiv gute Entscheidung zu treffen, sondern eher darum, mit den vielfältigen Erwartungen und dem daraus resultierenden Erwartungsdruck umzugehen.[25] Luhmann nennt dazu beispielhaft drei Arten des Umgangs mit Erwartungsdruck: Konformität, Zurechnungsverschiebung und Selektion von Konflikten:

> „Die immer sicherste Linie liegt natürlich in der *Konformität*. Auch eingesehener Unsinn wird mitgemacht, da man anderenfalls als Entscheider auffallen würde. Eine andere

[24] Für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Entscheidungssituationen wurde nach Situationen gefragt, in denen unter Zeitdruck „mehrere Dinge gleichzeitig" erledigt werden mussten (s. Leitfaden in Anhang 8).
[25] Luhmann spricht sogar von einem „Überleben unter Entscheidungsdruck" mit dem Ziel, das eigene Handeln „als vertretbare Entscheidung in späteren Situationen" rechtfertigen zu können (Luhmann 2019: 330).

> Strategie könnte als *Zurechnungsverschiebung* bezeichnet werden: Man weicht ab, wenn man die Entscheidung und die Verantwortung für ihre Folgen extern zurechnen kann. Eine dritte Möglichkeit liegt in der *Selektion von Konflikten*: Man legt Wert darauf, sich gegen bestimmte Erwartungen zu entscheiden, weil man aus dem Konflikt Nutzen ziehen oder Prestige gewinnen kann; ja man definiert geradezu bestimmte Erwartungen als Druck, als Pression, als Repression, um für die Entscheidung dagegen besondere Qualität zu gewinnen." (Luhmann 2019: 330)

Diese drei Strategien lassen sich in ähnlicher Weise auch in den Entscheidungstypen identifizieren, die im Rahmen dieser Untersuchung entwickelt werden (s. Abschnitt 8.1.4.1). Nach Luhmanns Verständnis ist das individuelle Entscheiden damit eine Positionierung zu expliziten oder impliziten Regeln und Vorgaben zum Beispiel der Vorgesetzen (Luhmann 2019: 406), um dadurch Verantwortung und Entscheidungsdruck ab- oder weitergeben zu können.

Viele dieser Handlungsvorgaben können als **institutionelle Routinen** verstanden werden. Feldman/Pentland (2003) werfen einen interessanten Blick auf diese „Organisationsroutinen",[26] die oft eher mit Trägheit, Demotivation und stumpfer, unreflektierter Regelbefolgung in Verbindung gebracht werden (vgl. ebd.: 98, vgl. auch das „Modifikationsproblem" nach Neuweg 2015: 32ff.). Nach Feldman/Pentland (2003) sollte man diese Routinen aber aus zwei Perspektiven betrachten: Der **„ostentive aspect"** (der „demonstrierende, anschaulich machende Aspekt") stellt die expliziten oder impliziten, abstrakten Prinzipien, Regeln und Normen einer Organisation dar, etwa in Form von bürokratischen Abläufen. Diese Vorgaben stehen zunächst einmal fest und erfüllen damit verschiedene Funktionen. So dienen sie als Leitfaden für zukünftige Handlungen („guiding"), können rückblickend Handlungen rechtfertigen („accounting", auch im Sinne der Entlastung, s. oben) oder strukturieren Handlungen zu zusammenhängenden Sinneinheiten, auf die sich Akteure als neue Routinen beziehen können („referring", ebd.: 105ff.).

Neben dem „ostentive aspect" beschreiben Feldman/Pentland (2003) den **„performative aspect"** von Organisationsroutinen. Denn Regeln werden durch Akteure unterschiedlich wahrgenommen und in reale Handlungen und Entscheidungen umgesetzt („Rules are resources for action, but they do not fully determine action", ebd.: 101). Und durch die Umsetzung von Regeln können sie verfestigt, aber auch verändert werden oder es entstehen durch neue, wiederkehrende Handlungen neue Routinen („creation, maintenance, and modification of the ostensive aspect", ebd.: 107ff.). Durch die Differenzierung der Perspektive auf Routinen als fester, abstrakter Struktur[27] im

[26] Feldman/Pentland 2003 formulieren zunächst eine allgemein akzeptierte Definition von Organisationsroutinen: „Organizational routines can be defined as repetitive, recognizable patterns of interdependent actions, carried out by multiple actors" (Feldman/Pentland 2003: 94). Vgl. zur Wirkung von Organisationsroutinen für institutionelle Entscheidungen auch Royer/Langley 2008.

[27] In Referenz zu Ryle (1949) vergleichen Feldman/Pentland diesen Aspekt mit dem „know that", während der performative Aspekt als „know how" beschrieben wird (vgl. dazu Abschnitt 3.1.5.2.1).

Vergleich zu konkreten Handlungen auf der Grundlage von Routinen erhalten Organisationsroutinen eine wichtige Funktion in Organisationen, sowohl für Sicherheit und Entlastung als auch für Veränderung. Denn in der Umsetzung können diese Routinen gemäß Luhmann (2019) konformistisch realisiert werden, was von Begründungszwang entlastet. Sie können aber auch in sich verändernden Kontexten kreativ angepasst werden, so dass sich die Akteure aktiv mit ihnen auseinandersetzen und sich auch dafür entscheiden können, Routinen nicht umzusetzen (Feldman/Pentland 2003: 102).[28]

Als nächster zeitlicher Schritt im Entscheidungshandeln wird in den nächsten Abschnitten die Reaktion auf ein entscheidungsauslösendes Moment als Abwägungs- und Reflexionsprozess näher beschrieben. Dabei können sowohl bewusste, als auch unbewusste Reflexionsprozesse eine wichtige Rolle spielen. Gerade unbewusste Entscheidungsprozesse stehen dabei häufig in der Kritik, irrational und fehleranfällig zu sein. Es ist daher zu diskutieren, ob und wann intuitive Heuristiken und ähnliche Entscheidungslogiken als „Bauchentscheidungen" (Gigerenzer 2007) in Entscheidungssituationen zu guten Entscheidungen führen können.

3.1.4.4. Entschlussakt

Wie schon in Abschnitt 3.1.3.1 ausführlich dargestellt, ist bei jeder Entscheidung das Wählen zwischen Optionen eine notwendige Voraussetzung. Während Pritzlaff (2006) den Fokus auf den Entscheidungsakt selbst legt, thematisiert sie, dass diesem Entscheidungsakt mit der Distanzierung von den Alternativen und der Hinwendung und Festlegung auf eine Wahloption ein mehr oder weniger langer **Abwägungsprozess** vorausgeht, in dem „sämtliche Prozesse der Präferenzbildung, Begründungserwägung oder Willenseinwirkung einbezogen" werden (ebd.: 28). Braun/Benz (2015) sprechen hier auch von „präselektionaler Phase" im Vergleich zur „Entscheidung im engeren Sinne" (ebd.: 21), die dem Kern dessen entspricht, was Pritzlaff als eigentliches Entscheidungshandeln versteht.

Um auch diese Abwägungsprozesse vor der eigentlichen Entscheidung analysieren zu können ist es daher sinnvoller, die weiter gefasste Definition des Entscheidungsprozesses nach Laux et al. (2018) für die Beschreibung des zeitlichen Ablaufs des Auswahlprozesses als „Erforschung der möglichen Handlungsalternativen" (ebd.: 12, vgl. Abschnitt 3.1.4.2) zugrunde zu legen. Die Identifikation und Bewertung der möglichen Handlungsalternativen erscheint bei Laux et al. (2018) zunächst als bewusster, mentaler Akt, in der die Optionen auf ihre möglichen Konsequenzen hin

[28] Die Auseinandersetzung mit Organisationsroutinen findet sich in der Bezeichnung und Wirkung der in dieser Untersuchung herausgearbeiteten Entscheidungstypen wieder, unter anderem im „konformistischen Entscheidungstyp" (vgl. Abschnitt 7.2.1).

überprüft und in Abgleich mit Präferenzen und Handlungsnormen gegeneinander abgewogen werden.

Wie im vorigen Abschnitt dargestellt, ist das Treffen einer Wahl anders als im analytischen Modell in realen Entscheidungssituationen wie in den Situationen aus den Interviews der vorliegenden Untersuchung gerade im Kontext von Organisationen häufig komplex. Der Entscheidungsprozess kann sowohl in Sekundenbruchteilen als intuitives Gesamturteil im Sinne des praktischen Urteilens nach Pritzlaff (2006; s. Abschnitt 3.1.5) erfolgen, sich aber auch über Minuten, Stunden oder Tage im Sinne eines mehr oder weniger bewussten, rationalen Abwägungsprozesses erstrecken, im Rahmen dessen auch ein Austausch mit Anderen erfolgen kann. Erst am Ende dieses Prozesses erfolgt ein praktisches Urteilen und damit Festlegen auf eine – möglichst optimale – Option.

Während in Abschnitt 3.1.5 verstärkt auf normative Aspekte der Abwägung und Entscheidung als praktisches Urteilen eingegangen wird, geht es im Folgenden um die Unterscheidung zwischen Wahlprozessen, für die verhältnismäßig viel Zeit zur Verfügung steht und die daher eine deliberative, bewusste Identifikation und „Erforschung der möglichen Handlungsalternativen“ (Laux et al.: 12) ermöglichen, und komplexen Entscheidungen unter Zeitdruck, bei denen eine vorherige Abwägung kaum oder nicht möglich oder sinnvoll ist. Wie schon angesprochen, entfernt sich die Definition, was zum Entscheidungshandeln gezählt werden kann, etwas vom Verständnis des Entscheidungshandelns nach Pritzlaff (2006), die in ihrer Begriffsrekonstruktion den Entscheidungsprozess vor dem Entschlussakt als dem Entscheidungshandeln vorgelagert sieht (vgl. ebd.: 28ff.). Um die mentalen Prozesse bei eher länger andauernden, bewussten Abwägungsprozessen von schnellen, intuitiven Gesamtbeurteilungen in Entscheidungssituationen zu unterscheiden, stellt der folgende Abschnitt zunächst verschiedene Vertreter:innen der „Zwei-Systeme-Theorie menschlichen Entscheidungsverhaltens“ vor (einen Überblick dazu geben Braun/Benz 2015). Die Theorie unterscheidet grundsätzlich zwischen schnellen, intuitiven und langsamen, deliberativen Denkprozessen, die sich gegenseitig ergänzen, aber auch beeinträchtigen und „beide dazu in der Lage sind, Urteile zu bilden bzw. Lösungen für gegebene Entscheidungsprobleme hervorzubringen.“ (ebd.: 49).

3.1.4.4.1. Bewusste und unbewusste Bewertungsprozesse

Auch wenn die meisten Entscheidungen im Alltag vollständig unbewusst ablaufen und nicht als Entscheidungen erlebt werden, gibt es immer wieder Momente im beruflichen und privaten Alltag, in denen die handelnden Personen durch eine Situation überrascht werden und – selbst unter Zeitdruck – bewusst überlegen müssen: „Was mache ich jetzt? Was ist in dieser Situation

das sinnvollste Vorgehen?“ Oft wird dies als Moment des Innehaltens und des bewussten Reflektierens erlebt und beschrieben, der vor allem dann auftritt, wenn in unbekannten, herausfordernden Situationen die bekannten und bis dahin erfolgreichen Handlungsstrategien als nicht sinnvoll anwendbar erscheinen (vgl. zur empirischen Beschreibung von Reaktionen auf unbekannte Problemsituationen auch Abschnitt 6.4.1). Donald Schön (1983) beschreibt dieses Heraustreten eines Akteurs aus dem unbewussten „knowing-in-action“ als „reflection-in-action“ (mehr hierzu in Abschnitt 3.1.5.2):

> „The situation is complex and uncertain, and there is a problem in finding the problem. These points of similarity create the conditions for reflection-in-action. Because each practitioner treats his case as unique, he cannot deal with it by applying standard theories or techniques.“ (Schön 1983: 129)

Durch die bewusste, kurzzeitige Entschleunigung und Distanzierung des:der Handelnden zur gegebenen Situation ist er:sie in der Lage, verschiedene Aspekte der notwendigen Entscheidung bewusst zu betrachten. „In such processes, reflection tends to focus interactively on the outcomes of action, the action itself, and the intuitive knowing implicit in the action.“ (ebd.: 56) Das Ergebnis des bewussten Nachdenkens über die gegebene Situation, die möglichen Auswirkungen und die bis dahin impliziten Wissensbestände führt zu einer Entscheidung, die dann als „on-the-spot experiment“ (ebd.: 63)[29] in der Praxis umgesetzt wird. Je nachdem, wie der Erfolg dieser Entscheidung sich realisiert, kann der:die Handelnde aus dieser Situation im Nachhinein als „reflection-on-action“ (ebd.: 55) lernen und damit Handlungs- und Entscheidungskompetenz aufbauen (s. Abschnitt 3.1.5.1).

Auch wenn die beschriebene Form des „reflection-in-action“ auch in Situationen mit wenig Zeit zum bewussten Nachdenken möglich ist, erfordert sie doch einen **Akt der aktiven Reflexion**. Im Beispiel des Heraustretens aus einem intuitiven Prozess mit dem Ziel, bewusst über ein Problem nachdenken zu können, zeigen sich zwei grundsätzlich verschiedene Arten des Denkens. Bereits in den 1940ern beschrieb der Philosoph Gilbert Ryle, dass ein:e Akteur:in in seinem:ihrem Handlungsfeld erfolgreich agieren kann (Knowing How), ohne dies direkt auf rational nachvollziehbare Gründe, explizierbare Regeln und Theoriewissen zurückführen können (Knowing That) zu müssen (vgl. Ryle 1949: 16ff.). Donald Schön, der sich direkt auf Ryle bezieht, beschreibt mit seinem „knowing-in-action“ also eine Form des praktischen, kontextgebundenen und impliziten Wissens oder Könnens, das sich durch gelungene Handlungen in der Praxis realisiert (Schön 1983).

Die Unterscheidung von zwei parallelen Denksystemen findet sich in vielen Wissenschaftsdisziplinen wieder (vgl. Überblick u. a. bei Braun/Benz 2015; Hogarth 2005). Einer der einflussreichs-

[29] Nach Pritzlaff (2006) entspricht dies der Materialisierung der gewählten Option.

ten Vertreter aus dem Bereich der Psychologie und Entscheidungstheorie ist Daniel Kahneman (2012). Seine Theorie vom **schnellen und langsamen Denken** geht zurück auf Arbeiten zur Betrachtung von Beurteilungsheuristiken und -fehlern (Kahneman/Tversky 1982). Kahneman (2012) unterscheidet zwei Denksysteme, die bei allen Menschen ähnlich funktionieren. Die Systeme arbeiten gleichzeitig und beeinflussen sich im Wachzustand gegenseitig: System 1 arbeitet automatisiert und unbewusst im Hintergrund und kann ohne größere mentale Anstrengung innerhalb von Sekundenbruchteilen komplexe Beurteilungen aus einer Vielzahl von Einzelinformationen vornehmen. Das unbewusste System 1 kann nicht willentlich abgestellt werden (vgl. ebd.: 28) und nimmt vor allem bei Routineentscheidungen die Gesamtbeurteilung der Situation vor, auf deren Basis dann ein Entschluss gefasst wird (vgl. ebd.: 28). System 2 arbeitet im Alltag in einer Art „Ruhemodus" und wird dann aktiv, wenn die bewusste Aufmerksamkeit einer Person durch eine Information aus System 1 auf etwas gelenkt wird. Entsprechend dem oben beschriebenen Heraustreten aus einer Alltagssituation durch eine Störung, die irritiert, bearbeitet werden muss und daher die volle Aufmerksamkeit erfordert, wird hier eine bewusste Handlung oder bewusstes Entscheidungshandeln erforderlich. Dieses Entscheidungshandeln im Sinne des Abwägens wird von der handelnden Person als aktiver Denkprozess erlebt und kann im Nachhinein als solcher erinnert werden. In aller Regel werden diese bewussten Entscheidungen als echte und vor allem eigene, freie Wahlentscheidungen erlebt.[30] „The operations of System 2 are often associated with the subjective experience of agency, choice, and concentration" (ebd.: 21). Da die menschliche Aufmerksamkeit begrenzt ist, kann das Bewusstsein (System 2) diese oft nur auf einen einzelnen Fokus lenken, blendet dabei andere Eindrücke von System 1 aus und ist gleichzeitig leicht ablenkbar durch andere Eindrücke, die Aufmerksamkeit auf sich ziehen (vgl. ebd.: 22f., vgl. zur Bedeutung von Aufmerksamkeit auch Dijksterhuis/Nordgren 2006: 96f.).

Für die Entscheidungstheorie ist es wichtig, dass System 1, das permanent Sinneseindrücke aus der Umwelt empfängt und verarbeitet, bei Entscheidungen immer beteiligt ist und System 2 in Entscheidungssituationen aktiv beeinflusst:

> „System 1 continuously generates suggestions for System 2: impressions, intuitions, intentions, and feelings. If endorsed by System 2, impressions and intuitions turn into beliefs, and impulses turn into voluntary actions. When all goes smoothly, which is most of the time, System 2 adopts the suggestions of System 1 with little or no modification. You generally believe your impressions and act on your desires, and that is fine – usually." (Kahneman 2012: 24)

[30] In den Interviews der vorliegenden Arbeit werden bewusste Entscheidungen immer wieder auch sprachlich als solche markiert, zum Beispiel: „Ich habe es für mich so entschieden, habe gesagt: Das geht nicht." (IP).

Die Zwei-Systeme-Theorie nach Kahneman ist hilfreich, um die zwei Denkprozesse des schnellen und langsamen Denkens zu charakterisieren und die dahinter liegenden kognitiven Prozesse nachvollziehen zu können. Allerdings betont Kahneman immer wieder die Defizite des Systems 1, welches durch Bewertungsheuristiken und Fehler beeinflusst ist, die von System 2 in der Regel ohne weitere kritische Reflexion übernommen werden. Entsprechend sind „Empfehlungen“ („suggestions“, siehe oben) durch System 1 für bestimmte Handlungen nur schwer einer kritischen Beurteilung und Revision zugänglich und führen damit nach Kahneman immer wieder zu schlechten Entscheidungen. Kahneman (2012) beschreibt System 1 daher auch als „machine for jumping to conclusions“ (ebd.: 79). Durch bewusste Reflexion während oder nach der Situation (vgl. Schön 1983) ist es zwar möglich, durch das System 2 eine gewisse Kontrolle über die Einflüsse von System 1 zu gewinnen (vgl. Kahneman 2012: 89ff.; auch Hogarth 2005). Dies ist aber mit mentaler Anstrengung und Zeitaufwand verbunden, da System 2 anders als System 1 Informationen ausschließlich seriell (also nacheinander) verarbeiten kann.

In vielen, gerade komplexen Situationen unter Zeitdruck ist eine schnelle, intuitive Entscheidung durch System 1 sinnvoll oder sogar existenziell notwendig. Sie dient der Komplexitätsbewältigung und trägt zur Handlungssicherheit und damit Handlungsfähigkeit in herausfordernden Situationen bei, auch wenn sie immer eine gewisse Fehleranfälligkeit mit sich bringt (vgl. dazu Abschnitt 3.1.4.4.3). Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Funktionsweise von Intuition und intuitivem Entscheiden im Sinne des Systems 1 noch einmal aus verschiedenen Perspektiven vertieft analysiert. Auf dieser Grundlage werden anschließend in den Abschnitten 3.1.4.4.3 und 3.1.4.4.4 die Vor- und Nachteile von intuitiven Bauchentscheidungen gegenüber bewusst-analytischen Entscheidungen kritisch diskutiert und ihr jeweiliger Beitrag zur Entscheidungsfindung vor allem in komplexen Situationen wie den Entscheidungssituationen der vorliegenden Arbeit bewertet.

3.1.4.4.2. Intuition und intuitive Entscheidungen

Intuition kann grundsätzlich verstanden werden als ein unbewusstes, holistisches Erfassen eines Objekts oder einer mehr oder weniger komplexen Situation durch sinnliche Wahrnehmung. Diese Wahrnehmung wird geprägt durch bestimmte Wahrnehmungsmuster wie zum Beispiel Ähnlichkeit und Wiedererkennung, aber auch Gefühle wie Angst oder Zuneigung. Da intuitive Wahrnehmung und ein intuitives Urteil unmittelbar als Reaktion auf bestimmte Reize auftreten, geschieht das Urteilen sehr schnell und praktisch mühelos und lässt sich im Nachhinein nur bedingt erklären (Hogarth 2010).

Durch diese besonderen Eigenschaften, die in der Außenbetrachtung rational kaum erklärbar scheinen, ist Intuition wissenschaftlich schwer zu erfassen und kann auch in Experimenten nur indirekt beobachtet werden. Gigerenzer (2007) setzt Intuition mit Bauchgefühl oder Ahnung gleich und beschreibt damit ein „Urteil […] 1. das rasch im Bewusstsein auftaucht, 2. dessen tiefere Gründe uns nicht ganz bewusst sind und 3. das stark genug ist, um danach zu handeln." (ebd.: 24) Während Intuition also zunächst unbewusst wirkt, wird sie als Gefühl spür- oder sogar konkret als Handlungsimpuls mit darauffolgender Handlung sichtbar. Oft geht mit einer Intuition ein Gefühl der Sicherheit einher, obwohl die Herkunft der Intuition nicht erklärbar ist (Hogarth 2010: 339).

Intuitionen lassen sich in drei Gruppen unterteilen: Intuitionen als Vorahnung über zukünftiges Geschehen, Intuition als retrospektives Verstehen von Vergangenem und Intuition als nur dem Unbewussten verfügbare Erfahrungs- und Wissensbasis („cultural capital", Hogarth 2010: 341; „implizites Wissen", Neuweg 2020; vgl. auch Dijksterhuis 2010: 62ff.).[31]

In der Praxis werden Intuitionen oft durch **Routinehandlungen** sicht- und spürbar (Sedlmeier 2005: 83): Gibt es keine Irritationen oder Überraschungen, wird eine Situation ganzheitlich durch intuitive Muster- oder Fallerkennung bewertet und als „passend" für ein bestimmtes, routiniertes Handlungsmuster erkannt, das dann, angepasst an die Situation, abgerufen und direkt in Handlung umgesetzt wird. Ebenfalls spürbar wird Intuition auch in Situationen, in denen die Mustererkennung misslingt, da die Situationen als neuartig, irritierend oder herausfordernd erlebt werden und die bewährten Reaktionsmuster nicht ohne Anpassungen anwendbar sind („Krisen", vgl. Oevermann 2002; s. auch Abschnitt 3.1.3.2). In diesem Fall wird durch die Intuition eine Art Prognose über die beste Handlungsalternative auf der Grundlage des Situationskontextes und der Erfahrungen mit zurückliegenden ähnlichen Situationen erstellt.[32] Gerade unter Unsicherheit und Handlungsdruck kann intuitives Erfassen und Beurteilen einer Situation – unter günstigen Voraussetzungen – zu einem Gefühl der Sicherheit und Handlungsfähigkeit auf der Grundlage eines intuitiven Urteils führen (vgl. auch Jahncke-Lattek 2010). Allerdings ist diese Sicherheit immer eine Scheinsicherheit – denn das intuitive Urteil kann durch kognitive Beurteilungsfehler beeinträchtigt werden, ohne dass dies direkt offensichtlich wird.

[31] Auf Intuition als Erfahrungs- und Wissensbasis gehe ich im Rahmen der Analyse des Praktischen Urteilens in Abschnitt 3.1.5.2 näher ein.

[32] „When uncertain, System 1 bets on an answer, and the bets are guided by experience. The rules of the betting are intelligent: recent events and the current context have the most weight in determining an interpretation." (Kahneman 2012: 80).

3.1.4.4.3. Bewertung intuitiver Entscheidungsheuristiken

System 1 ist nach Kahneman (2012) das mentale System, das im Alltag, aber auch bei komplexen Herausforderungen, wenn eine schnelle Reaktion erforderlich ist, ein Urteil fällt und eine Entscheidung trifft. Diese wird dann an System 2 weitergeleitet, was in aller Regeln diese Entscheidung akzeptiert und in Handlung umsetzt (ebd.: 59ff.; 79ff.). Bei der Informationsverarbeitung in System 1 werden **Heuristiken** wirksam. Heuristiken sind mentale Modelle oder Regeln, die die praktisch unendlichen externen und internen Stimuli, die eine Person aufnimmt, sortieren und so für die kognitive Verarbeitung aufbereiten.[33] Gerade in komplexen Handlungskontexten sind Heuristiken notwendig, um innerhalb kürzester Zeit durch parallele Verarbeitungsprozesse Informationen als für die aktuelle Situation relevant oder irrelevant zu bewerten, Wahrscheinlichkeiten einzuschätzen, Muster und Kategorien wiederzuerkennen, und diese gemäß den (ebenfalls zunächst unbewusst gebildeten) eigenen Präferenzen und Normen zu prüfen. Durch Heuristiken des Systems 1 werden Stimuli vorstrukturiert („Assoziationsmaschine", vgl. ebd.: 71ff.) und für Entscheidungen nutzbar gemacht; damit wirken sie schnell und effektiv – sind aber auch **fehleranfällig** („biases"; vgl. ebd.; Kahneman/Tversky 1982). Denn System 1 kann nur solche Informationen für eine Entscheidung bereitstellen, die bereits aktiviert sind. Und aktiviert werden nur Informationen, die im Verarbeitungsprozess zur „coherence of the story" (Kahneman 2012: 85), also als relevant für die vorliegend Situation, betrachtet werden (auch: „What you see is all there is (WYSIATI)"-Effekt, ebd.: 85ff.). Wenn also wie oben beschrieben System 1 ein Urteil fällt, dass von System 2 im Normalfall akzeptiert wird, und System 1 nur Informationen verarbeitet, die es anhand von Heuristiken für die Situation „aktiviert" hat, fallen bestimmte Informationen einfach aus dem Entscheidungsprozess heraus:

> „[A] definite choice was made, but you did not know it. Only one interpretation came to mind, and you were never aware of the ambiguity. System 1 does not keep track of alternatives that it rejects, or even of the fact that there were alternatives. Conscious doubt is not in the repertoire of System 1; it requires maintaining incompatible interpretations in mind at the same time, which demands mental effort. Uncertainty and doubt are the domain of System 2." (Kahneman 2012: 80)

Damit beschreibt Kahneman (2012; auf der Grundlage von Kahneman/Tversky 1982) System 1 und damit Intuition und unbewusste Verarbeitungsprozesse grundsätzlich als defizitär, da sie anfällig für Verzerrungen und Verkürzungen sind („Biases", vgl. Kahneman 2012: 109ff.) und unser bewusstes Urteil nicht nur beeinflussen, sondern es sehr schwer ist, sich über System 2 diesen

[33] Ich gehe hier nicht weiter auf einzelne Heuristiken ein, sondern beschreibe nur, wie diese nach Kahneman (2012) grundsätzlich unsere Entscheidungsprozesse beeinflussen und beeinträchtigen (können). Kahneman gibt dazu in seiner bekanntesten populären Veröffentlichung zahlreiche praktische Beispiele (vgl. ebd.).

Fehlern zu entziehen und damit eine gute, bewusste Entscheidung zu treffen: „In general, these heuristics are quite useful, but sometimes they lead to severe and systematic errors." (Kahneman/Tversky 1982: 3).

Obwohl die „Zwei-Systeme-Theorie" mentaler Verarbeitungsprozesse kaum umstritten ist und sich die Forschung in vielen Punkten auch bei der Funktion von bewusstem und unbewusstem Denken einig ist (zum Beispiel zur seriellen Verarbeitung mit sehr begrenzter Kapazität in System 2 und der parallelen, extrem leistungsfähigen Verarbeitung in System 1), unterscheiden sich sowohl die genauen Abgrenzungen der beiden Systeme, ihr Zusammenspiel, aber vor allem die qualitative Bewertung ihrer Wirkungen im direkten Vergleich. Vor allem stellt sich die – auch für die vorliegende Arbeit relevante – Frage, ob und wann eher bewusstes Nachdenken oder eher intuitive Bauchentscheidungen (Gigerenzer 2007) geeignet sind, um zu guten Entscheidungen zu gelangen.

Entgegen der oben beschriebenen, kritischen Haltung gegenüber intuitiven Prozessen im „Heuristics-and-Biases"-Konzept von Kahneman und Tversky (1982) konstatieren mehrere Theorien die **Überlegenheit von intuitiven Denk- und Entscheidungsprozessen** (vgl. u. a. Dijksterhuis 2010; Gigerenzer 2007). Gestützt sind diese Theorien durch zahlreiche Experimente, die teilweise beeindruckend belegen, dass intuitive Entscheidungen zu einem besseren Outcome führen (können).[34] Es kann beispielweise gezeigt werden, dass (falsche) Vorurteile stärker wirken und ein Entscheidungsergebnis negativ beeinflussen, wenn Probanden länger und bewusst über eine Situation nachdenken können. Erklärt wird dies damit, dass – anders als bei Kahneman (2012) – das bewusste System 2 als „Geschichtenerfinder" (Dijksterhuis 2010: 28) Informationen nach bestimmten Mustern strukturiert, um den eigenen Erwartungen (Vorurteilen) zu entsprechen:

> „We conclude that it is hard to avoid ‚jumping to conclusions' when one thinks consciously. It may feel as if one is processing information with the goal of making a decision when what one really—unknowingly—is doing is processing information with the goal of confirming an expectancy." (Dijksterhuis/Nordgren 2006: 98)[35]

In diesem Fall ist es demnach System 2, das zu einer fehlerhaften Verarbeitung der durch System 1 angebotenen Informationen führt. Als eine Art Gegenentwurf zum „Heuristics-and-Biases"-Konzept von Kahneman und Tversky kann in diesem Sinne das Konzept der **„Fast-and-**

[34] Es gibt allerdings auch umfangreiche Kritik an verschiedenen Experimenten dieser Art. Unter anderem ist die Frage, ob mit ihnen echte Entscheidungen adäquat abgebildet werden oder ob es wirklich intuitive, und nicht schnelle bewusste Denkprozesse waren, die zu einer guten Entscheidung geführt haben. Einen Überblick sowie Kritik zu den hier genannten Theorien und Experimenten bieten Braun/Benz (2015).

[35] Dijksterhuis (2010) fasst allerdings auch System 1 weiter als Kahneman (2012): „Das moderne Unbewusste besteht aus allen psychischen Prozessen, derer wir uns nicht bewusst sind, die aber dennoch unser Verhalten (oder unser Denken oder unsere Emotionen) beeinflussen." (Dijksterhuis 2010: 51). Kahneman subsummiert unter System 1 vor allem Beurteilungsprozesse (Kahneman 2012:24f.).

Frugal-Heuristiken“ (deutsch: schnelle und sparsame Heuristiken) von Gigerenzer (2007) betrachtet werden: Durch Heuristiken wird nicht etwa wie bei Kahneman/Tversky (1982) ein komplexes Problem „simplifiziert“, so dass bestimme Alternativen und Optionen nicht „aktiviert“ und damit weder bewusst noch unbewusst berücksichtigt werden können (s. Abschnitt 3.1.4.4.1). Vielmehr ermöglichen die „Fast-and-Frugal-Heuristiken“ eine extrem schnelle, effektive Identifikation und Beurteilung aller in der Situation denkbaren Lösungsansätze, wobei nur die Ansätze in die (bewusste oder unbewusste) Entscheidung einfließen, die durch System 1 intuitiv als relevant beurteilt wurden. Damit können intuitive „Fast-and-Frugal-Heuristiken“ gerade in komplexen, unsicheren Entscheidungssituationen zu schnelleren und (häufig) besseren Ergebnissen führen als bewusstes Nachdenken und Analysieren („less-is-more effects“, vgl. Gigerenzer/Gaissmaier 2011: 474; vgl. auch Pfister et al. 2017: 140, Neuweg 2020: 42ff.).[36]

Im Rahmen von Experimenten ist auf der anderen Seite nachweisbar, dass in Situationen mit geringerer Komplexität und relativ klar umrissenen Optionen eine bewusste, analytische Herangehensweise in der Regel erfolgreicher ist (Hogarth 2005: 76; Hogarth 2010: 345). Entsprechend ist es immer situationsabhängig, ob eine „Bauchentscheidung“ angemessen ist oder ein Problem doch besser bewusst und bestenfalls mit mehreren Beteiligten durchdacht werden sollte (vgl. auch Schimank 2005). Eine grundsätzlich kritische Haltung gegenüber intuitiven Urteilen aufgrund ihrer Fehleranfälligkeit im Sinne von Kahneman und Tversky ist demnach m. E. verkürzt – gerade in den komplexen Entscheidungssituationen, die in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ist davon auszugehen, dass die entscheidenden Personen nur durch intuitive Beurteilungsprozesse in der Lage sind, die Fülle an für die Entscheidung relevanten Informationen in kürzester Zeit zu bewerten und auf dieser Grundlage auch unter extremem Zeitdruck handlungsfähig zu bleiben. Gleichzeitig eröffnet erst bewusstes Nachdenken einen Austausch mit anderen und ein Lernen aus der Situation. Auf die Funktion und Bewertung dieser bewussten Abwägungs- und Reflexionsprozesse geht der folgende Abschnitt näher ein.

3.1.4.4.4. Entscheiden durch analytisch-deliberative Abwägung von Optionen

Gerade bei komplexen ethischen Fragestellungen ist das Ziel, sowohl grundsätzlich als auch im Einzelfall möglichst gute Entscheidungen zu treffen. Notwendig dazu ist es, dass für die Abwägung von Argumenten und Interessen möglichst aller Beteiligten Zeit zur Verfügung steht. **Struk-**

[36] Ebenfalls interessant ist die Theorie, dass es im Normalfall möglich ist, bewusst zu wählen, wie man ein konkretes Problem angeht: Durch intuitives „Bauchentscheiden“, bewusstes Nachdenken oder – und auch das führt in manchen Situationen (zumindest im Experiment) zu guten Entscheidungsergebnissen – durch Nicht-Nachdenken und „eine Nacht darüber schlafen“ (vgl. Dijksterhuis/Nordgren 2006: 104).

turierte Konzepte der Entscheidungsfindung gibt es in vielfältigen Anwendungsbereichen (vgl. u. a. das Mediating Assessments Protocol (MAP), Kahneman et al. 2019). Sie dienen als prozeduraler Rahmen für komplexe Fragestellungen und beziehen in der Regel in einem mehrstufigen Prozess verschiedene Positionen und Kontextbedingungen ein. Ziel ist es dabei stets, mögliche Vorurteile oder übersehene Optionen aufzudecken, um Einschätzungs- und damit Entscheidungsfehler zu vermeiden (vgl. ebd.). In der Pflege können solche Abwägungsprozesse bei schwierigen Entscheidungen wie dem Abbruch der künstlichen Ernährung durch „systematisierte Formen der ethischen Entscheidungsfindung" (Riedel 2012: 1) wie zum Beispiel durch klinisch-ethische Fallbesprechungen wie METAP (Albisser Schleger et al. 2019) oder das Nimwegener Modell (Steinkamp/Gordijn 2003) realisiert werden (vgl. auch Riedel et al. 2011). Neben dem Einbezug der Wertorientierungen aller Beteiligen und potenziell Betroffenen in die Entscheidung, die auch in anderen Kontexten bei ethischen Fragestellungen berücksichtigt werden sollten, muss in der Pflege zusätzlich die besondere Asymmetrie und Abhängigkeit der Pflegebeziehung beachtet werden, aus der eine besondere „Fürsorge-Verantwortung" der Pflegenden erwächst (Remmers 2000: 186, siehe auch ausführlich in Abschnitt 3.2.3). Optimalerweise können solche vorgelagerten und begleitenden ethischen Abwägungen „zu einer erheblichen Entlastung der Mitarbeiter(innen) führen" (Riedel 2012: 4), da sie die Entscheidungsverantwortung auf die organisatorische Mesoebene heben und für spätere Entscheidungen eine „Folie" für die Anwendung auf situative Einzelfälle bieten können (vgl. Greiner 2011).

Methoden der ethischen Fallbesprechung können als teil- oder vollstrukturierte („artifizielle", Braun/Benz 2015: 23ff.) Methoden der **Problemlösung in der Pflege** vor allem bei ethischen Fragestellungen, die über mehrere Tage und Wochen relevant bleiben, im Sinne eines Anwendungsdiskurses (Habermas 1992) verschiedene Perspektiven und Kontexte berücksichtigen.[37] Bei akut auftretenden Problemen ohne bekannte Handlungsleitlinien bleibt dem:der Entscheidenden allerdings oft nicht die Zeit, strukturierte Entscheidungsmethoden anzuwenden oder auch nur andere Personen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.[38] Dennoch ist es in Entscheidungssituationen unter erheblichem Zeitdruck durchaus denkbar, dass verschiedene Handlungsoptionen bewusst und zumindest begrenzt systematisch analysiert und gegeneinander abgewogen werden und auf Basis dieser Analyse eine Wahl getroffen wird. Auch für diese **„natürlichen" rationalen Entscheidungs- bzw. Problemlöseprozesse** (vgl. dazu Braun/Benz 2015: 29ff.) gibt es Modelle,

[37] Neben den genannten Modellen, die vor allem für ethisch herausfordernde Fragestellungen entwickelt wurden, gibt es für das Treffen von guten Entscheidungen eine Vielzahl weiterer strukturierter, präskriptiver Entscheidungsfindungsmodelle, vor allem für ökonomische Entscheidungen (vgl. u. a. Laux et al. 2018).

[38] „Demgemäß fallen gerade schwierige Entscheidungen typisch nicht in der Form eines rationalen Vergleichs von Alternativen unter übergreifenden Gesichtspunkten, die eine Rangordnung der Alternativen ermöglichen und die beste zur dann risikolosen Annahme empfehlen." (Luhmann 2019: 243)

die beschreiben, wie Menschen trotz begrenzter Informationen und Möglichkeiten zur Bewertung der Folgen der Entscheidung gute Entscheidungen treffen können. Beispielhaft kann hier das Modell der „Bounded rationality" von Herbert A. Simon (1956) genannt werden, bei der unter verschiedenen Optionen diejenige gewählt wird, die unter den gegebenen Umständen und mit dem vorhandenen Wissen die zufriedenstellendste Option ist („Satisficing"[39], Simon 1997; Braun/Benz 2015: 25f.).[40] „Natürliche" deliberative Entscheidungsfindung in der Praxis „zeichnet sich im Kern dadurch aus, dass Entscheider hier ihren ‚gesunden Menschenverstand' einsetzen, um zu einer Lösung für ein gegebenes Problem zu gelangen. Die jeweilige Problemstellung wird dabei zwar bis zu einem gewissen Grad, aber i.d.R. weder vollständig noch systematisch in ihre Komponenten (= Handlungsoptionen, entscheidungsrelevante Merkmale, denkbare Szenarien sowie erwartete Wirkungen der zur Auswahl stehenden Optionen) zerlegt." (Braun/Benz 2015: 31) Handlungsalternativen werden demnach zwar gesucht und bewertet, aber es gibt weder den sinnvollen Anspruch noch die Möglichkeit, alle Alternativen zu finden, zu bewerten und damit die beste Alternative zu wählen. Damit ist die daraus resultierende Entscheidung zwar nicht optimal, aber schneller als eine Entscheidungsfindung durch artifizielle Methoden (vgl. Braun/Benz 2015: 31ff., ähnlich auch das Konzept der „prozeduralen Rationalität" nach Schimank 2005: 56). Auf den ersten Blick bieten die beschriebenen Modelle der deliberativen Entscheidungsfindung gegenüber rein intuitiven Entscheidungsprozessen den Vorteil, dass sie schnell und damit in der Praxis anwendbar und gleichzeitig besser rational nachvollziehbar und damit auch kritisch reflektierbar sind. Verkürzt liegt ihr Vorteil also im Einbezug von Rationalität gegenüber scheinbar irrationalen, intuitiven Entscheidungen.

Diese Bewertung kritisiert unter anderem Böhle (2017). Ihm zufolge wird in deliberativen Konzepten rationales Handeln als **„objektivierendes Handeln"** gegenüber „subjektivierendem Handeln", zu dem Böhle u. a. intuitives, assoziativ-kreatives, gefühlsgeleitetes Handeln zählt, zum einzig gültigen und damit anzustrebenden Handlungs- und Entscheidungsmodus erhoben: „Solche Ansätze bemühen sich aufzuzeigen, wie auch unter widrigen Umständen rationales Handeln möglich ist und halten dabei daran fest, dass dieses – auch wenn es nur begrenzt und in modifizierter Weise möglich ist – die einzige Grundlage bleibt, um Handlungsfähigkeit zu gewährleisten" (Böhle 2017: 14). Entsprechend findet gemäß Böhle damit eine unangemessene

[39] „Faced with a choice situation where it is impossible to optimize, or where the computational cost of doing so seems burdensome, the decision maker may look for a satisfactory, rather than an optimal, alternative." (Simon 1997: 295)

[40] Neben der „Bounded Rationality" sei hier auch noch das ebenfalls einflussreiche das Modell des Inkrementalismus genannt, das auf Charles E. Lindblom zurückgeht (Prinzip des „muddling through", vgl. Lindblom 1965). Der Inkrementalismus beansprucht im Vergleich zur Bounded Rationality eine höhere Rationalität der Entscheidungsergebnisse bei gleichzeitig praktischer Anwendbarkeit vor allem in politischen Debatten.

Verkürzung der menschlichen Handlungs- und Entscheidungsgrundlagen statt, die vergleichbar ist mit der Problematik eines einseitig auf Verrichtungen orientierten Pflegeverständnisses (s. Unterkapitel 2.2, s. ausführlicher zu Böhle 2017 Abschnitt 3.1.5.2.1).

Fraglich bei natürlich-rationalen Entscheidungsmethoden wie der Bounded Rationality ist m. E. gerade in der Pflege auch, inwieweit dort die **Perspektive der Betroffenen** überhaupt systematisch berücksichtigt werden kann. Denn oft sind die potenziell Betroffenen in der Pflege nicht oder nur begrenzt in der Lage, ihre Perspektive in Entscheidungen einzubringen. In diesem Fall benötigen sie eine Vertretung durch Bezugspersonen oder Pflegende, deren Objektivität und Übereinstimmung mit den tatsächlichen Wünschen der pflegebedürftigen Menschen durchaus angezweifelt werden kann. Und die emotionalen und sozialen Bedürfnisse der Betroffenen sind nicht objektiv messbar und damit rational nachvollziehbar. In einer rational geprägten Entscheidungsfindung erhalten diese „irrationalen" oder nicht intersubjektiv nachvollziehbaren Präferenzen der zu Pflegenden möglicherweise einen geringeren Stellenwert als Sachargumente oder die (vermeintlich) objektive und damit in dieser Perspektive überlegene rationale Bewertung von Handlungsoptionen durch Expert:innen (vgl. dazu Abschnitt 3.2.1 sowie die Darstellung des autokratischen Entscheidungstyps in Abschnitt 7.2.4).

3.1.4.5. Zusammenfassung

Die zeitliche Perspektive auf Entscheidungshandeln löst das Entscheiden, das im Alltag in Sekundenbruchteilen abläuft und sich selten als ein vollständig rationaler, nachvollziehbarer Abwägungs- und Wahlprozess darstellt, in analytische Einheiten auf (Pritzlaff 2006).[41] Für die vorliegende Arbeit relevant ist diese kleinteilige Analyse der zeitlichen Abfolge von Entscheidungsprozessen unter anderem, da Auslöser von herausfordernden Verteilungsentscheidungen als Probleme (Laux et al. 2018) oder Erwartungen (Luhmann 2019) verstanden und entsprechend bewertet werden können. Gerade mit Blick auf den institutionellen Rahmen der Entscheidungssituationen der vorliegenden Arbeit ist es sinnvoll, die unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Erwartungen der direkt und indirekt Beteiligten sowie die Bedeutung von Organisationsroutinen in pflegerischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Als intervenierende Entscheidungsbedingungen werden sie in Unterkapitel 6.3 im Rahmen der Auswertung der empirischen Daten im Einzelnen beschrieben und in ihrem Einfluss auf Verteilungsentscheidungen bewertet.

[41] Luhmann (2019) betrachtet diese Einheiten als die eigentliche Substanz der Entscheidung. Damit ist das Entscheiden selbst eine fiktive Einheit aus Einzelelementen: „Entscheidungen müssen vorgeben, *eine Einheit zu sein und zu bleiben* trotz weiterer Auflösbarkeit und sozusagen oberhalb einer sehr viel komplexeren Tiefenrealität." (Luhmann 2019: 247).

Für den auf einen Auslöser hin folgenden Abwägungsprozess, an dessen Ende der Entschluss und die Realisierung der Entscheidung steht, kann auf der Grundlage der theoretischen Auseinandersetzung in Abschnitt 3.1.3.2 und 3.1.4.3 konstatiert werden, dass auch vollständig unbewusste Entscheidungsprozesse oder die Befolgung von Routinen als Entscheidungshandeln begriffen werden können (u. a. Luhmann 2019; Pfister et al. 2017). Entsprechend verstehe ich pflegerische Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege, die in dieser Arbeit untersucht werden, als echte und komplexe Entscheidungen (Braun/Benz 2015) mit hohem intuitivem Anteil – besonders durch den oft herrschenden Zeitdruck und die gleichzeitig ausgeprägte Komplexität. Aus der Analyse und kritischen Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen von intuitiven und rational-analytischen Entscheidungsprozessen in den Abschnitten 3.1.4.4.3 und 3.1.4.4.4 lassen sich darüber hinaus erste Hinweise ableiten, was eine gute Entscheidung ausmacht. Wesentlich ist dabei die situative Angemessenheit des Abwägungsprozesses vor allem in Hinblick auf den erforderlichen Zeitaufwand (Dijksterhuis 2010; Gigerenzer 2007). Die Entscheidungssituationen der vorliegenden Arbeit sind oft geprägt durch hohen Zeitdruck, was eine eher intuitive Vorgehensweise nahelegt, die eine schnelle, gleichzeitige Verarbeitung einer Vielzahl von relevanten Informationen ermöglicht (u. a. Kahneman 2012). Aber auch die Erkenntnisse zur Fehleranfälligkeit und inhaltlichen Angemessenheit von eher rationalen oder eher intuitiven Entscheidungsprozessen sowie die Möglichkeit von Reflexion lassen Rückschlüsse auf die grundsätzliche situative Angemessenheit und damit Qualität von pflegerischen Verteilungsentscheidungen zu.
Während der Fokus der theoretischen Auseinandersetzung mit Entscheidungshandeln also bisher die deskriptive Analyse von Entscheidungs- und Wahlprozessen war und nur punktuell Schlussfolgerungen zu Voraussetzungen für gute Entscheidungen gezogen wurden, thematisieren die folgenden Abschnitte verstärkt die normativ-inhaltliche Perspektive und Bewertung des Entscheidens als praktischem, normativem Urteilen (Pritzlaff 2006). Dabei geht es weniger darum, die in dieser Arbeit erhobenen Entscheidungssituationen kritisch auf ihre Qualität hin zu bewerten. Vielmehr lässt eine normative Perspektive auf Entscheidungshandeln Rückschlüsse darauf zu, welche Kompetenzen Pflegende entwickeln müssen, um in der Lage zu sein, in schwierigen Entscheidungssituationen angemessen zu reagieren und gute Entscheidungen zu treffen. Im Folgenden wird daher zunächst der normative Akt des „praktischen Urteilens“ nach Pritzlaff (2006) dargestellt, der – wenn gelungen – zu guten, situationsangemessenen Entscheidungen führen soll. Anschließend werden verschiedene Definitionen von Entscheidungskompetenz vorgestellt und begründet, inwieweit diese als Kernelement von Könnerschaft (nicht nur) in der Pflege verstanden werden können.

3.1.5. Entscheiden als praktisches Urteilen

Neben der Wahl als konstitutiver Voraussetzung von Entscheidungshandeln und der zeitlichen Perspektive auf Entscheidungen als eher intuitiver oder eher bewusster Entschluss für eine der möglichen Optionen stellt sich nun die Frage, wie und warum in der Entscheidungssituation der:die Akteur:in eine bestimmte Option gegenüber anderen Optionen bevorzugt und diese in Form einer Entscheidungshandlung realisiert.

Pritzlaff (2006) unterscheidet in ihrer Begriffsbestimmung das praktische Urteilen vom reflektierenden Urteilen (ebd.: 88ff.). Während das reflektierende Urteilen den mehr oder weniger rationalen und mehr oder weniger ausführlichen Abwägungsprozess zwischen verschiedenen Handlungsoptionen beschreibt (s. Abschnitt 3.1.4.4.1), ist das praktische Urteilen kein Prozess, sondern eine Handlung als „Stellungnahme des Akteurs zu dem vorgefundenen Sachverhalt" (ebd.: 90). Diese **Stellungnahme** kann „entweder in Form sprachlichen Handelns, oder durch eine andere Form der sichtbaren Äußerung" (ebd.: 88) erfolgen. Sie kann dabei durchaus auf einem vorherigen, mehr oder weniger rationalen Abwägungsprozess beruhen, lässt sich aber nicht auf diesen reduzieren. Vielmehr sind die einzelnen Elemente oder Begründungen des praktischen Urteilens „nicht alle retrospektiv, im reflektierenden Urteilen, auf bestimmte Regeln oder Standards rückführbar, ja zum Teil überhaupt nicht in irgendeiner Form explizierbar. Sie sind dennoch Teil der Handlung des praktischen Urteilens, sie sind implizit in der Praxis enthalten." (ebd.: 91f.).

Praktisches Urteilen in der Pflege ist demnach ein vor allem intuitiv gesteuertes, **praktisches Handeln** in sich ständig verändernden Entscheidungskontexten, geprägt durch eine Vielzahl von Akteur:innen mit diffusen oder konkreten Erwartungen und Anforderungen sowie von institutionellen Strukturen und Abhängigkeiten. Im Moment der Entscheidung setzt sich der:die Entscheidende mit den jeweils gegebenen Kontexten auseinander. Diese Bezugnahme geschieht im Entscheidungsmoment und lässt sich im Nachhinein nicht (vollständig) durch bestimmte, explizierbare Regeln und Normen, berufliche Vorgaben oder individuelle Präferenzen erklären (vgl. ebd.: 91ff.). Zusammenfassend beschreibt Pritzlaff das praktische Urteilen folgendermaßen:

> „Praktisches Urteilen beinhaltet also ein holistisches Erfassen von Sachverhalten, es bezieht sich auf den Gesamteindruck. Der individuelle Akteur beurteilt einen individuellen Sachverhalt. Er erfasst und beurteilt diesen Sachverhalt, indem er Verknüpfungen, Relationen verschiedener Art herstellt: mit dem Kontext, mit dem, was er an Hintergrundannahmen bringt, in Interaktion mit anderen Akteuren, im Zusammenhang mit anderen Objekten. Der Sachverhalt, der beurteilt wird, ist immer der Einzelfall, aber in welcher Detailgenauigkeit und Angemessenheit dieses Urteilen gelingt, hängt mit anderen Urteilen zusammen, die der Urteilende in der Vergangenheit bereits gefällt hat und auf die er als Erfahrung zurückgreifen kann." (Pritzlaff 2006:100)

Pritzlaff verdeutlicht dieses **intuitive, „holistische Erfassen“** am Beispiel des Baus von speziellen Konzert-Flöten. Das Wissen und Können, das erforderlich ist, um diese Flöten in immer gleichbleibender, höchster Qualität und vor allem mit dem Wiedererkennungswert der Marke herzustellen, kann nicht einfach durch Erklärungen weitergegeben werden. Vielmehr erfordert es einen langen Prozess des Anlernens, des Sammelns von praktischer Erfahrung und des permanenten Verfolgens von „Könnern“ bei ihrer Arbeit, um Flöten herzustellen, die dem erforderlichen hohen Markenstandard entsprechen. Der Herstellungsprozess mit individuellen Naturmaterialien beinhaltet immer wieder das praktische Urteilen, also das Auseinandersetzen sowohl mit den situativen Gegebenheiten als auch den bisherigen Erfahrungen mit dem Ziel, eine gute Flöte herzustellen (vgl. ebd.: 96ff.). Die Bewertung des Ergebnisses des praktischen Tuns als gut, also im Beispiel die Bewertung der hergestellten Flöte durch Meister oder Musiker als markengerecht, „ist zumindest in Teilen nicht als Form der Gleichheit zu verstehen, sondern eher als eine Form der ‚Familienähnlichkeit‘“ (ebd.: 98), die mehr ist als die Summe der verwendeten Materialien und bestimmter Herstellungstechniken.

Mit dem Urteilsziel einer qualitativ guten oder markengerechten Flöte wird normativ auf ein präferiertes Entscheidungsergebnis rekurriert. Damit rücken auch die Fragen nach einem **gelungenen praktischen Urteilen** und den Voraussetzungen für Könnerschaft in den Fokus, die Pritzlaff in ihrer Begriffsrekonstruktion nicht weiter verfolgt. Zunächst möchte ich dazu versuchen, den Begriff der Entscheidungskompetenz näher einzugrenzen, um anschließend in Abschnitt 3.1.5.2 die Grundlagen des intuitiven Entscheidens, verstanden als holistischer Urteilsakt nach Pritzlaff (2006), darzustellen. Abschnitt 3.1.5.3 thematisiert abschließend, wie Entscheidungskompetenz an Lernende vermittelt werden kann, da dies im weiteren Verlauf der Untersuchung noch eine Rolle spielen soll.

3.1.5.1. Entscheidungskompetenz

Unter dem Begriff Entscheidungskompetenz lassen sich zunächst sehr allgemein jene individuellen Voraussetzungen zusammenfassen, die gegeben sein müssen, damit ein Subjekt in der Lage ist, situationsangemessene Entscheidungen zu treffen. Betrachtet man die – durchaus heterogene und fachspezifisch unterschiedliche – Verwendung des **Begriffs „Kompetenz“**, so ist den verschiedenen Definitionen gemeinsam, dass unterschieden wird zwischen Kompetenz als grundsätzlichem Vermögen oder Potenzial eines Subjekts, bestimmte Anforderung in verschiedenen Kontexten adäquat zu erfüllen, und Performanz als beobachtbarem Verhalten in einer bestimmten Situation (Klieme/Hartig 2008: 12f.). Kompetenzen beinhalten explizierbares Wissen und Fertigkeiten sowie Qualifikationen als übergeordnete und formal belegbare „Wissens- und Fertigkeits-

dispositionen“ (Erpenbeck/Rosenstiel 2007: XIX).[42] Kompetenzen liegen aber auch und vor allem in Form von impliziten Wissensbeständen vor: „Sie enthalten (i) nichtexplizites Wissen in Form von Emotionen, Motivationen, Einstellungen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Willensantrieben sowie (ii) zu Emotionen und Motivationen verinnerlichte (interiorisierte) Werte und Normen“ (ebd.: XX).

Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) wird Kompetenz verstanden als „umfassende Handlungskompetenz“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung; Kultusministerkonferenz (BMBF/KMK) 2013: 54). Wenn hier also Kompetenz gleichgesetzt wird mit Handlungskompetenz, dann ist zu fragen, was das Spezifische von Entscheidungskompetenz ausmacht. Im DQR findet sich eine Aussage zum Verhältnis von Handlungs- und Entscheidungskompetenz: „Unter Handlungskompetenz versteht man demzufolge die Fähigkeit, selbstständig zu handeln und Entscheidungen zu treffen“ (BMBF/KMK 2013: 54). **Entscheidungskompetenz** setzt in der Definition des DQR Handlungskompetenz voraus bzw. ist damit verbunden, ist aber m. E. nicht mir ihr gleichzusetzen, da nicht jede Handlung eine Entscheidungshandlung ist (s. Abschnitt 3.1.1). Für eine weitere Eingrenzung des Begriffs „Entscheidungskompetenz“ im Rahmen dieser Arbeit ist es daher notwendig, noch einmal auf die Analyse von Entscheidungen im Vergleich zu freien Handlungen zurückzukommen: Während freie Handlungen zwar im Vergleich zu Verhalten zielgerichtet sind, gibt es bei ihnen nur eine zweckmäßige Umsetzungsoption. Eine einfache Handlung kann zwar misslingen, kann aber nicht in dem Sinne „falsch“ sein, in dem ein Subjekt eine „falsche“ Entscheidung treffen kann. Demgegenüber muss bei einer echten Entscheidung eine definitorisch freie Wahl zwischen verschiedenen mehr oder weniger zweckmäßigen Optionen im Rahmen eines praktischen Urteilens – und damit auch ein falsches weil unzweckmäßiges Urteil – möglich sein (Pritzlaff 2006: 37).

Für Entscheidungskompetenz ist daher auch die **Fähigkeit zum praktischen Urteilen** erforderlich**.** Eine normativ gute Entscheidung erfordert dabei die Fähigkeit, die wesentlichen für die Situation relevanten eigenen Präferenzen (verstanden als persönliche Werte und Bedürfnisse), rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen, Präferenzen von Beteiligten und Betroffenen sowie institutionellen Erwartungen (Luhmann 2019, siehe Abschnitt 3.1.4.3) entweder intuitiv oder analytisch-bewusst wahrzunehmen („diagnostische Kompetenz“, Neuweg 2020: 252)[43] und auf dieser Grundlage ein situatives Urteil zu fällen. Dies setzt neben grundsätzlichen, kognitiven

[42] Erpenbeck/Rosenstiel (2007) verstehen Kompetenzen auch als „Selbstorganisationsdispositionen“ und untergliedern sie weiter in personale, aktivitäts- und umsetzungsorientierte, fachlich-methodische und sozial-kommunikative Kompetenzen (ebd.: XXIV).

[43] „Die Schulung der Urteilskraft ist […] wesentlich *auch Schulung von Handlungskompetenz*, weil Situationsdiagnose und Handeln sich beim Könner so nicht trennen lassen, wie die intellektualistische Legende das nahelegt“ (Neuweg 2020: 366).

Fähigkeiten zur Situationswahrnehmung und -bewertung auch die Fähigkeit voraus, dieses Urteil zu kommunizieren oder in praktischem Tun wirksam werden zu lassen. Und schließlich beinhaltet die Fähigkeit zu einem normativ guten, praktischen Urteilen auch, dieses Urteil nachträglich begründen zu können. In diesem Sinn kann Urteilsfähigkeit bei ethisch relevanten Entscheidungen auch als ethische Kompetenz verstanden werden (Riedel et al. 2022).

Neben der Fähigkeit zum praktischen Urteilen ist für Entscheidungskompetenz außerdem das Vorhandensein von **Willensfreiheit** erforderlich, da diese die begründbare Abwägung konkurrierender Präferenzen und Normen ermöglicht. Dagegen ist Handlungsfreiheit keine zwingende Voraussetzung für Entscheidungskompetenz (s. Abschnitt 3.1.3.1). Entsprechend verfügen Menschen auch unter Zwangsbedingungen wie Inhaftierung in der Regel über Entscheidungskompetenz, können diese aber nur begrenzt performativ ausüben.[44]

Da sich Kompetenzen nicht direkt beobachten, bewerten und messen lassen, muss immer indirekt von konkretem Verhalten (**Performanz**) auf eine entsprechende Kompetenz geschlossen werden. „Dies ist insofern problematisch, als das Verhalten nicht unbedingt das Leistungspotenzial einer Person widerspiegeln muss." (Darmann-Finck/Reuschenbach 2013: 24). Klieme/Hartig (2008) fassen das Verhältnis zwischen abstrakter, aber doch handlungswirksamer Kompetenz und praktischem Handeln treffend zusammen:

> „Wer kompetent zu handeln vermag, verfügt nicht nur über träges Wissen, sondern ist nachweislich in der Lage, reale Anforderungssituationen zu bewältigen. Und dies nicht nur einmalig oder gar zufällig, sondern auf der Basis eines latenten Merkmals, das gewissermaßen garantiert, dass der kompetent Handelnde in immer neuen Situationen adäquate Handlungen ‚generieren' kann." (Klieme/Hartig 2008: 14)

Erst wiederholte erfolgreiche Performanz lässt also einen relativ sicheren Schluss zu, dass das Subjekt tatsächlich auch über die entsprechende Kompetenz verfügt.[45] Entsprechend lassen sich aus retrospektiven Berichten, aber auch empirischen Beobachtungen von pflegerischen Entscheidungssituationen keine gesicherten Rückschlüsse auf die Ausprägung der Entscheidungskompetenz der entscheidenden Pflegenden ziehen: Eine schlechte, objektiv nicht situationsangemessene und zielführende Performanz in einer Entscheidungssituation kann sowohl auf mangelnde Entscheidungskompetenz hinweisen, z. B. aufgrund von fehlendem anwendbarem Wissen oder Können. Es kann aber auch ein Ausdruck davon sein, dass in der konkreten Situation – aus

[44] Kontrovers diskutiert werden kann das Vorhandensein von Willensfreiheit bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Ihnen kann ein Wille unterstellt werden, auch wenn sie diesen nicht mehr explizieren können. Es ist aber davon auszugehen, dass mit fortschreitender Demenz die Urteilsfähigkeit und damit die Entscheidungskompetenz verloren geht (vgl. zu den Voraussetzungen für Willensfreiheit Keil 2013: 4ff.).

[45] In dieser Beschreibung wird zudem auf „träges Wissen" (vgl. Abschnitt 3.1.5.2 sowie 3.1.5.3.1) rekurriert, das für kompetentes Handeln und Entscheiden in konkreten Situationen nicht ohne Weiteres genutzt werden kann.

welchen Gründen auch immer – das Potenzial der:des Entscheidenden nicht ausgeschöpft werden konnte, z. B. durch äußere Restriktionen, starke emotionale Involviertheit oder Krankheit. Zudem ist es auch denkbar, dass sich die:der Entscheidende mehr oder weniger bewusst gegen eine objektiv oder subjektiv bessere Handlungsoption entscheidet. Erst über Rekonstruktion und Verallgemeinerung der einzelnen Fälle (vgl. Oevermann 2002) lassen sich Rückschlüsse sowohl auf äußere und innere Einflüsse auf das Entscheidungshandeln, als auch auf Aspekte der Entscheidungskompetenz ziehen.[46]

Neben einer Eingrenzung des Begriffs „Entscheidungskompetenz" und der Thematisierung der Bedeutung von Performanz im Verhältnis zu Kompetenz ist für die Analyse pflegerischer Entscheidungssituationen darüber hinaus hilfreich, nach Erpenbeck/Rosenstiel (2007) zwischen zwei Kompetenztypen zu differenzieren:

> „Kompetenzen I, die für Selbststeuerungsstrategien (Gradientenstrategien) unter – möglicherweise unscharfer – Zielkenntnis, und Kompetenzen II, die für Selbstorganisationsstrategien im engeren Sinne (Evolutionsstrategien) unter Zieloffenheit notwendig sind. Bei ersteren dominieren die fachlich-methodischen Kompetenzen, bei letzteren stehen personale, sozial-kommunikative und aktivitätsorientierte Kompetenzen im Vordergrund." (ebd.: XXIII)

Wie in Abschnitt 3.1.4.4 gezeigt wurde, lässt sich zwischen eher intuitivem und eher rational-deliberativem Entscheidungshandeln unterscheiden. Erpenbeck/Rosenstiel (2007) folgend, die Handlungskompetenz grundsätzlich vor allem als Problemlösekompetenz beschreiben, könnte man rational-deliberative Prozesse als Gradientenstrategien verstehen. Bei diesen Strategien werden Probleme zielgerichtet Schritt für Schritt analysiert und der beste Lösungsweg identifiziert. Bei der Gradientenstrategie steuert der „Lösungsprozess […] auf ein Optimum zu" (ebd.: XXI). Die Evolutionsstrategie, verstanden als intuitiver, kreativer Entscheidungs(findungs)prozess, eignet sich bei eher komplexen Situationen mit verschiedenen, unsicheren und sich möglicherweise verändernden Lösungsmöglichkeiten (ebd.: XXII). Eine hohe Entscheidungskompetenz könnte sich demnach in der Fähigkeit ausdrücken, situationsangemessen entweder Gradienten- oder Evolutionsstrategien anwenden zu können. Ergänzend hierzu zählen Rosen et al. (2008) verschiedene Qualitäten auf, die **entscheidungskompetente Personen** auszeichnen. Dazu gehören unter anderem hohe Kontextsensitivität, die Fähigkeit zur Mustererkennung, die Bereitschaft zum kontinuierlichen Üben und Lernen, die Nachfrage nach Feedback und Austausch durch (andere) Expert:innen, eine breite und gut strukturierte Wissensbasis, gutes Gedächtnis, die

[46] Zusätzlich können über eine möglicherweise vorgenommene retrospektive Bewertung einer Entscheidung durch den:die Entscheidende selbst Aussagen dazu gemacht werden, in welchem Ausmaß in der Entscheidung die Präferenzen des entscheidenden Subjekts aus dessen Sicht realisiert werden konnten (vgl. Pfister et al. 2017: 8).

Automatisierung von kleineren Handlungsschritten zu Gunsten der Bearbeitung des Gesamtproblems sowie eine ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur umfassenden und abstrahierten Problemanalyse in Entscheidungssituationen (ebd.: 216f.).[47]

Zusammenfassend verstehe ich Entscheidungskompetenz im Rahmen der vorliegenden Arbeit als einen Teilbereich von Handlungskompetenz. Entscheidungskompetenz setzt sowohl grundsätzliche Willensfreiheit als auch Urteilsfähigkeit voraus und drückt sich in wiederholt erfolgreicher Performanz aus. Entscheidungskompetente Personen verfügen dabei über verschiedenste spezifische Fähigkeiten und Wissen, die ihnen ermöglichen, auch in anspruchsvollen Entscheidungssituationen adäquat zu reagieren und dabei entweder eher rationale oder intuitive Strategien zu verwenden. Eine wesentliche Voraussetzung vor allem für die praktische Urteilsfähigkeit ist dabei das Vorhandensein sowie die situationsangemessene Nutzung von impliziten Wissens- und Könnensbeständen und die Fähigkeit zum impliziten Integrieren, die in den folgenden Abschnitten ausführlich dargestellt werden.

3.1.5.2. Praktisches Urteilen als implizites Integrieren

Abschnitt 3.1.4.4.3 hat bereits die Rolle von Intuition bei der Erfassung und Bewertung von Entscheidungsoptionen im Vergleich zum rational-bewussten Abwägen diskutiert. Im Sinne der zeitlichen Perspektive auf den Entscheidungsprozess lag hierbei der Fokus auf mentalen Vorgängen, die der eigentlichen Entscheidungshandlung vorgelagert sind. Es wurde dargestellt, dass in diesem Abwägungsprozess im Zusammenspiel von zwei Denksystemen und mit Hilfe von Heuristiken die unüberschaubare Menge an Sinneseindrücken und Erfahrungen mehr oder weniger sinnvoll in einem kognitiven Verarbeitungsprozess reduziert und strukturiert wird, sodass auf dieser Grundlage eine Entscheidung möglich wird.

Beim praktischen Urteilen nach Pritzlaff (2006) ist es demgegenüber nicht sinnvoll, das Entscheiden als Erkenntnisprozess aus verschiedenen, zeitlich aufeinander folgenden Einzelschritten zu beschreiben. Die konkrete Situation wird vielmehr intuitiv und holistisch erfasst, beurteilt und direkt als Handlung sichtbar („Stellungnahme des Akteurs zu dem vorgefundenen Sachverhalt", ebd.: 90). In den folgenden Abschnitten wird im Detail dargestellt, was bei diesem von Pritzlaff oberflächlich thematisierten Akt des holistischen Erfassens genau abläuft. Bezug genommen wird

[47] Für entscheidungskompetente Teams kommt nach Rosen et al. (2008) noch hinzu, dass Klarheit über Rollen und Erwartungen der einzelnen Teammitglieder gegeben sein muss, das Team sich permanent anpasst, voneinander lernt, sich unterstützt und kritisch reflektiert und die Teammitglieder eine klare gemeinsame Vision teilen. Weitere Merkmale von entscheidungskompetenten Teams sind: Die Entwicklung von geteilten mentalen Modellen, klare Abläufe bei den Absprachen vor, während und nach den Entscheidungssituationen, Führung des Teams durch eine geeignete Leitungsperson, starkes Teamgefühl und gegenseitiges Vertrauen sowie gute Kooperation und Koordination von Aufgaben (ebd.: 222).

dabei vor allem auf die Theorie des „Impliziten Integrierens“ nach Polanyi (1966) sowie deren Rezeption bei Neuweg (2015/2018/2020).

3.1.5.2.1. Implizites Wissen

Auf der Grundlage der Erkenntnistheorie von Michael Polanyi (1966) definiert Neuweg (2018) implizites Wissen als „das im Verhalten i. w. S., d. h. in Prozessen des Wahrnehmens, Beurteilens, Erwartens, Denkens, Entscheidens oder Handelns verausgabte, durch das Subjekt und u. U. auch den analysierenden Beobachter jedoch nicht, nicht vollständig oder nicht angemessen explizierbare (verbalisierbare, objektivierbare, formalisierbare, technisierbare) Wissen einer Person.“ (ebd.: 713). Implizites Wissen bezeichnet Polanyi als „tacit knowing“ (Polanyi 1966). Auch wenn die Begriffsdefinitionen nicht vollständig deckungsgleich sind, finden sich in der Literatur auch die verwandten Begriffe „knowing-how“ (Ryle 1949), „knowing-in-action“ (Schön 1983), „intuitives Handeln“ (Dreyfus/Dreyfus 1986) oder „subjektivierendes Handeln“ (Böhle 2017).[48]
Grundsätzlich wird implizites Wissen durch **Erfahrung** erworben. Erfahrung wird hier allerdings sehr weit gefasst als vergangener und aktueller verstehender Umgang mit der äußeren Wirklichkeit (vgl. Neuweg 2020: 31ff. und 160f.). Frühere Erfahrungen wirken in unserem Handeln als Hintergrund zum Erkennen von Mustern.[49]
Neuweg unterteilt implizites Wissen in Begriffswissen, Erwartungswissen und Handlungswissen. Über das implizite Begriffswissen erkennt der:die intuitiv Handelnde „Objekte, Ereignisse und Situationen als gleichartig“ (Neuweg 2020: 28). Das implizite Erwartungswissen beschreibt die intuitive Fähigkeit, einzuschätzen, „welche Ereignisse üblicherweise aufeinanderfolgen“ (ebd.). Als implizites Handlungswissen schließlich beschreibt Neuweg das Wissen, „wie man eine Tätigkeit ausführt oder welche Handlungen unter welchen situativen Bedingungen angemessen sind“ (ebd.). Jedem dieser impliziten Wissensformen steht eine explizite Wissensform gegenüber, die auch als Theoriewissen (knowledge, „knowing that“, Ryle 1949) bezeichnet werden kann. Im Theoriewissen bezieht sich das Subjekt aus der Distanz und über rationale Erkenntnisprozesse auf

[48] Interessant ist, dass in diesen Begriffen sowohl „Handeln“ als auch „Wissen“ vorkommen. Ich verwende neben dem Begriff „implizites Wissen“, der durch Neuweg geprägt wurde, in dieser Arbeit auch den Terminus „intuitives Handeln“ („intuitive action“) nach Dreyfus/Dreyfus 1986. Zum einen ist der Begriff der Intuition auch in anderen Forschungsrichtungen wie der Psychologie und Neurowissenschaft gebräuchlich, die einen wichtigen Beitrag zur Erhellung der mentalen Vorgänge bei intuitiven Prozessen leisten (s. Abschnitt 3.1.4.4.2), zum anderen ist der Begriff des „Wissens“ im Deutschen zweideutig und kann sowohl als „knowing“ als auch als „knowledge“ übersetzt werden. Durch den Begriff des „Handelns“ wird deutlich, dass es sich u. a. beim Können nicht um die Anwendung von Wissen im Sinne von „knowledge“ handelt (vgl. Neuweg 2020: 133f.).
[49] Hier zeigt sich eine gewisse Parallele zwischen implizitem Wissen im Verständnis von Polanyi und Neuweg und der Beschreibung von Heuristiken nach Gigerenzer/Gaissmaier (2011): „Heuristics are embodied and situated in the sense that they exploit core capacities of the brain and their success depends on the structure of the environment.“ (ebd.: 474; siehe dazu auch Abschnitt 3.1.4.4.3).

die objektive Wirklichkeit (vgl. Abschnitt 3.1.4.4.4). Nach dem „Cognitive View“, den Ryle (1949) kritisiert, wird praktisches Wissen als Anwendung von theoretischem Wissen in Form von Regeln und Handlungsanleitungen verstanden, das durch „Prozeduralisierung“ (Neuweg 2020: 35) später auch unbewusst wirksam werden kann. Theoriewissen ist hierbei (potenziell) **träges Wissen** (ebd.). „Träge“ ist dieses Wissen, da es einen Objektbezug und keinen Praxis- oder Subjektbezug aufweist und damit zwar als explizites, theoretisches Wissen reproduzierbar ist, aber als reines Theoriewissen nicht „wirklich verstanden“ wurde und damit nicht direkt handlungs- (und entscheidungs-)wirksam werden kann (vgl. zur Gegenüberstellung des „Cognitive View“ gegenüber dem „Tacit Knowing View“ Neuweg 2020: 33ff.).

Implizites Wissen kann dagegen auch als Praxiswissen, oder besser: Wissen, dass durch intelligente Praxis wirksam und sichtbar wird, oder einfacher: **Können**, verstanden werden. Als solches ist dieses Wissen an die jeweilige Praxis gebunden, gleichzeitig ist das Subjekt aber auch in der Lage, dieses Wissen flexibel auch in anderen, ähnlichen Situationen anzuwenden und das Handeln dafür entsprechend zu adaptieren.[50] „Anders als im Falle bloßer Automatismen handelt der Akteur nicht bewusstlos, sondern konzentriert, und anders als beim plangesteuerten Handeln gilt die Konzentration der Situation oder Aufgabe, nicht den eigenen Kognitionen.“ (Neuweg 2020: 26) Hier wird bereits deutlich, dass intuitives Handeln als dem rationalen Abwägen mindestens gleichgestellt, eher sogar als in der Praxis überlegen betrachtet wird.

Aus einer arbeits- und berufswissenschaftlichen Perspektive, die stärkere Bezüge zum Setting der Pflege aufweist, versteht Böhle (2017) praktisches Können auch als **„subjektivierendes Handeln“**. Das Subjekt tritt mit seiner (Arbeits-)Umwelt über Empfindungen und Sinneswahrnehmungen, z. B. über Berührung, in direkten Kontakt. Die Arbeit erfolgt dadurch in ständiger, interaktiver Bezugnahme auf die Umwelt: „Aktion und Reaktion, Entscheiden und praktisches Handeln sind unmittelbar verschränkt und in einem kontinuierlichen Fluss. Anstelle der sequentiellen Abfolge von Entscheiden und Handlungsvollzug erfolgt ein Entscheiden im und durch praktisches Handeln.“ (ebd.: 27f.). Böhle beschreibt, dass das „subjektivierende Handeln“ im Arbeitsprozess bisher eine eher geringe Anerkennung im Vergleich zum „objektivierenden Handeln“ erhält (s. Abschnitt 3.1.4.4.4). Objektivierendes Handeln basiert auf der Abfolge von Analyse, rationaler Planung und Umsetzung und lässt sich zum Beispiel durch Messdaten intersubjektiv überprüfen und nachvollziehen (vgl. ebd.: 12). „Damit verbindet sich auch ein bestimmter Umgang mit den Sinnen. Im Kontext objektivierender Wahrnehmung fungieren sie wie technische Instrumente, gegeneinander abgeschottet und abgetrennt vom subjektiven, körperlich-

[50] „Gesteuert wird ein solches Handeln weniger durch Pläne als vielmehr durch die sensible Einlassung auf die situativen und ständig wechselnden Umstände.“ (Neuweg 2018: 715)

leiblichen und emotionalen Empfinden“ (ebd.: 13). Gerade in der Pflege als stark subjektiv-interaktiv geprägter Arbeit (vgl. Abschnitt 3.2.2 und 3.2.3) wird eine Fokussierung auf diesen objektivierenden Handlungsmodus der Komplexität des Berufsfeldes m. E. nicht gerecht.

So sehr intuitives, subjektivierendes Handeln gerade in komplexen Situationen eine flexible, schnelle und oft sehr effektive Problemlösung ermöglicht, hat es einen praktischen Nachteil: Der intuitive handelnde Akteur lässt sich auf die gegebene Situation ein und agiert, ohne vorher oder währenddessen bewusst nachzudenken, was er:sie tut. Entsprechend kann der:die Akteur:in weder in noch nach der Handlung vollständig erklären, auf welchen impliziten oder expliziten Regeln oder Wissensbeständen sein:ihr Handeln beruht.[51] Dieses Problem der **„Nicht-Verbalisierbarkeit“** (Neuweg 2020: 27ff.), was man getan hat und der **„Nicht-Formalisierbarkeit“** (ebd.: 29ff.), an welchen Regeln man sich dabei orientiert hat, macht das implizite Wissen schwer bis nicht rational „greifbar“. Diese fehlende Formalisier- und Explizierbarkeit von Erkenntnissen und praktischen Urteilen über „Intuition“ und „Gespür“ führt zu einer allgemeinen Skepsis sowohl in der (Natur-)Wissenschaft[52] als auch in beruflichen Kontexten (vgl. Böhle 2017: 13). Vor allem aber ist sie Hauptursache für das immer wieder thematisierte und bisher nicht vollständig gelöste Problem des Transfers von Theoriewissen in die Praxis, das vor allem für die berufliche Bildung relevant ist (mehr dazu in Abschnitt 3.1.5.3). Auf der Grundlage der Ausführungen zum impliziten Wissen stellt der folgende Abschnitt dar, wie dieses Wissen als praxiswirksames Können im Akt des impliziten Integrierens nach Polanyi (1966) und Neuweg (2020) realisiert wird.

3.1.5.2.2. Implizites Integrieren

Mit dem Modell des „Impliziten Integrierens“[53] bietet Polanyi (1966) eine gestalttheoretische, phänomenologische Beschreibung des Erkennens von Realität,[54] die für die Analyse dessen, was

---

[51] „Natürlich können Menschen manchmal auf Anfrage über ihr Können sprechen. Aber damit demonstrieren sie nicht ihr Wissen, kehren nicht nach außen, was die Welt ihres Geistes bevölkert; sie demonstrieren nur ihre Fähigkeit, das zu tun, was auch der äußere Beobachter tun kann: implizites Wissen zu rekonstruieren.“ (Neuweg 2020: 121) Neuweg bezeichnet dieses Wissen als „*hypothetisches Wissen*“. Als „*präskriptives Wissen*“ bezeichnet er dagegen ehemalig explizite Regeln, die im Sinne des impliziten Integrierens verinnerlicht wurden und damit handlungsleitend wirken können (ebd.).

[52] Nach Neuweg sieht Polanyi (1966), der vor seinen erkenntnistheoretischen Untersuchungen eine naturwissenschaftliche Laufbahn als Chemiker absolvierte, implizites Wissen und intuitives Erkennen als Grundlage jeder wissenschaftlichen Erkenntnis. „[E]s gibt demnach kein vollständig explizites Wissen.“ (Neuweg 2020: 138, vgl. zur Biografie Polanyis ebd.: 126ff.).

[53] Da das implizite Integrieren ein unbewusster und nicht beobachtbarerer Prozess ist, der sich zudem auch noch der Reflexion entzieht (sobald man darüber bewusst nachdenkt, kann man nicht mehr implizit integrieren), lässt sich das Modell von Polanyi schwer oder gar nicht beweisen (vgl. Neuweg 2020: 51). Da Polanyis Modell der „Gestaltwahrnehmung“ m. E. aber in sich schlüssig ist und wichtige Beiträge zum Verstehen von Entscheidungshandeln bietet, verwende ich das Modell für die Beschreibung des praktischen Urteilens.

[54] In der Rezeption von Neuweg wird Polanyi als erkenntnistheoretischer Realist beschrieben, der von einer „vom Subjekt unabhängige, gestalthaft geordnete Wirklichkeit“ außerhalb der subjektiven Wahrnehmung ausgeht, die allerdings nur durch subjektive Wahrnehmung erfahrbar ist (Neuweg 2020: 134, vgl. auch 143f.).

diese Untersuchung als „praktisches Urteilen“ und als zentralen Aspekt von Entscheidungshandlungen betrachtet, einen wichtigen Beitrag leisten kann. Um nachvollziehbar zu beschreiben, wie im praktischen Urteilen Vorerfahrungen, Situationswahrnehmung und Beurteilung auf der Grundlage der Rahmenbedingungen, Regeln, externen Erwartungen und eigenen Werten und Wünschen der Urteilenden integriert und im Entscheidungshandeln realisiert werden, nutzt Polanyi die **menschliche Wahrnehmung** als „Paradigma“ aller auch höheren impliziten Verarbeitungs- und Beurteilungsprozesse (Neuweg 2020: 139ff.). In diesem Sinne beschreibt das Modell des impliziten Integrierens von Polanyi, wie menschliches Bewusstsein strukturiert und wie Erkenntnis in der Auseinandersetzung mit der Umwelt möglich ist.

Die Wahrnehmung von inneren und äußeren Umweltreizen ist nach Polanyi ein aktiver, konstruktiver Akt eines intentionalen Subjekts (vgl. ebd.: 135). Strukturiert ist dieser Wahrnehmungsakt als **implizite Triade** aus Subjekt (S), einem distalen Term (d) im Fokalbewusstsein, auf den das Subjekt seine Aufmerksamkeit richtet, sowie dem proximalen Term (p) im Hintergrundbewusstsein, auf den sich das Subjekt bei der Wahrnehmung verlässt (s. Abbildung 1). Im Wahrnehmungsakt erkennt das Subjekt einen distalen Term als „Gestalt“, indem es durch den unbewussten, subsidiären proximalen Term auf das Objekt seiner Aufmerksamkeit, den distalen Term, schaut.[55]

Der Akt des Wahrnehmens ist für Polanyi keine automatische Funktion im Sinne eines Reiz-Reaktions-Schemas. Vielmehr konstruiert oder „imaginiert“ (Neuweg 2020: 199) das Subjekt auf der Grundlage von früheren Erfahrungen und Wahrnehmungen den distalen Term als Entität (vgl. ebd.: 182ff.; Imagination von S auf d gerichtet, s. Abbildung 1). An dieser Stelle ist nach Polanyi die antizipative Intuition verortet, die im Akt der Interpretation und Deutung eine „logische Lücke“ zwischen distalem (d) und proximalem (p) Term schließt (vgl. Neuweg 2020: 200ff., s. Abbildung 1).

> „Es handelt sich um die Fähigkeit, hinter ein System von Tatsachen oder über es hinaus zu blicken und es als Gefüge von Anhaltspunkten zu begreifen, die auf einen verborgenen Zusammenhang hindeuten, eine Fähigkeit, die jener gleicht, die wir im Wahrneh-

[55] Polanyi beschreibt außerdem vier Aspekte des impliziten Wissens, die sich auf die Struktur des impliziten Integrierens beziehen: Als funktionalen Aspekt bezeichnet Polanyi die „Gerichtetheit des Bewusstseins in der Triade“ (Neuweg 2020: 190). Das Subjekt achtet von Subsidien im Hintergrundbewusstsein, die bereits „einverleibt“ wurden, auf eine konkrete Merkmalskonstellation im Fokalbewusstsein. Der phänomenale Aspekt impliziten Wissens beschreibt die Erfahrung des Subjekts, wenn Einzelmerkmale im Licht der Gestalt plötzlich bedeutungstragend und damit „verstanden“ werden (ebd.: 191f.). Über den semantischen Aspekt wird beschrieben, wie zum Beispiel Gegenstände plötzlich durch Einverleibung als Teile des Körpers erlebt werden und die (semantische) Bedeutung sich damit vom Körper entfernt (ebd.; vgl. zur Einverleibung auch ebd.: 154ff.). Über den ontologischen Aspekt wird der Bezug zur „wirklichen Welt“ beschrieben, in der Entitäten der Wahrnehmung nur in unendlich verschiedenen Erscheinungen zugänglich sind und dennoch als Entitäten erkannt werden können (vgl. ebd.: 195).

mungsprozess einsetzen, wenn wir uns anstrengen, ein diffuses Muster zu erkennen." (ebd.: 201).

Über den Wahrnehmungsprozess als relativ einfachem mentalem Akt hinaus findet implizite Integration auch als **Akt der Verinnerlichung** und Einverleibung statt. Hierbei verschwimmen die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt, indem sich der Körper als Instrument des Verstehens der Wirklichkeit „ausdehnt" und Objekte als proximalen Term einverleibt (vgl. ebd.: 154ff.). Im Pflegekontext ist dieses Phänomen zum Beispiel beim Absaugen von Sekret denkbar: In Konzentration auf den Absaugvorgang kann die erfahrene Pflegekraft den Absaugkatheter als verlängertes Tastorgan ihres Körpers nutzen, um sensibel auf Veränderungen eingehen zu können. Neben den Phänomenen der intuitiven Wahrnehmung und Einverleibung ist für die vorliegende Untersuchung die implizite Integration in Form einer Handlung von besonderem Interesse, die ebenfalls im Beispiel des Absaugens deutlich wird: Die bewusst intendierte **Handlung als distaler Term** wird von der Pflegekraft aktiv hervorgebracht. Praktische Erfahrungen und implizites Wissen dienen dabei als proximaler Term, auf den sie sich als ihr „Können" verlässt (vgl. ebd.: 173ff.).
Für das Verständnis des Prozesses des impliziten Integrierens auf den verschiedenen Komplexitätsebenen ist die Unterscheidung zwischen **Fokalbewusstsein und Hintergrundbewusstsein** von großer Bedeutung: Während die Aufmerksamkeit auf einen distalen Term im Fokalbewusstsein gerichtet ist, wird im Hintergrundbewusstsein der proximale Term automatisch „evoziert", der den distalen Term überhaupt erst als Einheit erkennen lässt.[56] Der proximale, unbewusste oder

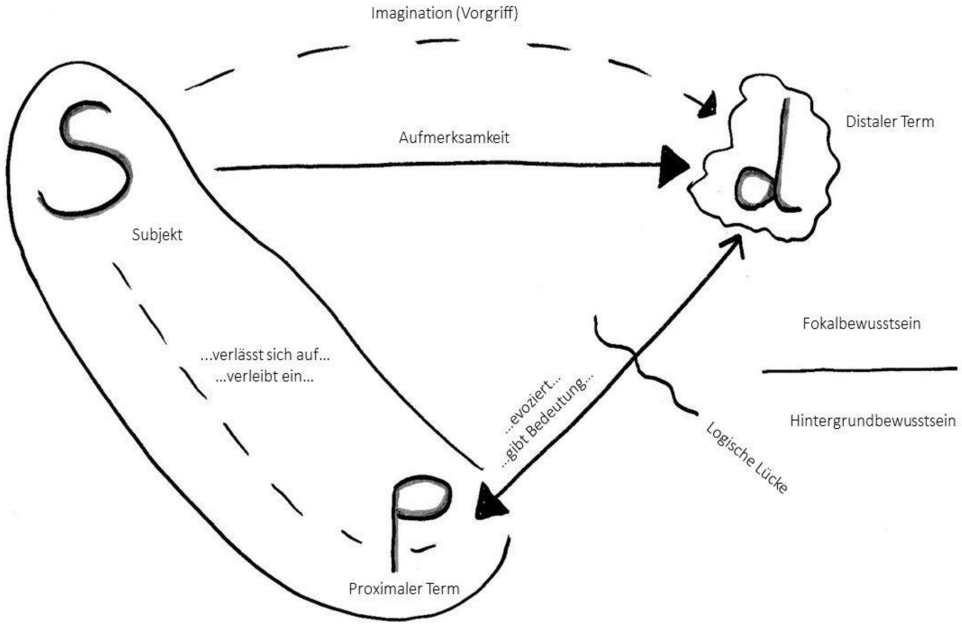


Abbildung 1: Die implizite Triade (eigene Darstellung, vgl. vereinfacht Neuweg 2020: 200)

[56] „Das Subjekt muss […] den proximalen Term zum proximalen Term machen, ihn zum Fingerzeig auf die Gestalt umfunktionieren, indem es von ihm weg auf etwas anderes achtet, ihm nicht fokal verhaftet bleibt. Die Struktur des impliziten Wissens ist so als ‚von-auf-Struktur' beschrieben. Immer achten wir von etwas Fundierendem, das wir

hintergrundbewusste Term kann zwar in einem gewissen Maß über Reflexion bewusst gemacht werden, nie sind aber distaler und proximaler Term gleichzeitig einer Reflexion zugänglich:

> „So wie wir im Vexierbild nur entweder das eine oder das andere Bild, niemals aber beide zugleich sehen können, so wie wir nur entweder die Einzelheiten oder die Gestalt als ihre vereinte Bedeutung fokussieren können, so kann allgemein kein Inhalt zugleich Gegenstand des Hintergrund- und des Fokalbewusstseins sein. Entweder wirkt er fundierend für einen fokal bewussten Inhalt und formt dessen Erscheinung mit; dann ist er der kritischen Reflexion entzogen. Wir müssen uns, wie Polanyi sagt, auf ihn ‚verlassen', ganz so, wie wir nicht mit einer Brille auf sie selbst schauen können. Oder wir fokussieren ihn und machen ihn einer kritischen Analyse zugänglich – um den Preis der Zerstörung der Gestalt." (Neuweg 2020: 137)

Dieses bereits erwähnte „Verlassen" darauf, dass der proximale Term im Hintergrundbewusstsein wie von selbst seine Wirkung zeigt und ein Verstehen, Erkennen oder eine erfolgreiche Handlung ermöglicht, ist auch für herausfordernde Entscheidungssituationen in der Pflege eine wichtige Grundlage: Durch eine zwar konzentrierte, aber doch auch gelassene Haltung sind Pflegeexpert:innen in der Lage, ihre Aufmerksamkeit auf die Gesamtsituation zu richten – mit dem Wissen oder im Vertrauen darauf, dass die richtigen Erkenntnisse und Handlungen automatisch zum Tragen kommen. Diese **gelassene Grundhaltung** ist eine Voraussetzung dafür, dass implizite Integration überhaupt möglich ist: „Das ergibt eine eigenartige Paradoxie: Wer bei der Sache sein will, darf nicht außer sich sein. Festhalten geschieht durch Loslassen – je stärker wir fokussieren auf das Element, um das Ganze in den Griff zu bekommen, desto eher entzieht es sich uns" (ebd.: 195, vgl. auch ebd.: 193ff.).

3.1.5.2.3. Explizite Integration, Reflexion und implizite Re-Integration

Implizites Integrieren ist zwar eine grundlegende menschliche Fähigkeit, um die eigene Umwelt als bedeutungstragend wahrzunehmen, neues Wissen und Können zu erwerben und in verschiedenen Kontexten schnell und adäquat handeln zu können. Diese Fähigkeit muss aber in unbekannten Kontexten – zum Beispiel beim Erlernen eines Berufs – immer wieder neu angebahnt und trainiert werden. Am Beispiel des **beruflichen Lernens** ist es das Ziel, die fachspezifische implizite Wissensbasis kontinuierlich zu erweitern, um in der Lage zu sein, in verschiedenartigen Situationen Muster zu erkennen (allerdings nicht im Sinne der rationalen Zuordnung von Einzelmerkmalen zu Kategorien), die Situation zu „verstehen" und entsprechend fachgerecht handeln

---

nicht als es selbst in den Blick nehmen, sondern instrumentell nutzen, auf etwas Fundiertes, dem unser eigentliches Interesse gilt." (Neuweg 2020: 136)

zu können. In dieser Fähigkeit der Mustererkennung sieht Polanyi die wesentliche Fähigkeit, die Expert:innen von Noviz:innen unterscheidet:

> „Die Situation selbst erhält Aufforderungscharakter, wenn wir sie richtig wahrzunehmen gelernt haben. In Polanyis Terminologie gefasst lernt das Subjekt, ein solches Muster im Lichte eines Zieles, *auf* das sein Bewusstsein hingerichtet ist (funktionaler Aspekt), unmittelbar *als* Handlungsaufforderung zu sehen (phänomenaler Aspekt) und solcherart mit *Bedeutung* zu belegen (semantischer Aspekt), die adäquate Handlung *mit* und *in* der Situation gleichsam mitzusehen.“ (Neuweg 2020: 252)

An dieser Stelle lässt sich der Bogen zurück zum **praktischen Urteilen** spannen: Im Akt des erfolgreichen praktischen Urteilens erfasst das Subjekt eine Entscheidungssituation, auf die es seine Aufmerksamkeit richtet, intuitiv über die Summe der Erfahrungen, Einstellungen und anderen bereits implizit integrierten Wissens- und Verstehensinhalten im Hintergrundbewusstsein, „zutreffend als ‚Fall von‘“ (ebd.: 253). Es werden also nicht verschiedene Argumente, Präferenzen oder Handlungsoptionen mehr oder weniger bewusst identifiziert, über Heuristiken bewertet und gegeneinander abgewogen, wie es laut Entscheidungstheorie nach Pritzlaff (2006) vor dem eigentlichen Entscheidungsakt geschieht (s. Abschnitt 3.1.4.1). Vielmehr wird mit Hilfe von antizipativer Intuition eine Situation ganzheitlich gedeutet, verstanden und auf dem Hintergrund der impliziten Erfahrungsbestände (Dispositionen, Kompetenzen; vgl. Abschnitt 3.1.5.1) eine Entscheidung getroffen und durch Handeln realisiert.

Der Prozess des **Erwerbs von implizitem Wissen** und damit Handlungs- und Entscheidungskompetenz (s. Abschnitt 3.1.5.1) wird von den maßgeblichen Theorien zwar unterschiedlich beschrieben (vgl. vor allem Ryle 1949; Polanyi 1966; Schön 1983; Dreyfus/Dreyfus 1986), gemeinsam ist ihnen aber die Notwendigkeit, dass neben vollständig **implizitem Lernen** durch praktisches Tun immer wieder, oft durch Irritationen oder misslungene Handlungen ausgelöst, eine **bewusste Analyse des Handelns** erfolgen muss („reflective practitioner“, Schön 1983). Nach Polanyi bedeutet dies, dass die Aufmerksamkeit sich auf den zuvor proximalen, unbewussten Term im Hintergrundbewusstsein richtet. Wie schon beschrieben wird dadurch die bisherige Ganzheit des distalen Terms zum Teil oder vollständig zerstört und in Einzelelemente zerlegt. Diese sind dann einer Analyse und Explikation zugänglich. Allerdings ist diese Analyse immer begrenzt, da sich Können nicht vollständig über die Ausführung von Einzeltätigkeiten erklären lässt. Allerdings können durch die Analyse und **„explizite Integration“** auch Fehler und ungünstige Denk- und Handlungsmuster besser oder sogar überhaupt erst erkannt und neues (Fach-)Wissen erlernt werden. Nach der Analyse muss allerdings wieder eine **implizite Re-Integration** der reflektierten, angereicherten oder modifizierten Einzelelemente erfolgen. Sie werden in die implizite Wissens- und Erfahrungsbasis integriert und stehen damit wieder als proximaler Term

zum Beispiel zum Ausführen von schwierigen Berufsfertigkeiten oder zum Beurteilen von komplexen Entscheidungssituationen zur Verfügung („Wechselspiel von Analyse und Integration“ nach Polanyi, Neuweg 2020: 241ff.; auch 330ff.)[57]

Wenn **Reflexion als wesentliches Element der Entwicklung von Könnerschaft** verstanden werden kann, so kann ein Fehlen dieses (selbst-)reflexiven Moments zur **„impliziten Blindheit“** führen. Denn die Schwierigkeit und Mühe, einmal integriertes Wissen zu explizieren und damit einer kritischen Analyse und Veränderung zugänglich zu machen, macht dieses Wissen schwer reversibel und „a-kritisch“ (ebd.: 217; „man kann intuitiv und flüssig auch das Falsche machen“, ebd.: 324 ff.). Unpassende Elemente werden zu Gunsten der Wahrnehmung einer kohärenten Gestalt ausgeblendet – es kommt zur Verfestigung von Denkmustern und Handlungsroutinen, die nur aufgebrochen werden, wenn diese Muster und Routinen zum Beispiel in Krisen nicht mehr funktionieren (vgl. ebd.). Auf der Grundlage der beschriebenen Schwierigkeiten, implizites Wissen zu erwerben und zu verändern, wird in den folgenden Abschnitten thematisiert, wie sich praktisches Urteilen und damit Entscheidungskompetenz unter anderem in der Ausbildung oder allgemein im beruflichen Kontext vermitteln und erlernen lässt – wie also Anfänger:innen in mehr oder weniger formalisierten Lernschritten zu Expert:innen werden.[58]

3.1.5.3. Vermittlung von Entscheidungskompetenz

Mit dieser Herausforderung der Vermittlung von impliziten Wissensbeständen müssen sich praktisch alle Lehr-Lern-Theorien und vor allem die berufliche Bildung mit hohem Praxisbezug im Rahmen des **„Theorie-Praxis-Problems“** auseinandersetzen. Denn wie schon dargestellt ist es für eine:n Expert:in schwer bis unmöglich, sein:ihr Handlungswissen vollständig zu erklären (Nicht-Verbalisierbarkeit und Nicht-Formalisierbarkeit, s. Abschnitt 3.1.5.2.1): „Wohl kann der Lehrende über sein Können sprechen, aber er kann es nicht in einer Weise, die den Lernenden in die Lage versetzt, unmittelbar das Gleiche zu können.“ (Neuweg 2020: 31) Entsprechend sind auch Lehr-Lern-Prozesse auf dem Weg zu Könnerschaft nur begrenzt über explizite Vermittlung möglich, diese spielt aber in der beruflichen Bildung weiter eine große und durchaus auch wichtige Rolle.

[57] „Ein vorgängig erkanntes, diffuses Ganzes wird präzisiert über eine Analyse seiner Teile, eine Analyse, die freilich nutzlos bleibt, wenn ihr keine Reintegration angeschlossen ist.“ (Neuweg 2020: 137).

[58] „Das Wissen des Könners ist implizites Wissen, sein Denken zeigt sich im Vollzug – und dieses implizite Wissen besteht nicht aus intern repräsentieren Handlungsregeln, sondern kann vom Könner selbst oder vom Beobachter partiell rekonstruiert und symbolisiert werden“ (Neuweg 2015: 60).

3.1.5.3.1. Explizite Vermittlungsprozesse

Im Rahmen der theoretischen Ausbildung werden Lerninhalte häufig vorbereitend oder im Anschluss an praktische Lernsituationen explizit als **klassisches Fachwissen** in Unterrichtssituationen vermittelt. Dies trägt auf verschiedenen Ebenen zur Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz bei: Implizites Wissen kann sich zwar nur in situativer Performanz zeigen (s. Abschnitt 3.1.5.1), entzieht sich damit aber nicht vollständig dem Bewusstsein. Wie gezeigt wurde, kann über Reflexionsprozesse (s. Abschnitt 3.1.5.2.3, vgl. „reflection-in-action" und „reflection-on-action", Schön 1983) auch implizites Wissen zumindest teilweise expliziert, aber vor allem erweitert und korrigiert werden („reflective practitioner", Schön 1983; vgl. Neuweg 2020: 28). Explikation von impliziten Wissensbeständen, z. B. durch „lautes Denken" der Lehrenden (vgl. „Cognitive apprenticeship", Collins et al. 1991)[59] oder gemeinsame Reflexion von Praxissituationen, eröffnet im Sinne der Analyse und expliziten Integration neue Perspektiven und Deutungen. Durch begleitende und anschließende **explizite Reflexionsprozesse** kann „impliziter Blindheit" und damit Kritik- und Veränderungsresistenz des impliziten Wissens (s. Abschnitt 3.1.5.2.3) vorgebeugt werden. Problematische Routinen und Denkmuster können erkannt und revidiert und (implizite) praktische Erfahrungen besser in das eigene Können integriert werden. Ziel dabei ist, das implizite Wissen anzupassen, zu erweitern und zu flexibilisieren. Auch als „Mittel des intergenerativen und interpersonellen Wissenstransfers im Interesse der Ökonomisierung von Lernen" (Neuweg 2018: 720) kann explizites Wissen einen wichtigen bis unverzichtbaren Beitrag zum Wissenserwerb und nicht zuletzt zu wissenschaftlicher Auseinandersetzung bieten. Auch wenn also Vorträge und Fachbücher alleine niemanden zum „Könner" machen, können explizite Vermittlungsprozesse doch bei der Reflexion und damit Vertiefung des eigenen Wissens- und Erfahrungsschatzes im Sinne des „know-why" helfen (vgl. ebd.).

Seine Wirksamkeit für professionelles Handeln in der Praxis erlangt explizites Wissen aber nur dadurch, dass es **„prozeduralisiert"**, verinnerlicht[60] und damit als Teil des intuitiven Wissens in der beruflichen Tätigkeit „präskriptiv wirksam" werden kann (Neuweg 2020: 32f).[61] Auch besteht

---

[59] Die Methode des „Cognitive apprenticeship" umfasst weit mehr als die Beschreibung expliziter Vermittlungsprozesse: Neben der Gestaltung einer „situierten" Lernumgebung geht es unter anderem um die Reihenfolge und Inhalte der Vermittlung sowie die eher zurückhaltende Rolle des:der Lehrenden. Durch die Methoden des Modeling, Coaching, Scaffolding, Articulation, Reflection und Exploration (Collins et al. 1991) sollen den Lernenden komplexe Lerninhalte möglichst natürlich und selbstgesteuert vermittelt werden. Ziel ist die Anbahnung von „true expertise and robust problem-solving skills, as well as an improved ability to learn throughout life" (ebd.: 17). Das Konzept wurde unter anderem für die Pflegepädagogik nutzbar gemacht (vgl. u. a. Holoch 2002).

[60] Neuweg (2020: 117) weist darauf hin, dass das Verständnis der „Prozeduralisierung expliziten Wissens" irreführend ist. Ohne eine Integration des Wissens in implizite Wissensbestände kann explizites Wissen nicht handlungswirksam werden.

[61] Zur Gefahr der Trägheit explizit vermittelter Handlungsregeln vgl. die Darstellung von Verhaltensexperimenten bei Neuweg (2020: 36ff.): Dort kann nachgewiesen werden, dass explizit instruierte Versuchspersonen nicht besser sind oder zum Teil sogar schlechtere Performanz beim Lösen von Aufgaben zeigten. Je komplexer die zu lösende

bei dem Versuch, implizites Wissen für die Vermittlung explizit „verfügbar“ und verstehbar zu machen, immer die Gefahr, damit träges Wissen zu produzieren, das in seiner Formalisierung eben gerade nicht zu einem fallsensiblen, flexiblen Können führt. Oft erweist sich implizites Wissen zudem „als zu einzelfallbezogen und kontextsensitiv […], als dass seine Flexibilität und das ihr unterliegende situative Verstehen erschöpfend auf Regeln abgebildet werden könnte.“ (ebd.: 30).

3.1.5.3.2. Implizite Vermittlungsprozesse

Neben dem verbal erklärenden, beschreibenden, reflektierenden und damit objektivierenden (Böhle 2017) Theorieunterricht, müssen also noch andere Vermittlungsprozesse, nämlich implizite Lernformen hinzutreten. Neuweg (2020) nennt hier unter anderem das „Lernen durch Sozialisationsprozesse in Expertenkulturen“ (ebd.: 31). Hierbei ist das **„Einfühlen“ des Lehrlings in die Handlungen des Lehrenden** eine wichtige Quelle für implizite Lernprozesse (ebd.: 236ff.): „Die Aufgabe des Lernenden besteht darin, nicht *auf* die Handlungen des Lehrenden zu blicken, sondern *von* ihnen *auf* ihr organisierendes Zentrum zu schließen, immer neue Beispiele als Hinweise derselben Fertigkeit zu begreifen“ (ebd.: 238f.). Dabei muss der:die Lernende darauf vertrauen, dass der:die Expert:in ein geeignetes Vorbild und sein:ihr Handeln sinnhaft ist, auch wenn es nicht direkt erklärt werden kann (ebd.: 239).

Benner (2017) beschreibt, wie der **Weg vom Novizen zum Könner** in mehreren Schritten erfolgen kann. Anders als im Stufenmodell von Dreyfus/Dreyfus (1986), auf das sich Benner bezieht, sieht sie die Handlungskompetenz im Expertenstadium nicht im rein intuitiven Handeln. Pflegeexpert:innen zeichnen sich vor allem durch „klinisches Urteilsvermögen“ (Benner 2017: 73) aus. Wichtig ist dabei neben umfangreichem impliziten Hintergrundwissens auch eine „engagierte[..], mitfühlende[…] Haltung“ (ebd.: 193) sowie der situative Einbezug der Kontextbedingungen in jedem Einzelfall. Erlernt wird dies vor allem über lange, berufsspezifische Erfahrung und integriertes Theoriewissen (ebd.: 197ff.). Reflexion spielt bei Benner eher eine untergeordnete Rolle – daher ist ihr Modell als Vorbild für die Entwicklung von professionellem Pflegehandeln eher ungeeignet (vgl. dazu Unterkapitel 3.2, zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Modell von Benner (2017) vgl. auch Darmann-Finck 2020: 111).

Neben der gezielten Beobachtung von und Einfühlung in Expert:innenhandeln geschieht implizites „Lernen durch komplexe, lebensnahe Aufgabenstellungen und paradigmatische Fälle.“

Aufgabe, desto eher konnten Versuchspersonen implizit über Beobachtung von „Könnern“, Versuch und Irrtum und „in einer eher passiv-entspannten, nicht bewusst hypothesentestenden Weise“ (ebd.: 45) das Handlungsproblem angehen und oft besser als explizit Instruierte eine angemessene Lösung finden.

(Neuweg 2020: 31). Dabei geht es darum, dass Lernende eigene **Erfahrungen in realen oder realitätsnahen Umgebungen** machen, in denen in der Regel auch Praktiker:innen und Expert:innen aktiv sind, und unter anderem über wiederholte Übung, Versuch und Irrtum lernen können. In der Auseinandersetzung mit der Umwelt wird das bisher angesammelte implizite und explizite Wissen verfestigt, (möglichst) kritisch geprüft und immer weiter angepasst, erweitert und flexibilisiert (vgl. ebd.: 263ff.).

Hogarth (2005/2010) betont beim Lernen durch Erfahrung die Bedeutung der **Gestaltung der Lernumgebung** für die Entwicklung von Intuition und Handlungskompetenz. Er unterscheidet zwischen „kind" und „wicked learning environments": „In *kind* learning environments, people receive accurate and timely feedback. In *wicked* learning environments feedback is lacking or misleading, and people can acquire inaccurate responses" (Hogarth 2005: 67f.). Entsprechend sieht er die Gestaltung der Lernumgebung als wesentlichen Erfolgsfaktor für die Vermittlung von intuitiver Urteilsfähigkeit (Hogarth 2010: 348).

In manchen Situationen hat das Lernen in einer förderlichen Lernumgebung allerdings auch Grenzen. Hertwig et al. (2018) thematisieren, dass explizite Beschreibungen von Problemen und deren Konsequenzen im Vergleich zu direkter Erfahrung den Vorteil haben, dass sie sich auch auf Probleme beziehen können, die bisher noch nicht aufgetreten sind oder deren Konsequenzen zu schwerwiegend wären, um den Lösungsweg über Erfahrung zu lernen. Gleichzeitig mangelt es Beschreibungen aber an den vielfältigen Eindrücken, die nur über direkte Erfahrung zugänglich sind: „Experientially interacting with the world affords a multitude of concurrent dimensions of information (e.g., sensory, motoric, or affective) that symbolic descriptions lack or can convey only in an impoverished form." (Hertwig et al. 2018: 126). Allerdings scheint auch die Wirksamkeit von (eher) impliziten Lernimpulsen kein Garant für Können zu sein: Unter anderem können experimentelle Studien zeigen, dass Beobachtung und Erfahrung alleine gerade in komplexeren Situationen nicht zu einem Lernzuwachs führen (Neuweg 2020: 44f.). Dennoch ist in Lern- und Vermittlungsprozessen die implizite Integration gegenüber der expliziten Integration und Analyse „in Tempo, Umfang und Subtilität weit" überlegen, vor allem in komplexen Handlungsumgebungen (ebd.: 281).

Für die Pflegepädagogik hat sich in den vergangenen Jahrzehnten das Konzept des **situierten Lernens** etabliert (Holoch 2002). Ausgangspunkt ist hierbei die Auseinandersetzung von Lernenden mit zunehmend komplexen, möglichst authentischen Situationen der Berufswirklichkeit, verbunden mit einer anschließenden oder eingebetteten Reflexion (ebd., vgl. auch Darmann-Finck 2020: 113ff.).

Anders als in anderen Abschnitten wird an dieser Stelle auf eine Zusammenfassung der Erkenntnisse zum Entscheiden als praktischem Urteilen verzichtet. Stattdessen werden diese Erkenntnisse im Rahmen des Fazits in Unterkapitel 9.4 sowohl zusammengefasst als auch im Hinblick darauf geprüft, inwieweit sie in Verbindung mit den Ergebnissen aus der empirischen Untersuchung zur Beantwortung der Frage nach Voraussetzungen und pädagogischen Implikationen zur Entwicklung von Entscheidungskompetenz beitragen können.
Der folgende Abschnitt führt aus, was Verteilungsentscheidungen von anderen Arten der Entscheidung abhebt, wie verschiedene Verteilungsprinzipien und -strategien aus ethischer Perspektive bewertet werden können und welche Besonderheiten dabei im Untersuchungsfeld der stationären Langzeitpflege zu beachten sind.

3.1.6. Das Besondere an Verteilungsentscheidungen in der Pflege

Unter Bezugnahme auf Pritzlaff (2006) haben die vorigen Abschnitte dargestellt, was Entscheidungshandeln von anderen Handlungsarten unterscheidet, wie eine Entscheidung als zeitlicher Prozess abläuft und welche Voraussetzungen für gute Entscheidungen gegeben sein müssen. All diese Aspekte gelten auch für Verteilungsentscheidungen – das Besondere an ihnen ist, dass immer eine begrenzte Menge an Ressourcen zur Verfügung steht, die an eine Gruppe von Interessenten verteilt werden muss, die einen Anspruch auf diese Ressourcen haben. Bezogen auf die in dieser Arbeit untersuchten Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege werden die Ressourcen durch Pflegende vor allem an die Bewohner:innen verteilt, für die diese Pflegenden verantwortlich sind. Damit betreffen Verteilungsentscheidungen in der Pflege, anders als zum Beispiel eine Entscheidung für eine bestimmte medizinische oder pflegerische Versorgung einer Person nach einem von verschiedenen Modellen des Clinical Decision Making (Banning 2007), nie nur eine Person, sondern erfordern immer eine Abwägung zwischen berechtigten Interessen mehrerer Personen. Hinzu kommt, dass bei pflegerischen Entscheidungen die von der Entscheidung betroffenen Personen oft die Patient:innen oder Bewohner:innen sind, die in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Pflegenden stehen und ihre Ansprüche meist nicht mehr völlig selbständig geltend machen und durchsetzen können. Von vielen der Ressourcen, die Pflegende verteilen, hängen die Lebensqualität sowie die psychische und physische Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen ab. Die Entscheidung, wer wie viele der verfügbaren Ressourcen erhält, erfordert eine normative Bewertung und allseitige Abwägung der Ansprüche aller Beteiligten im Rahmen eines praktischen Urteils (s. Abschnitt 3.1.5) mit dem Ziel einer ethisch rechtfertigbaren, gerechten Entscheidung. Für Pflegende in Entscheidungssituationen stellt sich also die Frage, welche Kriterien sie anwenden, um die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen

möglichst gerecht zu verteilen – und dies unter den bereits beschriebenen komplexen und oft herausfordernden Rahmenbedingungen der stationären Langzeitversorgung (s. Unterkapitel 2.2). Die folgenden Abschnitte stellen zunächst die allgemeinen Grundlagen und Prinzipien gerechter Verteilung dar und führen dann mit Bezug auf die Pflege weiter aus, welche ethischen Implikationen und Auswirkungen bestimmte Kriterien (s. Abschnitt 3.1.6.2) und Entscheidungsstrategien (s. Abschnitt 3.1.6.3) haben.

3.1.6.1. Begriffliche Grundlagen der Verteilungsgerechtigkeit

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie Pflegende in der stationären Langzeitpflege in ihrem Arbeitsalltag die Ressourcen verteilen, die ihnen zur Verfügung stehen. Bei den hierzu erforderlichen Entscheidungen handelt es sich demnach um Verteilungsentscheidungen, die auch als Distributions- oder Allokationsentscheidungen bezeichnet werden können (Lumer 1999). Essenziell bei Verteilungsentscheidungen ist, dass eine nur begrenzt vorhandene Ressource an mehrere Empfänger:innen verteilt wird, die alle ein individuelles Interesse oder einen Bedarf an der verteilten Ressource haben. Schon in dieser kurzen Definition wird der grundlegende Konflikt deutlich, der Verteilungsentscheidungen so herausfordernd, aber auch praktisch relevant macht: Denn neben der Frage, was für die einzelnen Empfänger:innen der Ressource in der gegebenen Situation wichtig, nützlich oder wünschenswert wäre – für sich genommen schon eine nicht leicht zu beantwortende Frage – müssen in Verteilungssituationen verschiedene Interessen, Bedürfnisse und Bedarfe mehrerer Personen gegeneinander abgewogen werden. Hierbei stellen sich Fragen wie: „Wer braucht die Ressource am dringendsten? Wer profitiert davon am meisten? Welche Konsequenzen hat es, wenn Personen eine Ressource später oder gar nicht erhalten?“ (Greiner 2011: 46f.)

In all diesen Fragen geht es grundsätzlich darum, was eine gute Verteilungsentscheidung ausmacht und wie möglichst alle gerechtfertigten Bedürfnisse der von der Entscheidung Betroffenen berücksichtigt werden können. Verteilungsentscheidungen sind damit ethische Entscheidungen, da sie normativ das richtige oder bestmögliche Handeln nach nachvollziehbaren, gerechten Entscheidungskriterien zum Ziel haben. In der Philosophie, aber auch in Medizin- und Pflegeethik, werden die vielfältigen möglichen Entscheidungskriterien für eine gute, gerechte Verteilungsentscheidung kontrovers diskutiert. In diesen Debatten geht es immer um die Abwägung der **individualethisch begründbaren Einzelinteressen** zum Beispiel nach Lebensqualität, Wohlbefinden und der Befriedigung existenzieller Bedürfnisse, und **gerechtigkeitsethischen Ansprüchen** nach

objektiven Handlungsmaßstäben bei Interessen- und Bedürfniskonflikten (Greiner 2011: 45; s. Abschnitt 3.2.4.1).[62]

Die in dieser Arbeit untersuchten Verteilungsentscheidungen sind Entscheidungen auf der **Mikroebene**: Eine Pflegekraft verteilt die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen auf der Grundlage der Entscheidung, welche Verteilung aus ihrer Sicht in der gegebenen Situation angemessen ist. In ihre Entscheidung fließen unterschiedlichste Kriterien wie die expliziten oder angenommenen Wünsche und Bedarfe der zu Pflegenden, ihr fachliches Urteil, persönliche Einstellungen und Wertsetzungen, Sympathie und Antipathie oder bewährte Routinen ein. Aber auch institutionelle und rechtliche Vorgaben und Rahmenbedingungen wie die Personalbesetzung und -qualifikation sowie (angenommene) Erwartungen von Dritten spielen in Entscheidungssituationen bewusst oder unbewusst eine wichtige Rolle (zur empirischen Untersuchung von Verteilungskriterien in der Pflege s. Abschnitt 4.2.2). Diese Rahmenbedingungen auf der institutionellen **Mesoebene** stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen lassen sich demnach bei der Untersuchung von Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene nicht einfach ausblenden. Bestenfalls können sie die Pflegenden auf der Mikroebene durch klare Vorgaben zur Ressourcenverteilung bei ihren Entscheidungen entlasten. Mögliche verteilungsrelevante Vorgaben der Mesoebene sind wiederum stark beeinflusst durch gesellschaftliche Erwartungen und vor allem gesetzliche Vorgaben der **Makroebene** als „Rahmenbedingungen und Grundsätze für die gerechte Verteilung der Gesundheitsressourcen in der Bevölkerung“ (Greiner 2011: 51).

Dieses „Top-Down-Prinzip“ der Beeinflussung der verschiedenen Verteilungsebenen in Richtung des Entscheidungshandelns auf der Mikroebene spielt eine wichtige Rolle bei der Frage, wer für diese Entscheidungen **Verantwortung** übernehmen muss: Wird wie in der vorliegenden Arbeit Willensfreiheit als grundsätzlich gegeben vorausgesetzt (s. Abschnitt 3.1.3.1), ist zunächst die konkret entscheidende Person für ihr Entscheidungshandeln verantwortlich (Kersting 2000: 9ff.). Entsprechend können ihre Entscheidungen im Sinne eines praktischen Urteils moralisch als gut oder schlecht bewertet werden (s. Abschnitt 3.1.5.1). Eine wesentliche Perspektive solcher moralischer Bewertungen ist die Bewertung der Gerechtigkeit einer Verteilungsentscheidung, also ihrer Übereinstimmung mit den berechtigten Ansprüchen aller von der Entscheidung Betroffenen. Welche Ansprüche dabei als berechtigt gelten, ist gemäß verschiedenen jeweils in Betracht

[62] Der Deutsche Ethikrat (2016) thematisiert in Bezug auf die Versorgung im Krankenhaus die gerechte Verteilung von Ressourcen als einen wesentlichen Faktor für das Wohl der Patient:innen und wirft Fragen auf, welche Kriterien bei der Zuteilung von für Patient:innen (lebens-)wichtigen Ressourcen als gerecht gelten können. Neben dem Gleichheitsprinzip sowie der Abwägung zwischen Kosten und Nutzen müssen auch die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen in Verteilungsentscheidungen einbezogen werden. Das beinhaltet die „Notwendigkeit von Erwägungen zu unterschiedlichen Vorstellungen vom ‚guten Leben‘ und zu den zugehörigen Menschenbildern“ (Deutscher Ethikrat 2016: 56f.).

kommenden Prinzipien unterschiedlich, die Bewertung entsprechend komplex. Durch die strukturellen Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitpflege (s. Unterkapitel 2.2) verfügen Pflegekräfte über einen großen Spielraum, nach welchen Kriterien sie die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen verteilen, und müssen sich daher auch für die von ihnen getroffenen Verteilungsentscheidungen verantworten (Greiner 2011: 71, vgl. Heffels 2003: 194). Je stärker die institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen die Entscheidung beeinflussen, tragen diese eine Mitverantwortung an den Entscheidungen der einzelnen Pflegekraft. So könnte zum Beispiel eine Pflegeeinrichtung aus wirtschaftlichen Erwägungen Ressourcen wie Personal oder Material einsparen, was die Ressourcenverteilung auf der Mikroebene und damit gerechte Entscheidungen erschwert. Sind die Rahmenbedingungen so defizitär, dass basale ethische Ansprüche auf menschenwürdige Pflege nicht mehr gewährleistet werden können, ist die Pflegekraft auf der Mikroebene sogar moralisch dazu verpflichtet, die alleinige Verantwortung abzulehnen und die defizitären Rahmenbedingungen nicht mehr durch eigene Anstrengungen zu kompensieren, sondern die höheren Verteilungsebenen in die Verantwortung zu nehmen (Greiner 2011: 129f.).
Neben den Rahmenbedingungen beeinflusst bei Verteilungsentscheidungen immer auch die Art der zu verteilenden Ressourcen das situative Entscheidungshandeln. Im Rahmen der wissenschaftlichen Diskussion über Verteilungsgerechtigkeit wird bei diesen Ressourcen auch von **Gütern** gesprochen. Ein Gut kann materiell oder immateriell sein und besitzt immer einen gewissen Wert für die von einer Verteilungsentscheidung Betroffenen. Entweder steigert das Gut das Wohlbefinden der Empfänger:innen, oder der Mangel an dem Gut führt zu mehr oder weniger schwerwiegenden negativen Auswirkungen. Bei überlebenswichtigen Gütern spricht man auch von „konditionalen Gütern“ (Kersting 2000: 27). In der Pflege können neben materiellen Gütern wie Nahrung oder Kleidung auch nicht-materielle Güter wie Zuwendung, Zeit und Aufmerksamkeit einer Pflegekraft für die mehr oder weniger von ihr abhängigen pflegebedürftigen Menschen als Betroffene von Verteilungsentscheidungen überlebensnotwendig und damit „konditional“ sein (Greiner 2011: 46).
Zeit und dabei vor allem die **verfügbare Zeit der Pflegekraft**, die in der Interaktion mit den Bewohner:innen verbracht wird, kann als übergeordnete und daher zentrale zu verteilende Ressource in der stationären Langzeitpflege verstanden werden. Dabei können quantitative Aspekte der Zeit als verfügbare Pflege-Zeit, sowie qualitative Aspekte der Zeit, bei der berücksichtigt wird, wie die Pflegekraft die verfügbare Pflegezeit nutzt, zusammengefasst werden (Greiner 2011: 27ff.; zur Bedeutung von Zeit in der ambulanten Pflege Rinderspacher et al. 2009). Hinter dem Anspruch der Bewohner:innen auf Zeit als zunächst einmal quantitativer, messbarer Ressource steht ihr berechtigter Anspruch darauf, dass diese Zeit der Pflegekraft ein wertvolles

Gut ist und als solches von ihr inhaltlich sinnvoll und professionell (s. Unterkapitel 3.2) zum Nutzen der von der Entscheidung Betroffenen eingesetzt wird, um Wohlbefinden zu steigern oder Schaden abzuwenden. Dies kann beispielweise durch pflegerische Maßnahmen, Berührung, Kommunikation oder auch kognitive Aufmerksamkeit, Beobachtung oder organisatorische Maßnahmen erfolgen. Je quantitativ knapper dabei die zu verteilende Zeit der Pflegekraft und je schwieriger diese in der gegebenen Situation – zum Beispiel durch Einsatz von Springern bei Krankheitsausfällen – kurzfristig vermehrbar ist, desto herausfordernder ist es für die Pflegenden, in der Praxis eine gerechte, ethisch vertretbare Entscheidung zu treffen (Greiner 2011: 47).[63]

3.1.6.2. Philosophische Prinzipien gerechter Verteilung

Wie später in Abschnitt 3.2.4.1 bezüglich des Spannungsfeldes zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsperspektive noch thematisiert wird, hängt das Grundverständnis, was als gerecht und ungerecht gilt, von spezifischen Wertsetzungen und Grundhaltungen der beurteilenden Personen ab. Entsprechend kann sich auch das Verteilungshandeln und -ergebnis erheblich unterscheiden, je nachdem, welche Verteilungskriterien Anwendung finden. In der Philosophie lassen sich dabei eine Vielzahl von Prinzipien gerechter Verteilung unterscheiden. Für die Zwecke dieser Arbeit sind die folgenden Prinzipien für pflegerische Verteilungsentscheidungen im Untersuchungsfeld besonders relevant:[64]

Das scheinbar einfachste Verteilungsprinzip ist das Gleichheitsprinzip oder der philosophische **Egalitarismus**. Nach einer starken Auslegung des Egalitarismus ist eine Verteilung dann gerecht, wenn „jeder das Gleiche bekommt“ (Kersting 2000: 35). Bezogen auf die Pflege ist offensichtlich, dass diese Verteilung bei der Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse der zu Pflegenden nicht besonders sinnvoll ist. Als schwache Ausprägung des Egalitarismus lässt sich der **Kontraktualismus** nach Rawls (1971) verstehen: Hierbei wird durch faire Verfahren der Entscheidungsfindung, die für alle gleich gelten, ein gerechtes Entscheidungsergebnis angestrebt. Dabei soll jede Verteilungsentscheidung so getroffen werden, dass auch die von der Entscheidung am stärksten Benachteiligten der Entscheidung zustimmen könnten. Dazu dient ein Gedankenexperiment, in dem die Entscheidenden unter dem „Schleier des Nichtwissens“ von ihrer tatsächlichen Position abstrahieren und stattdessen annehmen, dass sie selbst die am stärksten Benachteiligten sein könnten (Rawls 1971; vgl. Greiner 2011: 102ff.). Auch das **Zufallsprinzip**

[63] Verschärft wird die Verteilungsentscheidung dann noch, wenn es sich um eine potenziell lebensbedrohliche Situation handelt, in der die Zeit der Pflegekraft als konditionales Gut über Leben und Tod einer oder mehrerer Betroffener entscheidet.

[64] Eine ausführliche Diskussion verschiedener Gerechtigkeitskriterien und ihrer Relevanz für die Altenpflege findet sich in Greiner 2011: 90ff. Darauf stützen sich auch die folgenden Ausführungen wesentlich.

kann als faires, wenn auch einfaches Verfahren verstanden werden, das durch die absolute Gleichbehandlung aller von der Entscheidung Betroffenen zu als gerecht vertretbaren Verteilungen führen kann. Gerade in der Pflege, bei der diese Betroffenen oft die Pflegebedürftigen selbst sind, die sowohl stark abhängig sind als auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse haben, ist das Zufallsprinzip jedoch nur begrenzt als Gerechtigkeitsprinzip anwendbar – auch wenn es in der Pflegepraxis vermutlich häufiger zum Tragen kommt als man zunächst annehmen möchte (Greiner 2011: 105f.).

Das **Leistungsprinzip** rechtfertigt ungleiche Verteilung nach dem Kriterium, wie sehr die Individuen die zu verteilenden Ressourcen verdient haben (Honneth 2003). Dies kann sich nach materiellen Maßstäben wie Arbeitsleistung, Einkommen oder – unter den Bedingungen des Untersuchungsfeldes – zahlbarer Preis für die zu erbringenden Leistungen auf dem Pflegemarkt richten. Verteilung nach dem Leistungsprinzip kann sich aber auch nach ideellen, gesellschaftlich anerkannten Maßstäbe für Leistung bemessen, zum Beispiel durch eine Hochbewertung künstlerischer Aktivität, Arbeit in helfenden Berufen oder Tätigkeit in angesehener Position. In der stationären Langzeitpflege wird – ähnlich wie im Krankenhaus – das Leistungsprinzip insbesondere durch die Möglichkeit von Zuzahlungen oder durch besondere Versicherungen realisiert, die eine hochwertigere Versorgung und damit eine zumindest strukturelle Bevorzugung einzelner Personen als Kund:innen rechtfertigen. Bei der Anwendung des Leistungsprinzips in pflegerischen Verteilungsentscheidungen könnten demnach Menschen, deren Lebensleistung durch ihre früheren Leistungen besonders hoch bewertet wird, bewusst oder unbewusst bevorzugt berücksichtigt werden (Greiner 2011: 91f.). Im Gegensatz zur strukturellen Bevorzugung durch höhere finanzielle Leistungsfähigkeit wird diese persönliche Bevorzugung gesellschaftlich eher nicht als gerecht angesehen. Denn ähnlich wie das Verteilungskriterium der **Sympathie** unterliegt die Bevorzugung nach subjektiv bewerteter Lebensleistung der willkürlichen Einschätzung der einzelnen Pflegekraft und ist damit nicht als gerechtes Verteilungsprinzip verallgemeinerbar.

Eine besondere Bedeutung für pflegerische Verteilungsentscheidungen hat das Nutzenprinzip des **Utilitarismus**. Gerecht ist demnach grundsätzlich diejenige Verteilung, die den größten Gesamtnutzen verspricht (im Überblick s. Stanford Encyclopedia of Philosophy 2023). Utilitaristische Prinzipien werden in Verteilungsfragen unter anderem im medizinischen Bereich angewandt (Katastrophen-Triage, s. Abschnitt 3.1.6.3, zu empirischen Erkenntnissen zur Triage s. auch Unterkapitel 4.1). Sie bieten eine relativ klare, praktisch umsetzbare Vorgabe für reale und zum Teil sehr herausfordernde Verteilungssituationen, bringen aber auch verschiedene Probleme mit sich. Eine Kernkritik am Utilitarismus ist, dass die Frage, was genau als Nutzen betrachtet wird, ebenso wie die Frage nach gerechtem Handeln, abhängig von individuellen moralischen Bewer-

tungen und Grundhaltungen ist (Brech 2008: 129f.). Aus utilitaristischer Perspektive muss in der Pflege beispielsweise gefragt werden, welchen objektiven Nutzen eine Sterbebegleitung mit hohem Zeitaufwand für eine bestimmte Person bringt. Denn die Sterbebegleitung führt nicht zur Wiederherstellung von Gesundheit, die im Gesundheitswesen oft als Nutzen hoch bewertet wird. Durch den hohen Zeitaufwand (Kosten) können andere pflegebedürftige Personen eventuell nicht mehr optimal versorgt werden. Diese Versorgung und damit Sicherstellung der „notwendigen" Pflegeleistungen dürfte in diesem Verständnis nicht durch die individuelle, oft zeitaufwändige und „weniger nützliche" Sterbebegleitung eingeschränkt werden. Hier wird die zweite fundamentale Kritik am Utilitarismus deutlich, denn er orientiert sich im Kern immer am größten Nutzen für alle Betroffenen – dabei wird von individuellen, gerechtfertigten Ansprüchen abstrahiert, die je nach Situation und Nutzendefinition gerechtfertigt ignoriert werden dürfen, selbst wenn dies zu erheblichem individuellem Leiden oder sogar zum Tod führen kann (Lübbe 2001). Eine Nutzenorientierung ist in bestimmten Zusammenhängen wie der Katastrophen-Triage zwar herausfordernd, entlastet aber von individuellen, schweren Entscheidungen. Auch aus wirtschaftlichen Erwägungen können im Gesundheitswesen utilitaristische Ansätze sinnvoll und – beispielsweise bei der Nutzenbewertung und entsprechenden Verschreibung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen – ethisch geboten sein. In alltäglichen pflegerischen Verteilungssituationen auf der Mikroebene sind sie aber durch die beschriebenen Probleme der Nutzenbewertung sowie der Benachteiligung existenzieller Interessen Einzelner als alleinige Verteilungskriterien kritisch zu bewerten und müssen kontextabhängig durch andere Entscheidungskriterien ergänzt und erweitert werden (Greiner 2011: 92ff.).

Alternative Gerechtigkeitsprinzipien wie das Prinzip der **Menschenwürde** (Borchers 2007) oder der **Anerkennung** (Honneth 2003) können durch die Festlegung bestimmter Grundwerte einer schwerwiegenden Vernachlässigung Einzelner entgegenwirken. Im obigen Beispiel der Sterbebegleitung müsste zumindest eine basale Begleitung der sterbenden Person sichergestellt werden, auch wenn dies auf Kosten anderer Bewohner:innen getan werden müsste. Begründet werden könnte diese Entscheidung damit, dass die Vernachlässigung von Sterbebegleitung die Menschenwürde verletzt (Greiner 2011: 106ff.).

3.1.6.3. Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung

Im vorangegangenen Abschnitt konnte gezeigt werden, dass die Anwendung von verschiedenen Gerechtigkeitsprinzipien großen Einfluss auf pflegerische Verteilungsentscheidungen und -ergebnisse haben kann. Daneben spielt aber auch die Verfügbarkeit der zu verteilenden Ressourcen eine wichtige Rolle für das Verteilungshandeln im pflegerischen Alltag. Denn keine der in der

Pflege zu verteilenden Ressourcen ist letztlich unendlich verfügbar, auch wenn eine Vermehrung zum Beispiel über Vorräte an Pflegehilfsmitteln oder Erweiterung der Zeitressourcen durch Einstellung neuer Mitarbeiter:innen denkbar ist. Auch wenn von einer Ressource in der konkreten Situation ausreichend vorhanden ist, muss oft trotzdem eine Verteilungsentscheidung getroffen werden. Beispielsweise muss eine Pflegekraft in einer Situation, in der sie keinerlei Zeitdruck empfindet, trotzdem entscheiden, wie sie ihre Zeit einsetzt. Dazu entscheidet sie beispielsweise, welche Bewohner:innen sie zuerst versorgt und wieviel Zeit sie sich für die einzelnen Bewohner:innen nimmt (quantitativer Zeitaspekt), und welche pflegerischen Maßnahmen sie wie durchführt (qualitativer Zeitaspekt) (s. Abschnitt 3.1.6.1; zur Bedeutung von Zeit als pflegerischer Ressource auch Greiner 2011: 27ff.). Auch ohne Zeitdruck entscheiden Pflegende, welche Maßnahmen ohne negative Auswirkungen zeitlich verschoben oder sogar weggelassen werden können, weil sie aus ihrer Sicht unnötig sind. Diese kriteriengeleitete Sortierung pflegerischer Maßnahmen nach „wichtig/nützlich", „weniger wichtig" und „unwichtig/unnötig" wird auch als **Priorisierung** bezeichnet. Priorisierung in der Pflege definieren Hendry/Walker (2004) als „ordering of nursing problems using notions of urgency and/or importance, in order to establish a preferential order for nursing actions." (ebd.: 427) Pflegerische Priorisierungsentscheidungen werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. In ihrem empirischen Modell fassen Hendry/Walker (2004) sowohl Einflussfaktoren als auch die Schritte zur Prioritätensetzung zusammen.

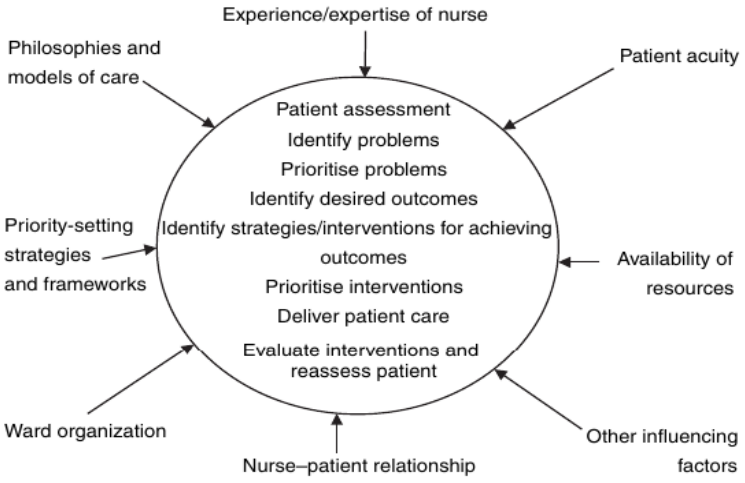


Abbildung 2: Modell zu Prozess und Einflussfaktoren bei der Priorisierung in der Pflege (Hendry/Walker 2004: 432)

Bei den Einflussfaktoren finden sich im Modell von Hendry/Walker (2004, s. Abbildung 2) sowohl Faktoren wie das individuelle Pflegeverständnis oder die Erfahrung, die durch die jeweiligen Pflegenden bestimmt sind, aber auch externe Faktoren wie die Dringlichkeit der Bedürfnisse der

Patient:innen, Verfügbarkeit von Ressourcen und die Stationsorganisation. All diese Faktoren beeinflussen den schon für sich genommen komplexen und anspruchsvollen Prozess der Entscheidungsfindung. Ergänzend zum im Kreis in Abbildung 2 beschriebenen Priorisierungsprozess auf individueller Ebene ergänzen Hendry/Walker (2004), dass im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit immer auch die Bedürfnisse anderer Patient:innen in die Entscheidungsfindung einfließen müssen, denn auch sie haben gerechtfertigte Ansprüche auf Pflegemaßnahmen (Hendry/Walker 2004: 433).

Gerade das Weglassen von unnötigen oder nicht sinnvollen pflegerischen Maßnahmen oder auch der effizientere Einsatz der verfügbaren Zeit ist im Sinne des gesellschaftlichen Anspruchs, dass die begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems nicht verschwendet werden dürfen, ethisch geboten. Als **Rationalisierung** beeinflusst diese Form der Effizienzsteigerung des Ressourceneinsatzes vor allem politische Prozesse und gilt als wichtiger Grundsatz in Medizin und Pflege (Schöne-Seifert et al. 2006). Als Pflicht zur „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven" in der ärztlichen Versorgung ist Rationalisierung sogar gemäß § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V gesetzlich vorgeschrieben (Greiner 2011: 53f.).

Auf den ersten Blick scheinen Priorisierung und Rationalisierung in Verteilungssituationen unproblematisch, sinnvoll oder sogar ethisch geboten zu sein. Beide Strategien erfordern eine kriteriengeleitete Bewertung des Nutzens von Maßnahmen und der Ansprüche von Personen und Personengruppen. Wie schon in Abschnitt 3.1.6.2 thematisiert, ist aber die Frage, welche Maßnahmen nützlich, welche Ansprüche gerechtfertigt und welche Verteilungskriterien in welchen Situationen angemessen, gerecht und damit rechtfertigbar sind, keineswegs unumstritten und erfordert einen gesellschaftlichen Diskurs (vgl. u. a. Abt-Zegelin 2015; Lübbe 2001). Gerade in der Pflege, in der die von der Entscheidung Betroffenen oft existenziell von zu verteilenden Ressourcen abhängig sind und der Nutzen verschiedener Maßnahmen schlecht oder gar nicht objektiv bewertet werden kann („Wie nützlich ist Sterbebegleitung?", vgl. Abschnitt 3.1.6.2), sollten oberflächlich einfache Rationalisierungs- und Priorisierungsentscheidungen immer bezüglich der ihnen zugrunde liegenden ethischen Kriterien hinterfragt werden. Hierzu ist eine grundsätzliche ethische Sensibilität von Pflegekräften für Gerechtigkeitsfragen erforderlich, die schon in der Ausbildung angebahnt werden sollte (s. Unterkapitel 9.4; vgl. Greiner 2011: 117ff.; Schwerdt 2005).

Während bei Rationalisierung und Priorisierung davon ausgegangen wird, dass im Prinzip ausreichend Ressourcen verfügbar sind, um letztlich alle notwendigen Maßnahmen durchzuführen und damit alle berechtigten Ansprüche der von der Entscheidung Betroffenen zu erfüllen, ist **Rationierung** dann notwendig, wenn die Ressourcen dazu nicht ausreichen und den Empfänger:innen

als nützlich oder notwendig erachtete Maßnahmen vorenthalten werden (vgl. Schramme 2002: 123f.).[65] Eine Debatte über die ethischen Implikationen der Rationierung von Gesundheitsgütern wurde im deutschsprachigen Raum bisher vor allem in der Medizin geführt (vgl. u. a. Marckmann/Strech 2009; Schöne-Seifert et al. 2006). In den vergangenen 10 Jahren sind zudem kaum weitere theoretische Veröffentlichungen zu dem Thema zu verzeichnen. Aufgrund von strukturellen Problemen (u. a. demographischer Wandel, „Verbetriebswirtschaftlichung" der Krankenhäuser, vgl. Manzeschke 2011: 272; Einführung des DRG-Systems, vgl. Marckmann/Strech 2009) bei gleichzeitig ständiger Weiterentwicklung medizinisch-technischer Möglichkeiten steht die Medizin vor einem steigenden Finanzierungsproblem, das zu einer zunehmenden Verknappung medizinischer Ressourcen und damit einhergehendem Rationierungszwang führt (Greiner 2011: 50f.). Von den verschiedenen Rationierungsformen (vgl. Greiner 2011: 54ff.) spielt im Rahmen der vorliegenden Arbeit vor allem die Unterscheidung zwischen **expliziter und impliziter Rationierung** eine wichtige Rolle. Explizite Rationierung kommt im Gesundheitswesen nur selten vor: Sie ist Ergebnis einer offenen, oft politischen Abwägung von Ansprüchen und Nutzen- und Folgenbewertungen und bezieht sich auf begrenzte Bereiche wie Katastrophensituationen oder Organverteilung (s. dazu die in Unterkapitel 4.1 besprochenen empirischen Studien). In diesen Situationen sind die zu verteilenden Ressourcen akut oder grundsätzlich so knapp, dass nicht alle Personen, die höchstwahrscheinlich von einer Behandlung profitieren würden oder sogar ohne Behandlung sterben, berücksichtigt werden können. In der Medizinethik wird diese Diskussion unter dem Begriff „Katastrophen-Triage" geführt.[66] Explizite Triage-Kriterien sind dabei zunächst Ergebnis einer Priorisierung nach wichtigen gegenüber weniger wichtigen Maßnahmen, wobei durch die Knappheitsbedingungen nicht nur unwichtige, sondern auch notwendige, geringer priorisierte Maßnahmen weggelassen werden.

Während explizite Rationierung, wenn überhaupt, im Wesentlichen auf der politischen und gesellschaftlichen Makroebene thematisiert wird, bezieht sich implizite Rationierung vor allem auf situatives Entscheidungshandeln auf der Mikroebene. Zum Teil wird diese implizite Rationierung durch einzelne Pflegende beeinflusst durch wahrgenommene Erwartungen vor allem der institutionellen Mesoebene, zum Beispiel durch inoffizielle Verteilungsvorgaben („Was kann bei Personalknappheit weggelassen werden")[67] oder Vorgaben der Leitungsebene („Wir müssen das

[65] Zur Diskussion um verschiedene Definitionen von Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen vgl. Erk 2015: 29ff.

[66] Als aktuelles Beispiel für die Notwendigkeit von expliziter Rationierung können die Triage-Diskussionen während der Corona-Pandemie dienen (vgl. Bundesregierung 2022). Einen Überblick zu Triage-Systemen und deren ethischer Bedeutung findet sich in Mannino (2021). Zu verschiedenen pflegerischen Triage-Kriterien in Katastrophen-Situationen vgl. Ghanbari et al. 2019.

[67] Über die Existenz eines solchen verschriftlichten, aber nicht offiziellen Plans berichtete eine der befragten Pflegenden im Rahmen des Vorgesprächs zum Interview.

heute mit weniger Personal schaffen“). Auf der Mikroebene wird das Phänomen der impliziten Rationierung im Gesundheitswesen auch als **„Bedside Rationing“** oder „Rationierung an der Bettkante“ bezeichnet (Kostka 2008). Bei dieser Rationierungsform können „sowohl persönliche Präferenzen des Leistungserbringers als auch unterschiedliche Prioritäten (wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Grunderkrankung) eine bedeutsame Rolle spielen“ (Remmers 2012: 343; vgl. Greiner 2011: 60ff.). In der Forschungsliteratur bezieht es sich im Wesentlichen auf die Rationierung durch Ärzt:innen, lässt sich aber auch auf Pflegekräfte übertragen und ist als solches in der Praxis nachweisbar (s. Unterkapitel 4.2).

Implizite Rationierung in der Pflege kann definiert werden als das „Zurückhalten oder Nicht-Ausführen von notwendigen Pflegemaßnahmen für Patient:innen auf Grund von Ressourcenmangel“ (Schubert et al. 2007: 417, eigene Übersetzung). Schubert et al. (2007) haben für ihre Forschung ein Rahmenkonzept entwickelt, das die verschiedenen Einflussfaktoren und Zusammenhänge impliziter Rationierung in der Pflege darstellt (s. Abbildung 3). Ähnlich wie bei dem Modell zur Priorisierung von Hendry/Walker (2004, s. Abbildung 2) fließen bei der impliziten Rationierung neben Faktoren auf der institutionellen Mesoebene auch das individuelle und gesellschaftliche Pflegeverständnis sowie Faktoren der Patient:innen und Pflegenden ein. Beeinflusst durch eine hohe Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Ressourcen- oder Zeitmangel kommt es bei der impliziten Rationierung aber dazu, dass zwischen Planung („planning“) und Ausfüh-

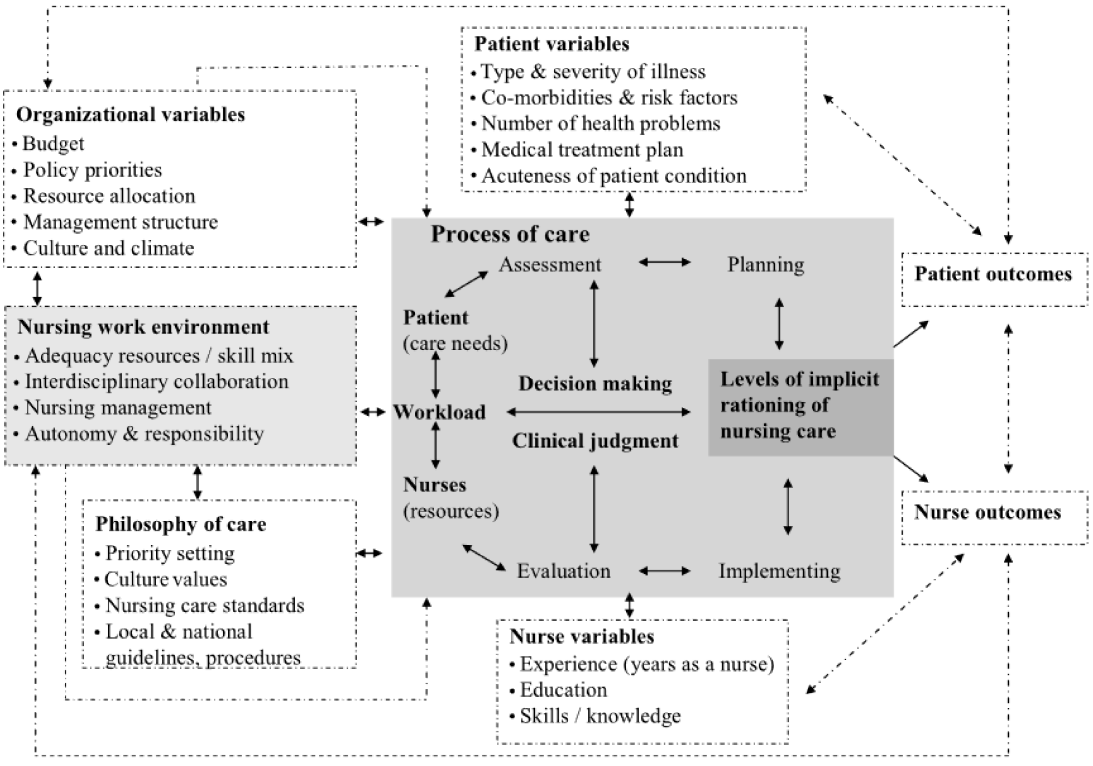


Abbildung 3: Konzeptioneller Rahmen für implizite Rationierung in der Pflege (Schubert et al. 2007: 418)

rung („implementing“) der Pflege eine Rationierungsentscheidung getroffen wird (s. Abbildung 3). Es wird also aus Ressourcenmangel etwas mehr oder weniger bewusst nicht getan, was zuvor im Rahmen des Pflegeprozesses als sinnvoll oder notwendig beurteilt wurde.

„Problematisch bei der impliziten Rationierung ist die fehlende Nachvollziehbarkeit, die Gefahr der Bestechung und willkürlichen Entscheidungen nach persönlichen Motiven und grundsätzlich die mangelnde ethische Begründung gegenüber Patienten und Gesellschaft.“ (Greiner 2011: 56) Die dadurch in der Medizin beobachtete grundlegende Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin/Arzt und Patient:in lässt sich leicht übertragen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden. Dauerhafter Zwang zur Rationierung führt in der Pflege außerdem zu individuellen Kompensationsversuchen durch die Pflegenden, oftmals in Form von oft unbezahlter Mehrarbeit und gehetztem Arbeiten, die auf Dauer zu Überforderung, Frustration und letztlich oft zum Berufsausstieg führen (Kersting 2019; s. Abschnitte 4.2.5 und 4.2.6.2).

Eine gesellschaftliche Debatte über die Legitimation von Rationierungs- und Priorisierungsstrategien in der Pflege wird bisher nur sehr zögerlich geführt (Abt-Zegelin 2015; Schwerdt 2005). Es herrscht allerdings Einigkeit darüber, dass die Gefahren und Belastungen impliziter Rationierung im Gesundheitswesen inakzeptabel sind und die Frage nach gerechten Priorisierungs- und Rationierungskriterien daher auf der politischen Makroebene diskutiert werden muss, wo entsprechend verbindliche Kriterien festzulegen sind (Greiner 2011: 88). In Bezug auf ärztliche Verteilungsentscheidungen stellt der Deutsche Ethikrat (2016) fest:

> „Unabhängig von solchen Überlegungen gilt, dass Allokationsentscheidungen nicht einfach von der Makro- über die Mesoebene ‚nach unten‘ weitergereicht und regelhaft dem einzelnen Krankenhaus oder gar dem individuellen Arzt aufgebürdet werden dürfen, der dadurch in eine mit den berufsethischen Forderungen unvereinbare Zwangslage geraten kann.“ (ebd.: 59)

Für die vorliegende Untersuchung lässt sich zusammenfassen, dass Verteilungsentscheidungen in der Pflege als besonders komplexe, herausfordernde Entscheidungen mit einem hohen ethischen Anspruch der kriteriengeleiteten Abwägung der Interessen und Bedürfnisse aller von der Entscheidung Betroffenen verstanden werden müssen. Für die institutionelle Mesoebene ergibt sich aus der Forderung nach Entlastung der einzelnen Pflegenden von Verantwortung und Folgen impliziter Rationierung die Aufgabe, durch gezielte Maßnahmen in der Arbeitsorganisation wie eine an die Anforderungen der Praxis angepasste Personalbesetzung sowie durch Eröffnung eines offenen Dialogs zu Priorisierung und Rationierung einen transparenten ethischen Entscheidungsrahmen für Einzelfall-Entscheidungen zu schaffen (Greiner 2011: 130).

Der folgende abschließende Abschnitt des Unterkapitels 3.1 fasst noch einmal die zentralen Erkenntnisse zum Entscheiden in komplexen Situationen zusammen, die die weitere empirische Analyse von Verteilungsentscheidungen in der Pflege begründen und strukturieren.

3.1.7. Zusammenfassung

Das Treffen von Entscheidungen ist eine Anforderung, mit der Menschen im privaten und beruflichen Alltag ständig konfrontiert sind. Dabei scheinen Alltagsentscheidungen auf den ersten Blick relativ banal zu sein: Was ziehe ich an? Nehme ich Erdbeer- oder Vanille-Eis? Unterhalte ich mich heute länger mit Kolleg:innen oder nutze die Zeit, um den Berg an Büroarbeit zu verkleinern? Wo verbringe ich meinen Sommerurlaub? Aber schon für das Treffen dieser alltäglichen Entscheidungen müssen verschiedene Rahmenbedingungen und kognitive Voraussetzungen erfüllt sein. Und während des Entscheidens selbst müssen „Denkbewegungen" erfolgen, die – ob im Ergebnis erfolgreich oder nicht – das Entscheidungshandeln prägen (Pfister et al. 2017).

Die Untersuchung von Entscheidungshandeln kann nach Pritzlaff (2006) aus drei Perspektiven erfolgen: Eine Entscheidung ist erstens immer auch eine **Wahl zwischen Optionen** (s. Abschnitt 3.1.3). Das setzt die grundlegende Annahme voraus, dass Menschen in der Lage sind, ihre Präferenzen zu erkennen und abzuwägen, um somit Entscheidungen über den konkreten Inhalt ihres Willens zu treffen („unterstellte Willensfreiheit"; Pritzlaff 2006: 28). Aber anders als (potenzieller) freier Wille ist die ständige Gerichtetheit des Bewusstseins auf das Entscheidungshandeln keine notwendige Bedingung für Wahlentscheidungen. Ganz im Gegenteil machen bewusste Entscheidungen nur einen Bruchteil unserer Alltagsentscheidungen aus. Viele Entscheidungen verlaufen unbewusst, haben sich als bewährte Routinen in unser Handlungsrepertoire eingereiht und sind insofern Aktualisierungen früherer bewusster Entscheidungen. Erst durch diese Routinisierung ist es möglich, die Vielzahl der täglichen (Mikro-)Entscheidungen zu bewältigen und dabei handlungsfähig zu sein (Luhmann 2019; Pfister et al. 2017; Oevermann 2001/2002).

Dieser zeitliche Blick auf Entscheidungen macht die zweite Perspektive des **Entscheidens als Entschluss** aus (s. Abschnitt 3.1.4): Ein Entschluss ist immer ein mehr oder weniger schneller Denkprozess, vom Entscheidungsauslöser oder -anlass über die Identifikation von Alternativen, die Distanzierung und anschließende distanzierte Hinwendung, um die Alternativen als einheitliche Wahl-Optionen zu betrachten und zu bewerten, bis zum eigentlichen Entschlussakt, der durch eine Äußerung oder Handlung realisiert wird (s. Abschnitt 3.1.4.1). Anlass oder Auslöser einer aus dieser Perspektive hochkomplexen, mehrschrittigen Entscheidungshandlung kann ein rational bearbeitbares Problem sein mit dem Ziel, einen nicht erwünschten Zustand positiv zu verändern (Laux et al. 2018). Für die vorliegende Arbeit wird diese Definition in Anschluss an

Luhmann (2019) durch die Vorstellung ergänzt, dass oft auch Erwartungsdruck Auslöser einer Entscheidung ist (s. Abschnitt 3.1.4.2). Gerade im institutionellen Kontext der Pflege sind diese Erwartungen an die Pflegenden als Entscheidende oft diffus und werden von verschiedenen Seiten und Ebenen wahrgenommen. In der Vielfalt der Erwartungen bei gleichzeitig hoher Verantwortung der Pflegenden gegenüber den Bewohner:innen können pflegerische Entscheidungen als grundsätzlich komplex verstanden werden (vgl. Braun/Benz 2015). Bei herausfordernden Verteilungsentscheidungen im institutionellen Setting der stationären Langzeitpflege kommt oft noch zusätzlicher Zeit- und Handlungsdruck sowie die Abwägung zwischen Einzel- und Gruppeninteressen hinzu (s. Abschnitt 3.1.6.1). Hierbei wirken oft implizite Organisationsroutinen als Handlungserwartungen auf die Pflegenden – diesen Routinen kann gefolgt oder widersprochen werden, aber auch eine „kreative" Umdeutung und Anpassung der Routinen ist möglich („performative aspect", Feldman/Pentland 2003; Luhmann 2019; s. Abschnitt 3.1.4.3).

Zeitlich nach dem Handlungsauslöser erfolgt das Treffen der Wahl. Wie schon beschrieben ist für die Handlungsfähigkeit im Alltag unumgänglich, dass ein Großteil der Entscheidungen unbewusst als intuitive Entscheidung getroffen wird. Während dies bei einfachen Entscheidungen mit geringer Tragweite für die entscheidende Person und andere von der Entscheidung Betroffene unproblematisch erscheint, muss bei zunehmendem Risiko für negative Entscheidungskonsequenzen gefragt werden, ob intuitive, schnelle Entscheidungen aus dem Bauch heraus für die Problemlösung angemessen sind. Zu dieser Frage gibt es verschiedene Positionen (vgl. v. a. Kahneman 2012; Kahneman/Tversky 1982; Gigerenzer 2007; Dijksterhuis 2010). Diese Arbeit geht davon aus, dass intuitive Entscheidungen zwar fehleranfällig sind, keineswegs aber „zufällig" und grundsätzlich nachteilig gegenüber einem bewussten Abwägen von Handlungs- und Entscheidungsoptionen in einem rationalen Denkprozess (vgl. „Subjektivierendes Handeln", Böhle 2017; s. Abschnitt 3.1.4.4.3).

Die Frage der Qualität der Entscheidung eröffnet die dritte Perspektive auf Entscheidungshandeln nach Pritzlaff (2006), das **Entscheiden als praktisches Urteilen** (s. Abschnitt 3.1.5): Durch die der Intuition eigene Fähigkeit, umfangreiche unbewusste oder halb-bewusste Wissens- und Könnensbestände in einem Prozess der Gestaltwahrnehmung innerhalb von wenigen Augenblicken zu einem Gesamturteil zu integrieren, greift der Mensch beim Entscheidungshandeln auf ein größeres Spektrum an Informationen und Fähigkeiten zurück, das zum Teil auch bei längerem Nachdenken nicht bewusst werden kann (s. Abschnitt 3.1.5.2). Gerade in hochkomplexen Entscheidungssituationen kann nur so die Gesamtsituation wahrgenommen und Wissen und vor allem praktische Fähigkeiten adäquat und vor allem schnell als Handlungen abgerufen werden. Entscheidungskompetenz als Teil von Handlungskompetenz erfordert demnach die Fähigkeit, durch

ein praktisches Urteil auf dieses Spektrum aus implizit integriertem Wissen, Können, Haltungen, Normen usw. zurückgreifen zu können und auf dieser Basis eine situative Bewertung – ein Urteil – zu treffen und entsprechend zu realisieren (v. a. Neuweg 2020; Erpenbeck/Rosenstiel 2007, s. Abschnitt 3.1.5.1).

Entscheidungskompetenz kann und muss erlernt und erweitert werden. Dies ist möglich durch verschiedene Formen der Reflexion (reflection-in-action, reflection-on-action, Schön 1983) und anschließenden Re-Integration des expliziten Wissens und Könnens, um es impliziter Urteilsbildung auch in komplexen Situationen zugänglich zu machen (s. Abschnitt 3.1.5.2.3). Entsprechend vielfältig gestalten sich auch Vermittlungsprozesse, um praktische Entscheidungskompetenz anzubahnen und weiterzuentwickeln. Auch hier müssen neben expliziter, „klassischer" Wissensvermittlung Lerngelegenheiten für implizites Lernen geschaffen werden – immer in Verbindung mit gezielter Reflexion (Neuweg 2020, s. Abschnitt 3.1.5.3)

Während die dargestellten Grundlagen der Entscheidungstheorie auf alle Arten von Entscheidungshandeln anwendbar sind, hat Abschnitt 3.1.6 herausgearbeitet, was **Verteilungsentscheidungen in der Pflege** ausmacht und warum bei ihnen bestimmte Aspekte berücksichtigt werden müssen, die sie zu besonderen Entscheidungen machen: Nicht alle Entscheidungen haben ethische Relevanz, aber wenn es darum geht, wie die entscheidende Person ein gutes Leben realisieren kann oder sich anderen Personen gegenüber richtig verhalten soll, sind dies ethische Fragen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen die Frage entsteht, wie man möglichst sowohl jedem Einzelnen, als auch der Gruppe gerecht wird, die einen Anspruch auf diese Ressourcen haben (Greiner 2011). Verteilungsentscheidungen in der Pflege können sich auf zahlreiche mögliche Prinzipen von Gerechtigkeit stützen. Das utilitaristische Prinzip des größtmöglichen Gesamtnutzens, das nicht nur aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten durchaus sinnvoll sein könnte, bringt bei seiner Anwendung auf die Pflege einige Probleme mit sich (u. a. Lübbe 2001), die eine Ergänzung oder Ersetzung durch inhaltlich gehaltvolle Prinzipien wie Menschenwürde oder Anerkennung (Honneth 2012) nahelegen. Aber auch Prinzipien wie der Kontraktualismus (Rawls 1971), die eher auf gerechte Entscheidungsverfahren zielen, können einen wertvollen Beitrag für Gerechtigkeitsfragen in der Pflege leisten. Anders als beim Kontraktualismus, der durch ein für alle gleich geltendes Verteilungsverfahren zu gerechten Ergebnissen führen soll, ist eine starke Auslegung des Gleichheitsprinzips (starker Egalitarismus) vor allem in der Pflege, bei der die zu Pflegenden sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Ansprüche haben, nicht sinnvoll. Auch Verteilungsprinzipen wie Sympathie oder Anerkennung der Lebensleistung führen zu als ungerecht zu bewertenden Verteilungsergebnis-

sen, da hier Einzelne auf Grund von ethisch problematischen subjektiven Bewertungskriterien gegenüber anderen bevorzugt werden (Greiner 2011, s. Abschnitt 3.1.6.2).

Die zentrale Ressource von Verteilungsentscheidungen in der Pflege ist die **Zeit**, die auf der Mikroebene von der Pflegekraft oft unter Zeitmangel und Handlungsdruck verteilt werden muss. Die Zeit der Pflegekraft kann als übergeordnete, quantitativ verfügbare und begrenzte Ressource verstanden werden, die aber auch qualitativ sinnvoll durch in dieser Zeit vorgenommene Maßnahmen genutzt werden muss, die für die Bewohner:innen von Bedeutung oder, als konditionales Gut, lebenswichtig sind (Greiner 2011, s. Abschnitt 3.1.6.1). Zeit für Pflege ist zwar im Prinzip quantitativ vermehrbar, aber, wie in Kapitel 2 gezeigt wurde, häufig äußerst knapp. Durch gleichzeitig auftretende Anforderungen muss die entscheidende Pflegekraft sortieren, was sie als erstes tut. Dieses **Priorisieren** von Anforderungen sollte nach deren Wichtigkeit entsprechend der verwendeten, ethisch gerechtfertigten Verteilungskriterien erfolgen; hierbei identifizierte unnötige pflegerische Maßnahmen können im Sinne der Effizienzsteigerung weggelassen und damit **rationalisiert** werden (Schöne-Seifert et al. 2006). Oft ist die Zeit der Pflegekraft aber so knapp, dass auch Maßnahmen weggelassen und damit **rationiert** werden müssen, die die Pflegekraft durch ein praktisches Urteil als sinnvoll und wichtig bewertet hat. Schon das scheinbar einfache Sortieren von Maßnahmen nach Wichtigkeit, das für Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung notwendig ist, erfordert neben der Bewertung von Entscheidungsoptionen nach bestimmten Verteilungskriterien eine komplexe Beurteilung der Gesamtsituation und der Einzelanforderungen und -erwartungen der von der Entscheidung Betroffenen. Sowohl Verteilungskriterien als auch Beurteilung der Situation und verschiedener Einzelinteressen werden bei konkreten Verteilungsentscheidungen regelmäßig nicht expliziert. Dabei werden auch Maßnahmen weggelassen, die für die Bewohner:innen wichtig oder existenziell sind. Diese verdeckte, **implizite Rationierung** auf der Mikroebene der Pflege ist ein Phänomen, das als „Bedside Rationing“ (Kostka 2008) war nachweislich zum beruflichen Alltag von Pflegekräften gehört (Greiner 2011; s. auch Unterkapitel 4.2), als solches aber in Einrichtungen praktisch nie offen diskutiert wird – und wenn, dann nur, wenn offensichtliche Pflegefehler auftreten. Bedside Rationing ist für die Pflegenden eine erhebliche Belastung, da sie auch durch Anstrengung und Mehrarbeit dieses strukturelle Problem nicht auflösen können und sie entgegen ihres pflegerischen Urteils handeln müssen (Kumbruck 2010). Entsprechend ist es politisch und auf institutioneller Ebene geboten, Rahmenbedingungen für gute Pflege zu schaffen und gleichzeitig offen über Rationierungszwänge und mögliche Handlungsoptionen für die Pflegenden zu diskutieren (Abt-Zegelin 2015; Greiner 2011; s. Abschnitt 3.1.6.3).

Bei der Frage nach der Gerechtigkeit pflegerischer Verteilungsentscheidungen wurde deutlich, dass dabei neben Kontexten, Rahmenbedingungen und wahrgenommenen Erwartungen immer auch persönliche Ziele, Motive und Grundhaltungen der entscheidenden Pflegekraft einfließen (Schubert et al. 2007; Hendry/Walker 2004). Einen besonderen Stellenwert bei Verteilungsentscheidungen von beruflich Pflegenden hat dabei deren individuelles Verständnis von guter oder professioneller Pflege, dem das folgende Unterkapitel 3.2 gewidmet ist.

3.2. Aspekte professionellen Pflegehandelns

Wie auch bei der Darstellung der empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deutlich werden wird, ist das Entscheidungshandeln von beruflich Pflegenden in Verteilungssituationen unter anderem beeinflusst durch deren jeweiliges Grundverständnis, was professionelle, gute Pflege bedeutet (s. u. a. Abschnitt 6.3.4.3). Dieses Verständnis von guter Pflege kann sich dabei je nach individueller Schwerpunktsetzung der Pflegenden deutlich unterscheiden. Als Bezugsrahmen für die Bewertung des Entscheidungshandelns als situatives, praktisches Urteilen (Pritzlaff 2006) erfolgt daher in diesem Unterkapitel zunächst eine Darstellung der wichtigsten pflegewissenschaftlichen Theorien und etablierten Definitionen zu professionellem Pflegehandeln, um auf dieser Grundlage in Abschnitt 3.2.5 über eine Zusammenfassung hinausgehend ein Verständnis von professioneller Pflege zu definieren, auf das zu einem späteren Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung als normativem Anspruch in Verteilungsentscheidungen zurückgegriffen wird (v. a. Abschnitt 6.3.4.3 sowie Kapitel 7 und Unterkapitel 9.3).

Pflegewissenschaft kann grundsätzlich als Praxis- oder Handlungswissenschaft charakterisiert werden, die sich auf Pflegehandeln in sozialen Kontexten bezieht (Friesacher 2008: 239ff.). Nach Oevermann (2002) ist sozialen Handlungsfeldern gemeinsam, dass sie geprägt sind durch die Herausforderung, Menschen in der Bewältigung von existenziellen Krisen zu unterstützen. Für professionelles Handeln ist es dabei nicht ausreichend, **rationale Handlungsstrategien** zu entwickeln und praktisch umzusetzen. Vielmehr müssen Problemlösungsstrategien immer mit **Blick auf den jeweiligen Einzelfall** betrachtet und begründet werden: „Damit der Experte die wissenschaftlich begründete Krisenlösung zur Anwendung bringen kann, muß er zuvor den konkreten Fall in seiner Dialektik von Allgemeinheit und Besonderheit, in seiner Fallstrukturgesetzlichkeit verstanden haben.“ (Oevermann 2002: 29). Oevermann bezeichnet diese Fähigkeit als **rekonstruktives Fallverstehen**, das wissenschaftliche Problemlösung und individuellen Fallbezug miteinander verknüpft: „Der professionalisierte Experte muß diese beiden wissenschaftslogisch nicht zur Deckung zu bringenden Komponenten: die prinzipiell formalisierbare verallgemeinerte Problemlösung und die fallverstehende Rekonstruktion der Krisenkonstellation, in sich

vereinigen und beiden gleichermaßen gerecht werden.“ (ebd.). Übertragen auf das Berufsfeld der Pflege sieht Remmers pflegerische Aufgaben im Spannungsverhältnis einer „doppelten Handlungslogik“ zwischen einer medizinnahen, technisch-instrumentellen Handlungsorientierung und der Orientierung an den „individuelle[n] Ansprüche[n] aller Beteiligten auf Wahrung, Schonung und Wiederherstellung einer persönlichen, integralen Lebensform (Ich-Identität)“ (Remmers 2000: 169). Beide Bezugssysteme erfordern spezifische Kompetenzen der Pflegenden, zudem sind sie jeweils verbunden mit spezifischen normativen Ansprüchen (Remmers 2000: 169f.; Friesacher 2008: 234; Greiner 2011: 68).

Da sowohl individuelles Fallverstehen als auch technisch-instrumentelles Problemlösen für sich genommen wenig bis keine reflexiven, selbstkritischen Aspekte beinhalten und somit die gelebte Berufspraxis eher reproduzieren und affirmieren, erweitert Darmann-Finck (2021) diese Dichotomie ausgehend von der Berufsbildungspraxis und unter Bezugnahme auf die Einteilung von Erkenntnisinteressen nach Habermas (1973) durch das **emanzipatorische Erkenntnisinteresse**. „Es sichert den Zusammenhang des theoretischen Wissens mit einer Lebenspraxis, d. h. einem ‚Gegenstandsbereich‘, der unter Bedingungen *systematisch verzerrter* Kommunikation und einer scheinhaft legitimierten Repression erst entsteht.“ (Habermas 1973: 397) Erst durch diese Bildungsdimension wird die „[k]ritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege“ ermöglicht (Darmann-Finck 2021: 12). Im Sinne des Konzepts des „reflective practitioner“ in der Pflege nach Rolfe (1997) sollte diese Reflexion als bewusster Prozess vollzogen werden, in dem sowohl Theorie- als auch Erfahrungswissen zum Tragen kommen, aber vor allen der individuelle Einzelfall sowie die dort deutlich werdenden Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen im Fokus jedes (Entscheidungs-)Handelns stehen sollten (ebd.: 96f.).

Die folgenden Abschnitte gehen zunächst näher auf die oben beschriebene Dichotomie zwischen Problemlösung und Fallverstehen in der Pflege ein und beachten dabei besonders Aspekte des fürsorglichen pflegerischen Handelns. Neben einer Definition der Fürsorge thematisieren sie auch, welche Rolle die Selbstsorge Pflegender für eine professionelle Praxis spielen sollte. Anschließend gehen sie auf verschiedene Ansatzpunkte zur kritischen Reflexion der bestehenden Pflegepraxis ein.

3.2.1. Pflegehandeln als rationale Problemlösung

Unstrittig ist, dass professionelles pflegerisches Handeln auf rationalen, möglichst wissenschaftlich begründeten oder begründbaren Wissensbeständen und Leitlinien beruhen sollte. Dieses fachspezifische Wissen wird vor allem im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung oder durch

explizite Vermittlung in der Praxis erworben. Bei dem hierbei erworbenen Wissen handelt es sich um vornehmlich explizites oder explizierbares Theoriewissen (vgl. Abschnitt 3.1.5.3.1), das sich neben verschiedenen Bezugsdisziplinen wie Soziologie oder Medizin inzwischen wesentlich aus genuin pflegewissenschaftlicher Forschung speist. Mit Hilfe von empirischer Pflegeforschung konnten im Lauf der Jahrzehnte zahlreiche Fehlannahmen und schädliche Pflegepraktiken aufgedeckt und revidiert werden. Zudem liefert und erweitert Pflegewissenschaft im Sinne der Evidenzbasierung die theoretischen Grundlagen für einen kritischen, intra- und interdisziplinären Diskurs über Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Pflegepraxis. Die Pflegewissenschaft muss also notwendigerweise eine **rationale, analytische und kritisch distanzierte Haltung zur Pflegepraxis** aufrechterhalten, um bestimmte Phänomene in der Pflege zu erkennen, zu klassifizieren, zu kritisieren und damit Veränderung zu ermöglichen (Schnell/Schulz 2010: 65). Durch die Nähe zur Medizin in Theorie und Praxis entlehnt die Pflegewissenschaft dabei viele der Begriffe und Klassifikationen aus der Medizin. In vielen Pflegetheorien wurden damit auch klassische, medizinische Denktraditionen übernommen. So weist Friesacher (2008: 57ff.) der Pflegetheorie von Orem, stellvertretend für viele andere vor allem im amerikanischen Raum verbreitete Pflegetheorien, ein stark medizinorientiertes, technikdominiertes Verständnis professioneller Pflege nach. Hierbei steht „das Modell einer technischen Problemlösung mittels rationaler Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Kontrolle der Welt (Pflegepraxis) im Vordergrund“ (ebd.: 54). Pflegehandeln ist in diesem Sinne „zweckrationales, am Erfolg kontrolliertes Handeln in einer unter dem Gesichtspunkt möglicher technischer Verfügung objektivierten Umgebung.“ (Habermas 1973: 168). Entsprechend definiert sich das Ziel von pflegerischen Interventionen an der Wiederherstellung von Gesundheit, verstanden als **„Normalisierungs- und Zivilisierungsarbeit“** (Friesacher 2008: 103, Hervorhebung durch A.G.[68]; vgl. Link 2006). Ihr Erfolg lässt sich durch Verfahren wie klinische Assessments oder Laborwerte messen und damit kontrollieren und objektivieren. Für das praktische Pflegehandeln bedeutet eine einseitige Fokussierung auf die medizinisch-technische Klassifikation und Steuerung von Krankheiten sowie das Ziel der Kontrolle und Normalisierung von Körperfunktionen eine reduktionistische Selbstbeschränkung der Pflege („Pflegerisches Handeln als Operationalisierung“, Hülsken-Giesler 2008: 397; vgl. Darmann-Finck 2020/2021; Friesacher 2008: 60ff.; Wittneben 2003, 22ff.).

Kennzeichnend für Pflegekompetenz ist in einem durch diese Perspektive einseitig geprägten Pflegeverständnis, dass Pflegeexpert:innen aufgrund ihres Vorsprungs an explizitem und explizierbarem Fachwissen (im Sinne von „knowing that“, Ryle 1949) und technisch-funktionalen

[68] Die Abkürzung steht für die Verfasserin der Untersuchung, Agnes-D. Greiner.

Fertigkeiten beurteilen können, welche Strategie in welcher Problemlage zu den besten Ergebnissen der Wiederherstellung eines Normalzustandes führt (vgl. Friesacher 2008: 64). Ein solches einseitig **zweckrationales Verständnis** von Pflegehandeln, das oft mit einer Abwertung situativen, lebensweltlichen, „irrationalen" Wissens einhergeht (Darmann-Finck 2020: 108; Friesacher 2008: 204), führt zu Paternalismus und Expertokratie, da die lebensweltliche Perspektive und Expertise der Betroffenen bei der Problemlösung eine untergeordnete Rolle spielen: „Eine Orientierung an einem analytischen Vorgehen mit Anwendung von erinnertem theoretischen Wissen führt […] dazu, dass der Blick auf das Ganze verloren geht, was ein standardisiertes, patientenignorierendes Urteilen und Handeln zur Folge haben kann." (Darmann-Finck 2020: 109). In der dauerhaften Ausblendung von Subjektivität und Autonomie der pflegebedürftigen Menschen besteht die Gefahr ihrer Verdinglichung sowohl in der pflegerischen Interaktion als auch auf gesellschaftlicher Ebene (Schniering 2021: 181ff., s. Abschnitt 3.2.4.2).

3.2.2. Pflegehandeln als situatives Fallverstehen

In der stationären Langzeitpflege besteht die Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohner:innen oft über mehrere Monate, Jahre oder sogar Jahrzehnte und endet im Regelfall erst mit dem Tod der zu Pflegenden. Pflegekräfte stellen dabei nicht selten die Hauptkontaktpersonen für die Bewohner:innen dar und haben relativ umfangreiche Kenntnis über deren individuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Wertorientierungen. Gleichzeitig befinden sich gerade die Bewohner:innen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in einer mehr oder weniger umfassenden Abhängigkeit von bio-psycho-sozialer Unterstützung. Umso wichtiger ist daher für sie ein Verständnis von pflegerischer Interaktion, das über eine technisch-funktionale „Verrichtungspflege" hinausgeht (Schwerdt 2002, vgl. Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019; Friesacher 2008).

Professionelles Pflegehandeln, verstanden als subjektorientiertes und situatives Fallverstehen, fokussiert daher nicht (allein) auf die Normalisierung oder Kompensation körperlicher Defizite, sondern zielt auf die **stellvertretende Bewältigung von Krisen** (Oevermann 2002), aber auch auf die Bewältigung und Gestaltung des Alltags (Schwerdt 2002). Ermöglicht wird dies durch einen besonderen Zugang „in Richtung auf ein in den Sinnwelten unmittelbar Betroffener verankertes subjektives Erleben krankheitsbedingter Notlagen […] in Form einer Perspektivenverschränkung, die es erlaubt, Aufmerksamkeiten auch in Richtung eines existentiellen Engagements zu lenken." (Remmers 2000: 309) **Perspektivenverschränkung**, verstanden als wechselseitiger Austausch, kann dabei sowohl über sprachliche, aber auch über körperlich-leibliche Zugänge realisiert werden. Bevor der folgende Abschnitt 3.2.3 näher auf diese besondere pflegerische Zu-

gangsweise eingeht, muss zunächst das Verhältnis von Fallverstehen und Problemlösung in der Pflege näher beschrieben werden.

Explizites (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen ist in der Perspektive des Fallverstehens zwar notwendiger Bestandteil professionellen Pflegehandelns, es lässt sich aber nicht eins zu eins in der Praxis anwenden. Dies ist zunächst dadurch begründet, dass Pflegesituationen oft komplex und kaum standardisierbar sind: Auch bei scheinbar einfachen pflegerischen Entscheidungssituationen spielen immer eine Vielzahl an impliziten oder expliziten Ansprüchen und Erwartungen unter anderem der pflegebedürftigen Menschen, der Kolleg:innen und Vorgesetzen, der An- und Zugehörigen und der Pflegeeinrichtung eine Rolle. Auch eigene Erwartungen und Ansprüche der Pflegenden sollten im Rahmen professionellen Pflegehandelns Berücksichtigung finden (s. u. a. Abschnitt 3.1.4.3). Die **Komplexität und geringe Standardisierbarkeit von Pflegesituationen (**vgl. Rolfe 1997) betrifft auch die situative Begründung und Folgenabschätzung von pflegerischen Entscheidungen: Zwar muss jede pflegerische Entscheidung prinzipiell rational begründbar sein (Oevermann 2002: 12, vgl. Oevermann 2013: 122). Dies kann aber immer nur auf der Grundlage des zum Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissens erfolgen – und dieses kann nie alle möglichen und relevanten Einflussfaktoren einbeziehen, vor allem nicht, wenn man berücksichtigt, dass auch im hermeneutischen Fallverstehen das Gegenüber nie vollständig, sondern nur approximativ verstanden werden kann: „Das Nicht-Wissen als Lücke zwischen Denken und Handeln muß demnach immer offen gehalten werden, um den Anderen in seiner Einzigartigkeit und Andersheit zu entdecken." (Friesacher 2008: 264) Vor allem in der Pflege von Menschen mit Demenz zeigt sich diese **Begrenzung der Verfügbarmachung und Planbarkeit**. Pflegende stehen hier vor der Herausforderung der „besonderen Ungewissheit im Handeln" (Evers 2012) aufgrund der Symptomatik der Demenzerkrankung.[69]

Neben der Widerständigkeit des pflegerischen Handelns gegenüber Standardisierung und Objektivierung widerspricht die Vorstellung einer „Umsetzung" von wissenschaftlichem Regelwissen in erfolgreiches Handeln auch grundsätzlich dem bereits ausgeführten Verständnis von Könnerschaft und der Bedeutung von implizitem Wissen in der Pflege (s. Abschnitt 3.1.5). Im Idealfall stehen Theorie und Praxis mit ihren jeweiligen Wissensformen in einem sich gegenseitig bereichernden Verhältnis – das „Können" ist aber der Praxis inhärent: „Der fortgeschrittenen Pflegepraxis wohnt die Vorstellung von Kompetenz inne; indem wir sie studieren, können wir neues

[69] Neben der grundsätzlichen Zukunftsoffenheit jeden sozialen Handelns (Oevermann 2002: 12) können gerontopsychiatrisch Pflegende oft schwer oder gar nicht einschätzen, „welche Bedürfnisse der zu Pflegende hat" (Evers 2012: 148), welche Pflegeintervention die beste ist und wie sich gewählte Maßnahmen auswirken. Zudem ist die Arbeitsorganisation vor allem durch geringe Planbarkeit erschwert (ebd.).

Wissen entdecken“ (Benner/Wrubel 1997: 42). Dieses Wissen ist „ein kontextgebundenes, am Einzelfall orientiertes, lebensweltlich gegründetes implizites Wissen“ (Friesacher 2008: 235; s. Abschnitt 3.1.5.2.1), welches durch abstraktes Wissenschaftswissen – wenn auch nicht in seiner Vollständigkeit – reflektiert, kritisiert und explizierbar gemacht werden muss (s. Abschnitt 3.2.4). Demnach benötigen Pflegeexpert:innen neben der Beherrschung von verallgemeinerbaren Wissensbeständen und Handlungsregeln entsprechend auch die Fähigkeit zum situativen Fallverstehen, zur Empathie und nicht zuletzt der Bereitschaft, im Arbeitsbündnis mit der:dem zu Pflegenden die individuell beste Lösung für spezifische Situationen zu finden und umzusetzen (Darmann-Finck 2021). Pflegerisches Handeln ist in diesem Sinne **verständigungsorientiertes, kommunikatives Handeln**. Es „entfaltet sich aus symbolisch vermittelten Interaktionen zwischen vergesellschafteten Subjekten, die sich reziprok als unverwechselbare Individuen erkennen und anerkennen“ (Habermas 1973: 173). Dabei werden neben direkter, sprachlich vermittelter Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen die oben beschriebenen, implizit als Können wirksamen Wissensbestände („knowing-how“; Ryle 1949) aber auch Erfahrungen, sensible Beobachtung und Einfühlung für die adäquate Handlung im Einzelfall wirksam.[70]

3.2.3. Pflegehandeln als (für-)sorgendes Handeln

Sorge oder Fürsorge kann als Leitmotiv pflegerischen Handelns verstanden werden (Schniering 2021; Kumbruck et al. 2010; Friesacher 2008: 297ff.; Benner/Wrubel 1997). Senghaas-Knobloch (2008) beschreibt pflegerische Fürsorge als „Grundgegebenheiten der existenziellen Angewiesenheit, nämlich Asymmetrie und Mehrdimensionalität in der Pflege als Beziehungsgeschehen“ (ebd.: 227). Pflegerisches Handeln, verstanden als fürsorgliches Handeln, lenkt den Blick damit auf das besondere Verhältnis zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen: Im Sinne einer „Fürsorge-Verantwortung“ (Remmers 2000: 186) übernehmen Pflegende eine **anwaltschaftliche Rolle** mit der Aufgabe, die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden wahrzunehmen und sie bei deren Befriedigung zu unterstützten (Benner/Wrubel 1997). Dies geschieht sowohl auf der Grundlage der berufliche Verhaltenserwartungen an die Pflegenden, aber auch einem mehr oder weniger starken emotionalen Involviertsein der Pflegenden in die Situation der Pflegebedürftigen (Remmers 2000: 181, zum persönlichen Involviertsein vgl. Schniering 2021: 101ff.).

[70] Die Grenzen rational-analytischer Situationsdeutung beschreiben auch Benner/Wrubel (1997), wenn sie ausführen: „Jede Theorie ist notgedrungen eine skelettartige, vereinfachte Version der Realität. Die Macht der Theorie liegt in ihrer Fähigkeit zur Vereinfachung, im Aufzeigen von Zusammenhängen und Beziehungsmustern. Eine Theorie über menschliches Wollen und Handeln kann jedoch nicht mechanistisch-kausal, sondern muß deskriptiv-interpretativ sein. Verständnis ist das Ziel.“ (ebd.: 40f.) Dieses Verständnis erreicht professionelle Pflege nur durch zugewandte Sorge (ebd.: 116ff.; s. Abschnitt 3.2.3).

Affektive Zugewandtheit und Fürsorge ermöglichen demnach einen **besonderen Zugang** zu den individuellen Bedürfnissen und Leiden der pflegebedürftigen Person (Remmers 2000: 241ff.; Bischoff-Wanner 2002). Dieser Zugang ist unter anderem durch **körperlich-leibliche Interaktion** möglich (s. auch Friesacher 2008 und 2011; Uzarewicz/Uzarewicz 2016; Hülsken-Giesler 2008): In einem leiblichen Pflegeverständnis werden körperliche und geistige Defizite nicht isoliert betrachtet. Vielmehr geht es darum, wie der pflegebedürftige und kranke Mensch Bedürftigkeit, Abhängigkeit und Leid erlebt und damit umgeht (vgl. Remmers 2003: 52). Remmers sieht die Aufgabe der Pflege im körperlich-taktilen Bereich darin, den Patient:innen zu einem „verschütteten Sinn der Eigenleiblichkeit" zurückzuverhelfen (Remmers 2000: 174). Pflegehandeln als leibliche Interaktion hat aber auch Grenzen: So beschreibt Remmers (2000) die Gefahr der **„subtilen Fremdbemächtigung"** (ebd.: 328) in Richtung von Überforderung der Pflegebedürftigen und Paternalismus und Missachtung durch die Pflegenden. Denn das Verhältnis zwischen Pflegenden und zu Pflegenden ist ein grundsätzlich asymmetrisches, oft mehr oder weniger **unfreiwilliges Abhängigkeitsverhältnis** – die zu Pflegenden können sich Art, Umfang und Ausführung der Pflegehandlung und damit auch der Berührung nur begrenzt oder nicht aussuchen (Friesacher 2008: 121ff.). Auch unbewusste **Fehlinterpretationen** durch die Pflegenden sind möglich, wenn „strukturell unkontrollierte Persönlichkeitsanteile der beruflichen Akteure" in die leibliche Interaktion einfließen (Remmers 2000: 326). Beiden Gefahren lässt sich nur durch eine konsequente Reflexion der „Differenz zwischen den Gefühlswelten des Patienten und denen der Pflegenden" (ebd.: 325) sowie eine hohe Sensibilität der Pflegenden für die Reaktionen der Pflegebedürftigen auf Berührungen (ebd.) begegnen.

Pflegehandeln als fürsorgendes, auch körperlich-leibliches Handeln erfordert also eine gewisse emotionale Anteilnahme und Involviertheit, muss aber immer auch im Kontext der einseitigen Pflegebeziehung betrachtet und kritisch reflektiert werden (Darmann-Finck 2020: 112). Zentral hierbei ist die **Achtung der Autonomieansprüche** der zu pflegenden Menschen (ebd.; Honneth 2012; Oevermann 2002: 29; Schwerdt 2002; Biller-Andorno 2001; Remmers 2000). Bei Honneth (2012) tritt zu der individuellen Anerkennungsform der „Liebe" daher auch die universalistisch-rechtliche Anerkennung der Autonomie, die in allen sozialen Beziehungen als „normative Beschränkung" (ebd.: 190) wirkt und den Menschen vor „Entrechtung und Ausschließung" schützt (Honneth 1994: 211). Nach Oevermann (2002) muss die Wiederherstellung der Autonomie sogar oberstes Ziel des professionellen Hilfehandelns sein, da dieses durch sein Eingreifen zur stellvertretenden Krisenbewältigung zunächst die Autonomie des Subjekts einschränkt (ebd.: 25).

> Es kommt dabei über die Operation des Fallverstehens hinausgehend hinzu, daß in der prinzipiell den Klienten in Abhängigkeit bringenden Asymmetrie der Intervention dessen Autonomie bestehend in seinen ‚gesunden' bzw. autonomen Anteilen respektiert und in

> bindender Selbstverantwortlichkeit beteiligt werden muß, da eine Intervention nur erfolgreich sein kann, wenn es ihr gelingt, die Selbstheilungskräfte der zu behandelnden Praxis maximal zu wecken.“ (Oevermann 2002: 29)

Fürsorge als Teil professionellen pflegerischen Handelns sollte daher verstanden werden als **„leichte Fürsorge“**. Sie ist „im Gegensatz zu ‚schwerer Fürsorge‘, keine bedingungslose Verpflichtung“ (Friesacher 2008: 301), sondern „verlangt eine reflektierende Urteilskraft, die ‚reflexion in action‘ [sic!] bewahrt vor allzu bestimmenden und einnehmenden Zugangsweisen“ (ebd.: 264). Anders als in der Haltung der Pflege als schwerer, liebevoller Fürsorge (Honneth 2012), als undistanzierter, „innige[r] Beziehung“ (Stemmer 2001: 250) und in starker, unreflektierter emotionaler Involviertheit besteht bei einem **professionellen Fürsorgeverständnis** somit der normative Anspruch auf Achtung der Autonomie, und zwar für beide Seiten der Pflegebeziehung (Friesacher 2008: 299, vgl. Kohlen/Kumbruck 2008). Damit kann auch **Selbstsorge** als wichtige Voraussetzung für pflegerische Professionalität verstanden werden: Fehlt sie, kann es zu dauerhafter Selbstüberforderung und damit psychischen und physischen Schäden der Pflegenden sowie zu Gewalt gegenüber zu Pflegenden führen (Rabe 2007: 38ff.).

3.2.4. Kritisch-reflexive Aspekte der Pflege

Wie in Abschnitt 3.2.1 angedeutet gehört zu einem professionellen Pflegeverständnis im Sinne des emanzipatorischen Erkenntnisinteresses sowohl eine (selbst-)kritische Reflexion der normativen Grundlagen und intuitiven Wissens- und Könnensbestände des eigenen Handelns, als auch eine kritische Analyse der institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Pflege sowohl strukturell als auch normativ beeinflussen.

Die folgenden Abschnitte diskutieren zwei Ansätze für eine kritische Auseinandersetzung mit Pflegehandeln, die alle institutionellen Pflegesettings betreffen und in der Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 8 aufgegriffen werden: Das Verhältnis von Fürsorge und Gerechtigkeit (s. auch Abschnitt 8.1.2.7) und die Auswirkungen der zunehmenden Ökonomisierung pflegerischen Handelns (s. auch Abschnitt 8.1.2.1).

3.2.4.1. Zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsperspektive

Professionelle Pflege erfolgt immer in einem institutionellen Rahmen, der sowohl Art und Umfang der pflegerischen Maßnahmen, aber auch arbeitsorganisatorische Vorgaben bis hin zu moralischen Richtlinien und Wertvorstellungen mehr oder weniger explizit festlegt (Hielscher et al. 2013). So eingebunden sind Pflegende nicht nur für eine einzelne Person verantwortlich. Ihre Verpflichtungsbeziehung geht über die Fürsorge für den pflegebedürftigen Menschen in seiner

Einzigartigkeit hinaus und richtet sich auf die sorgende Verantwortung gegenüber der „Umwelt", realisiert durch die konkurrierenden Bedürfnisse und damit Ansprüche der „Anderen". Damit sind zunächst die anderen Bewohner:innen einer Einrichtung gemeint, für deren Pflege die professionell Pflegenden durch ihre institutionelle Einbettung gleichzeitig verantwortlich sind (zur Verantwortung von beruflich Pflegenden s. Unterkapitel 2.4). Der:die Zimmernachbar:in hat in dieser Perspektive einen ebenso legitimen Anspruch auf die Befriedigung seiner:ihrer individuellen Bedürfnisse wie der pflegebedürftige Mensch, um den sich eine Pflegekraft gerade kümmert.

Schon mit dem Begriff der „leichten Fürsorge" (s. Abschnitt 3.2.3, Friesacher 2008: 301), bei der der affektive Bezug zum Gegenüber durch die Rücksichtnahme auf dessen Autonomie begrenzt ist, wird die Notwendigkeit deutlich, die moralisch-normativen Kern-Ansprüche professioneller Pflege nicht allein bei der – notwendig einseitigen – fürsorglichen Haltung gegenüber den einzelnen Pflegebedürftigen zu suchen. Gleichzeitig lässt sich die **Perspektive der „Fürsorge-Ethik"** oder „Ethics of Care", in der die Anerkennung des Besonderen der Situation und Person im Zentrum steht, als wichtige Gegenbewegung zu einer in der Medizinethik verbreiteten, rational-prinzipienorientierten Gerechtigkeits-Perspektive aus der Tradition der klassischen Moralphilosophie Kants verstehen. An ihr wird unter anderem kritisiert, dass sie durch die Abstraktion vom Kontext ethischer Entscheidung das individuelle Leid der Betroffenen marginalisiert und wichtige Entscheidungskriterien wie Kontext, Beziehungen und Abhängigkeiten der Betroffenen mehr oder weniger ausblendet (Gilligan 1993, für die Pflege u. a. Conradi 2001; Arndt 2003; zusammenfassend Kohlen 2011).

Bei Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, in denen verschiedene gerechtfertigte Ansprüche auf Ressourcen miteinander konkurrieren (s. Abschnitt 3.1.6.1), muss allerdings zwangsläufig die Ebene einer individualethischen Betrachtungsweise der Fürsorge-Ethik verlassen und auf die moralisch-abstrakte Verpflichtung mehreren Menschen gegenüber fokussiert werden. „Der Übergang zur Gerechtigkeit bedeutet einen Perspektivenwechsel, sodass der andere Mensch nicht mehr als Du, sondern als Er/Sie/Es in den Blick kommt." (Schnell 2002: 17) **Gerechtigkeit** (oder rechtliche Anerkennung, Honneth 2012) kann, anders als Fürsorge, als ein **universell gültiges Prinzip** verstanden werden, auf das jeder Mensch unabhängig von der konkreten Situation, in der eine Entscheidung gefällt werden muss, einen Anspruch hat. Wer tatsächlich wieviel der verfügbaren Ressourcen erhalten sollte, kann je nach angelegtem Maßstab gerechter Verteilung allerdings erheblich variieren (zum Beispiel Utilitarismus oder Leistungsprinzip; s. Abschnitt 3.1.6.2). Auch das individuelle Pflegeverständnis einer entscheidenden Pflegekraft fließt in pflegerische Verteilungsentscheidungen ein (s. Abschnitt 3.1.6.3). Dieses Kapitel konnte bereits zeigen, dass sich das **individuelle Pflegeverständnis auf einem Kontinuum** zwischen einem funktional gepräg-

ten, distanzierten Verständnis der Pflege als rationaler Problemlösung und einem subjektorientierten Verständnis der Pflege als situativem Fallverstehen und individueller Fürsorge bewegt. Bezogen auf Verteilungsentscheidungen zwischen Einzelfall- und Gerechtigkeitsorientierung begünstigt ein eher funktionales Verständnis von Pflege als Problemlösung eine distanzierte, eher norm- und gerechtigkeitsorientierte und von Einzelfällen abstrahierte Haltung. Ein eher individuums- und fürsorgeorientiertes Verständnis von Pflege als situativem Fallverstehen verstärkt dagegen in Verteilungssituationen den Einbezug der Besonderheit des Einzelfalles als wichtiges Kriterium. Oft sind dabei die entscheidenden Pflegenden emotional stärker involviert und auf das individuelle Wohl(befinden) der Bewohner:innen orientiert, was für eine Perspektivenverschränkung auch notwendig ist (s. Abschnitt 3.2.2).

Die traditionelle pflegeethische Sichtweise, die einen unüberwindbaren Gegensatz zwischen Gerechtigkeits- und Fürsorge-Moral annahm, hat in den vergangenen Jahren, auch mit Blick auf die sich entwickelnde Diskussion um Gerechtigkeitsansprüche und Rationierungszwänge im Gesundheitswesen, einer vermittelnden Position Platz gemacht (für die Medizin: Beauchamp/Childress 2008; für die Pflege: Sommer 2004, Biller-Andorno 2001, Remmers 2000). Rosenberger (2014) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwei gleichberechtigt nebeneinanderstehende ethische Perspektiven professioneller Pflege: die „Erste-Person-Perspektive“ der individuellen Fürsorge und die „Dritte-Person-Perspektive“ der Verteilungsgerechtigkeit (ebd.: 78). Entsprechend darf die oben vorgestellte Dichotomie der pflegerischen Grundhaltungen nicht als stabile Überzeugung von Pflegenden verstanden werden, die Verteilungsentscheidungen quasi vorbestimmt – vielmehr fließen immer auch situationsabhängige Kontextfaktoren in die situative Entscheidungen ein, die entweder eine stärkere Gerechtigkeits- oder Fürsorgeperspektive nahelegen.

Im Sinne einer legitimierbaren, gerechten Entscheidung müssen also zunächst die **individuellen und kontextabhängigen Fürsorge- und Autonomie-Ansprüche** des bedürftigen Subjekts erkannt und anerkannt werden. Damit wirkt die „Erste-Person-Perspektive“ oder auch Fürsorge-Perspektive „als Korrektiv gegenüber einer tendenziell naturwissenschaftlich-technischen Medizin […], die die Zuwendung und Beziehungsdimension vernachlässigt und ein reduktionistisches Menschenbild in den Vordergrund stellt.“ (Kostka 2008: 162) Gleichzeitig erfordern gerechte Verteilungsentscheidungen aber auch **nachvollziehbare, allgemeingültige Kriterien** für die Abwägung und ggf. Einschränkung konkurrierender individueller Bedürfnisse, die Pflegekräften einen normativen Orientierungsrahmen bieten und als Korrektiv zu einem paternalistisch übertriebenen Fürsorge-Verständnis dienen können (Greiner 2011; Biller-Andorno 2001; Remmers 2000).

3.2.4.2. Ökonomisierung und Objektivierung der Pflege

Im Rahmen von Verteilungsentscheidungen müssen Pflegende nicht nur den Ansprüchen der Bewohner:innen gerecht werden. Zunächst sind da die eigenen Ansprüche der Pflegenden, die sich v. a. aus ihrem persönlichen Pflegeverständnis, wie oben diskutiert, ergeben. Auch ihrer Pflegeeinrichtung gegenüber haben sie die zum Teil vertraglich oder rechtlich festgeschriebene Verpflichtung, für die Verwirklichung der Ziele der Organisation Sorge zu tragen sowohl im ökonomischen (Schwerdt 2005) als auch im ethischen Sinn (Rabe 2013; Heller/Krobath 2010). Die Ziele einer Organisation können sowohl explizit als (ethische) Leitlinien und Standards, Arbeitsaufträge oder rechtliche Vorgaben formuliert sein, als auch implizit über Routinen, Führungs- und Verantwortungsstrukturen, gegenseitige Erwartungen und gelebte moralische Grundhaltungen wirken. Nicht zuletzt besteht auch ein gesamtgesellschaftlicher Anspruch auf gerechte Mittelverteilung im Gesundheitsbereich, so dass im Idealfall alle als berechtigt bewerteten Bedürfnisse und Interessen der Gesellschaftsmitglieder berücksichtigt werden können und die Mittelverteilung transparent und nach gesellschaftlich legitimierten ethischen Maßstäben durchgeführt wird (Henke 2007).

Ob Pflegende dem eigenen, institutionellen und gesellschaftlichen Anspruch auf fürsorgliches, advokatorisches und gleichzeitig gerechtes Handeln nachkommen können, ist neben ihren individuellen Voraussetzungen auch und durchaus wesentlich abhängig vom Vorhandensein „von befähigenden und unterstützenden gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen“ (Kumbruck et al. 2010: 35). Diese Rahmenbedingungen entwickeln sich allerdings eher in eine gegenteilige Richtung. Für die Medizin konstatiert Fuchs (2011): „Die Schere zwischen dem, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, und dem, was an Versorgung noch stattfinden kann, klafft immer weiter auseinander. Es geht im Kern nicht mehr um Verteilung von Gesundheitsgütern nach Bedarf, sondern um Zuteilung nach Verfügbarkeit.“ (ebd.: 1356) Und auch für die stationäre Langzeitpflege sind ähnliche Entwicklungen zu erkennen (s. Unterkapitel 2.2 und 2.3). Bei zunehmend begrenzten Ressourcen steigt der gesellschaftliche Anspruch auf rationale Rechtfertigung von Pflegehandeln unter anderem durch umfassende Dokumentation der Pflegearbeit. Gleichzeitig wird damit die Tendenz verstärkt, Pflegehandeln als einseitig problemlösendes Expert:innenhandeln zu verstehen (vgl. Abschnitt 3.2.1). Objektiv messbare und intersubjektiv durch wissenschaftliche Methoden überprüfbare Qualitätsstandards, Modelle und Normwerte gelten dabei als legitimer Handlungsmaßstab, der solange als richtig gilt, bis er durch neue wissenschaftlich-objektive Erkenntnisse revidiert werden kann. „Der ‚Status Quo‘ in der Pflegepraxis wird dadurch eher festgeschrieben als verändert, bestehende Machtungleichverhältnisse werden zementiert.“ (Friesacher 2008: 64). Mit der **Verwissenschaftlichung und Medizinorientierung** der Pflege

einher geht, verstärkt durch finanzielle Zwänge und Anreize, die Zunahme einer **„zeitökonomisch dominierten Zweckrationalität“** (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019: 132) in der Pflegepraxis. Denn nur durch rational nachvollziehbare Normierung und Objektivierung wird Pflegehandeln berechenbar – jeder Verrichtung kann ein objektiver (Zeit-)Wert zugeschrieben werden, der durch die Kassen geprüft und abgerechnet werden kann. „Pflegerisches Handeln wird so zu einem überwiegend ökonomischen Handeln“ (Friesacher 2008: 131), in dem es weniger um Bedürfnisbefriedigung und Fürsorge als um Normierung der Pflegebedürftigen geht, so dass sich die Gesellschaft nicht mehr direkt mit dem „Irrationalen und Fremden“ auseinandersetzen muss (Friesacher 2008: 103; s. Abschnitt 3.2.1).

Besonders deutlich wird dieser Widerspruch zwischen den individuellen Fürsorge-Erfordernissen der pflegebedürftigen Menschen und der Verwertungslogik einer normierten und ökonomisierten Pflege am Beispiel der ambulanten Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz: In ihrer **Theorie der Zerrissenheit** beschreibt Schniering (2021) auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung, dass die Pflege dieser Menschen geprägt ist durch eine besonders starke **persönliche Involviertheit** der Pflegenden: „Das Involviertsein in die Person und Situation des zu pflegenden Menschen kann, soweit vorhanden, von emotionaler Anteilname und Beteiligung über Mitleiden bis hin zur Involviertheit als ganzer Person und damit verbundenen Missachtung eigener Bedürfnisse reichen“ (ebd.: 193). Mit dem ständigen Konflikt zwischen nie vollständig erfüllbaren Fürsorge-Bedürfnissen der zu Pflegenden, ihren eigenen Selbstsorge-Bedürfnissen und den an vielen Stellen restriktiven Strukturen und Zeitvorgaben der ambulanten Pflegeorganisationen müssen Pflegende immer wieder neu umgehen und bestenfalls zeitweilig eine Balance herstellen. Oft lösen sie den Konflikt aber durch das Ignorieren der eigenen Bedürfnisse, was kurz- und mittelfristig zur Überforderung führt („Zerrissene Fürsorge“, ebd.: 203ff.). Alternativ kann die Spannung durch die mehr oder weniger bewusste, innerliche Abgrenzung im Sinne eines „Dienstes nach Vorschrift“ und damit einer Verdinglichung der zu Pflegenden gelöst werden („zerrissene Selbstsorge“, ebd.: 199ff.) – oder sie wird gar nicht gelöst („vollständige Zerrissenheit“, ebd.: 196ff.). Erst die Fähigkeit zur (selbst-)kritischen Anerkennung der eigenen, potenziell „zerrissenen“ Rolle als selbst- und fürsorgende Pflegekraft in einem stark ökonomisierten Pflegesystem ermöglicht Kritik und damit auch Impulse zur Veränderung der gegebenen Praxis auf politischer Ebene, während die Lösung des Grundkonflikts auf der Ebene des individuellen Handelns nicht möglich ist (Schniering 2021: 296ff.).

Die Problematik von ausgeprägter bis übermäßiger persönlicher Involviertheit von Pflegenden lässt sich auch für Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege nachweisen

(s. u. a. Abschnitt 6.4.4.2) und wird im Rahmen der Entwicklung der Entscheidungstypologie in Kapitel 7 sowie in der Diskussion in Unterkapitel 8.1.4.3 noch einmal aufgegriffen.

3.2.5. Schlussfolgerungen: Was ist professionelles Pflegehandeln?

Über eine Zusammenfassung hinausgehend soll im Folgenden definiert werden, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter „professioneller Pflege“ als normativem Anspruch in Verteilungsentscheidungen verstanden wird. Denn während der Ansatz dieser Untersuchung im Sinne der umfassenden Beschreibung des Phänomens der pflegerischen Verteilungsentscheidungen zunächst ein deskriptiver ist, thematisiert die Entscheidungstypologie in Kapitel 7 darüber hinaus auch zentrale Merkmale und Kriterien, die eine gute, professionelle Verteilungsentscheidung und im Gegensatz dazu eher ungünstiges Entscheidungshandeln kennzeichnen.

Im Anschluss an Friesacher (2008) geht es dabei im Wesentlichen um die **situative, subjektorientierte Einlassung auf den individuellen Einzelfall** und seinen Kontext (s. Abschnitt 3.2.2). Hierbei fließen pflegespezifische, subjektive Aspekte wie (leichte) Fürsorge, Perspektivenverschränkung und Berücksichtigung des einseitigen Abhängigkeitsverhältnisses und der anwaltschaftlichen Rolle der Pflegenden in das Verständnis von professioneller Pflege ein (u. a. Darmann-Finck 2020/2021; Friesacher 2008; Remmers 2000; Benner/Wrubel 1997; s. Abschnitt 3.2.3). In diesem Sinne erfordert professionelle Pflege ein individuelles Einlassen auf die Besonderheit, Komplexität und Nicht-Standardisierbarkeit des Einzelfalls, um auf dieser Grundlage Entscheidungen als stellvertretende Krisenbewältigung (Oevermann 2002) treffen zu können. Um diesen komplexen Anforderungen gerecht werden zu können, müssen professionell Pflegende in der Lage sein, Situationen intuitiv wahrzunehmen, zu bewerten und auf der Grundlage ihres umfassenden impliziten Wissens und unter Berücksichtigung der Besonderheit des Einzelfalles ein praktisches, situatives Urteil zu treffen (u. a. Darmann-Finck 2020; Friesacher 2008; Benner 2017; Neuweg 2020; s. Abschnitt 3.1.5.2 und 3.2.2).

Neben der Fähigkeit zum intuitiven und subjektorientierten Handeln muss professionelles Pflegehandeln gleichzeitig darauf abzielen, auf dem besten verfügbaren **wissenschaftlichen Wissen** zu basieren und soweit wie möglich **rational begründbar und nachvollziehbar** zu sein. Ein einseitig zweckrationales, medizin- und technikorientiertes und von den Bedürfnissen des Individuums distanziertes Pflegeverständnis reduziert Pflege allerdings auf das funktionale Abarbeiten von Einzeltätigkeiten. Damit einher geht eine zunehmende Orientierung an objektiven Normwerten und ökonomischen Zielvorgaben (s. Abschnitt 3.2.4.2; vgl. auch objektivierendes Handeln, Böhle 2017; s. Abschnitt 3.1.4.4.4). Die Besonderheit der Pflegebeziehung sowie ethische Aspekte, die mit dieser existenziellen, einseitigen Abhängigkeitsbeziehung verbunden sind, werden in dieser

Perspektive ausgeblendet, was die Gefahr von Paternalismus, (Selbst-)Verdinglichung und Patient:innenignorierung mit sich bringt (Darmann-Finck 2020; Friesacher 2008; Schniering 2021; Wittneben 2003).

Gerade in komplexen Entscheidungssituationen unter Zeitdruck kommen zudem rational-analytische Abwägungsprozesse durch ihren hohen Zeitaufwand an ihre Grenzen (s. Abschnitt 3.2.1 und 3.1.4.4.4). Durch intuitives Handeln ist dagegen ein schnelles Wahrnehmen und Beurteilen der Gesamtsituation möglich – allerdings mit der Gefahr, durch implizite Blindheit unter anderem fachliche Fehler nicht zu erkennen oder die Bedürfnisse der von der Entscheidung Betroffenen falsch zu interpretieren (s. Abschnitt 3.1.5.2.1). Entsprechend kann neben dem oben beschriebenen, einseitig zweckrational orientierten Pflegehandeln auch unreflektiertes und undistanziertes Einfühlen in die Situation zu paternalistischen Entscheidungen führen (Stemmer 2001). Eine übermäßige Fokussierung auf und emotionale Involviertheit in den Einzelfall kann außerdem zur Selbstausbeutung der Pflegenden (Schniering 2021) sowie zur Vernachlässigung von Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Sinne einer rationalen, überindividuellen Dritte-Person-Perspektive und damit der Bedürfnisse der anderen von Pflege abhängigen Personen bedeuten, für die professionell Pflegende verantwortlich sind (u. a. Rosenberger 2014; Remmers 2000; s. Abschnitt 3.2.4.1).

Zusammenfassend lässt sich also definieren, dass professionelle Pflege ein situatives, subjektorientiertes Fallverstehen unter vor allem intuitiver Anwendung einer breiten Basis von wissenschaftlich gegründetem, implizitem Wissen sowie praktischem Können erfordert. Allerdings ermöglicht erst eine begleitende oder nachträgliche **kritische Reflexion des eigenen Handelns** die Vermeidung von impliziter Blindheit („reflective practitioner“, Schön 1983; Rolfe 1997; s. Abschnitt 3.1.5.2.3 und 3.2.2). Auch wenn implizites Wissen nie vollständig explizierbar ist (Neuweg 2020; s. Abschnitt 3.1.5.2.1), kann sich nur durch diese Reflexion das eigene Handeln sowie die berufliche Praxis als Profession weiterentwickeln und kontinuierlich verbessern (Schnell/Schulz 2010; s. Abschnitt 3.2.1).

Darüber hinaus erfordert ein professionelles Pflegeverständnis eine **(selbst-)kritische Auseinandersetzung mit zentralen ethischen Fragestellungen** sowohl zur individuellen Pflegebeziehung als auch zu den vielfältigen Anforderungen und Widersprüchen, die das professionelle Pflegehandeln beeinflussen (Darmann-Finck 2021). Wesentlich gehört dazu auch eine kritische Bewertung der zunehmend durch Ökonomisierung und Objektivierung geprägten Rahmenbedingungen der Pflegepraxis mit dem Ziel, diese auf den verschiedenen Handlungsebenen so mitzugestalten, dass gute Pflege möglich bleibt oder wird (s. Abschnitt 3.2.4.2).

4. Empirischer Forschungsstand

Nach der ausführlichen Darstellung der theoretischen Hintergründe zur Entscheidungstheorie sowie zu Aspekten professionellen Pflegehandelns gibt dieses Kapitel einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Forschungsthema der Verteilungsentscheidungen in der Pflege. Da für das Setting der stationären Langzeitpflege bisher nur wenige Studien zu Verteilungsentscheidungen vorliegen, geht es zunächst um Forschungsarbeiten, die sich settingübergreifend auf Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen oder ärztliche oder medizinische Verteilungsentscheidungen fokussieren. Zu Vorkommen und Umsetzung medizinischer Ressourcenallokation gibt es zahlreiche Studien, die zum Teil Rückschlüsse auf die Ressourcenverteilung in der Pflege zulassen. Der folgende Überblick über die Schwerpunkte und Erkenntnisse der Allokationsforschung in der Medizin arbeitet daher für die Pflege relevante Ergebnisse heraus. Die Auswahl der hierbei verwendeten Literatur erfolgt durch eine Überblicksrecherche nach dem Schneeballsystem sowie durch Keywords in den in Abschnitt 4.2.1 genannten Datenbanken. Die für dieses Kapitel verwendeten Studien wurden auf Relevanz und methodische Qualität geprüft.

4.1. Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen

Forschungsarbeiten zur Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen beziehen sich oft auf Bereiche, in denen Ressourcen strukturell besonders knapp sind. In der Notfallmedizin sind beispielsweise durch das plötzliche Auftreten der Bedarfe die zeitlichen und zum Teil auch materiellen Ressourcen häufig extrem beschränkt, sodass schnelle Entscheidungen erforderlich sind, wer welche dieser Ressourcen erhält. Dies ist in zugespitztem Maß bei **Katastrophensituationen** erforderlich. Für diese Situationen existieren verschiedene offizielle, utilitaristisch geprägte Verteilungsstrategien, die als **Triage** (s. Abschnitt 3.1.6.3) bezeichnet werden und zu denen zahlreiche empirische Studien und ethisch-philosophische Untersuchungen existieren. Im Rahmen der Covid-19-Pandemie sind neben Ärzt:innen auch Pflegende in den Fokus der Forschung zu Triage-Fragen gerückt, da sie oft an Triage-Entscheidungen zumindest beteiligt waren (vgl. Morley et al. 2020: 36ff.). Aber auch abseits von größeren Katastrophenereignissen müssen unter anderem in **Notaufnahmen** bei begrenzter Zeit und ggf. auch knappen materiellen Ressourcen wie freien Betten oder diagnostische Maßnahmen Verteilungsentscheidungen getroffen werden. Auch hier können zuvor festgelegte, offizielle Verfahren angewandt werden, um möglichst nachvollziehbare, gerechte Kriterien der Verteilung jenseits von subjektiv-willkürlichen Einzelentscheidungen sicherzustellen. Ein systematisches Review von Knoll/Kellerer (2022) wertet zwölf quantitative Studien aus, in denen das bekannte Manchester Triage System als Verfahren für die klinische Triage in der Notaufnahme untersucht wurde. Es zeigen sich vor allem Vorteile für die Transpa-

renz von Priorisierungsentscheidungen durch explizite Verteilungskriterien (s. Abschnitt 3.1.6.3) sowie eine geringere Wartezeit für Patient:innen und ein effizienterer Personaleinsatz (ebd.: 57). Auch wenn Triageverfahren wie das Manchester Triage System für die Anwendung in der stationären Langzeitpflege nicht geeignet sind, zeigt die Studie von Knoll/Kellerer (2022), dass explizite Rationierungskriterien gerade in hochkomplexen, ethisch anspruchsvollen Verteilungsentscheidungen sowohl zu transparenteren und damit gerechteren Verfahren als auch zu effektiverem Ressourceneinsatz führen können.

Ebenfalls ein Bereich, in dem Ressourcenknappheit ein strukturelles Problem darstellt und daher Kriterien harter Rationierung (Fuchs 2011) schon länger auf der gesellschaftlich-politischen Makroebene diskutiert werden, ist die **Transplantationsmedizin**. Die Menge an verfügbaren Organen lässt sich nicht wesentlich verändern, daher müssen bestimmte Verteilungskriterien festgelegt werden, welche Personen und Personengruppen bei der Organverteilung priorisiert werden. In Deutschland gibt es je nach Organgruppen seit 2000 verschiedene verbindliche Vergaberichtlinien. So werden Nieren- im Unterschied zu Lebertransplantationen aufgrund der Verfügbarkeit von Dialyseverfahren weniger nach Dringlichkeit als nach Wartezeit der Patient:innen sowie vor allem den erwartbaren Erfolgsaussichten verteilt (Gottlieb et al. 2016). Relevant für Verteilungsentscheidungen in der Pflege ist daran, dass die ethische Rechtfertigung von Verteilungskriterien in Abhängigkeit von der Art, Verfügbarkeit und potenziellen Vermehrbarkeit der Ressourcen variieren kann.

Vor allem im Katastrophenfall geht es bei Verteilungsentscheidungen darum, das Leben von möglichst vielen Menschen zu retten. Dieses utilitaristische Ziel und entsprechend entwickelte und wissenschaftlich überprüfte Triagesysteme gelten in der Regel als ethisch vertretbar. Problematisch werden utilitaristische Verteilungskriterien, wenn sie auf die Allgemeinmedizin übertragen werden (Lübbe 2001). Denn während in der Katastrophen- und Notfallversorgung vor allem der extreme Zeit- und Handlungsdruck und damit schnelle Entscheidungen und die Rettung möglichst vieler Personen im Vordergrund stehen, geht es beispielsweise bei **Verteilungsfragen im Krankenhaus** stärker darum, welche:r Patient:in welche Therapie erhält und wann eine Therapie abgebrochen werden sollte. Dabei ist die in der Katastrophentriage akzeptierte harte Rationierung im Krankenhaus weniger akzeptabel, weil bei weicher Rationierung die benötigten Gesundheitsgüter durch Kostensteigerung zumindest potenziell vermehrbar wären (Fuchs 2011), sodass es zu einem abstrakten Aufwiegen von Gesundheit und Finanzmitteln kommt. In einem Review zu Vorkommen und Auswirkungen von Rationierung auf Intensivstationen zeigen Scheunemann/White (2011) für Kliniken in Nordamerika, Europa, Israel und Hong Kong, dass es dort zum Alltag gehört, dass Ärzt:innen ihren Patient:innen medizinisch notwendige Maßnahmen und Ressourcen

aus verschiedenen Gründen vorenthalten (müssen). Trotz der klaren Evidenz von alltäglicher Rationierung in der Intensivmedizin scheint diese Praxis durch die Mitarbeitenden zumindest auf Leitungsebene nicht wahrgenommen oder verdrängt zu werden: In einer quantitativen Studie von Ward et al. (2008) mit pflegerischen und medizinischen Leitungen von Intensivstationen aus 447 amerikanischen Krankenhäusern gaben 94 % der befragten Pflegenden und 89 % der befragten Ärzt:innen an, dass Rationierung auf ihren Stationen nicht vorkommt (ebd.: 473).

Anders als auf Intensivstationen scheint die nachweisbare Tatsache, dass **Rationierung im Gesundheitswesen** regelmäßig vorkommt und sogar unausweichlich scheint, disziplinübergreifend eher wahrgenommen und reflektiert zu werden als auf Intensivstationen: In einer Studie von Hurst et al. (2006) mit 656 Ärzt:innen verschiedener Disziplinen aus vier europäischen Ländern, darunter Deutschland, gaben über 50 % der Befragten an, in den letzten sechs Monaten medizinisch notwendige Leistungen rationiert zu haben, ohne dass äußere Maßstäbe dafür Vorgaben machten (**„Bedside Rationing“**). Über 80 % der Befragten sahen eine grundsätzliche Notwendigkeit zur Rationierung, unter anderem, um die Kosten des Gesundheitswesens zu begrenzen (ebd.: 1140). Diese widersprüchlichen Ergebnisse von individueller Verdrängung und gleichzeitigem allgemeinen Bewusstsein von Rationierungszwängen ist auch für die Pflege nachweisbar (s. Abschnitt 4.2.5).

Auch bei möglichen **Rationierungskriterien** und **Verteilungserleben** lassen sich – wie in Abschnitt 4.2.2 sowie 4.2.5 zu zeigen ist – Parallelen zwischen ärztlichen und pflegerischen Verteilungsentscheidungen nachweisen. In einem systematischen Review von qualitativen Forschungsergebnissen zu ärztlichen Rationierungsentscheidungen kommen Strech et al. (2008) zu dem Ergebnis, dass Vorkommen und Art impliziter Rationierung von verschiedenen Faktoren abhängen, unter anderem der Persönlichkeit der Ärzt:innen, ihrem Verhältnis zu den Patient:innen, aber auch der Möglichkeit der Patient:innen, ihre Wünsche verständlich zu explizieren und durchzusetzen (ebd.: 89f.). Als Rationierungskriterien nennen die Befragten Wirtschaftlichkeit, aber auch evidenzbasierte Effektivität der Maßnahmen sowie Fairness. Auch Alter und Beitrag zur Gesellschaft werden als Rationierungskriterien benannt, die allerdings als besonders ethisch problematisch gelten (ebd.: 92). Rationierung führt aus Sicht der Befragten neben emotionaler Belastung zu verschiedenen Rollenkonflikten, vor allem in der Abwägung der Bedürfnisse der Patient:innen gegenüber den Vorgaben und Erfordernissen des Krankenhauses (ebd.: 93).

Gerade bei Therapieentscheidungen am Lebensende scheint häufig der problematische **Faktor „Alter“** in Verbindung mit dem Faktor „Kosten“, ausschlaggebend dafür zu sein, ob eine Therapie weitergeführt oder abgebrochen wird. Dies weist eine qualitative Interviewstudie von Albisser Schleger/Reiter-Theil (2007) zu Rationierungskriterien mit 26 Ärzt:innen und 26 Pflegenden in

zwei Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum[71] nach. „Zudem gibt es Hinweise auf mögliche Ungleichbehandlung sowie auf Überversorgung von Patienten am Lebensende. Die Befunde stützen die Annahme, dass Therapieentscheidungen eher auf informellen, nicht-institutionalisierten Prozessen beruhen." (ebd.: 105). Diese Erkenntnis deckt sich mit zahlreichen weiteren Studien zu impliziter Rationierung, bei der persönliche, oft durch Vorurteile geprägte Kriterien der Ärzt:innen die Verteilung von (lebens-)wichtigen Ressourcen leiten (u. a. Strech et al. 2008). Abschnitt 4.2.2 erkundet, ob und in welcher Form dies auch für Pflegende gilt.

Bedside Rationing als Form der impliziten Rationierung auf der Mikroebene bezieht in der Regel nicht die Wünsche und Prioritäten der Betroffenen ein. Bestenfalls werden sie als wahrgenommene Wünsche durch den:die Entscheidende:n berücksichtigt, dies geschieht aber nicht in Form von tatsächlicher **Mitbestimmung** der Betroffenen. In einer qualitativen Studie aus Nord-England (Thompson 2007) wurden in Einzel- und Gruppeninterviews insgesamt 208 kognitiv nicht beeinträchtigte Patient:innen und Bürger:innen danach gefragt, wie weit sie bei klinischen Entscheidungssituationen einbezogen werden möchten. Es zeigte sich, dass es einerseits Personen gibt, die ihre Entscheidung, bei Bedarf nach Beratung durch Expert:innen, vollständig autonom treffen wollen, aber dass andererseits mehrere der befragten Personen angaben, dass sie keinerlei Mitbestimmung wünschen. Die Studie zeigt auch, dass ein hoher Grad an Vertrauen der Patient:innen gegenüber den Expert:innen eher einen geringeren Wunsch nach Mitbestimmung mit sich bringt (ebd.: 1308f.). Die Studie differenziert nicht zwischen verschiedenen Disziplinen im Gesundheitswesen, und sie beschränkt sich nicht auf Patient:innen im Krankenhaus. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich die Erkenntnisse zum Wunsch auf Mitbestimmung, die eine hohe individuelle Bandbreite zwischen völliger Abgabe der Verantwortung an Expert:innen bis hin zur autonomen Entscheidung aufweisen und unter anderem abhängig sind vom Vertrauensverhältnis zum:zur Expert:in, auch auf die Pflege im Allgemeinen übertragen lassen. Grundsätzlich sollten Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen bei wichtigen Therapieentscheidungen einen Austausch mit den Betroffenen zu deren Wunsch nach Mitbestimmung suchen, um das in der Situation und für diese Person richtige Maß an Beteiligung zu identifizieren.

Für die stationäre Langzeitpflege bieten die Erkenntnisse aus der Studie von Thompson (2007) wichtige Hinweise, welchen Stellenwert Mitbestimmung für Bewohner:innen dort haben kann, auch wenn ein Teil der Bewohner:innen von kognitiven Einschränkungen betroffen und damit in der Fähigkeit zur Mitbestimmung eingeschränkt ist. In einer qualitativen Studie von Smebye et al. (2012) mit dreißig Teilnehmenden (Menschen mit Demenz, Angehörige, beruflich Pflegende

[71] Das Land, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde, wird in der Veröffentlichung nicht genannt.

und Ärzt:innen) wurde untersucht, inwieweit auch **Menschen mit Demenz** in für sie relevante Entscheidungen einbezogen werden (können). Neben den durch Thompson (2007) beschriebenen fünf Niveaus der Beteiligung von Nicht-Beteiligung bis zur vollständig autonomen Entscheidung konnten von Smebye et al. (2012) zwei weitere Beteiligungsniveaus identifiziert werden: Beim „Pseudo-autonomous decision making" werden, anders als bei durchaus auch vorkommenden autonomen Entscheidungen, den Menschen mit Demenz Informationen vorenthalten und ihre Präferenzen eher vermutet als tatsächlich durch Gespräche ermittelt. Beim „Delegating decision making" entscheiden sich die Menschen mit Demenz bewusst und explizit dafür, dass andere Personen ihres Vertrauens Entscheidungen für sie treffen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass auch Menschen mit Demenz unter bestimmten Voraussetzungen in der Lage sind, sowohl in wichtige Entscheidungen einbezogen zu werden als auch autonome Entscheidungen zu treffen. Berücksichtigt werden müssen dabei unter anderem der Grad der kognitiven Einschränkungen durch die Erkrankung sowie die Beeinflussung und Unterstützung durch (professionelle) Netzwerke und (familiäre) Beziehungen (ebd.).

Nach der Vorstellung dieser verschiedenen wichtigen Diskussionsfelder zu Verteilungsentscheidungen und Rationierung im Gesundheitswesen, des Phänomens des Bedside Rationing in der Medizin sowie der Erkenntnisse zu Mitbestimmungswünschen und -möglichkeiten von Patient:innen liegt der Fokus im Folgenden auf der Forschungsfrage der vorliegenden Untersuchung, wie beruflich Pflegende allgemeinen und speziell in der stationären Langzeitpflege Verteilungsentscheidungen treffen.

4.2. Verteilungsentscheidungen in der Pflege

4.2.1. Suchstrategie und Darstellungsweise

Um den Forschungsstand zu Verteilungsentscheidungen von Pflegenden möglichst umfassend darstellen zu können, wurde Anfang 2023 eine umfangreiche Literaturrecherche nach relevanten und validen Forschungsarbeiten durchgeführt, orientiert an den Rechercheschritten von Hirt/Nordhausen (2022). Als Suchschema wurde mit dem SPIDER-Schema[72] eine Strategie gewählt, die sich besser als das bekannte PICO-Schema auf qualitative und Mixed-Methods-Studien sowie entsprechende Forschungsthemen anwenden lässt (Cooke et al. 2012).

Das Ziel dieses Kapitels ist vor allem die Einordnung der Forschungsfrage in den Kontext empirischer Studien. Daher wurde eine vorwiegend spezifische, thematisch fokussierte Recherche in den größten für das Thema relevanten Datenbanken für Pflege und Gesundheit durchgeführt, na-

[72] SPIDER steht dabei für Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation und Research Type.

mentlich: PubMed/Medline, CINAHL, Cochrane-Library, CareLit und GeroLit.[73] Ergänzt wurde die gezielte Suche über Suchbegriffe und MeSH-Terms durch ein Schneeballsystem, um möglichst viele relevante Treffer mit einem optimierten Aufwandsverhältnis zu finden (vgl. Hirt/Nordhausen 2022).

Im ersten Rechercheschritt wurde zunächst settingunabhängig nach Studien gesucht, die entweder mit einem eher quantitativen Fokus Vorkommen und Auswirkungen von Verteilungs-, Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen von Pflegenden untersuchen, oder mit einem meist qualitativen Zugang das Erleben und die Bewertung von Verteilungsentscheidungen durch Pflegende analysieren. Ziel ist, bereits vorhandene Erkenntnisse zum Prozess des Entscheidungshandelns von Pflegenden möglichst umfassend darzustellen. Die folgende Tabelle stellt die Suchkriterien sowie damit verbundene Ein- und Ausschlusskriterien als Grundlage der Literaturrecherche dar. Im Anhang (Anhang 1) sind außerdem die Suchstrings dokumentiert.

Suchkriterium	**Einschlusskriterien**	**Ausschlusskriterien**
Studienpopulation (Sample)	Professionell Pflegende	Andere Berufsgruppen, Laienpflegende, An- und Zugehörige
Setting (Sample)	Stationäre Langzeitpflege, stationäre Akutpflege (Krankenhaus), ambulante Pflege	Intensivpflege
Phänomen	Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene	Andere Entscheidungen (u. a. Shared Decision Making, Behandlungsabbruch)
Design	Beobachtungsstudien, Befragungen, Interviews, Fallstudien, experimentelle Studien, klinische Studien und ähnliches	Interventionsstudien, randomisierte kontrollierte Studien und ähnliches
Evaluation (für qualitative Studien)	Subjektive Sicht, Erfahrung, Meinung, Haltung, Einstellung, Überzeugung, Verständnis, Bewertung, Gefühl, Empfinden	
Forschungsart	Qualitative Studien, quantitative Studien, Mixed-Methods-Studien, (systematische) Reviews, Meta-Analysen	
Publikationsjahr(e)	Professionelle Pflege allgemein: Letzte 10 Jahre (ab 2013) Stationäre Langzeitpflege: Letzte 20 Jahre (ab 2003)	Frühere Publikationsjahre
Sprache	Englisch, Deutsch	Andere Sprachen

Tabelle 1: Suchkriterien Literaturrecherche

[73] Um die Nachvollziehbarkeit der Recherche zu optimieren, sind im Anhang beispielhaft die beiden Suchstrings für die Suche in PubMed sowie CINAHL aufgeführt (s. Anhang 1).

Im zweiten Schritt wurde die Suche auf Studien zu Verteilungsentscheidungen im Setting der stationären Langzeitpflege begrenzt und die Ergebnisse in Unterkapitel 4.3 zusammengefasst. Dabei wurde aufgrund er geringen Trefferzahl die Suche auf Studien der vergangenen 20 Jahre erweitert und bei den Treffern jeweils geprüft, ob sie auf die aktuelle Situation der stationären Langzeitpflege in Deutschland anwendbar oder übertragbar sind. Die folgenden Abschnitte stellen aber zunächst die empirischen Erkenntnisse zu verschiedenen Aspekten des Verteilungshandelns in der Pflege – und dabei bedingt durch die Forschungslage vornehmlich der Pflege im Krankenhaus – vor.

In der folgenden Darstellung wird in der Regel nicht zwischen Verteilungs-, Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen differenziert, denn jede Verteilungsentscheidung erfordert eine Priorisierung und Wahl von Entscheidungsoptionen. Auch, wenn nicht jede Priorisierung gleichzeitig auch eine (verdeckte) Rationierung darstellen muss, gibt es zwischen den beiden Konzepten vielfache Überschneidungen: Bei mehr oder weniger stark begrenzten Ressourcen legen Priorisierungskriterien zwar fest, welche pflegerischen Maßnahmen wenn möglich durchgeführt werden, es fallen dann aber andere, ebenfalls als wichtig erachtete Maßnahmen weg oder können nicht vollständig oder in angemessener Weise durchgeführt werden (vgl. Abschnitt 3.1.6.3). Entsprechend werden in vielen Forschungsarbeiten zur Priorisierung in der Pflege sowohl Priorisierungskriterien von Pflegenden erforscht, gleichzeitig aber auch thematisiert, was Pflegende weglassen oder rationieren, wenn ihnen nicht genug Ressourcen zur Verfügung stehen. In Studien mit dem Fokus auf Priorisierung liegt der Forschungsschwerpunkt oft stärker auf der (kriteriengeleiteten) Sortierung von Aufgaben nach ihrer subjektiv bewerteten Wichtigkeit (vgl. Hendry/Walker 2004; s. Abschnitt 3.1.6.3), was aber oft eine Rationierung mit sich bringt. Auf der anderen Seite lassen Forschungsarbeiten zu pflegerischer Rationierung immer auch Rückschlüsse auf Priorisierungskriterien von professionell Pflegenden zu.

4.2.2. Entscheidungskriterien

Wie schon in Abschnitt 3.1.6.1 dargestellt, kann Zeit als die wichtigste, übergeordnete Ressource verstanden werden, die Pflegende im Rahmen ihrer Tätigkeit verteilen. Stehen Pflegende zum Beispiel durch kurzfristigen Personalausfall unter Zeitdruck, müssen sie bestimmte Maßnahmen priorisieren und gleichzeitig andere, von ihnen als gerechtfertigt oder gar notwendig erachtete Maßnahmen verschieben oder weglassen.

So arbeiten Suhonen et al. (2018) in einem Scoping Review mit 25 empirischen, überwiegend qualitativen Studien zu **Priorisierungskriterien** in der Pflege im Krankenhaus, die einige der in der Recherche für dieses Kapitel identifizierten Studien einschließt, heraus, dass Pflegende in

Verteilungssituationen auf der Mikroebene grundsätzlich das Ziel angeben, im Sinne einer eher ganzheitlich orientierten Pflege den wahrgenommenen Bedürfnissen der Patient:innen die höchste Priorität zu geben (ebd.: 37).[74] Unter dem Druck eines erlebten dauerhaften und zunehmenden Ressourcen- und Zeitmangels sehen sich professionell Pflegende im Krankenhaus allerdings oft gezwungen, die individuellen Bedürfnisse ihrer Patient:innen gegenüber den organisatorischen Zwängen abzuwägen und im Einzelfall zu vernachlässigen. In der Priorisierung werden im Pflegealltag verstärkt klinisch-rationale Kriterien wie Dringlichkeit, medizinische oder administrative Anforderungen (u. a. Routineaufgaben; ebd.: 37) berücksichtigt. Zum Teil müssen dadurch ebenfalls als wichtig angesehene Maßnahmen zurückgestellt oder weggelassen werden – oft sind dies Maßnahmen im direkten Kontakt zu Patient:innen (ebd.: 26).

Die Bedeutung und **Priorisierung von Routineaufgaben** bei Verteilungsentscheidungen wird unter anderem in einer qualitativen Interviewstudie von Rooddehghan et al. (2016) näher untersucht. In offenen, unstrukturierten Interviews mit 18 Pflegenden und Pflegeleitungen in drei iranischen Krankenhäusern zu Rationierungsgründen und -kriterien arbeiten die Autor:innen unter anderem heraus, dass Pflegende zum Teil bewusst eher patient:innenferne oder funktionale Routineaufgaben den Aufgaben in der direkten Versorgung der Patient:innen vorziehen. Ob dieser Fokus auf patient:innenferne Stationsroutinen im Krankenhaus auf die stationäre Langzeitpflege übertragbar ist, ist allerdings fraglich. Auch stellt sich die Frage, inwieweit das iranische Gesundheits- und Krankenhaussystem mit dem System in Deutschland vergleichbar ist. Das Bevorzugen von patient:innenfernen Routineaufgaben zeigt sich aber auch in anderem Studien (u. a. Suhonen et al. 2018) und ist daher ein interessanter Untersuchungsaspekt auch für die vorliegende Arbeit.

Die Überschneidung von Forschung zu Priorisierung und Rationierung (s. Abschnitt 4.2.1) wird nochmal besonders bei der quantitativen Forschung zu Rationierungskriterien in der Pflege deutlich: Das Phänomen der Rationierung in der Pflege ist inzwischen allgemein bekannt, und der zunehmende Zeitmangel und damit einhergehende Qualitätseinbußen in der Pflege in Deutschland lassen sich in verschiedenen vielfach zitierten und validierten Studien belegen (vgl. Unterkapitel 2.3).[75] Da diese Rationierung auf der Mikroebene nicht als solche offengelegt und mit den

[74] Unter anderem zeigt eine ins Review einbezogene, ältere Studie (Milette 1994) zu pflegerisch-ethischen Verteilungsentscheidungen mit qualitativen Interviews mit 24 Pflegenden, dass Pflegende in einer Mischung aus Fürsorge- und Gerechtigkeitsorientierung entscheiden – mit einer leichten Priorität für eine Fürsorgeorientierung (ebd.: 37; s. zur theoretischen Begründung von Fürsorge- und Gerechtigkeitsorientierung Abschnitt 3.2.4.1).

[75] In einer besonders umfangreichen und einflussreichen Studie, in der pflegerische Rahmenbedingungen und Pflegequalität in Krankenhäusern in 12 Ländern verglichen wurde, hatte Deutschland mit einem Verhältnis von 13 Pflegefachkräften pro Patient:in die schlechteste Personalbesetzung (Aiken et al. 2012: 3). Dieses Verhältnis ist direkt assoziiert mit mehreren Faktoren der Pflegequalität: So steigert jede:r zusätzliche Patient:in pro Pflegekraft die Wahrscheinlichkeit, 30 Tage nach der Einweisung ins Krankenhaus zu sterben, um 7 % (Aiken et al. 2002:

Betroffenen thematisiert wird, wird auch von **impliziter Rationierung** in der Pflege gesprochen (Schubert et al. 2007: 417f., s. Abschnitt 3.1.6.3).[76] Es gibt inzwischen verschiedene evaluierte Befragungsinstrumente, die Rationierung in der Pflege messen und besonders oft rationierte Maßnahmen und spezifische Problemfelder identifizieren können.[77] Entsprechend wurden mit Hilfe dieser Instrumente bereits zahlreiche quantitative Studien durchgeführt, in denen auf nationaler Ebene untersucht wurde, welche pflegerischen Maßnahmen besonders häufig rationiert werden. Zwei besonders umfangreiche und interessante Studien für den Krankenhausbereich, die im Folgenden genauer vorgestellt werden, wurden von Zander et al. (2014) und Schubert et al. (2013) im deutschsprachigen Raum durchgeführt (vgl. auch Primc 2020):

In der Auswertung einer quantitativen Befragung von 1511 Pflegefachkräften aus 49 Akutkrankenhäusern in Deutschland durch Zander et al. (2014) im Rahmen der internationalen Pflegestudie RN4Cast[78] wurde von den befragten Pflegenden angegeben, dass sie im Durchschnitt 4,7 von 13 üblichen Pflegetätigkeiten in der letzten Schicht nicht durchführen konnten. Am häufigsten wurde „Zeit für Zuwendung/Patientengespräche“ weggelassen, gefolgt von der Aktualisierung von Pflegeplänen, Beratungs- und Anleitungstätigkeit sowie Pflegeplanung. Am seltensten wurden „Behandlungen und Prozeduren“ rationiert, nur etwas öfter wurden pünktliche Medikation und Schmerzmanagement weggelassen (ebd.).

Ähnlich stellen Schubert et al. (2013) unter Nutzung des BERNCA-Fragebogens zu 32 notwendigen Pflegetätigkeiten bei der Befragung von 1633 Pflegefachkräften in 35 Schweizer Krankenhäusern aus der RN4Cast-Studie fest, dass auch hier Aufgaben der Patient:innen-Dokumentation (Dokumentation von Neuaufnahmen und Erstellung von Pflegeplänen) häufig weggelassen werden. Direkt danach wird die emotionale und psychische Unterstützung von Patient:innen genannt (ebd.: 235).[79] Eher selten vernachlässigt wurden unter anderem der Wechsel der Bettwäsche, Wundversorgung und Hygienemaßnahmen (ebd.).

1991). Entsprechend schätzten 35 % der befragten Pflegefachkräfte in Deutschland die Pflegequalität auf ihrer Station als schlecht oder eher schlecht ein, ein Wert, der nur in Griechenland mit 47 % übertroffen wurde (Aiken et al. 2012: 10). Bei anderen gemessenen Outcome-Faktoren für Pflegende und Patient:innen wie Arbeitszufriedenheit oder Bereitschaft zur Empfehlung des Krankenhauses liegt Deutschland in der Studie eher im (unteren) Mittelfeld (Aiken et al. 2012: 10f.).

[76] Die Begriffe „implicit rationing“, „missed nursing care“, „missed care“, „rationed care“, „Care left undone“, „unmet nursing care needs“, „omitted nursing care“, „tasks left undone“, „task incompletion“ sowie „unfinished nursing care“ werden in dieser Arbeit und in der Regel auch in der Forschungsliteratur synonym verwendet, da sie alle das Phänomen der Rationierung pflegerischer Maßnahmen auf der Mikroebene beschreiben (vgl. Chiappinotto et al. 2022: 3; Kalánková et al. 2020a: 1785).

[77] BERNCA, vgl. Schubert et al. 2007; BERNCA-NH (NH für „nursing homes“), vgl. Zúñiga et al. 2016; PIRNCA, vgl. Kalánková et al. 2020b; MISSCARE, vgl. Kalisch/Williams 2009; TU-7, vgl. Palese et al. 2020.

[78] Registered Nurse Forecasting, vgl. zur Studie auch Sermeus et al. (2011).

[79] Berechnet man, welche Aufgaben oft oder manchmal weggelassen werden, wird die emotionale und psychische Unterstützung sogar am häufigsten genannt (vgl. Schubert et al. 2013: 235).

In beiden Studien werden vor allem **zeitaufwändige Maßnahmen** wie die schriftliche Planung der Pflege, aber auch die psychosoziale Betreuung von Patient:innen häufig rationiert. Eher selten weggelassen wurden nach Angaben der Pflegenden Tätigkeiten im Bereich der Behandlungspflege.[80] Aussagen zur Bedeutung von patient:innenfernen Routineaufgaben können anhand der beiden oben dargestellten Studien nicht getroffen werden.

Neben der Priorisierung oder Rationierung von bestimmten pflegerischen Maßnahmen können auch Vorstellungen von **zu priorisierenden Gesellschaftsgruppen** in pflegerische Verteilungsentscheidungen einfließen: In einer größeren quantitativen Studie von Myllykangas et al. (2003) wurden unter anderem 682 finnische beruflich Pflegende zu ihrer Priorisierung einer vorgegebenen Liste aus 14 Bevölkerungsgruppen bezüglich deren legitimiertem Zugang zu finanzieller und medizinischer Unterstützung befragt. Professionell Pflegende sahen, ähnlich wie die Gesamtbevölkerung, eine besonders hohe Priorität für die Versorgung von Kindern und armen Menschen. Eine eher geringe Priorität wurde Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege, Menschen mit besonders guter oder besonders schlechter gesundheitlicher Prognose oder mit milden Erkrankungen sowie Menschen, deren Erkrankung durch selbstverschuldetes Verhalten ausgelöst wurde, eingeräumt (ebd.: 344). Auch, wenn wieder gefragt werden muss, inwieweit das finnische Gesundheits- und Gesellschaftssystem auf das deutsche System übertragbar ist, lässt sich aus diesen Ergebnissen schließen, dass es grundsätzlich bestimmte Bevölkerungsgruppen oder bestimmte Merkmale gibt, die eine besonders hohe Priorität bei Verteilungsfragen genießen. Diese können sich länderspezifisch unterscheiden, sollten aber bei der Untersuchung von pflegerischen Verteilungsentscheidungen berücksichtigt werden. So ist beispielweise ein im Review von Suhonen et al. (2018) häufig identifiziertes Priorisierungskriterium das Alter, was – wie schon bei der ärztlichen Priorisierung – als unethisches, diskriminierendes Kriterium kritisch diskutiert wird (ebd.: 36f., vgl. Abschnitt 3.1.6.2). Es kann damit davon ausgegangen werden, dass zumindest bezogen auf die professionelle Pflege im Allgemeinen älteren Menschen eine durchschnittlich niedrigere Priorität bei Verteilungsentscheidungen eingeräumt wird.

Vor allem über qualitative Studien lassen sich vertiefte Einblicke in die **Motivation der Pflegenden** bei der Anwendung von bestimmten Verteilungskriterien in der Pflege gewinnen. So wurden in einer qualitativen Studie von Mantovan et al. (2020) acht Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 50 Pflegefach- und Hilfskräften sowie Stationsleitungen aus Süd-Tirol durchgeführt.

[80] Neben den Studien, die einen Fragebogen nutzen, in dem die Pflegenden angeben, welche Aktivitäten sie weggelassen haben, gibt es auch andere Formen, implizite Rationierung zu untersuchen. Hierzu gehören Beobachtungsstudien wie Saar et al. (2021), in denen allerdings nicht die Pflegenden selbst, sondern die Dokumentation von Pflegetätigkeiten retrospektiv auf Rationierung untersucht werden. Da diese Studien m. E. eine eher geringe methodische Qualität und Aussagekraft haben, wurden sie in der vorliegenden Darstellung nicht weiter berücksichtigt.

Die Interviews fragten danach, wie die Pflegenden Priorisierung und implizite Rationierung im Pflegealltag erleben und wie sie damit umgehen.[81] Die Forschenden identifizieren drei Themenschwerpunkte: Erstens ist das primäre Ziel der Pflegenden, auf der Station **„Stabilität innerhalb von Komplexität“** („maintaining stability within complexity“; ebd.: 4) aufrecht zu erhalten. Dazu arbeiten sie vor allem mit Versorgungsroutinen, die zum Teil zu Funktionspflege („task-focused […] approach“; ebd.) führen. Auch ist die Arbeit auf der Station so organisiert, dass Pflegefachkräfte für eine feste Zahl an Patient:innen zuständig sind. Ein Teil vor allem der direkten Pflege/Körperpflege wird dabei an Pflegehilfskräfte delegiert, was wiederum zu einer funktionspflegerischen Teil-Segmentierung der Pflegearbeit führt. Für Stabilität sorgt im Pflegealltag auch, dass Patient:innen mit instabilem Gesundheitszustand eher priorisiert werden – gegebenenfalls zuungunsten von eher stabilen Patient:innen (ebd.).

Zweitens ließen sich Strategien identifizieren, **um Rationierung zu vermeiden**: Unter anderem wird durch die Befragten angegeben, dass sie unter Zeitdruck die Qualität der Durchführung reduzieren, um alle als erforderlich angesehenen Maßnahmen trotz Zeitmangel durchführen zu können. Ebenfalls als Strategien werden das Verschieben von Aufgaben auf später oder die nächste Schicht sowie Überstunden genannt. Auch eine gute Zusammenarbeit und das gegenseitige Aushelfen werden als Strategien genannt, um Rationierung zu vermeiden (ebd.: 4ff.).

Drittens thematisieren die von Mantovan et al. (2020) interviewten Pflegenden **Widersprüche in ihrer Arbeit**, unter anderem zwischen ihrem Anspruch, die Sicherheit der Patient:innen an erste Stelle zu setzen und der gleichzeitigen Notwendigkeit, die Qualität der Versorgung zugunsten der Quantität und damit der Stabilität auf der Station reduzieren zu müssen (ebd.: 5). Ebenfalls im Widerspruch stehen Anspruch und Realität der patient:innenorientierten Pflege: Durch Routinen werden stabile Abläufe auf der Station sichergestellt, sie führen aber auch zu einer verstärkten Funktionspflege (ebd.: 6).

4.2.3. Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Neben Priorisierungs- und Rationierungskriterien werden in der Forschung auch die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren untersucht, die (implizite) Rationierung verhindern oder begünstigen: In einem systematischen Review mit 58 quantitativen Studien kommen Chiappinotto et al. (2022) zu dem Ergebnis, dass auf **Institutionsebene** mit wenigen Ausnahmen eine als schlecht bewertete Personalbesetzung, hier vor allem ein ungünstiges Verhältnis von Pflegenden

[81] Methodisch ist es fraglich, ob es sinnvoll ist, in Interviews die Forschungsfrage auf eine so direkte Weise zu stellen. Gerade implizite Rationierung ist ein ethisch und rechtlich sensibles Thema, bei dem davon auszugehen ist, dass Pflegende eher sozial erwünschte Antworten geben – vor allem in Kontext von Gruppeninterviews.

zu Patient:innen sowie hohe Arbeitsbelastung, in einem signifikanten Zusammenhang zu häufigem Vorkommen von impliziter Rationierung steht. Ebenfalls zu häufiger impliziter Rationierung führen viele Überstunden und administrative Aufgaben. Klar positiv und präventiv wirkt eine gute Arbeitsumgebung, unter anderem durch gute Kommunikation und positives Arbeitsklima oder einen hohen Stellewert für Patient:innensicherheit. Auch eine gute Zusammenarbeit im Team der Station vermeidet implizite Rationierung. Bei anderen untersuchten Faktoren wie Pflegesystem, Träger oder Case Mix kommen Studien zu gegensätzlichen Ergebnissen (ebd.: 5f.). Auf Patient:innenebene scheint klinische Instabilität zu impliziter Rationierung beizutragen (ebd.: 19).

Braun et al. (2014) können in einer Mixed-Methods-Studie mit 2155 Pflegekräften aus 27 hessischen Akutkrankenhäusern mit dem **Phänomen der „nicht mehr kompensierbaren Arbeitsspitzen“** eine wesentliche Ursache für Überlastung und Rationierungszwang identifizieren: Das Missverhältnis zwischen pflegerischen Anforderungen und personellen Ressourcen führt zu einer Arbeitsverdichtung bei gleichzeitig geringer Planbarkeit der Aufgaben. Die dadurch regelmäßig auftretenden Arbeitsspitzen können zum Teil nicht mehr – zum Beispiel durch Mehrarbeit oder Effizienzsteigerung – kompensiert werden und verlangen vom Pflegepersonal spontane Rationierungsentscheidungen. Neben der hohen psychischen und physischen Belastung der Pflegenden kommt es während ungeplanter Arbeitsspitzen besonders häufig zu Pflegefehlern (ebd.: 81ff.). Das Phänomen der „nicht mehr kompensierbaren Arbeitsspitzen“ kann auch für die stationäre Langzeitpflege als wichtige Ursache für implizite Rationierung angenommen werden, da dort der Anteil von Menschen mit Demenz und anderen zu kurzfristig erhöhtem Pflegebedarf führenden Erkrankungen besonders hoch ist (s. Abschnitt 8.1.2.1).

Neben den äußeren Rahmenbedingungen spielen auch **individuelle Faktoren der Pflegenden** eine Rolle bei Verteilungsentscheidungen. Chiappinotto et al. (2022) stellen bei der Untersuchung von möglichen Einflussfaktoren auf Seite der Pflegenden fest, dass bei Pflegenden in Teilzeit und mit geringen Fehlzeiten implizite Rationierung (hier „unfinished nursing care“) eher selten vorkommt. Ein wesentlicher Faktor für das häufige Vorkommen von impliziter Rationierung sind Arbeitsunzufriedenheit, Stress, emotionale Erschöpfung, Bereitschaft zur Kündigung und ähnlichen Faktoren der Berufs(un)zufriedenheit (ebd.: 6f.). Zu den Faktoren Qualifikation, Erfahrung der Pflegenden oder Skill-Mix auf der Station kommen die im Review einbezogenen Studien zu uneinheitlichen oder nicht aussagekräftigen Ergebnissen. Interessant ist hierbei die allgemeine Erkenntnis aus den im Review zusammengefassten Studien, dass hohes Belastungserleben und Unzufriedenheit der Pflegenden durch ihre Arbeit in direktem Zusammenhang zum Vorkommen von impliziter Rationierung zu stehen scheinen. Pflegende in Teilzeit rationieren dabei seltener –

vermutlich auch, weil sie durch Mehrarbeit Belastungsspitzen leichter kompensieren können, auch wenn sie unter gleichen Arbeitsbedingungen arbeiten.

Speziell zur Bedeutung von **klinisch-pflegerischer Erfahrung** in Entscheidungsprozessen untersuchen Nibbelink/Brewer (2018) im Rahmen eines integrativen Reviews neun qualitative und drei quantitative Studien sowie fünf systematische Reviews. Mehrere Studien zeigen, dass zunehmende Berufserfahrung zu mehr Selbstbewusstsein führt, was die klinische Entscheidungsfindung unterstützt und qualitativ verbessert. Drei Studien können allerdings keinen entsprechenden Zusammenhang herstellen. Auch an anderen Stellen kommen die im Review eingeschlossenen Studien und Reviews bezogen auf die Frage der Bedeutung von Berufserfahrung, aber auch zur Bedeutung der Qualifikation, ähnlich wie Chiappinotto et al. (2022), zu uneinheitlichen Ergebnissen. Eindeutige Aussagen machen Nibbelink/Brewer (2018) aber in Bezug auf die Frage, welche externen Informationen im Entscheidungsprozess als besonders hilfreich gesehen werden: Gerade unter Zeitdruck sehen Pflegende die **Beratung durch erfahrene Kolleg:innen** als wichtige und patient:innenorientierte Informationsquelle an – stärker als klinische Richtlinien (ebd.: 15). Dies macht die große Bedeutung der Zusammenarbeit im Pflegeteam und vor allem des fachlichen Austausches mit Kolleg:innen über herausfordernde (Verteilungs-)Entscheidungen deutlich, die auch in der vorliegenden Arbeit untersucht wird (s. Abschnitt 6.3.2).

In einer qualitativen Studie von Abdelhadi et al. (2020) mit neun Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 28 Pflegefachkräften aus Krankenhäusern zur impliziten Rationierung (hier „missed nursing care“) wird festgestellt, dass vor allem Ressourcenknappheit zu Rationierung zwingt, Pflegende aber durchaus **Einfluss auf die Prioritätensetzung** und damit auch auf Form und Umfang von Rationierung haben und dabei ihr Wissen, ihre Motivation und ihre Berufseinstellung („job attitudes“) diese Entscheidungen beeinflussen (ebd.: 2164f.). Die Studie hat methodische Schwächen, unter anderem wird nirgends benannt, in welchem Land die Studie durchgeführt wurde. Trotz dieser Schwächen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass beruflich Pflegende auch unter restriktiven Rahmenbedingungen eigene Prioritäten setzen und damit eine grundsätzliche Wahlfreiheit besitzen und ausüben können, die Voraussetzung für Verteilungsentscheidungen ist (s. Abschnitt 3.1.3.1).

Die Priorisierung der Wichtigkeit von klinischen und pflegerischen Aufgaben sollte auf den bestmöglichen Informationen und rationalen Erwägungen beruhen (s. Abschnitt 3.2.1). Inzwischen wird in der klinischen Entscheidungsfindung allerdings immer stärker auch die Rolle von Emotionen und Intuition untersucht.[82] In einem systematischen Review aus 23 qualitativen,

[82] Bei den Studien geht es oft um klinische Entscheidungen in Einzelfällen („Clinical decision making“), also explizit nicht um Verteilungsentscheidungen, oder die Art der untersuchten Entscheidungen wird nicht thematisiert. Da

quantitativen und Mixed-Methods-Studien zur Bedeutung von Emotionen in Entscheidungen mit Schwerpunkt auf Pflege stellen Kozlowski et. al. (2017) fest, dass sich **Emotionen** in Form von Angst, Stress und Unsicherheit negativ auf Entscheidungen auswirken können, vor allem dann, wenn diese Emotionen verdrängt werden. Gerade bei komplexen Entscheidungen wirken Emotionen aber durchaus auch positiv in Form von Emotionaler Intelligenz als sinnvoller Ergänzung zu rational-bewussten Entscheidungsprozessen (ebd.; ähnlich für ärztliche Entscheidungen auch Glick 2022).

In einer der seltenen experimentellen Studien untersuchen Herbig et al. (2001) mit 16 Pflegefachkräften die **Rolle von implizitem Wissen im Pflegehandeln** anhand einer Pflegesimulation: Die 16 Pflegenden wurden mit einer simulierten, kritischen Pflegesituation (akute Hyperglykämie) konfrontiert und mussten entsprechend angemessen reagieren. Alle Versuchspersonen verfügten dabei über vergleichbares explizites Wissen. Die Forschenden stellten fest, dass die Personen, die über umfangreicheres implizites Wissen verfügten, in der Situation angemessener reagieren konnten. Vor allem nahmen sie die Situation und die präsentierten Symptome intuitiv und ganzheitlich wahr und konnten damit eine schnellere und bessere Diagnose stellen. Personen mit weniger implizitem Wissen beschrieben oft Unsicherheit und übersahen wichtige Symptome, was zum Teil zu einer Fehldiagnose führte. Ihr Vorgehen war eher analytisch und sequenziell-nacheinander (ebd.: 694). Nach Herbig et al. (2001) scheinen Intuition und implizites Wissen wichtige Faktoren für pflegerische Expertise und Entscheidungskompetenz zu sein (s. auch Abschnitt 3.1.5.1 und 6.4.2.2).

In einem integrativen Review von Melin-Johansson et al. (2017) zur **Bedeutung von Intuition** in der pflegerischen Arbeit und Entscheidungsfindung im Krankenhaus wurden elf qualitative und fünf quantitative Studien systematisch ausgewertet. Die Autor:innen des Reviews kommen zu dem Schluss, dass Intuition in pflegerischen Entscheidungen von den Pflegenden als Teil des Prozesses vor allem zum Zeitpunkt des Assessments und der Umsetzung angesehen wird. Intuition wird allgemein zur Erkennung von Mustern genutzt, um frühzeitig Veränderungen bei den Patient:innen wahrzunehmen und entsprechend zu reagieren (ebd.: 19). Im Nachhinein berichten Pflegende, dass sie ihre teilweise oder vollständig intuitiv getroffene Entscheidung nach objektiven Qualitätskriterien prüfen. Einige Pflegende haben eine kritische Haltung gegenüber Intuition in pflegerischen Entscheidungen (ebd.). Neben der Bedeutung von Intuition in klinischen Entscheidungen stellen Melin-Johansson et al. (2017) einen positiven Zusammenhang zwischen **Berufserfahrung und (Nutzung von) Intuition** her. Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommt eine

---

Intuition und Emotionen als wichtige Einflussfaktoren beim Treffen von Entscheidungen, und damit auch bei Verteilungsentscheidungen anzusehen sind (s. Abschnitt 3.1.5), habe ich die folgenden Studien ebenfalls einbezogen.

quantitative Studie von Alba (2018): Bei der Befragung von 182 Pflegefachkräften, die in Notaufnahmen arbeiten und zur Hälfte mindestens mit Bachelorgrad qualifiziert sind, konnte kein messbarerer Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und intuitiver Entscheidungsfindung festgestellt werden. Die Studie schlussfolgert, dass sich anders als im Modell von Benner (2017) zur Entwicklung von Pflegekompetenz der Einbezug von Intuition in pflegerische Entscheidungen mit steigender Erfahrung oder Pflegekompetenz nicht zu erhöhen scheint (ebd.: 862).
Zusammenfassend zeigt sich, dass es zu mehreren Aspekten wie Berufszufriedenheit, Stress oder Zusammenarbeit, die sich auf Verteilungsentscheidungen auswirken, relativ sichere empirische Erkenntnisse gibt. Zu den zwei wichtigen Faktoren Berufserfahrung und Intuition, die vor allem bei der auch in dieser Arbeit gestellten Frage nach Voraussetzungen für und Entwicklung von Entscheidungskompetenz eine große Rolle spielen, fehlt es allerdings an belastbaren Erkenntnissen.

4.2.4. Entscheidungsheuristiken und Biases

Aus der Kognitionsforschung sind verschiedene Phänomene bekannt, die als Heuristiken und Biases unser Denken und damit auch pflegerische (Verteilungs-)Entscheidungen beeinflussen und zu Wahrnehmungs- und Beurteilungsfehlern führen können (s. Abschnitt 3.1.4.4.3). Das Review von Thirsk et al. (2022) untersucht **Wahrnehmungs- und Beurteilungsfehler** („implicit and cognitive biases“) sowie **Entscheidungsheuristiken** von Pflegenden und stützt sich dabei auf die Auswertung von 77 überwiegend quantitativen Studien. Dort werden auch bei Pflegenden allgemein typische, kognitive Beurteilungsfehler wie der Ankereffekt („anchoring bias“) oder der Bestätigungsfehler („confirmation bias“) festgestellt. Aber auch negative Vorurteile unter anderem zu Gewicht, Geschlecht oder Ethnie fließen in den ausgewerteten Studien verzerrend in pflegerische Entscheidungen ein (ebd.: 8). Entscheidungsheuristiken werden vor allem bezüglich der Gabe von Schmerzmedikation oder in Triagesituationen untersucht. Pflegende stellen zwar selbst keine medizinischen Diagnosen, ihre (Fehl-)Beurteilung der Situation beeinflusst aber ihr Handeln und damit die Qualität der pflegerischen Versorgung (ebd.: 8). Das Review untersucht auch Maßnahmen, um Biases in pflegerischen Entscheidungen vorzubeugen: Neben der Veröffentlichung und Verbreitung von ethischen Richtlinien liegt der Schwerpunkt hier bei der Schulung von Pflegenden, unter anderem zu klinischer Beurteilung, kultureller Kompetenz und Mitgefühl, aber auch zur Funktion von Entscheidungsprozessen und der Ursache von Fehlern (ebd.: 9). Die Erkenntnisse des Reviews bieten wertvolle Grundlagen für pädagogische Ansätze zur Förderung von Entscheidungskompetenz, auf die das Fazit dieser Untersuchung näher eingeht (s. Unterkapitel 9.4).

Zur Bedeutung von **Vorurteilen und Stigmatisierung** arbeiten Hunter/Dahlke (2023) in einer Überblicksarbeit anhand von zahlreichen Studien[83] heraus, dass bei der Versorgung von älteren Patient:innen im Krankenhaus oft spezifische binäre Beschreibungen wie „schwer/leicht"; „kontinent/inkontinent" sowie „verwirrt/orientiert" zum Tragen kommen (ebd.). Diese werden genutzt, um die Patient:innen und ihre Versorgungsanforderungen leichter einordnen zu können. Hunter/Dahlke (2023) rekurrieren hierbei auf die zwei Arten des Denkens nach Kahneman (2012, s. Abschnitt 3.1.4.4.1). Die Einteilung in Kategorien ermöglicht routiniertes, schnelles Arbeiten. Das „schnelle Denken" kann aber auch zu Abwertung der Patient:innen und schlechterer Versorgung oder zu Rationierung führen: „Although fast thinking can help nurses navigate day to day decision-making, there is a danger of bias in this type of cognitive processing" (Hunter/Dahlke 2023: 3). Die Autor:innen sehen unter anderem durch evidenzbasierte Pflege eine Chance, diesen Wahrnehmungsfehlern durch bewusstes, kritisches Denken entgegenzuwirken (ebd.: 7). Auch wenn sich die Arbeit von Hunter/Dahlke (2023) auf die Pflege im Krankenhaus bezieht, dürfte die Einordnung von Bewohner:innen in die beschriebenen binären Kategorien auch in der stationären Langzeitpflege ein Mittel sein, Aufwand und Komplexität der Versorgung mit wenigen Begriffen zu beschreiben und entsprechende Handlungsroutinen aufzurufen. Dies führt allerdings zu einer Stigmatisierung und wirkt einer einzelfall- und bedürfnisorientierten Pflegeperspektive entgegen.

Die Bedeutung von **schnellem (intuitivem) und langsamem (rational-bewusstem) Denken** im Sinne von Vorurteilen oder Heuristiken in Verteilungsentscheidungen können Abdelhadi et al. (2020) in ihrer erwähnten Studie nachweisen: Die befragten Pflegenden beschrieben, dass sie vor allem bei unvorhergesehenen und unbekannten Situationen genauer nachdenken, welche Entscheidung in der gegebenen Situation angemessen ist, während sie bei „Routinefällen" eher standardisiert vorgehen und den einzelnen Patient:innen kaum Aufmerksamkeit widmen:

> „Patients who progressed as anticipated were labelled ‚not urgent' and might lead nurses to explore their needs less broadly. In contrast, patient circumstances that did not fit previous experience motivated nurses to expand their patient assessment to facilitate decision-making." (ebd.: 2165)

Im Rahmen von Routinen kann es daher häufiger vorkommen, dass nicht auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird oder pflegerische Maßnahmen rationiert werden (ebd.: 2165f.). Entscheidungsheuristiken und Beurteilungsfehler treten in der Pflege oft als Vorurteile auf, um sowohl im Pflegealltag, aber auch unter Zeitdruck schneller entscheiden zu können. Auch wenn es

[83] Hunter/Dahlke (2023) gehen nicht weiter auf Art und Qualität der von ihnen verwendeten Literatur ein. Es scheint sich sowohl um qualitative als auch quantitative, aber auch theoretische Arbeiten zu handeln.

in den genannten Studien nicht explizit um Verteilungsentscheidungen geht, ist doch davon auszugehen, dass diese Vorurteile und andere Beurteilungsfehler sich auch auf Priorisierungsentscheidungen auswirken können.

4.2.5. Erleben von Verteilungsentscheidungen

Neben kognitiven Prozessen, die zur Verzerrung von Urteilen und Entscheidungen führen können, ist zu den emotionalen und kognitiven Prozessen der Entscheidungsfindung und Priorisierung bei Verteilungsproblemen in der Pflege bisher wenig bekannt. Chiappinotto et al. (2022) konstatieren für den Krankenhausbereich:

> „Unfortunately, the mental processes involved in decision-making regarding care that can be left undone has been unexplored and more studies are needed to increase understanding of how nurses set priorities while they are trying to cope with the endless needs of patients in the complex environments of the contemporary care facilities“ (ebd.: 20).

Chiappinotto et al. (2022) machen hier deutlich, dass Pflegende Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen unter sehr schwierigen, komplexen Rahmenbedingungen treffen müssen, aber bisher kaum Erkenntnisse aus der empirischen Forschung zum Erleben dieser Entscheidungen („mental processes involved in decision-making“) existieren.

Eine der wenigen Studien, die sich wie die vorliegende Arbeit nicht nur auf Verteilungskriterien oder bestimmte (auch emotionale) Folgen von Verteilungsentscheidungen konzentriert, sondern auch das Erleben von Verteilungssituationen durch die Pflegenden, die die Entscheidung treffen, empirisch untersucht, ist die qualitative Studie von Dunger et al. (2019). Anhand von teilnehmender Beobachtung von 15 Pflegefachkräften sowie 14 Expert:inneninterviews untersuchen die Forscher:innen, wie Pflegende Entscheidungssituationen erleben, in denen sie Patient:innen mit akuter Atemnot unter erheblichem Zeitdruck unterstützen müssen. Anhand der Datenanalyse nach der Grounded Theory Methodologie (s. Unterkapitel 5.2) kommen sie zu dem Schluss, dass die Pflegenden während der Akutsituation fachliche Entscheidungen darüber treffen müssen, was in der gegebenen Situation die beste Handlungsoption ist (ebd.: 338ff.). Im klinischen Setting übernehmen sie dabei zum Teil auch ärztliche Entscheidungen zur akuten Sauerstoff- oder Medikamentengabe, obwohl dies nicht angeordnet wurde, da für sie die schnelle Verbesserung der potenziell lebensbedrohlichen Situation vorrangig ist (ebd.: 340). Vor dem Entscheidungshandeln muss allerdings eine Einschätzung der Rahmenbedingungen erfolgen. Die akute Atemnot muss vor den vielfältigen anderen Anforderungen der Station priorisiert werden: „Es ist die Entscheidung die AN [Atemnot] der Patient:innen als vorrangig vor anderen Aufgaben oder parallel verlaufenden Handlungssträngen zu bewerten und sich darauf einzulassen.“ (ebd.: 343) Die Autor:innen sehen

hierbei eine **doppelte Gleichzeitigkeit der Anforderungen an Pflegende**, die auch Fragen der Verteilungsgerechtigkeit betreffen: Pflegende sind gleichzeitig für mehrere Patient:innen zuständig und müssen zwischen verschiedenen Bedürfnissen abwägen. Sie erleben aber auch Gleichzeitigkeit als Balance zwischen ökonomischem Druck und den Bedürfnissen der Patient:innen (ebd.: 343f.). In beiden Fällen müssen Pflegende zum Teil ad hoc priorisieren und rationieren, ohne dazu explizite institutionelle Vorgaben zu erhalten. Die Studie von Dunger et al. (2019) untersucht zwar das Entscheidungserleben Pflegender, fokussiert dabei aber auf die klinisch-diagnostischen Entscheidung in der direkten Interaktion mit den Patient:innen mit Atemnot (ebd.: 2). Erkenntnisse zum Erleben der Gleichzeitigkeit als Herausforderung gerechter Verteilung werden daher eher am Rande diskutiert. Vor allem der Widerspruch zwischen Ökonomie und Patient:inneninteresse wird von den Pflegenden als erhebliche psychische Belastung erlebt. Manche der befragten Pflegenden lösen den Widerspruch und die erlebte Dauerbelastung durch bewusste oder unbewusste Priorisierung der eigenen Entlastung auf Kosten des Wohls der Patient:innen auf (ebd.: 345f.).

4.2.6. Folgen von Rationierungsentscheidungen

4.2.6.1. Patient:innen-Outcome

Zu den Auswirkungen von Priorisierung und vor allem impliziter Rationierung existieren inzwischen zahlreiche Studien aus unterschiedlichen Ländern, die größtenteils bereits über (systematische) Reviews zusammengefasst wurden.

Ein umfangreiches Review von Kalánková et al. (2020a) mit 44 überwiegend quantitativen Studien, die größtenteils in Akutkrankenhäusern durchgeführt wurden und von denen viele bei der Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit identifiziert wurden, stellt fest, dass sich implizite Rationierung negativ auf die **Patient:innen-Sicherheit** auswirkt und vor allem zu Komplikationen und längeren Krankenhausaufenthalten führt (ebd.: 1785ff.). Sowohl das Risiko für als auch das tatsächliche Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen („adverse events“) wie Stürzen, Druckgeschwüren, nosokomialen Infektionen, Medikationsfehlern, Mortalität oder Suizid ist erhöht, je öfter Pflegemaßnahmen rationiert werden (ebd.: 1792). Und auch die **Qualität der Pflege** wird als Outcome-Kriterium nachweislich negativ durch das Auftreten von impliziter Rationierung von Pflegemaßnahmen beeinflusst. Aus Befragungen von Pflegenden, Patient:innen und Angehörigen kann abgeleitet werden, dass Faktoren wie Lebensqualität, Wohlbefinden, Selbstachtung oder patient:innenzentrierte Pflege durch das Vorkommen impliziter Rationierung signifikant negativ beeinflusst werden. Zusätzlich führt implizite Rationierung zu **Beschwerden** durch Patient:innen und Angehörige (ebd.: 1793). Suhonen et al. (2018) stellen anhand ihres bereits weiter oben vorgestellten Reviews fest, dass implizite Rationierung bei Patient:innen zu

Unzufriedenheit, Vertrauensverlust gegenüber den Pflegekräften, geringerer Pflegequalität und dem Weglassen von Pflegemaßnahmen („missed care“) führt (ebd.: 37).

4.2.6.2. Pflegenden-Outcome

Auch auf beruflich Pflegende hat implizite Rationierung direkte und indirekte Auswirkungen: Aus dem Erleben der Pflegenden, den eigenen Vorstellungen von angemessener Pflege regelmäßig nicht gerecht werden zu können, resultiert eine **erhebliche emotionale Belastung**, die in den Studien unter anderem als Frustration, „moral distress“ oder **Schuldgefühl** (Suhonen et al. 2018: 37) beschrieben wird.

In einem systematischen Review von Vryonides et al. (2015) zum Erleben von Rationierungsentscheidungen auf Basis der Auswertung von neun qualitativen Studien kann gezeigt werden, dass professionell Pflegende durch den Zwang zur Rationierung das Gefühl haben, ihren beruflichen Anspruch an eine ganzheitliche Pflege („holistic care“) sowie ihre anwaltschaftliche Rolle gegenüber den Patient:innen zu verraten. Ihre Arbeit wird wesentlich durch die zeitlichen Vorgaben („time constraints“) und nicht mehr durch die von ihnen identifizierten Bedarfe der Patient:innen bestimmt. Sie erleben dies als **(moralische) Belastung** („moral strain and distress“) und sehen die Gefahr von mehr oder weniger schwerwiegenden Pflegefehlern (ebd.: 892f.).

Dieses Belastungserleben wird unter anderem in einer im Review einbezogenen qualitativen Mixed-Methods-Studie in norwegischen Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken von Skirbekk et al. (2017) näher ausgeführt: Pflegende und Ärzt:innen sehen sich unter dem wachsenden allgemeinen Zeitdruck, aber auch dem Druck zur möglichst zeitnahen Entlassung von Patient:innen entgegen ihrer persönlichen Einschätzung gezwungen, medizinischen bzw. medizinisch-pflegerischen Interventionen höchste Priorität/Dringlichkeit einzuräumen. Gerade das Zuhören und Sich-Zeit-Nehmen für Patient:innen und ihre Bedürfnisse wird als wichtig eingeschätzt, kann aber oft nicht in dem Ausmaß erfolgen, das von den Befragten als notwendig erachtet wird (ebd.: 750ff.). Durch den zunehmenden Druck durch externe, wirtschaftliche Zwänge empfinden Pflegende und Ärzt:innen eine hohe **Fremdsteuerung** in ihren Entscheidungen und damit eine Einschränkung ihrer professionellen Rolle (ebd.: 753f.).

Ähnliches beschreiben Tønnessen et al. (2011) in einer ebenfalls im Review eingeschlossenen, qualitativen Interviewstudie mit 17 beruflich Pflegenden für das Setting der ambulanten Pflege in Norwegen: Der ständige Zeitdruck bestimmt die Arbeit der Pflegekräfte. Sie müssen vor allem bei „weichen“ Pflegemaßnahmen wie Gesprächen Abstriche machen, um möglichst alle geplanten Kund:innen versorgen zu können. Körperliche und medizinische Grundversorgung sowie Medikation haben höchste Priorität. Eingeschränkt werden die Verteilungsentscheidungen der

Pflegenden aber auch durch die engen Vorgaben der ambulanten Pflege, was bestimmte Leistungen beinhalten – und was nicht (ebd.):

> „I'm talking about quality time. We carry out purely practical tasks, and then there's the human aspect. The social part that you get more out of, where you can see that they enjoy having us there. That little extra time to sit down and have a cup of coffee. But it's all go from when we come to when we leave." (Tønnessen et al. 2011: 390).

Diese **fehlende Flexibilität** in den Entscheidungen führt zu einer oft als belastend wahrgenommenen Reduzierung des eigenen pflegerischen Selbstverständnisses sowie damit einhergehend der Arbeitszufriedenheit. Auch wenn sich die Studie von Tønnessen et al. (2011) auf die ambulante Pflege bezieht, die deutliche strukturelle Unterschiede zu stationären Settings aufweist (s. Unterkapitel 2.1), ist vor allem die Beschreibung der **„quality time"** (s. oben) interessant – sie ermöglicht es den Pflegenden, über die vorgegebenen pflegerischen Maßnahmen hinaus Zeit mit den zu Pflegenden zu verbringen. Durch diese Zeit profitieren offensichtlich nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern mindestens genauso die Pflegenden („The social part that you get more out of", ebd.).

Das Erleben und Bewältigen des Widerspruchs zwischen ökonomisch-institutionellen Zwängen und dem eigenen Anspruch einer fürsorgenden, patient:innenorientierten Pflege und damit einhergehenden Verteilungskonflikten behandelt auch die qualitative Studie von Kersting (2019).

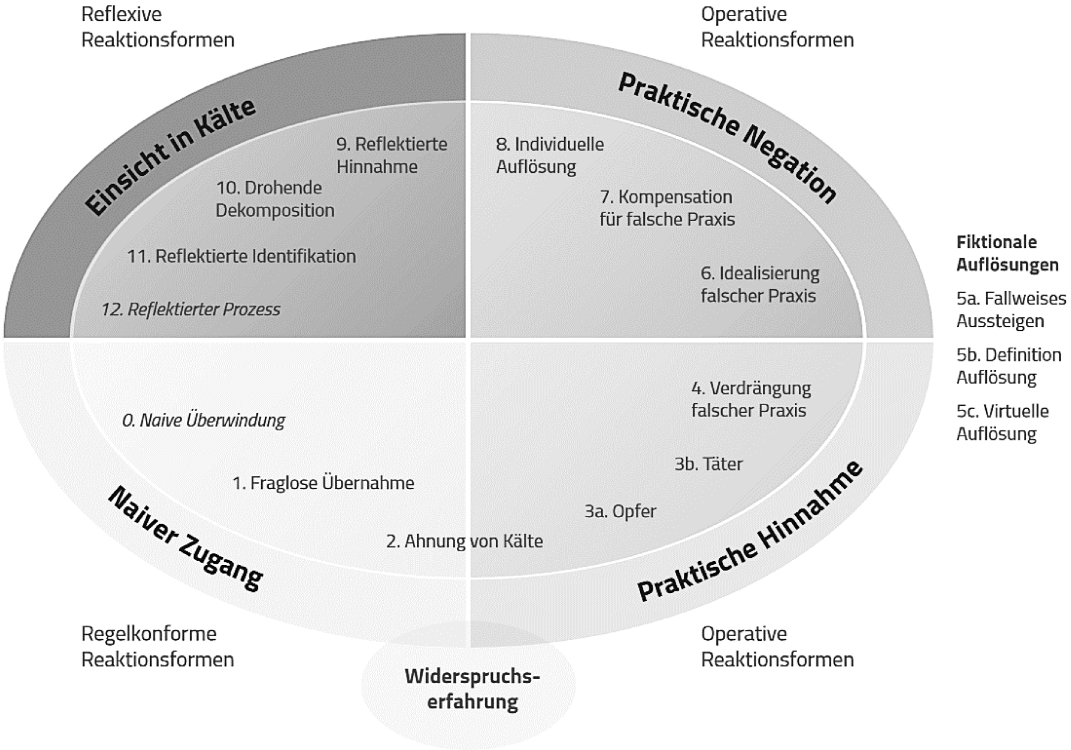


Abbildung 4: Die Kälteellipse – alle Reaktionsmuster (Kersting/Meisterernst 2020: 72)

Mit dem Fokus auf die Krankenpflege identifiziert sie verschiedene **„Reaktionsmuster auf objektiv Kälte verursachende Strukturen“** (ebd.: 209) in Form der „Kälteellipse“ (s. Abbildung 4). Unter Kälte versteht Kersting in Bezugnahme auf die Kritische Theorie die Fähigkeit, unüberwindbare gesellschaftliche Widersprüche auszuhalten. Ausgelöst wird diese zunehmende emotionale Distanzierung durch den Druck auf Pflegende und Pflegelernende, „dass sie ihr pflegerisches Handeln an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten sollen und sie sich zugleich durch knappe personelle Ressourcen, den Zeitdruck und die beschriebene Hektik im Pflegealltag gezwungen sehen, bei der Pflege zu beeilen“ (Kersting 2019: 20f.).

Für die vorliegende Untersuchung sind vor allem die Reaktionsmuster der „fraglosen Übernahme“, der „Praktischen Hinnahme“ in der „Opfer“-Rolle sowie Reaktionsformen der „Praktischen Negation“ relevant (s. Abbildung 4), denn diese Muster finden sich zumindest ansatzweise in der noch folgenden Entscheidungstypologie in Unterkapitel 7.2 wieder: Bei der fraglosen Übernahme wird die alltägliche, defizitäre Praxis als gegeben hingenommen. „Unkritisch und fraglos übernehmen [die Pflegenden] die jeweiligen Gepflogenheiten der Praxis und glauben, das, was sie im Arbeitsalltag machen, ist bereits die Verwirklichung des pflegefachlichen Anspruchs.“ (Kersting/Meisterernst 2020: 71). In der Opferrolle wird dagegen der Widerspruch zwischen Anspruch und Realität der Pflege sehr deutlich und leidvoll wahrgenommen. Allerdings wird kein Ausweg gesehen und die „Kälte“ letztlich hingenommen (Kersting 2019: 150). In den verschiedenen Strategien der Praktischen Negation (Strategie 6-8) werden über Kompromisse, flexibles „Sich-Zeit-Nehmen“ für bestimmte Patient:innen oder bewusste Priorisierung kurzfristige Auswege aus der Widerspruchserfahrung gesucht (ebd.: 170ff.). Grundsätzlich zeigt sich, dass Kerstings Definition von „Patient:innenorientierung“ und deren Erscheinungsbild in der praktischen Pflege an vielen Stellen eher unpräzise bleibt und im Sinne einer „schweren“, potenziell paternalistischen Fürsorge verstanden werden muss (vgl. zur Begriffsbestimmung ebd.: 26ff.).[84] Entsprechend können auch die identifizierten Strategien nur begrenzt auf die vorliegende Arbeit übertragen werden. Kerstings Position ist ohnehin, dass es keine der von Pflegekräften eingesetzten Strategien ermöglicht, die Spannung zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Pflege zumindest zeitweise positiv aufzulösen und damit gut zu pflegen: „Die Strategien, die Pflegende sich aneignen, um zu bestehen, haben eine Schutzfunktion, zugleich aber stabilisieren sie so die beste-

[84] „In dieser Untersuchung geht es jedoch um das Allgemeine, die Begriffe Verbindende: die Selbstverständlichkeit, dass Menschen sich in die Obhut Pflegender begeben, in ihrem Menschsein, in ihrer physischen und psychischen Integrität, respektiert und angenommen werden. Mit Hilfe das fachlichen Wissens der Pflegenden werden die Maßnahmen, einschließlich der kommunikativen Zuwendung, ergriffen, die von Bedeutung für Genesung, Gesundheitsförderung und Krankheitsverhinderung, Linderung des Leidens und das Wohnbefinden der Patienten sind.“ (Kersting 2019: 27).

henden Verhältnisse, eben weil die Pflegenden sie aushalten.“ (Kersting/Meisterernst 2020: 70).[85] Im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 8 geht diese Arbeit auf Parallelen und Differenzen der vorliegenden Theorie zu Kerstings Kälteellipse nochmals ein (s. Abschnitt 8.1.4.3).

Die bisher vorgestellten Forschungsergebnisse beziehen sich im Wesentlichen auf die stationäre Akutversorgung im Krankenhaus oder bei Tønnessen et al. (2011) auf die ambulante Pflege. Auch wenn sich die Rahmenbedingungen in Krankenhäusern und in der ambulanten Pflege in verschiedenen Aspekten von den Bedingungen der stationären Langzeitpflege unterscheiden, lassen die umfangreichen Studienergebnisse aus dem klinischen und ambulanten Pflegebereich bereits Hypothesen über Verteilungskriterien sowie Vorkommen und Auswirkungen von impliziter Rationierung in der stationären Langzeitpflege zu. Das folgende Unterkapitel stellt einzelne Studien vor, die sich spezifisch auf dieses Setting fokussieren und damit die Erkenntnisse aus dem klinischen und ambulanten Bereich erweitern oder relativieren.

4.3. Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

In den vergangenen zehn Jahren ist eine deutliche Zunahme von Forschungsarbeiten zu Verteilungsentscheidungen für den Bereich stationären der Langzeitpflege zu beobachten. Praktisch alle Studien fokussieren sich dabei auf implizite Rationierung und damit verbundene Phänomene und viele dieser Studien verfolgen einen quantitativen Ansatz. Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass inzwischen mehrere mehrfach validierte quantitative Fragebögen zu nicht (angemessen oder rechtzeitig) durchgeführten Pflegetätigkeiten existieren, für die es in einem Fall sogar eine Erweiterung für die Einrichtungen der Langzeitpflege gibt (BERNCA-NH, vgl. Zúñiga et al. 2016).

Neben einer eher groben Übersicht über Vorkommen, Rahmenbedingungen und Auswirkungen von impliziter Rationierung in der stationären Langzeitpflege auf der Basis eines zum Zeitpunkt der Literaturrecherche 2023 ersten, einschlägigen systematischen Reviews, überwiegend aus dem englischsprachigen Raum mit 17 vor allem quantitativen Studien[86] sowie 27 „informierenden Studien“ von Ludlow et al. (2021) gehe ich vertiefend auf ausgewählte Einzelstudien ein, die zum Teil im Review von Ludlow et al. (2021) ausgewertet wurden.[87] Ziel hierbei ist, aufbauend auf

[85] „Sämtliche Strategien dienen im Ergebnis der Sicherung aller Arbeitsabläufe auch unter schlechten Bedingungen.“ (Kersting/Meisterernst 2020: 71)

[86] Sieben Studien sind aus Australien und Neuseeland, vier Studien aus der Schweiz und jeweils zwei aus Norwegen, Kanada und den USA. Zehn der 17 eingeschlossenen Studien sind quantitative Studien, fünf qualitativ und zwei Mixed Methods Studien (Ludlow et al. 2021:e65).

[87] Im Review enthalten sind Dhaini et al. (2017); Knopp-Sihota et al. (2015) sowie Simmons et al. (2012).

den Erkenntnissen aus den vorangegangenen Abschnitten, spezifische Bedingungen von Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege genauer zu analysieren und damit Rückschlüsse auf die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ziehen zu können (s. Unterkapitel 8.1).

Im systematischen Review von Ludlow et al. (2021) wurden zur Erfassung von **rationierten Pflegetätigkeiten** typische Pflegeaufgaben in fünf Hauptkategorien eingeteilt (s. Tabelle 2). In 11 von 15 im Review eingeschlossenen Studien, die das Vorkommen von impliziter Rationierung vor allem mit den Fragebögen von MISSCARE und BERNCA-NH untersuchen (s. oben, Fußnote 77), wurden vor allem in den Bereichen der Mobilität, der personenzentrierten Pflege und im organisatorischen Bereich („general care process“) Pflegetätigkeiten häufig nicht durchgeführt. Im Einzelnen wurden vor allem die Inkontinenzversorgung (inklusive Toilettengänge), die Kommunikation mit Bewohner:innen und Angehörigen, Mundpflege, Beobachtung sowie Mobilisierungsmaßnahmen rationiert oder nur mit zeitlicher Verzögerung durchgeführt (ebd.: e67). Maßnahmen im Bereich der medizinischen Versorgung wie Wundpflege oder Blutzuckermessung wurden dagegen nur selten rationiert (ebd.: e67).

Personal care (n = 10)[a]	Mobility (n = 11)[a]	Person-centeredness (n = 11)[a]	Medical and health care (n = 9)[a]	General care processes (n = 11)[a]
Assistance with toileting/changing pads (n = 9)	General mobility (n = 7)	Communication with residents and family (n = 8)	Medication management (including administration and review) (n = 6)	Patient surveillance (n = 7)
Mouth care/oral hygiene (n = 7)	Assistance with walking/ambulating (n = 3)	Psychosocial/social care (n = 6)	Pain management (n = 3)	Answering residents' bells (n = 5)
Assistance with feeding or drinking (n = 6)	Assistance getting out of bed (n = 1)	Emotional support/comforting residents (n = 4)	Rehabilitation (n = 3)	Documentation (n = 4)
Bathing and showering/hygiene (n = 6)	Turning of residents in bed (n = 1)	Providing teaching and education to residents and family (n = 2)	Wound care (n = 3)	Developing or updating nursing care plans (n = 3)
Assistance with dressing/changing clothes (n = 4)			Checking vital signs (n = 2)	Handwashing (n = 1)
Hair care (n = 2)			Other medical (n = 2)	Interprofessional communication (n = 1)
Nail care (n = 2)			Nutrition (n = 1)	Preparing residents for sleep (n = 1)
Skin care (n = 2)			Monitoring blood glucose levels (n = 1)	
Shaving (n = 1)				

Note: n = number of studies reporting an aspect of care that is missed, rationed or assigned a lower priority at least some of the time.
[a]The number of studies in each of the five overarching categories is less than the number of studies in the corresponding subcategories as most studies reported more than one aspect of unfinished care.

Tabelle 2: Types of Care Missed, Rationed, or Assigned a Lower Priority (Ludlow et al. 2021: e67)

Das Review von Ludlow et al. (2021) bietet durch seine Kategorisierung von rationierten Pflegetätigkeiten sowie der darauf basierenden, studienübergreifenden Zusammenfassung von Erkenntnissen zur Rationierung in der stationären Langzeitpflege einen guten Überblick, welchen Stellen-

wert bestimmte Pflegetätigkeiten oder Kategorien in Verteilungssituationen besitzen. Durch die Form des Reviews gehen aber auch wichtige Hintergrundinformationen aus Einzelstudien verloren, die die Interpretation der Ergebnisse erleichtern und zusätzliche Erkenntnisse ermöglichen. Unter anderem lassen sich in der von Ludlow et al. (2021) einbezogenen, umfangreichen Studie von Dhaini et al. (2017) mit 3239 Pflegenden aus 162 Schweizer Langzeitpflegeeinrichtungen beispielhaft die besonders oft rationierten Pflegetätigkeiten weiter konkretisieren. Dazu wurden Pflegende mit Hilfe des BERNCA-NH-Fragebogens (Zúñiga et al. 2016) befragt, welche Pflegetätigkeiten sie in den letzten sieben Arbeitstagen nicht oder selten durchführen konnten. Dabei wurde zwischen „Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)“ und „Tätigkeiten zur Pflege, Rehabilitation und Beobachtung“ unterschieden. Implizite Rationierung bei der medizinischen Versorgung und bei administrativen Maßnahmen wurden in der Studie nicht abgefragt. 66 % der Befragten gaben an, in den letzten sieben Arbeitstagen niemals Maßnahmen im Bereich der ADL weggelassen zu haben. Einen besonders hohen Stellenwert hatten dabei die Versorgung mit Getränken und Nahrung. Bei Tätigkeiten außerhalb der ADL gaben nur 43 % der Befragten an, diese Tätigkeiten nie weggelassen zu haben. Vor allem Wartezeiten für Bewohner:innen von über 30 Minuten nach dem Toilettengang wurden möglichst vermieden. Gleichzeitig gaben die Befragten aber auch an, dass sie die Bewohner:innen häufig warten lassen (müssen), wenn diese klingeln. Ebenfalls häufig mussten die Pflegenden in den untersuchten Langzeitpflegeeinrichtungen Maßnahmen zur Aktivierung und Rehabilitation und notwendige Gespräche mit Bewohner:innen oder Angehörigen weglassen (ebd.: 4f.).

Zusammenfassend zeigt sich in der quantitativen Betrachtung der häufig rationierten Maßnahmen, dass die Befragten **vor allem zeitaufwändige Maßnahmen weglassen**, die sich auf das **Wohlbefinden** der Bewohner:innen auswirken. Eher selten werden Maßnahmen nicht durchgeführt, deren Rationierung mit höherer Wahrscheinlichkeit ein Gesundheitsrisiko für die Bewohner:innen mit sich bringt (Mangelernährung, Dekubitus oder Intertrigo durch längere Wartezeiten nach dem Toilettengang).

Das Problem der impliziten Rationierung in der Pflege scheint sich noch weiter zu verschärfen: In einer Längsschnittstudie wurden die oben dargestellten Ergebnisse von Dhaini et al. (2017) mit einer zweiten Befragung des gleichen Samples fünf Jahre später verglichen. Aus den Daten von 3269 Pflegenden verschiedener Qualifikation in 47 Schweizer Einrichtungen der Langzeitpflege konnten Renner et al. (2022) feststellen, dass in einem Zeitraum von fünf Jahren eine deutliche Zunahme von impliziter Rationierung bei allen untersuchten Tätigkeiten bei gleichzeitig sinkenden Personalressourcen zu verzeichnen ist.

Für vertiefende Erkenntnisse zur **Priorisierung** in der stationären Langzeitpflege sind qualitative Studien hilfreich: In einer qualitativen Interviewstudie von Slettebø et al. (2010) wurden sechs Ärzt:innen und sieben Pflegefachkräfte aus sechs norwegischen Pflegeheimen zu ihren Erfahrungen bezüglich möglicher Priorisierung in ihrer Arbeit befragt. Es wird deutlich, dass die Pflegenden der medizinischen Versorgung gegenüber psychosozialer Betreuung deutliche Priorität einräumen (ebd.: 536). Interessant ist die Erkenntnis aus der Studie, dass sich die befragten Ärzt:innen bei der Auswahl, welchen Bewohner:innen sie ihre Aufmerksamkeit widmen, stark auf die Einschätzung der Pflegenden verlassen. Ein Allgemeinmediziner sagt dazu: „We come in as consultants, depending on what the nurses think they need our competence for. We only see the patients that the nurses think we need to see." (ebd.: 536) Pflegende wirken also in der Studie durch ihren Einfluss auf die Ärzt:innen als **„Gate-Keeper"** und damit entscheidend auf die medizinische Versorgung und Priorisierung der Bewohner:innen ein. Auch wenn das deutsche Pflegesystem sich deutlich vom norwegischen unterscheidet, ist davon auszugehen, dass auch in Deutschland Pflege(fach)kräfte die Rolle als Gate-Keeper für externe Ärzt:innen in der stationären Langzeitpflege übernehmen – dies unterscheidet sie von Pflegenden im Krankenhaus (s. dazu Unterkapitel 2.4).

In 14 Studien im Review von Ludlow et al. (2021) wurden **Rahmenbedingungen** untersucht, die Rationierung in der stationären Langzeitpflege begünstigen. Dabei wurden vor allem die allgemeine **Personalausstattung** (n = 8), aber auch der Skill-Mix des Personals, der Zugang zu Pflegematerial sowie die Komplexität der Versorgungsbedarfe der Bewohner:innen (jeweils n = 5) als relevante Einflussfaktoren auf das Vorkommen von Rationierung identifiziert (ebd.: e68). Bei anderen Faktoren wie Alter oder Erfahrung der Beschäftigten kamen die Studien zum Teil zu uneinheitlichen Ergebnissen, was sich mit den Erkenntnissen aus dem Krankenhaussetting deckt (s. Abschnitt 4.2.3). Da Rationierung vor allem durch Zeitmangel ausgelöst wird, ist es nicht verwunderlich, dass die Personalausstattung in engem Zusammenhang mit dem Vorkommen von impliziter Rationierung steht (vgl. auch Abschnitt 3.1.6.3). Zur Bedeutung des **Skill-Mix und der Qualifikation** in Bezug auf Pflegehilfskräfte, die in der stationären Langzeitpflege in deutlich größerer Zahl eingesetzt werden als im Krankenhaus,[88] konnten Knopp-Sihota et al. (2015) in einer quantitativen Studie mit 583 un- oder angelernten **Pflegehelfer:innen** in 36 kanadischen Pflegeheimen feststellen, dass sich diese vor allem bei eher zeitaufwändigen Pflegetätigkeiten im direkten Kontakt mit Bewohner:innen (v. a. Gesprächen mit Bewohner:innen, Ankleiden,

[88] In Deutschland ist die Zahl der Hilfskräfte in der stationären Langzeitpflege durch die Fachkraftquote von 50 % (noch) begrenzt. In Kanada übernehmen Pflegehilfskräfte 70-80 % der direkten Versorgung der Bewohner:innen (Knopp-Sihota 2015: 2816).

Toilettengängen und dem Anreichen von Nahrung) sehr häufig gehetzt fühlen. 75 % der Befragten gaben an, in der letzten Schicht mindestens eine der abgefragten Pflegetätigkeiten aus Zeitmangel nicht durchgeführt zu haben. Besonders oft wurden Gespräche mit Bewohner:innen, Spaziergänge, sowie Nagel- und Mundpflege weggelassen, eher selten das Ankleiden und Anreichen von Nahrung (ebd.: 2818). Knopp-Sihota et al. (2015) zeigen – allerdings nur für Kanada – , dass Pflegehelfer:innen täglich notwendige Tätigkeiten wie das Ankleiden und die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme selten rationieren, sich bei der Durchführung aber oft gehetzt fühlen. Um den ständigen Zeitmangel zu kompensieren, lassen sie Tätigkeiten weg, die sie als eher nicht existenziell bewerten. Dazu gehören vor allem psychosoziale Unterstützung und Aktivierung, aber auch Nagel- und Mundpflege. Rationierung in diesen Bereichen schränkt die Lebensqualität der Bewohner:innen ein und kann zu ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Entsprechend problematisch ist es, wenn un- oder angelernte Hilfskräfte Entscheidungen dieser Tragweite treffen müssen.

Auch, wenn es zum Einfluss der **Berufserfahrung** von Pflegenden auf implizite Rationierung nach Ludlow et al. (2021) bisher keine aussagekräftigen (quantitativen) Ergebnisse gibt, zeigt eine qualitative Interviewstudie von Woock et al. (2021) mit 14 Pflegeleitungen und Pflegefachkräften in vier Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland, dass mangelnde Fachkenntnis und Berufserfahrung nicht nur zu Unsicherheit, sondern zu vermehrten **unnötigen Einweisungen von Bewohner:innen ins Krankenhaus** führt: Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass neben den relativ klaren medizinischen Indikationen „Sturz“ und „Atemnot“ auch das Anlegen oder der Wechsel eines Dauerkatheters bei männlichen Bewohnern häufig als Indikation für eine Krankenhauseinweisung genannt wird. Diese medizinische Maßnahme fällt allerdings zumindest im Normalfall in die rechtliche Verantwortung von Pflegefachkräften. Entsprechend identifizieren die Forschenden „sekundäre, verdeckte“ Einweisungsgründe in Form von Vermeidung möglicher haftungsrechtlicher Implikationen, Einweisung aufgrund mangelnder Erfahrung und Einweisung aufgrund mangelnder Ressourcen. Zentral ist das Phänomen der **Unsicherheit** bei den Befragten, sowohl in fachlicher Hinsicht, aber vor allem aus der Angst heraus, haftungsrechtlich relevante Fehler zu machen. Entsprechend initiieren vor allem unerfahrene Pflegefach- und Leitungskräfte eher schnell eine Einweisung ins Krankenhaus (vgl. Woock et al. 2021). Ähnliche Ergebnisse zu unnötigen Krankenhauseinweisungen finden sich auch bei der weiter oben vorgestellten Studie von Slettebø et al. (2010) für Norwegen: Dort erfolgen die Einweisungen aufgrund von fehlendem (qualifizierten) Pflegepersonal und mangelnder ärztlicher Versorgung in der stationären Langzeitpflege – auch hier werden Bewohner:innen also ins Krankenhaus eingewiesen, weil entweder zu wenig Zeit oder eine große fachliche Unsicherheit beim Pflegepersonal besteht

(ebd.: 536). Dies steht im Widerspruch zur ebenfalls in der Studie von Slettebø et al. (2010) festgestellten Gatekeeper-Funktion von Pflegefachkräften in der stationären Langzeitpflege – sie haben sowohl die Möglichkeit als auch die rechtliche Verantwortung für wichtige medizinische Verteilungsentscheidungen, fühlen sich aber durch ihre mangelnde Erfahrung und die restriktiven Rahmenbedingungen oft nicht in der Lage, diese Entscheidungen angemessen zu treffen.

Wie schon für das Krankenhaus nachgewiesen, gibt es bestimmte Gruppen, bei denen implizite Rationierung besonders oft festgestellt werden kann. Während für das klinische Setting häufig das Alter, aber auch andere **stigmatisierende Merkmale** der Patient:innen als Rationierungsgrund festgestellt werden, scheint in der stationären Langzeitpflege vor allem der **Zeitaufwand für die Pflege** einen wichtigen Einfluss zu haben: In einer Studie von Simmons et al. (2012) wurden 169 Bewohner:innen aus vier Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in den USA über 12 Wochen bei der Morgenpflege beobachtet. Unter anderem konnte festgestellt werden, dass Bewohner:innen mit hoher körperlicher Abhängigkeit, bei denen die Versorgung durch zwei Pflegepersonen erforderlich ist, besonders häufig weder angekleidet noch aus dem Bett mobilisiert wurden. Es fand dort auch keine ausreichende Inkontinenzversorgung statt („no care“, ebd.: 158). Bei körperlich stark eingeschränkten Bewohner:innen ist der zeitliche Versorgungsaufwand bei der Morgenpflege besonders hoch, so dass das Weglassen der beschriebenen Pflegetätigkeiten aus der Perspektive der Pflegenden (hier vor allem Pflegehilfskräfte) viel Zeit „spart“ – mit absehbaren physischen und psychischen Schäden für die betroffenen Bewohner:innen.

Zu den **Auswirkungen** von Rationierung gibt es für den Bereich der stationären Langzeitpflege bisher wenig aussagekräftige Studien: Bezüglich der Bewohner:innen-Outcomes konnte lediglich in der Studie von Nelson/Flynn (2015) mit 340 Pflegefachkräften („Registered Nurses“) in 63 amerikanischen Pflegeheimen ein Zusammenhang festgestellt werden, dass Harnwegsinfekte bei den Bewohner:innen besonders häufig vorkamen, wenn gleichzeitig Medikamente öfter zu spät verabreicht oder die Patient:innenbeobachtung weggelassen wurde (ebd.: 128). Auch wenn die Studie methodisch valide scheint, sind die Ergebnisse wenig aussagekräftig und relevant für die vorliegende Untersuchung.

Für das Pflegenden-Outcome stellen Dhaini et al. (2017) signifikante Zusammenhänge zwischen häufiger impliziter Rationierung und verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Pflegenden fest, dabei vor allem Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Kopfschmerzen und emotionale Erschöpfung. Sie schlussfolgern daraus, dass Pflegende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage oder bereit sind, Pflegetätigkeiten in vollem Umfang durchzuführen, und daher rationieren (ebd.). Diese einseitige Sicht auf Rationierung als Folge von individuellen

Defiziten der Pflegenden, die die Überlastung Pflegender infolge Personalmangels und Arbeitsverdichtung ausblendet, muss kritisch beurteilt werden.

4.4. Zusammenfassung

Die empirische Forschung zu verschiedenen Aspekten und Phänomenen von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen hat ihren Schwerpunkt im Bereich der ärztlichen Tätigkeiten – so gibt es bestimmte medizinische Aufgabengebiete, in denen Ressourcenknappheit strukturell bedingt ist und eine Auseinandersetzung mit Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und ethisch rechtfertigbarerer Rationierung nahe liegt. Entsprechend existieren für diese Bereiche inzwischen offizielle Triage-Systeme und Verteilungsrichtlinien, die fortlaufend gesellschaftlich diskutiert, überprüft und überarbeitet werden (u.a. die Manchester-Triage; Knoll/Kellerer 2022). Bei zunehmender, im Wesentlich politisch konsentierter Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen (Fuchs 2011) rückt aber auch für die medizinischen Arbeitsgebiete ein Rationierungszwang in den Fokus der Forschung. Da offizielle Vorgaben zu Verteilung und Rationierung fehlen, wird die Verantwortung für Rationierungsentscheidungen in Form von **Bedside Rationing** auf die Mikroebene der direkten Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen verschoben (s. u.a. Hurst et al. 2006). Dies führt neben Verdrängungsphänomenen (Ward et al. 2008) zu einer emotionalen Belastung für die Ärzt:innen, aber auch zu Stigmatisierung und Vernachlässigung von Patient:innen sowie einem Vertrauensverlust (u.a. Schleger/Reiter-Theil 2007). Dabei zeigen Forschungen zur **Mitbestimmung** von Patient:innen bei Therapieentscheidungen (Thompson 2007), dass diese durchaus Interesse daran haben, die Entscheidungsverantwortung mehr oder weniger vollständig an die Ärzt:innen abzugeben – unter der Voraussetzung, dass sie diesen vertrauen. Der Einbezug der Wünsche der Patient:innen, auch bei kognitiven Einschränkungen, muss somit nicht zwangsläufig eine Zusatzbelastung darstellen, sondern stärkt vielmehr die Selbstverantwortung (und Compliance) der Patient:innen und trägt zu einer weniger paternalistisch geprägten Grundhaltung der Medizin bei.

Auch für die Pflege gibt es inzwischen zahlreiche Studien und Forschungsinstrumente, die nachweisen können, dass Verteilungsentscheidungen und im Besonderen das Phänomen des Bedside Rationing zum pflegerischen Alltag gehören. Bisher konzentriert sich die Pflegeforschung auf das **Setting des Krankenhauses** (s. Unterkapitel 4.2) und kann dort nachweisen, dass vor allem zeitaufwändige Aufgaben, allen voran Gespräche und Aktivierung von Patient:innen, aber auch Aufgaben im Bereich der Dokumentation, regelmäßig nicht oder nicht vollständig oder fachgerecht durchgeführt werden (u.a. Suhonen et al. 2018). Oft werden auch krankenhaustypische, eher funktionale und patient:innenferne **Routineaufgaben** vor der direkten und individuellen Versor-

gung und Betreuung der Patient:innen priorisiert – zum Teil unbewusst, aber auch bewusst, um die Stabilität der Abläufe sicherzustellen (Mantovan et al. 2020). Wie auch bei der impliziten Rationierung durch Ärzt:innen besteht in der Pflege die Gefahr, dass problematische Rationierungskriterien wie das Alter die Entscheidungen der Pflegenden beeinflussen (s. Abschnitt 4.2.2). Neben Verteilungskriterien existieren inzwischen mehrere Studien zu den **Auswirkungen** von impliziter Rationierung in der Pflege (u.a. Kalánková et al. 2020a). Sie beeinflusst sowohl die psychische und physische Gesundheit der Pflegenden, als auch das Wohlbefinden und die Gesundheit der Patient:innen in erheblichem Ausmaß (s. Abschnitt 4.2.6).

Unbestritten ist, dass implizite Rationierung in der Pflege vor allem durch **Zeit- und Personalmangel** ausgelöst wird (Chiappinotto et al. 2022). Zu anderen Einflussfaktoren wie der Berufserfahrung der Pflegenden oder dem Skill Mix auf der Station sind die Erkenntnisse bisher eher uneindeutig. Klarer scheint die Studienlage dazu, dass Intuition ein wichtiger Faktor für die Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Pflegenden ist (Melin-Johansson et al. 2017). Sie ermöglicht schnelle und ganzheitliche Erfassung von Situationen, ist aber gleichzeitig anfällig für Fehler und muss durch bewusste Reflexion während oder nach der Entscheidungssituation ergänzt werden (s. Abschnitte 4.2.3 und 3.2.4).

Während inzwischen mehrere qualitative und quantitative Forschungsergebnisse existieren, die zeigen, dass Emotionen und Intuition einen positiven Beitrag bei pflegerischen Entscheidungen leisten, ist zum Erleben des Entscheidungsprozesses und der dabei wirksamen mentalen Prozesse, auf das auch die vorliegende Arbeit abzielt, bisher wenig bekannt. Die qualitative Studie von Dunger et al. (2019) arbeitet das Phänomen der Gleichzeitigkeit heraus. Es wirkt sich einerseits im Prozess der klinischen Entscheidungsfindung als Auswahl der adäquaten Maßnahmen unter Zeitdruck und einer Vielzahl von Informationen aus. Eine sogar **doppelte Gleichzeitigkeit** stellen die Autor:innen andererseits auch im Sinne von Verteilungsentscheidungen fest: Pflegende müssen in Notfallsituationen die Ansprüche einer einzelnen Person mit akutem Hilfebedarf gegen die Ansprüche vieler anderer, ebenfalls existenziell abhängiger Personen abwägen. Zusätzlich müssen sie eine Balance zwischen ökonomischen Erwägungen und der Berücksichtigung der individuellen Bedarfe aller Patient:innen aufrechterhalten (s. Abschnitt 4.2.5). Es ist zu fragen, inwieweit sich dieses Phänomen auch für die vorliegende Untersuchung im Setting der stationären Langzeitpflege feststellen lässt.

Ebenfalls das Erleben von und den Umgang mit den zahlreichen, oft widersprüchlichen Anforderungen des Pflegeberufs behandelt die Studie von Kersting (2019): Sie identifiziert das **Reaktionsmuster der „Kälteellipse“**, in der Pflegende den ständigen Zwang zur Abwägung und oft auch Vernachlässigung erlebter Ansprüche der Patient:innen, ihres professionellen Selbstver-

ständnisses, ihrer Selbstsorgebedürfnisse und der restriktiven Vorgaben des Krankenhauses durch ein allmähliches „Erkalten“ auflösen. Die Reaktion führt über mehrere Schritte letztlich entweder zu einer Hinnahme und Kompensation der als falschen erlebten Praxis oder zu einem bewussten oder durch Erkrankung erzwungenen Ausstieg aus der Situation (s. Abschnitt 4.2.6.2). Trotz verschiedener Kritikpunkte an der Studie finden sich verschiedene Aspekte der Reaktion auf zunehmende Verknappung und widersprüchliche Anforderungen der Pflegepraxis auch in der vorliegenden Arbeit wieder.

Für den **Bereich der stationären Langzeitpflege** gibt es bisher nur einzelne Studien, die sich spezifisch mit Verteilungsentscheidungen in diesem Setting auseinandersetzen. Es lassen sich deutliche Parallelen zu den Studien erkennen, die in Krankenhäusern durchgeführt wurden. Allerdings zeigt sich eine etwas andere Betrachtung der üblichen Tätigkeiten mit größerem Schwerpunkt auf die Maßnahmen im Bereich der ADL wie Aktivierung, Ernährung und Unterstützung bei der Morgentoilette. Medizinische Aufgaben haben auch in der stationären Langzeitpflege eine besonders hohe Priorität, allerdings auf gleichem Niveau wie Positionierung und Mobilisierung oder Haarpflege (Ludlow et al. 2021).

Ebenfalls ein besonderes Phänomen in der stationären Langzeitpflege ist die einflussreiche **Gatekeeper-Funktion** von Pflegenden für den Zugang zu Ärzt:innen und medizinischen Ressourcen – jedoch fühlen sich viele Pflegende durch Zeitdruck und fehlende Berufserfahrung überfordert, diese Rolle qualifiziert zu übernehmen. Sie weisen Bewohner:innen auch ins Krankenhaus ein, wenn sie in der Lage und in der Verantwortung sein müssten, die Situation vor Ort zu lösen (Slettebø et al. 2010).

Auch **Pflegehilfskräfte** spielen eine deutlich größere Rolle in der Langzeitpflege – auch sie treffen täglich Rationierungsentscheidungen, allerdings vornehmlich mit dem Blick auf eine mögliche Zeitersparnis durch Weglassen von zeitaufwändigen Pflegemaßnahmen. Dabei ist anzunehmen, dass sie ohne die erforderliche Qualifikation nicht zuverlässig einschätzen können, welche Folgen diese implizite Rationierung haben könnte. Der ständige Zeitdruck scheint auch übergeordnet darauf zu wirken, dass Bewohner:innen mit hohem Unterstützungs- und damit Zeitbedarf verstärkt von Rationierung betroffen sind und zum Teil gar nicht pflegerisch versorgt werden (Knopp-Sihota et al. 2015; „no care“, Simmons et al. 2012).

Auch wenn vor allem in den vergangenen Jahren mehrere Studien zu (Verteilungs-)Entscheidungen in der stationäre Langzeitpflege durchgeführt wurden und sich daraus wichtige Erkenntnisse zu settingspezifischen Aspekten ableiten lassen, gibt es noch zahlreiche **Forschungslücken**: Neben der bisher unzureichenden Forschung zur Wirkung von impliziter Rationierung auf verschiedene Outcome-Parameter bemängeln Ludlow et al. (2021) die Unschärfe bei der Begriffs-

definition in Forschungsarbeiten zu Phänomenen der impliziten Rationierung (s. hierzu auch Abschnitt 4.2.1). Sie sehen außerdem Forschungsdesiderate vor allem zur Perspektive der Bewohner:innen und Angehörigen zu Rationierungsphänomenen sowie zu Verteilungs- und Priorisierungsstrategien von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung (ebd.: e69f.). Ebenfalls fehlen bisher qualitative Forschungsarbeiten, in denen ähnlich oder analog zu Dunger et al. (2019) das Erleben beruflich Pflegender von Verteilungsentscheidungen für das Setting der stationären Langzeitpflege untersucht wird. Vor allem das Verteilungserleben als auch Verteilungsstrategien untersucht die vorliegende Arbeit vertieft mit einem qualitativen Ansatz und leistet damit ein Beitrag zum Schließen der genannten Forschungslücken (s. auch Unterkapitel 8.1).
Das folgende Kapitel beschreibt theoretische Grundlagen sowie Begründung und Umsetzungsschritte des methodischen Vorgehens, das für die Erhebung und Auswertung der empirischen Daten der vorliegenden Untersuchung gewählt wurde.

5. Methodisches Vorgehen

5.1. Forschungsethische Aspekte

In der empirischen Forschung müssen neben methodischen Fragen in allen Phasen der Untersuchung auch forschungsethische Grundsätze berücksichtigt werden. Der Forschungsprozess der vorliegenden Untersuchung orientiert sich an den Begutachtungskriterien der Ethikkommission der Universität Bremen (2023) sowie dem Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften (2016) und den Ausführungen von Schnell/Dunger (2018).

5.1.1. Forschungsplanung

Schon zu Beginn der Forschungsplanung geht es darum, Relevanz und Ziele der Forschungsfrage, Untersuchungspersonen, Methoden, Unabhängigkeit der geplanten Forschung oder mögliche Interessenkonflikte darzulegen und zu begründen sowie einen plausiblen Zeitplan zu erstellen (Ethikkommission der Universität Bremen 2023). Ebenfalls wird der Nachweis einer grundsätzlichen Fachkompetenz sowie spezifisches Vorwissen der Forschenden zum geplanten Forschungsthema als Voraussetzung für die seriöse Bearbeitung der Fragestellung verlangt. Für die vorliegende Arbeit erfolgte dies vor allem über die Vorstellung und Prüfung des Exposés der geplanten Untersuchung 2015 vor dem Promotionsausschuss der Universität Bremen sowie durch eine kontinuierliche forschungsbegleitende Reflexion im Austausch mit anderen Forscher:innen unter anderem im Rahmen des Doktorand:innenkolloquiums sowie der qualitativen Forschungswerkstatt der Universität Bremen.

Im Zentrum aller Maßnahmen zur Sicherstellung forschungsethischer Grundsätze steht der Schutz und die Sicherheit der Untersuchungspersonen.[89] Aus den oben genannten Quellen lassen sich als Grundprinzipen der empirischen Forschung die Umsetzung von Information und Einwilligung (informed consent), die Einschätzung und Berücksichtigung der Verletzbarkeit der Teilnehmenden, konkrete Schutzmaßnahmen vor, während und nach der Untersuchung sowie der rechtskonforme und verantwortungsvolle Umgang mit Datenmaterial sowohl in der Erhebungsphase als auch bei späteren Veröffentlichungen zusammenfassen.

Für die vorliegende Untersuchung wurden Pflegefach- und Hilfskräfte sowie Pflegedienstleitungen zu herausfordernden Entscheidungssituationen in ihrer beruflichen Praxis befragt. Bei dieser Gruppe handelt es sich nicht um einen besonders vulnerablen Personenkreis.[90] Aus diesem Grund war ein Votum der Ethikkommission der Universität Bremen nicht zwingend erforderlich. Die oben genannten Grundprinzipien zum Schutz von Untersuchungspersonen gelten für die Gruppe der Befragungsteilnehmer:innen natürlich auch. Die folgenden Abschnitte legen daher in der Beschreibung von Erhebung und Auswertung im Einzelnen dar, welche Maßnahmen in dieser Hinsicht ergriffen wurden.

5.1.2. Datenerhebung

Auch wenn die interviewten Personen selbst nicht als vulnerabel im Sinne der DGP (2016) gelten, berichten sie in Interviews über pflegebedürftige und damit grundsätzlich vulnerable Personen, problematische Situationen im beruflichen Kontext sowie in manchen Fällen über eigenes und fremdes Fehlverhalten. Eine Veröffentlichung dieser sensiblen Daten könnte schwerwiegende nachteilige Auswirkungen für die Interviewten, in den Erzählungen Erwähnten sowie Einrichtungen haben („Ethische Prognose“, Schnell/Dunger 2018: 33). Daher habe ich im Vorfeld der Akquise von möglichen Interviewpartner:innen eine Erklärung erstellt, in der ich über Thema, Ziele, Methoden, Umgang mit Datenmaterial, Möglichkeit der Zurücknahme der Einwilligung sowie Veröffentlichungspläne informiere (s. Anhang 5). Viele der späteren Interviewpartner:innen hatten im ersten E-Mail-Kontakt bereits über den Informationsflyer (s. Anhang 4), den ich über Gruppen und Gatekeeper wie mein Doktorand:innenkolloquium, Bekannte oder mein berufliches Umfeld digital und als Ausdruck weitergegeben habe, allgemeine Angaben zum Thema und Forschungsinteresse der Untersuchung erhalten. Vor allen Interviews fand mindestens

[89] „Übergreifende Ziele sind der Schutz der Würde, der Rechte, der Sicherheit und des Wohlergehens aller tatsächlichen oder potentiellen Teilnehmenden an Forschungsprojekten“ (DGP 2016)

[90] „Als vulnerabel sind Personen zu bezeichnen, deren Selbstbestimmtheit durch besondere Lebensumstände, ihre gesundheitliche Situation, ihr Alter, ihre kognitiven Möglichkeiten leicht eingeschränkt werden könnte oder bereits eingeschränkt ist.“ (DGP 2016)

ein Telefonkontakt statt, in dem ich sowohl erste Fragen zu Inhalt und Ablauf, aber auch zum Umgang mit den Interviewdaten beantworten konnte.

Alle Interviewpartner:innen haben sich freiwillig zu den Interviews bereit erklärt, wurden beim persönlichen Treffen für das Interview im Sinne des „Informed Consent“ (Schnell/Dunger 2018: 30f.) vor Interviewbeginn schriftlich und zusätzlich mündlich ausführlich über mein Vorgehen aufgeklärt und haben nach den Interviews ihre schriftliche Einwilligung zur Bearbeitung und späteren Veröffentlichung der anonymisierten Interviewdaten erteilt. Die Interviewten hatten jederzeit vor, während und nach dem Interview die Möglichkeit, Fragen zu stellen und ihre Einwilligung zu widerrufen.

Zusätzlich dazu habe ich ebenfalls vor dem Interview in einem Datenblatt verschiedene persönliche, für die Auswertung möglicherweise relevante Daten der Interviewpersonen erfasst (u. a. aktueller Beruf, Berufserfahrung, Qualifikation, Alter, s. Anhang 7). Das Datenblatt wurde mit einem Buchstaben-Code versehen. Der Code diente später zur Zuordnung zu den anonymisierten Interviewdaten. Diese Verknüpfung wurde vor der Veröffentlichung aufgehoben. Die Datenblätter mit der Zuordnung der Codes zum Klarnamen, gegebenenfalls mit Kontaktdaten – falls die Interviewperson eine Version der fertigen Arbeit erhalten wollte – habe ich verschlossen separat aufbewahrt und werde sie entsprechend der Informationen in der Einwilligungserklärung nach Veröffentlichung der Arbeit vernichten.

Zur Sicherheit der Interviewpartner:innen gehört aus forschungsethischer Sicht auch die Gestaltung der Rahmenbedingungen des Interviews, vor allem bei emotional eventuell aufwühlenden Themen (Schnell/Dunger 2018: 55ff.). Da nicht ausgeschlossen war, dass in den Interviews auch für die Interviewten problematische Situationen geschildert werden würden, war mir eine ruhige und angenehme Interviewatmosphäre sehr wichtig, in der auch ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte. Die ersten sechs Interviews habe ich auf Vorschlag der Interviewpartner:innen in den Pflegeeinrichtungen geführt, in denen sie arbeiten. Es stellte sich heraus, dass dies für eine sehr unruhige Atmosphäre mit vielen Unterbrechungen sorgte. Daher habe ich mit Einverständnis der Interviewpartner:innen alle weiteren Interviews entweder bei mir oder bei ihnen zu Hause geführt (s. Abschnitt 5.4.2.4).

5.1.3. Datenauswertung

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufzeichnungsgerät im MP3-Format aufgenommen. Die ersten drei Interviews habe ich selbst transkribiert, um sowohl die Transkriptionskonventionen festzulegen als auch, um mich intensiv mit dem Datenmaterial auseinanderzusetzen und dabei auch meine Fragetechnik und Modulation kritisch zu reflektieren. Die weiteren Interviews habe

ich dann durch ein Transkriptionsbüro[91] verschriftlichen lassen, das im Vorfeld eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben hat. Die fertigen Transkripte wurden mir per E-Mail verschlüsselt zugesandt. Ich habe sie auf ihre Qualität hin überprüft, bei Bedarf korrigiert und alle personenbezogenen Daten u. a. zu den Interviewten, den im Interview beschriebenen Personen und Einrichtungen anonymisiert oder durch die Zuordnung eines Codes pseudonymisiert. An zwei Stellen habe ich längere Interviewpassagen aus der Arbeit ausgeschlossen, da auch bei stärkerer Anonymisierung ein Rückschluss auf die dort erwähnten Personen möglich gewesen wäre. Anschließend haben sowohl das Transkriptionsbüro als auch ich selbst die originalen Audiodateien gelöscht.

In der vorliegenden Arbeit werden zum Schutz der personenbezogenen Daten die Aussagen der Interviewpersonen bei Bedarf systematisch verändert, um eine Zuordnung zu konkreten Personen oder Einrichtungen zu verhindern. Zudem wird hier auf Belegangaben für Zitate der Interviewpersonen verzichtet.

Da der Interviewleitfaden auf die ausführliche Beschreibung von Situationen unter hohem Handlungsdruck abzielte, bestand die Möglichkeit, dass mir Interviewpartner:innen von (straf-)rechtlich relevanten Handlungen berichten. In diesem Fall hätte ich nach Rücksprache mit meiner Betreuerin Ingrid Darmann-Finck unter Umständen meine Schweigepflicht brechen müssen. Allerdings wurde m. E. in keinem der Interviews über solche Rechtsverletzungen berichtet, sodass es mir gegenüber meinen Interviewpartner:innen möglich war, während und nach den Erhebungen ein hohes Maß an Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln.

5.2. Grounded Theory Methodologie

Auf der Grundlage der in der Einleitung beschriebenen theoretischen Vorarbeiten und Vorannahmen (s. Unterkapitel 1.1) habe ich zur Untersuchung meiner Forschungsfragen einen qualitativen, empirischen Zugang gewählt. Ziel dabei ist, Verteilungsentscheidungen als ein subjektiv erlebbares und erlebtes Phänomen im beruflichen Alltag von professionell Pflegenden in der stationären Langzeitpflege zu beschreiben und mögliche Deutungs- und Handlungsmuster, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dieser Entscheidungen herauszuarbeiten. Methodisch folgt die vorliegende Arbeit bei Planung, Datenerhebung sowie Auswertung der Grounded Theory Methodologie (GTM) nach Strauss/Corbin (u. a. 1996).

Die GTM ist eine qualitative Forschungsmethode, die erstmals von den Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss in den 1960er Jahren vorgestellt wurde (Glaser/Strauss 2017

[91] Transkriptionsbüro: MeinTranskript.de, Rotterdam, gewählte Transkriptionstiefe: Einfache Regeln (wissenschaftlich).

[1967]). Sie ist darauf ausgerichtet, Theorien mittlerer Reichweite auf der Grundlage von empirischen Daten zu generieren und wurde in der Folgezeit von zahlreichen Forscher:innen angewandt und weiterentwickelt. Entsprechend gibt es inzwischen zahlreiche, durchaus in der Umsetzung und in den zugrundeliegenden Annahmen verschiedene, methodische Varianten der GTM (Mey/Mruck 2011: 16ff.).

5.2.1. Grundannahmen

Neben vielen Unterschieden gibt es einige Grundannahmen aller GTM-Ansätze, die gleichzeitig als normative Gütekriterien jeder Forschung auf Basis der Grounded Theory Methodologie verstanden werden können (Flick 2020). Gemeinsam ist allen GTM-Ansätzen, dass sie im Sinne qualitativer Forschung keinem zuvor festgelegten, linearen Forschungsplan folgen, sondern sowohl bei der Fallauswahl und Datenerhebung, als auch in der Datenauswertung „einen ständigen Wechsel zwischen Handeln (Datenerhebung) und Reflexion (Datenanalyse und Theoriebildung)“ erfordern (Mey/Mruck 2011: 23). Dabei verfolgt dieses **flexible, iterative Vorgehen** das Ziel, durch ständige Vergleiche, vertiefte Analyse und vor allem durch das Kodieren als zentralem Element der GTM sowie durch das Anlegen von Analyseheuristiken an das Datenmaterial über eine reine Beschreibung der Daten hinaus tieferliegende Muster und Zusammenhänge herauszuarbeiten. Dieser Prozess setzt sich so lange fort, bis eine „Grounded Theory“ entwickelt wurde, die alle relevanten Kategorien und Konzepte umfasst. So erlaubt es GTM als Forschungsstil „Forschenden, in einer Studie systematisch und regelgeleitet eine Theorie für ein sie interessierendes Untersuchungsfeld zu entwickeln und dabei ganz in der Logik qualitativer Forschung gemäß dem Prinzip der Offenheit gegenstands- und fragestellungsangemessen vorzugehen“ (Mey/Mruck 2009: 147).

Wichtiges Instrument für diese Konzeptualisierung und Verdichtung des Datenmaterials, aber auch als Anlass und Motivation für den Forschungsprozess im Ganzen, sind die Erfahrungen und das **theoretische und praktische Vorwissen der Forschenden**. Die Bedeutung und der substanzielle Einfluss des Vorwissens auf den Forschungsprozess und damit letztlich auf die entwickelte Theorie ist einer der wichtigsten Punkte, bei denen sich die schon angesprochenen GTM-Strömungen unterscheiden: Glaser (2011) postuliert die essenzielle Bedeutung der Analyse der Daten „so wie sie sind“ (ebd.: 140, auch „emergence“, vgl. Kelle 2011: 235ff.). Das Hinzuziehen von theoretischer Literatur erachtete Glaser erst nach der Entwicklung einer ersten konsistenten Theoriestruktur als sinnvoll, um die empirische Theorieentwicklung nicht durch eine eingeschränkte oder einseitige theoretische Perspektive negativ zu beeinflussen („forcing“, ebd.: 140). Strauss/Corbin (u. a. 1996) sehen dagegen den – selbstkritischen und reflektierten – Einbezug von

Vorwissen und Erfahrungen im Forschungsprozess im Sinne der „theoretischen Sensibilität" (Strauss/Corbin 1996: 25) als Quelle und Antrieb der Theoriebildung:

> „Theoretische Sensibilität bezieht sich auf die Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen, die Fähigkeit zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen. […] Erst die theoretische Sensibilität erlaubt es, eine gegenstandsverankerte, konzeptuell dichte und gut integrierte Theorie zu entwickeln – und zwar schneller, als wenn diese Sensibilität fehlt." (ebd.)[92]

Auch, wenn immer die Daten im Vordergrund stehen sollen und aus ihnen heraus die Theorie entwickelt wird, lenkt das Vorwissen nach Strauss/Corbin (1996) im gesamten Forschungsprozess die Perspektive der Forschenden und muss daher zwingend expliziert und reflektiert werden. In der kritischen Selbstreflexion der Forschenden während des gesamten Forschungsprozesses können die eigenen persönlichen und wissenschaftlichen Vorannahmen so als offene, sensibilisierende Konzepte zu einer vertieften Auseinandersetzung und damit einem besseren Verständnis der untersuchten Phänomene beitragen (Kelle/Kluge 2010: 28ff.). Unter anderem auf Grund des m. E. angemesseneren Stellenwerts und entsprechenden Einbezugs von theoretischem Vorwissen im Sinne der theoretischen Sensibilität orientiert sich die vorliegende Arbeit im Wesentlichen am GTM-Verfahren von Strauss/Corbin (1996), das dieser und die zwei folgenden Abschnitte näher beschreiben.

Um den kreativen und flexibel strukturierten Forschungsprozess zusammen mit den dabei einfließenden Vorannahmen transparent zu machen, gilt bei allen GTM-Ausrichtungen das kontinuierliche **Schreiben von Memos** als unverzichtbarer Teil des Forschungsprozesses. Neben Transparenz und Explikation der sonst oft unbewussten Entscheidungsgrundlagen dienen Memos vor allem der ständigen Reflexion und Abstraktion der (Zwischen-)Ergebnisse und Auswertungsschritte und tragen damit wesentlich zur Qualität der Theorie bei, die am Ende des Forschungsprozesses steht (vgl. Mey/Mruck 2011: 26; Strauss/Corbin 1996: 169ff.; zu Qualitätskriterien auch ebd.: 214ff.).

Während viele der Grundannahmen der GTM alle Schritte des Forschungsprozesses betreffen, bezieht sich das **„Theoretical Sampling"** (Strauss/Corbin 1996: 87) spezifisch auf die Fallauswahl und den Erhebungsprozess. Während bei der quantitativen Forschung die Fallauswahl auf statistischen Vorüberlegungen und -entscheidungen beruht, lässt sich gemäß GTM zu Beginn des Forschungsprozesses nicht vorhersagen, wie viele und welche Daten erforderlich sind, um eine theoretische Sättigung zu erreichen. Vielmehr erfolgt die Datenerhebung in einem ständigen Wechsel von Erhebung, erster, offener Kodierung des Materials, Vergleich mit anderen bereits

[92] Zu dieser Diskussion vgl. auch Kelle 2011.

erhobenen Daten und auf dieser Grundlage Planung der nächsten Erhebungsphase und schließlich der Übergang zum axialen Kodieren, wie im folgenden Abschnitt beschrieben. Während zu Beginn der Erhebung das Ziel eher auf der Generierung einer breiten Datenbasis durch Variation der Interviewpartner:innen, Settings etc. liegt, geht es mit zunehmender Verdichtung der Daten zu einer konsistenten Theorie darum, gezielt Fälle zu finden, die die entstehende Theorie unterstützen, verfeinern oder in Frage stellen können (vgl. Mey/Mruck 2011: 28f.; Strauss/Corbin 1996: 87; 148ff.).

5.2.2. Kodier-Verfahren nach Strauss und Corbin

Allen GTM-Strömungen ist gemeinsam, dass das Kodieren der Daten in mehreren Phasen erfolgt, die sich im Sinne des iterativen Vorgehens immer wieder mit Phasen der Datenerhebung und Vertiefung des Theoriewissens abwechseln. Die Kodierschritte führen zu einer immer stärkeren Abstraktion und Fokussierung der Ergebnisse bis hin zu einer Grounded Theory. Die vorliegende Untersuchung nutzt das Kodier-Verfahren nach Strauss/Corbin (1996) mit den weiteren Ausführungen nach Mey/Mruck (2011). Erster Schritt nach der ersten Datenerhebung ist hierbei das **offene Kodieren** des Datenmaterials. Ziel dabei ist es, über Satz-für-Satz-Analysen, Vergleiche innerhalb der und zwischen den Interviews sowie gezielte Fragen („generative Fragen", Mey/Mruck 2011: 39; vgl. Strauss/Corbin 1996: 57f.) erste vorläufige Kategorien als analytische Oberbegriffe verschiedener Codes zu entwickeln. Auch, wenn in dieser Auswertungsphase möglichst offen und kreativ an das Datenmaterial herangetreten werden sollte, fließen hier immer schon Vorwissen und Annahmen ein, die daher von den Forschenden von Beginn an expliziert und reflektiert werden müssen (Strauss/Corbin 1996: 43ff.; s. Abschnitt 5.2.1). Im zweiten Analyse-Schritt, dem **axialen Kodieren**, werden die Kategorien durch Dimensionalisierung (zum Beispiel durch Merkmalsausprägungen wie „stark-schwach", „kurz-dauerhaft" etc.) weiter spezifiziert (Strauss/Corbin 1996: 78) und vor allem mit Hilfe des paradigmatischen Modells oder auch **Kodierparadigmas** in einen inhaltlichen Zusammenhang in Bezug auf spezifische Phänomene gebracht, die in den Daten identifiziert werden konnten (ebd.: 78ff.; s. Abschnitt 5.2.3). Als letzter Schritt erfolgt das **selektive Kodieren**, das die Analyse auf eine Kernkategorie fokussiert. Auch hier werden wieder durch Dimensionalisierung und Verbindung von zusammenhängenden Kategorien mittels des Kodierparadigmas, jetzt allerdings bezogen auf ein bestimmtes zentrales Phänomen, Verknüpfungen hergestellt, Muster herausgearbeitet und Kategorien in Bezug auf das Phänomen inhaltlich vertieft ausgearbeitet. Ziel ist die Entwicklung einer in sich schlüssigen, nachvollziehbaren **„Geschichte"** über das zentrale Phänomen auf einer hohen Abstraktionsebene im Sinne einer Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996: 94ff.; vgl. Mey/Mruck 2011: 39ff.).

5.2.3. Kodierparadigma

Das Kodierparadigma nach Strauss/Corbin (1996) kann verstanden werden als Erkenntnisfolie, in der verschiedene aus den Daten heraus identifizierte Kategorien in einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang gebracht werden. Im Zentrum steht dabei das **Phänomen** als „die zentrale Idee, das Ereignis, Geschehnis, auf das eine Reihe von Handlungen/Interaktionen gerichtet sind, um es zu bewältigen oder damit umzugehen. [im Original fett, A. G.]“ (ebd.: 79). Im Forschungsverlauf bieten sich verschiedene Kategorien als interessante Phänomene an, die durch eigene Kodierparadigmata beschrieben werden können. Ziel ist dann, durch das selektive Kodieren das zentrale Phänomen als Kernkategorie herauszuarbeiten, die am besten zur Beantwortung der Forschungsfrage beiträgt. Durch die im vorigen Kapitel beschriebene Dimensionalisierung lässt sich der **Kontext** des Phänomens herausarbeiten – dies können je nach Art des Phänomens Eigenschaften wie Dauer, Ausprägung, Art oder Zeitpunkt sein. Durch den Kontext wird das Phänomen als zentrale Kategorie näher bestimmt (vgl. ebd.: 80f.).

Das Phänomen wird durch grundsätzliche, **ursächliche Bedingungen** ausgelöst (ebd.: 79f.). Diese müssen unterschiedenen werden von **intervenierenden Bedingungen**, die sich als weitere Rahmenbedingungen sowohl förderlich als auch hinderlich auf das Phänomen und die Handlungs- und Bewältigungsstrategien rund um das Phänomen auswirken (ebd.: 81f.). „Handlungs- und Interaktionale Strategien“ oder kurz **Strategien** beschreiben, wie Individuen oder auch Gruppen auf das Phänomen reagieren und dabei bewusst oder unbewusst versuchen, damit umzugehen oder es zu bewältigen (ebd.: 83f.). Oft schwierig von Strategien oder anderen Bedingungen abzugrenzen sind **Konsequenzen**, die durch das Phänomen oder durch mehr oder weniger erfolgreiche Bewältigungsstrategien ausgelöst werden (ebd.: 85).[93] Wie bei allen Ursache-Wirkung-Zusammenhängen muss hier immer gefragt werden, ob sich die Wirkung oder die Konsequenzen auch wirklich auf die identifizierten Ursachen des Phänomens zurückführen lassen.

Wie schon beschrieben, können durch Ausarbeitung der Kernkategorie bestimmte Muster erkennbar werden. Durch die Methode der Typenbildung lassen sich zentrale, das Phänomen bestimmende Merkmale im Sinne der Ausarbeitung der identifizierten Deutungs- und Handlungsmuster in einen analytischen Zusammenhang bringen und damit zu einer Erweiterung und Vertiefung der entstehenden Grounded Theory beitragen. Das folgende Unterkapitel widmet sich daher den

[93] Sowohl ursächliche und intervenierende Bedingungen als auch Strategien und Konsequenzen können auf unterschiedlichen Ebenen wirksam werden. Strauss/Corbin (1996) empfehlen hier eine umfangreiche „Bedingungsmatrix“ (ebd.: 135ff.), die ich in meiner Auswertung so nicht anwende, sondern auf die Unterscheidung zwischen politischer und gesellschaftlicher Makroebene, organisatorischer und institutioneller Mesoebene sowie individueller Mikroebene und den dort erfolgenden Interaktionen reduziere.

wissenschaftlichen Grundlagen der Typenbildung sowie der in dieser Arbeit verwendeten Methode der Typenbildung nach Kluge (1999).

5.3. Wissenschaftliche Typenbildung

5.3.1. Grundlagen und Ziele von Typologien

Zur Analyse und Erklärung von komplexen Sachverhalten setzen verschiedenste Wissenschafts- und Alltagsbereiche – mehr oder weniger systematisch – die Bildung von Typen ein. Entsprechend groß ist die Vielfalt an Methoden zur Typenbildung. Typologien sind dabei „immer das Ergebnis eines Gruppierungsprozesses, bei dem ein Objektbereich anhand eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen bzw. Typen eingeteilt wird“ (Kelle/Kluge 2010: 85). Bei der Typenbildung geht es demnach um eine strukturierte und mehr oder weniger reduzierte Darstellung von Merkmalsmustern, „und zwar auf der Basis von Differenzbegriffen, nicht von vereinheitlichenden Prozeduren der Durchschnittsbildung.“ (Kuckartz 2020: 798). Kluge (1999) führt dazu aus, dass möglichst große Differenz („externe Heterogenität“) zwischen den entwickelten Typen bestehen soll, während die Elemente oder Fälle, die einem Typ zugeordnet werden, möglichst große Ähnlichkeit („interne Homogenität“) aufweisen sollten (ebd.: 27, vgl. Kuckartz 2020: 799). Hierbei unterscheidet sich die Typologie von der Klassifikation: Während eine Klassifikation eine exakte Zuordnung eines Elements, einer Einheit oder Gruppe zu einer Klasse verlangt, erfolgt die Zuordnung eines Elements oder Falls zu einem Typ immer durch größtmögliche Ähnlichkeit, aber nicht durch vollständige Übereinstimmung in allen Merkmalen (Kluge 1999: 31f.).

Wissenschaftliche Typenbildung als Prozess der systematischen Reduktion des Datenmaterials (vgl. Kluge 1999: 100ff.) und damit der empirisch erfassbaren und erfassten Wirklichkeit bringt im Vergleich zur Klassifikation also immer eine gewisse Unschärfe mit sich. Um eine möglichst hohe theoretische Aussagekraft zu behalten, müssen die Typen und die sie bestimmenden Merkmale möglichst klar definiert werden, ihnen müssen Elemente aus dem Datenmaterial zuzuordnen sein, und diese Elemente müssen möglichst viele der den Typ bestimmenden Merkmale aufweisen (ebd.: 31ff.). Diese klare Definition der Merkmale und Typen und Nachvollziehbarkeit der Zuordnung ist auch deshalb notwendig, weil die Reduktion und Abstraktion in der Zusammenfassung von empirischen Daten zu typischen Fällen in einer Typologie immer die Gefahr mit sich bringt, dass „einzelne Typen herausgegriffen und zu Normgebern oder gar Stereotypen (gemacht) werden, die das Augenmerk nur noch auf einzelne Aspekte richten und dazu führen, daß die bestehende empirische Vielfalt gänzlich in den Hintergrund gerät.“ (ebd.: 24). Typenbildung ist in diesem Verständnis also immer eine Balance zwischen dem Verstehbar machen der Wirklichkeit

durch ihre Reduktion und Strukturierung und der Erhaltung ihrer Vielfalt, sodass der theoretische Gehalt für die Erklärung von Phänomenen nicht verloren geht.

5.3.2. Real- und Idealtypen

Im Anschluss an Kluge (1999: 58ff.) lässt sich grob zwischen eher empirischen und eher heuristischen Typologien unterscheiden. Analog spricht man bei der Typenkonstruktion von Realtypen im Gegensatz zu Idealtypen:[94]

Realtypen sollen empirisch nachweisbare Häufungen von Elementen mit gleichen oder ähnlichen Merkmalen im Datenmaterial möglichst exakt abbilden (ebd.: 60). Entsprechend kommen sie vor allem im Rahmen quantitativer Datenanalysen zum Einsatz, aber auch qualitative Untersuchungen, die ihren Schwerpunkt auf die induktive Datenanalyse und eher sekundär oder nachgelagert auf den Einbezug theoretischer Konzepte in die Auswertung legen (etwa Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, vgl. Mayring 2020), können auf die Entwicklung von Realtypen zielen.

Der Begriff des **Idealtypus** geht auf Max Weber (u. a. 1904) zurück. Idealtypen entstehen demnach „durch einseitige *Steigerung eines* oder *einiger* Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen *Einzel*erscheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen *Gedanken*bilde“ (Weber 1904: 65).[95] Idealtypen sollen die oft als chaotisch, aber doch von Menschen als real erlebte Wirklichkeit als einheitliches Gedankenbild verstehbar machen (ebd.: 46).[96] Webers Idealtypen sind dabei theoretisch und zweckrational konstruierte Begriffe, mit denen die empirische Wirklichkeit verglichen und dadurch verstanden werden kann. Sie sind nicht normativ zu verstehen, sondern eine stark zugespitzte, theoretische Abstraktion, um das „Wesen“ von empirisch vorhandenen Phänomenen beschreiben zu können (ebd.: 72). Kuckartz (2020) fasst zusammen:

> „Realtypen sind empirisch vorfindbare Gruppierungen, während Idealtypen eine Konstruktion der Forschenden sind, die als bewusste Hervorhebung einzelner Aspekte bei Vernachlässigung anderer als weniger relevant eingeschätzter Merkmale gewissermaßen

---

[94] Im Folgenden werde ich in Anschluss an Kluge (1999) zeigen, warum m. E. eine strikte Trennung zwischen Ideal- und Realtypus nicht sinnvoll erscheint.

[95] „Der Ausdruck ‚Ideal‘ im Terminus ‚Idealtypus‘ soll lediglich anzeigen, dass Idealtypen Gedankenkonstrukte sind. Idealtypen haben keine normative Funktion, sie artikulieren nicht, was im Leben anzustreben ist.“ (Hirsch Hadorn 1997: 287) Vgl. Weber (1904): „Vorweg sei hervorgehoben, daß der Gedanke des Sein*sollenden*, ‚Vorbildlichen‘ von diesen in rein *logischem* Sinn ‚idealen‘ Gedankengebilden, die wir besprechen, hier zunächst sorgsam fernzuhalten ist.“ (ebd.: 66).

[96] „Wir wollen die uns umgebende Wirklichkeit des Lebens, in welches wir hineingestellt sind, *in ihrer Eigenart* verstehen – den Zusammenhang und die Kultur*bedeutung* ihrer einzelnen Erscheinungen in ihrer heutigen Gestaltung einerseits, die Gründe ihres geschichtlichen So-und-nicht-anders-Gewordenseins andererseits.“ (Weber 1904: 46)

> am Reißbrett entworfen werden. Idealtypen können sich nicht als falsch, sondern nur als für die Realität (etwa Interventionsmaßnahmen) unbrauchbar erweisen.“ (ebd.: 799)

In Bezug auf die qualitative Datenanalyse geht es bei (eher) heuristischen Typologien anhand von Idealtypen im Anschluss an Weber um eine theoretisch begründete Strukturierung und Fokussierung auf das Wesentliche eines interessierenden Phänomens, um **„inhaltliche Sinnzusammenhänge“** (Kluge 1999: 45) besser zu verstehen. „Der Idealtypus, der lediglich einen rein idealen Zustand beschreibt, dient also als Mittel zur Erkenntnis des Einzelfalls, indem er als Vergleichsmaßstab fungiert.“ (ebd.: 64)

Die Entwicklung eines abstrakten „Gedankenbildes“ (Weber 1904: 95) und damit das Verstehbarmachen der Wirklichkeit durch die theoretische Analyse von empirisch gewonnenem, qualitativem Datenmaterial lässt sich mit dem Entwickeln einer nachvollziehbaren, zusammenhängenden Geschichte als Grounded Theory vergleichen (s. Abschnitt 5.2.1). Während die GTM dabei die durch Heuristiken wie das Kodierparadigma identifizierten Gesamtzusammenhänge des untersuchten Phänomens darstellt und damit eine möglichst umfassende Beschreibung und Erklärung des Phänomens auf Grundlage der empirischen Daten bietet, zielt die Entwicklung von (eher) heuristischen Typologien auf die Fokussierung auf einzelne Merkmale des Phänomens durch starke **Reduktion von Komplexität**. Die Vereinbarkeit von Typologie und GTM ist dann gegeben, wenn die Entwicklung der Typologie wie auch die GTM in einem iterativen Prozess aus Induktion und Deduktion erfolgt und entsprechend neben der theoretischen Abstraktion die empirischen Daten und den Gesamtzusammenhang nicht aus dem Blick verliert. Mit dieser Zielsetzung wird nach Kluge (1999) die strenge Trennung zwischen „empirisch gewonnenen Realtypen“ und „theoretisch konstruierten Idealtypen“ relativiert und um eine Perspektive ergänzt, die – im Sinne der GTM nach Strauss/Corbin (1996) – Theorie und Empirie in einem sich ergänzenden Verhältnis miteinander verschränkt:

> „Während sich zahlreiche AutorInnen streiten, warum es sinnvoller sein soll, *Ideal-* oder *Realtypen* zu bilden, konnte jedoch gezeigt werden, daß es nicht um ein Entweder-oder geht. Sollen die gebildeten Typen die untersuchte soziale Realität möglichst umfassend abbilden, müssen sich empirisch und theoretisch ausgerichtete Auswertungsschritte vielmehr ergänzen“. (Kluge 1999: 84)

Der folgende Abschnitt geht näher auf die theoretische Positionierung der in dieser Arbeit entwickelten Typologie ein und beschreibt die methodischen Phasen der Typenbildung entsprechend dem „Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung“ nach Kluge (1999: 257ff., ebenso Kelle/Kluge 2010: 91ff.).

5.3.3. Stufen der Typenbildung nach Kluge

Ziel der Typenbildung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist nicht der (quantitative) Nachweis des empirischen Vorkommens von Typen im Sinn von Realtypen, sondern die Aufdeckung von inhaltlichen Sinnzusammenhängen und damit um das Verstehbarmachen wesentlicher Aspekte des zentralen Phänomens. Die in Kapitel 7 vorgestellte Typologie versteht sich insofern eher als heuristische Typologie mit vor allem aus dem Datenmaterial heraus entwickelten Idealtypen in Erweiterung und Vertiefung zur Analyse anhand der GTM. Wie schon in Abschnitt 5.2.1 zur Bedeutung des theoretischen (Vor-)Wissens in der GTM dargestellt, ist in meinem Verständnis auch bei der Typenbildung eine abduktive und iterative Verschränkung von empirisch gegründeten Kategorien als Merkmale des Vergleichs und der Typisierung sowie theoriegeleiteter Abstraktion vom empirischen Datenmaterial sinnvoll (vgl. Kluge 1999: 259). Entsprechend orientiere ich mich bei der Entwicklung einer Typologie der pflegerischen Verteilungsentscheidungen am „Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung" nach Kluge (1999), das in Anlehnung vor allem an Gerhardt (1998) im beschriebenen Spannungsfeld zwischen heuristischen und empirischen Ansätzen auf die **„Konstruktion eines *empirisch-begründeten* und *-gegründeten* Idealtypus"** (Kluge 1999: 169, kursiv im Original, fett durch A.G.) zielt.

Kluge (1999: 257ff., im Folgenden zitiert nach Kelle/Kluge 2010: 91ff.) beschreibt vier Stufen der Entwicklung einer Typologie: In der **„Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen"** Kelle/Kluge 2010: 93) werden im ersten Schritt die Merkmale identifiziert und festgelegt, die in verschiedenen Schritten der Datenauswertung als besonders interessant oder für die Fragestellung relevant aufgefallen sind. Im Rahmen der GTM können dazu auch induktiv oder deduktiv entwickelte Kategorien und ihre Subkategorien oder Dimensionen genutzt werden. In der Kombination bilden diese Merkmale den zwei- oder mehrdimensionalen Merkmalsraum (ebd.: 93ff.).[97]

Der zweite Schritt der **„Gruppierung der Fälle und der Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten"** (Kelle/Kluge 2010: 96) verortet Elemente oder Fälle aus dem Datenmaterial in diesem Merkmalsraum.[98] Dabei können empirische Häufungen bestimmter Elemente im Merkmalsraum erkennbar werden, die einen Hinweis auf mögliche Typen geben. Schon in diesem Schritt werden die identifizierten Fallgruppen oder Typen im Merkmalsraum auf ihre inhaltlichen Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten (interne Homogenität) sowie sinnvolle Abgrenzung untereinander (externe Heterogenität) überprüft (s. auch Abschnitt 5.3.1). Eventuell wird hierbei deutlich, dass

[97] Der Begriff des Merkmalsraumes („property-space") geht wesentlich auf den Soziologen Paul Felix Lazarsfeld zurück (vgl. Kluge 1999: 92ff.).

[98] Je nach Menge der zu untersuchenden Fälle können dabei computergestützte Analyseverfahren wie MaxQDA (nicht nur) die Strukturierung und Visualisierung der Fälle im Merkmalsraum erleichtern (vgl. Kuckartz/Rädiker 2020).

sich Elemente nicht zuordnen lassen oder bestimmte Merkmalskombinationen empirisch nicht vorkommen. Dies kann, muss aber nicht zu einer Überarbeitung der gewählten Merkmale führen, dient aber in jedem Fall der ersten Überprüfung der inhaltlichen Konsistenz des Merkmalsraumes (ebd.: 96ff.).

Im dritten Schritt der **„Analyse der inhaltlichen Sinnzusammenhänge und der Typenbildung“** (Kelle/Kluge 2010: 101) erfolgt nun die theoretische Evaluation der vorgenommenen Gruppierungen als Ergänzung und Erweiterung der bisherigen eher empirisch ausgerichteten Strukturierung des Datenmaterials. Im Sinne des Idealtypus geht es darum, „inhaltliche Sinnzusammenhänge“ (Kluge 1999: 45) herzustellen und auf dieser Basis die Analyse zu fokussieren: Im Gegensatz zur Arbeit mit Realtypen erfolgt hier eine weitere Reduktion und kritische Überprüfung der bisher erfolgten Typendefinitionen und -zuordnungen durch bewusste Zuspitzung und theoretische Abstraktion, „damit die ermittelten Zusammenhänge nicht nur kausal-, sondern auch sinnadäquat sind.“ (ebd.: 260; vgl. Kelle/Kluge 2010: 101ff.). Kelle/Kluge (2010: 92) betonen, dass die ersten drei Schritte nicht chronologisch nacheinander durchlaufen werden müssen. Vielmehr müssen die Zwischenergebnisse aus diesen Analyseschritten kontinuierlich evaluiert und die entstehende Typologie iterativ überarbeitet werden.

Der vierte und letzte Schritt der **„Charakterisierung der gebildeten Typen“** beschreibt die durch die vorherigen Analyseschritte identifizierten Typen umfassend und versieht sie mit einer möglichst treffenden „Kurzbezeichnung“ (Kelle/Kluge 2010: 105, im Original kursiv). Die Typenbeschreibung kann anhand von empirischen Fällen erfolgen, die den jeweiligen Typ besonders gut repräsentieren (Prototypen) und den Erhalt der Nähe zum Datenmaterial sicherstellen. Gleichzeitig enthalten die als prototypisch gewählten Fälle immer auch nicht vollständig oder sinnvoll zum Typ passende Detailinformationen und Merkmale, so dass sich alternativ oder darauf aufbauend auch eine mehr oder weniger abstrakte Konstruktion eines Weber’schen Idealtypus anbietet, der den Typ auf das Wesentliche reduziert und zuspitzt (s. Abschnitt 5.3.2; Kelle/Kluge 2010: 105ff.). Ziel der umfassenden Charakterisierung der gebildeten Typen ist die Darstellung der Typologie als zusammenhängendes, in sich konsistentes Gebilde.

Nach der Beschreibung der methodischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit geht das folgende Unterkapitel auf die praktische Anwendung der beschriebenen Methoden in den Phasen der Planung, Durchführung und Auswertung der empirischen Untersuchung ein.

5.4. Praktische Umsetzung und Reflexion des Forschungsprozesses

5.4.1. Vorbereitung

Das Untersuchungsfeld der stationären Langzeitpflege als Forschungsfeld für die geplante Dissertation stand durch meine Diplomarbeit, die dieses als strukturell für Verteilungsentscheidungen besonders interessant herausarbeitet (vgl. Greiner 2011:126ff.), schon zu einem frühen Planungszeitpunkt fest. Allerdings lag der Fokus der Diplomarbeit vor allem auf der theoretischen Auseinandersetzung mit normativen Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit sowie dem bis dahin kaum beschriebenen Phänomen der impliziten Rationierung in der stationären Langzeitpflege. Die weitere thematische Eingrenzung der Dissertation orientierte sich daher zunächst ebenfalls an der, diesmal empirischen, Forschung zum Vorkommen impliziter Rationierung und deren Auswirkungen in diesem Setting. Von diesem Vorhaben nahm ich im weiteren Verlauf der Planung Abstand, da zu diesem Thema inzwischen zahlreiche Studien existieren (s. Abschnitt 4.2) und ich mich besonders die subjektiven Erfahrungen und Entscheidungen von Pflegenden in alltäglichen Situationen der Ressourcenverteilung aus einer deskriptiven und damit nicht wertenden Perspektive interessiere. Auch die Schwierigkeiten der Akquise von Interviewpartner:innen (s. Abschnitt 5.4.2.2) spielten beim Abrücken vom Forschungsthema der impliziten Rationierung eine Rolle: Die dafür notwendige transparente Vorinformation möglicher Interviewpartner:innen zu meiner Absicht, sie zu Rationierungssituationen in ihrer beruflichen Praxis zu befragen, hätte möglicherweise eine zusätzliche Hemmschwelle bei deren Akquise dargestellt. Nicht zuletzt sollte ein – aus der Konzentration auf Rationierungsphänomene notwendig resultierender – Fokus auf Defizite und Probleme der Pflegearbeit vermieden werden.

Für die Wahl geeigneter Erhebungsmethoden ist vor allem deren Gegenstandsangemessenheit maßgeblich (Helfferich 2009: 26). Zur Untersuchung von individuellem Entscheidungshandeln und -erleben habe ich zunächst in Anschluss an Helfferich (2009: 45) überlegt, teilnehmende, offene Feldbeobachtung (Kochinka 2010) mit der Befragung der entscheidenden Pflegenden im Rahmen von Interviews (Mey/Mruck 2010) zu kombinieren.[99] Teilnehmende Beobachtung eignet sich sehr gut, um als Forscher:in einen relativ umfassenden, subjektiven Eindruck zum zu erforschenden Handlungsfeld sowie seinem Kontext zu erhalten. Auch können teilnehmende Beobachtungen den weiteren Feldzugang durch Vertrauensbildung und Vernetzung mit anderen Pflegenden erleichtern und bieten inhaltliche Anknüpfungspunkte für spätere Interviews mit den beobachteten Pflegenden. Gleichzeitig unterliegen sie bestimmten Beschränkungen vor allem der

[99] Sowohl mit teilnehmender Beobachtung als auch mit verschiedenen Interviewformen besaß ich bereits Vorerfahrungen aus verschiedenen wissenschaftlichen Forschungsprojekten.

Selektivität und Fehleranfälligkeit der Wahrnehmung der Beobachtenden (Kochinka 2010: 458f.) und sind forschungspraktisch aufwendig sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung.
Die Fragestellung dieser Arbeit fokussiert auf die subjektiven Deutungsmuster (Oevermann 2001) der Pflegenden, die in Verteilungssituationen oft schwierige Entscheidungen treffen müssen. Für die Untersuchung dieser Muster ist eine „Analyse der Subjektivität von Interpretationen der Umwelt und damit die Rekonstruktion mentaler Strukturen“ (ebd.: 4) erforderlich, die vornehmlich durch die Befragung der Handelnden in qualitativen Interviews ermöglicht wird, in denen diese von ihrem Handeln erzählen. Eine ergänzende teilnehmende Beobachtung war m. E. nicht erforderlich, da sie unter anderem durch die oben genannten Begrenzungen nicht zu einer wesentlichen Erweiterung des Erkenntnishorizonts beigetragen hätte und ich mich durch die Fokussierung auf die Erhebung von Interviews auf die Zusammenstellung einer aussagekräftigen Datenbasis im Sinne des Theoretical Sampling konzentrieren konnte (s. Abschnitte 5.4.2.2 und 5.4.2.3; zur Reflexion der Methodenwahl auch Abschnitt 8.2.1).
Nach dieser Darstellung der Genese grundlegender methodischer und inhaltlicher Entscheidungen erläutert der folgende Abschnitt die verschiedenen Schritte der Interviewplanung und -durchführung sowie das episodische Interview als Erhebungsmethode.

5.4.2. Datenerhebung

5.4.2.1. Leitfadenentwicklung

Um das Erleben von und Handeln in Situationen der Ressourcenverteilung aus der subjektiven Sicht der entscheidenden Pflegenden nachvollziehen zu können, habe ich mich für die Erhebungsmethode des episodischen Interviews nach Flick (2011) entschieden. Durch eine relativ offene Erzählaufforderung werden dabei Narrationen zu erlebten Entscheidungssituationen evoziert. Gleichzeitig „enthält das episodische Interview Fragen, die auf mehr oder minder klar umrissene Antworten abzielen.“ (ebd.: 274) Damit kann sowohl episodisch-narratives als auch semantisch-begriffliches Wissen der befragten Pflegenden erfasst werden (ebd.).
Der Interviewleitfaden wurde in mehreren Schritten auf der Grundlage der SPSS-Methode nach Helfferich (2009) entwickelt: Durch die zunächst unstrukturierte Sammlung (S) von möglichen Fragen zum Forschungsgegenstand wurden auf der Grundlage des Vorwissens zum Thema verschiedene, zum Teil vorher unreflektierte Vorannahmen deutlich (ebd.: 182ff.). In der Phase des Prüfens (P) der gesammelten Fragen und folgenden Streichens (S) wurden die Fragen thematisch sortiert und auf Relevanz und Geeignetheit bezüglich des Forschungsziels geprüft (ebd.: 183ff.). Im Zentrum stand die Formulierung der Erzählaufforderung, in der eine für die Pflegenden be-

deutsame berufliche Verteilungssituation erzählt werden sollte.[100] Durch die Eingrenzung, dass in diesen Situationen verschiedene Anforderungen zur gleichen Zeit auftreten und bewältigt werden mussten, thematisierten die evozierten Erzählungen die Verteilung von begrenzten Zeitressourcen in einer nicht durch Routinen lösbaren und damit krisenhaften Situation (Oevermann 2002, s. Abschnitt 3.1.3.2). Diesen Erzählungen habe ich dann verschiedene weiterführende Fragen zugeordnet, die sowohl auf den Kontext der Situation im Sinne des semantischen Wissens der Befragten (Flick 2011: 274f.) als auch auf das Erleben und die Situationsdeutung der Interviewten im Sinne des episodisch-narrativen Wissens zielten (ebd.).

In der abschließenden Phase erfolgte die Subsumierung (S) der Fragen zu einem thematisch und strukturell untergliederten Leitfaden (s. Anhang 8), der das flüssige Erzählen und Berichten der Befragten ermöglicht (Helfferich 2009: 185). Als Eingangsfrage nach der formalen Einführung wurde zur Beschreibung der letzten Arbeitsschicht aufgefordert, um sowohl einen niedrigschwelligen Einstieg in die Interviewsituation für die Befragten zu ermöglichen, als auch ein erstes Bild von den Rahmenbedingungen und Routinen der Einrichtung und der Station zu erhalten, in der der:die Befragte arbeitet. Als Abschluss des Interviews wurde eine „Wunschfrage" nach Pflege und Ressourcenverteilung unter Idealbedingungen gestellt (vgl. auch „Phantasien", Flick 2011: 275). Sie sollte sowohl einen positiven Abschluss des Interviews sicherstellen, als auch Hinweise auf das Verständnis der Interviewten von guter Pflege geben.

Mit dem ersten Entwurf des Interviewleitfadens habe ich 2016 zunächst ein Probeinterview mit einer beruflichen Pflegenden im Bekanntenkreis durchgeführt. Dieser Entwurf wurde anschließend im Doktorand:innenkolloquium vorgestellt und – auch auf der Grundlage der Erfahrungen aus dem Probeinterview – kritisch diskutiert und entsprechend angepasst. Mit der überarbeiteten Version des Leitfadens habe ich ein zweites Probeinterview geführt, um zu prüfen, ob sie sowohl zum Erzählen anregt und damit ausführliche Situationsbeschreibungen anstößt, als auch die Rahmenbedingungen der Arbeit und konkret der Entscheidungssituationen der befragten Pflegenden nachvollziehbar abzubilden vermag. Nach den zwei Probeinterviews, die nach Rücksprache mit den Befragten nicht in die Auswertung einbezogen wurden, habe ich für den finalen Interviewleitfaden die Eingangsfrage leicht modifiziert sowie die Interviewfragen in die folgenden vier Themenbereiche untergliedert:

- „Arbeitssituation und berufliche Identität in der stationären Langzeitversorgung",
- „Umgang mit mehreren Anforderungen bei begrenzter Zeit (für direkte Pflege)",

[100] „Als nächstes möchte ich Sie bitten, sich zurückzuerinnern an eine Situation, bei der Sie bei Ihrer Arbeit mit verschiedenen Anforderungen konfrontiert waren und alles gleichzeitig managen mussten." (s. Leitfaden, Anhang 8)

- „Einfluss der Rahmenbedingungen der Organisation auf Verteilungsentscheidungen“ sowie
- „Verteilung von Ressourcen jenseits von Zeitdruck und Materialknappheit“.

Der Interviewleitfaden wurde anschließend nicht weiter modifiziert, da ich sowohl während der Interviews als auch in der begleitenden Auswertung den Eindruck hatte, dass er für den Anwendungszweck sowohl inhaltlich als auch strukturell angemessen war.

5.4.2.2. Feldzugang

Nach der Entwicklung und mehrfachen Überarbeitung des Interviewleitfadens konnte ich Anfang 2017 mit der Akquise von beruflich Pflegenden für die geplanten Interviews beginnen. Anders als bei den zwei nicht ins Sample einbezogenen Probeinterviews habe ich mich für die Haupterhebung entschieden, mich auf Personen zu beschränken, die nicht bei dem Altenhilfeträger beschäftigt sind, bei dem ich selbst arbeite, um ungewollte Einflüsse wie Vorbehalte und Erwartungen der Pflegenden durch die bestehende berufliche Verbindung auszuschließen.

Während sich die Gewinnung der Personen für die ersten beiden Probeinterviews relativ unkompliziert gestaltete, da ich sie bereits aus meinem beruflichen und privaten Umfeld kannte, erwies sich die Akquise von weiteren Interviewpartner:innen als ausgesprochen schwierig und langwierig und war mit umfangreicher Netzwerkarbeit, Anpassungen und Kompromissen bei der Vorgehensweise und vor allem mit erheblichem Zeitaufwand verbunden. Auch wenn die Bildung des Samples durch die zahlreichen, im folgenden beschriebenen Faktoren begrenzt wurde, orientierte sich die Auswahl der Fälle im Sinne des Theoretical Sampling an dem Kriterium, inwieweit diese für die Entdeckung der Theorie relevant sind (Strauss/Corbin 1996: 87; s. Abschnitt 5.2.1).

Meine ersten Ansprechpartner:innen waren Pflegedienstleitungen und Einrichtungsleitungen aus Altenpflege-Einrichtungen jenseits meines Arbeitgebers in Bremen und Niedersachsen, die ich als Gatekeeper per E-Mail bat, meinen Informationsflyer (s. Anhang 4) digital oder als Ausdruck bei den dort beschäftigten Pflegekräften zu verteilen. Nach mehreren Absagen und zum Teil fehlender Rückmeldung auf meine E-Mail-Anfragen habe ich schließlich über einen beruflichen Kontakt zu einer Einrichtungsleitung eine Einrichtung gefunden, in der sich über die Vermittlung der Leitung zwei Pflegefachkräfte für ein Interview bereit erklärten.

In diesen Interviews, die auf Wunsch der Interviewpartner:innen zum Teil in der Einrichtung geführt wurden, kam aus meiner Sicht eine **deutliche Zurückhaltung** zum Ausdruck und manche Antworten wirkten zudem geprägt durch soziale Erwünschtheit. Auch, wenn ich diese Interviews in die Auswertung einbezogen habe, waren sie kurz und eher wenig gehaltvoll.

Nach diesem ersten (Teil-)Erfolg konnte ich über mehrere Monate bundesweit keine weitere Einrichtung akquirieren. Gleichzeitig konnte ich dadurch in Ruhe mit der Transkription und Auswertung der ersten zwei Interviews beginnen und den bisherigen Feldzugang reflektieren: Der Weg über den Kontakt zur Einrichtungsleitung als Gatekeeper zu den Interviewpersonen ist zwar grundsätzlich legitim, sie kann aber zu einer gewissen Befangenheit der befragten Pflegenden führen, offen und wenn nötig negativ über ihre Arbeit und ihre Einrichtung zu erzählen. Diese Sorge wurde noch dadurch verstärkt, dass ich die ersten Interviews auf ausdrücklichen Wunsch der Befragten direkt nach Dienstschluss in der jeweiligen Einrichtung mit ihnen geführt habe. Dieses Vorgehen habe ich im weiteren Verlauf der Erhebungen modifiziert, da die Interviewsituation in den Einrichtungen oft durch Störungen geprägt war und die Interviewten eher stockend und kurz antworteten (s. Abschnitt 5.4.2.4).

Aus diesen Überlegungen heraus, aber auch, weil ich über den Weg der Einrichtungsleitungen keine Rückmeldungen erhielt, habe ich parallel begonnen, Pflegende über soziale und berufliche Netzwerke direkt anzuschreiben oder anzusprechen, um sie für mein Promotionsprojekt zu gewinnen oder meine Anfrage weiterzuleiten. Ich nutzte dabei verschiedene Kanäle, unter anderem das Nachbarschafts-Onlineportal „nebenan.de“, das berufliche Kontaktnetzwerk „xing.com“ sowie digitale und ausgedruckte Flyer (s. Anhang 4), die ich über meine beruflichen Netzwerke und mein Promotionskolleg verteilen konnte. Über beide Internetportale hatte ich keinen Erfolg, und auch über die beruflichen Netzwerke habe ich nur zwei Interviewpartner:innen akquiriert. Die erfolgreichste Methode war schließlich das Schneeballsystem im Sinne der Vermittlung von Kontakten zu Pflegekräften durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis, für den ich ebenfalls den Flyer genutzt habe. Die späteren Interviewteilnehmer:innen konnten mir dann weitere mögliche Interviewteilnehmende aus anderen stationären Pflegeeinrichtungen sowie ähnlichen oder kontrastierenden Settings vermitteln.

Nach gut einem Jahr ist es mir schließlich gelungen, ein Sample aus 16 Interviews sowohl mit Pflegefachkräften mit und ohne Leitungsfunktion als auch mit Pflegehilfskräften aus verschiedenen Settings zusammenzutragen, so dass eine theoretische Sättigung erreicht werden konnte (Strauss/Corbin 1996: 87). Diese Stichprobe sowie relevante Kriterien zur Variation der Fälle stellt der folgende Abschnitt näher vor.

5.4.2.3. Samplebildung und -beschreibung

Im Rahmen dieser Untersuchung habe ich insgesamt 16 Interviews mit fünf männlichen und elf weiblichen Personen durchgeführt und in die Auswertung und Theoriebildung einbezogen. Sie fanden zwischen August 2017 und Mai 2018 in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-

Westfalen statt. Entsprechend der Kernzielgruppe der Befragten als dreijährig qualifizierte Pflegefachkräfte aus der stationären Langzeitpflege bestanden von Beginn an die Kriterien „Qualifikation“ und „Pflegesetting“ als Variablen für die Fallauswahl. Ebenfalls von Beginn an erhob das Interviewdatenblatt (s. Anhang 7) Angaben zu „Geschlecht“, „Alter“, „Dauer der Berufserfahrung“, „Trägerschaft der Einrichtung“ sowie „Größe der Einrichtung (Zahl der Bewohner:innen)“. Eine bewusste Variation erfolgte hier erst im späteren Verlauf der Erhebung zu den Kriterien „Einrichtungsgröße“ sowie „Dauer der Berufserfahrung“ der Befragten, da sich im Rahmen der begleitenden Auswertung Hinweise darauf abzeichneten, dass diese Kriterien besonders relevant für Verteilungsentscheidungen sein könnten. Um der Möglichkeit von Rückschlüssen auf einzelne Interviewpersonen durch Datenaggregation vorzubeugen, verzichte ich auf tabellarische und grafische Darstellungen der im Datenblatt erhobenen Daten der Befragten und stelle die beschriebenen Strukturkriterien der Stichprobe im Folgenden lediglich zusammenfassend dar:

Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 40,5 Jahre. Diese Information ist allerdings wenig aussagekräftig, da sich das **Alter** der befragten Pflegenden in der Stichprobe sehr inhomogen verteilt und auch nicht bewusst variiert werden konnte. So findet sich im Sample keine Pflegekraft im Alter zwischen 36 und 53 Jahren. Dennoch bietet das Sample eine breite Variation beim Alter der Befragten, das sich in diese drei Kohorten aufteilen lässt: Der ersten Kohorte unter 30 Jahren lassen sich vier der Befragten zuordnen, zwischen 30 und 36 Jahre alt sind ebenso sechs Personen wie zwischen 53 und 59 Jahre alt.

Die **Berufserfahrung** in der Pflege verteilt sich im Vergleich zum Alter etwas homogener, da hier bewusst variiert wurde: Acht Befragte haben bisher maximal zehn Jahre in der Pflege gearbeitet, zwei davon weniger als fünf Jahre. Fünf Personen haben eine Berufserfahrung zwischen elf und 29 Jahren. Drei Personen haben lange Berufserfahrung zwischen 30 und 40 Jahren. Bei dem Kriterium „Dauer der Berufserfahrung“ habe ich im späteren Verlauf der Erhebung versucht, bewusst Personen mit geringer Berufserfahrung zu finden, die im Sample bis dahin unterrepräsentiert waren, so dass ich mehr Daten zu deren Perspektive auf Verteilungsentscheidungen in die Auswertung einbeziehen konnte.

Beim Kriterium der **Qualifikation** hatte ich schon vor Erhebungsbeginn in Betracht gezogen, neben dreijährig qualifizierten Pflegefachkräften auch Pflegedienstleitungen und Pflegehilfskräfte sowie akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte zu befragen. Grundvoraussetzung war, dass sie zumindest zu einem Teil ihrer Arbeitszeit in der direkten Versorgung der Bewohner:innen eingebunden sind. Insgesamt habe ich zehn Altenpflegefachkräfte, zwei Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, zwei Pflegehilfskräfte sowie zwei Pflegedienstleitungen befragt. Die

Pflegedienstleitungen gaben an, dass sie zu einem geringen Anteil in der direkten Versorgung der Bewohner:innen arbeiten. Ihr Schwerpunkt liegt eher in der Organisation und Personalführung. Von den zwei Pflegehilfskräften gab eine an, dass sie durch ihre vorherige einjährige Qualifikation im medizinischen Bereich größere Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche in der Pflege hat als andere Pflegehilfskräfte in ihrer Einrichtung. Zusätzlich war unter den Befragten eine Wohnbereichsleitung, die aber nach eigenen Aussagen als „normale Fachkraft" eingesetzt ist und die ich daher nicht als Leitungsperson zähle. Eine Person mit akademischer Pflegeausbildung hätte ich gerne befragt, konnte aber niemanden für ein Interview finden.

Beim Kriterium des **Settings** habe ich mich für eine eher breite Definition der stationären Langzeitpflege entschieden (s. Unterkapitel 2.1). 13 der 16 befragten Pflegekräfte arbeiten in einer eher klassischen Altenpflegeeinrichtung, zum Teil mit angeschlossener Kurzzeitpflege. Eine Person arbeitet in der Tagespflege und eine in einer Pflege- und Betreuungseinrichtung für Menschen mit Behinderung. Der Einbezug einer Interviewperson aus der ambulanten Pflege ergab sich eher per Zufall und hat sich im Sinne der Fallkontrastierung als Bereicherung des Samples erwiesen, auch wenn die dort beschriebenen Verteilungssituationen auf Grund der in Unterkapitel 2.1 geschilderten strukturellen Unterschiede für die Typenbildung nicht berücksichtigt wurden (s. Abschnitt 5.4.3.3.3).

Vier Pflegekräfte arbeiten in zwei doppelt vorkommenden Einrichtungen. Entsprechend habe ich Pflegende aus 14 verschiedenen Einrichtungen befragt. Acht und damit der überwiegende Teil der Einrichtungen, sind unter kirchlicher **Trägerschaft**. Drei Befragte arbeiteten zum Zeitpunkt des Interviews in einer privaten Einrichtung, vier bei freigemeinnützigen Trägern. Da sich wie schon beschrieben die Akquise von geeigneten Interviewpersonen schwierig gestaltete, habe ich darauf verzichtet, die Trägerschaft der Einrichtung als relevantes Kriterium zu untersuchen und in die Fallauswahl einzubeziehen.

Bezogen auf die **Einrichtungsgröße** wohnen in den Einrichtungen durchschnittlich 91 Bewohner:innen. Sechs der 14 Einrichtungen mit unter 40 Bewohner:innen können als eher kleine Häuser bewertet werden. Drei dieser kleinen Einrichtungen haben sogar nur zwischen 10 und 20 Bewohner:innen. In einer Einrichtung leben etwa 80 Bewohner:innen. Fünf Häuser haben zwischen 100 und 150 Bewohner:innen. Eine Einrichtung, in der ich zwei Personen befragen konnte, hat etwa 250 Bewohner:innen.

5.4.2.4. Durchführung

Bei der Durchführung der Interviews habe ich versucht, mich so gut wie möglich nach den Wünschen der Interviewpartner:innen zu richten. Dies betraf zunächst vor allem den **Interviewort**

sowie den genauen **Termin**. Nur ein Interview wurde während der Dienstzeit geführt, unter anderem deshalb, weil die Vermittlung über die Pflegedienstleitung stattgefunden und diese die Interviewteilnehmer:in für das Interview von der Arbeit freigestellt hatte. Von dieser Vermittlung über Leitungspersonen habe ich später Abstand genommen (s. Abschnitt 5.4.2.2). 9 der 16 Interviews wurden auf Wunsch der Pflegenden bei Ihnen zu Hause geführt, meistens vor oder nach der Arbeit. Zwei Interviewte baten mich, das Interview bei mir zu Hause durchführen zu können. Neben der ruhigeren Interviewatmosphäre wurden diese insgesamt 11 Interviews im privaten Umfeld geführt, da die Interviewpersonen als Privatpersonen ohne Rücksprache mit ihrer Einrichtung an der Befragung teilgenommen haben. Für fünf Interviews habe ich mich mit den zu Interviewenden auf deren Wunsch hin in deren Einrichtung getroffen. Dazu habe ich nach Rücksprache mit den Interviewpersonen zuvor immer die jeweiligen Leitungen informiert und um grundsätzliche Erlaubnis zum Interview gebeten, aber keine weiteren Informationen vor oder nach dem Interview weitergegeben.

Der **Kontakt vor dem Interview** erfolgte bei acht Personen ausschließlich telefonisch. In drei Fällen wurde mein Anliegen über die Leitung mündlich an die spätere Interviewperson weitergegeben, fünf weitere Interviewpersonen habe ich zuerst per E-Mail kontaktiert, um mit Ihnen dann ein persönliches Treffen zu verabreden. Bei der Vorinformation habe ich mich an den Inhalten meines Flyers orientiert (s. Anhang 4). In fast allen Fällen reichten den Interviewpersonen auch auf Nachfrage diese Vor-Informationen aus. Eine umfassende Information sowie die schriftliche Einverständniserklärung fand immer im persönlichen Gespräch direkt vor dem Interview statt (s. Abschnitt 5.1.2). Spätestens in diesem Gespräch wurde auch besprochen, ob die Interviewpersonen lieber mit Sie oder mit Du angesprochen werden mochten.

Die durchschnittliche **Länge** der Interviews beträgt 55 Minuten. Bei der Interviewdauer ist allerdings eine hohe Bandbreite zwischen maximal 96 Minuten und minimal 23 Minuten zu erkennen. Auffällig ist, dass die Interviews, die in den Einrichtungen während oder nach der Dienstzeit geführt wurden, nur eine durchschnittliche Dauer von 36 Minuten aufweisen. Alle diese Interviews wurden durch Telefonklingeln, Nachfragen von Mitarbeiter:innen oder das Klingeln von Bewohner:innen gestört oder sogar unterbrochen. Bei längeren **Unterbrechungen** habe ich die Aufnahme pausiert. Ein Interview fand im Essraum der Einrichtung statt, und die Interviewumgebung war dementsprechend unruhig und laut. Bei drei der in der Einrichtung durchgeführten Interviews wurde mir zuvor eine klare **Zeitvorgabe** gegeben, 30 oder 60 Minuten nicht zu überschreiten. Da ich diese Vorgabe natürlich einhalten wollte habe ich dort auf die Eingangsfrage zum letzten Dienst und in zwei Fällen auch auf die Wunschfrage am Ende des Interviews verzichtet. Unterbrechungen kamen bei den Interviews im privaten Kontext sehr viel seltener vor, und

wenn, dann durch Anrufe oder Klingeln an der Haustür, was die Befragten dann schnell abhandelten. Die Interviewten, die ich im privaten Rahmen befragen durfte, legten keine Zeitbeschränkungen fest, nahmen sich deutlich mehr Zeit und wirkten insgesamt entspannter und offener. Unter anderem auch durch die Unterbrechungen habe ich die Interviews in den Einrichtungen als deutlich anstrengender für alle Beteiligten empfunden. Entsprechend habe ich im Verlauf der Erhebung den potenziellen Interviewpartner:innen eher empfohlen oder angeboten, die Interviews im privaten Rahmen zu führen.

Die **Atmosphäre** während des Interviews habe ich in zwölf Fällen als ausgesprochen entspannt und vertrauensvoll empfunden. Zum Teil entwickelte sich hierbei vor oder nach dem Interview noch ein längeres persönliches Gespräch. Wie beschrieben trug vor allem die Durchführung der Interviews in privater Umgebung viel zu einer positiven Interviewatmosphäre bei. Nur in einem Interview im privaten Kontext wirkte die Interviewperson eher zögerlich und unsicher. Von den fünf Interviews, die ich in der Einrichtung während oder nach der Arbeit geführt habe, habe ich nur zwei Interviews als offen und entspannt sowie vertrauensvoll erlebt.

Den nach den zwei Probeinterviews und der Reflexion im Forschungskolloquium überarbeiteten **Leitfaden** habe ich als gute Orientierung und Unterstützung für die Interviews erlebt, auch wenn ich in manchen Interviews auf Grund von Zeitbeschränkungen spontan Fragen weglassen musste (siehe oben). Die Notwendigkeit der Nutzung der vorbereiteten Nachfragen variierte bei den verschiedenen Interviewpartner:innen stark: Bei etwa der Hälfte der Interviews habe ich viele bis sehr viele Nachfragen gestellt, um mir ein Bild von den beschriebenen Situationen und Rahmenbedingungen machen zu können. Oft musste ich in diesen Interviews auch viel nachfragen, um die Interviewten zu ermutigen, mir (weitere) Verteilungssituationen zu schildern. Bei den anderen Interviews haben die Interviewten frei und flüssig geredet, zum Teil wurden sie nach der Aufwärmphase immer lockerer, sodass ich kaum Nachfragen stellen musste, sondern sich von selbst lebendige und für mich gut nachvollziehbare Situationsbeschreibungen und Erzählungen ergaben.

5.4.3. Datenauswertung

5.4.3.1. Transkription

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte nach der Grounded Theory Methodologie nach Strauss/Corbin (1996; s. Abschnitt 5.2.2) und wurde unterstützt durch das Auswertungsprogramm MaxQDA.[101] Vor der eigentlichen Datenauswertung mussten zunächst alle Interviews verschrift-

[101] Zu Beginn der Auswertung habe ich die Programmversion MaxQDA 12 benutzt; später erfolgte ein Update auf MaxQDA 2018 und Mitte 2020 auf MaxQDA 20.

licht werden. Die Probeinterviews sowie die ersten drei Interviews, die später auch ausgewertet wurden, habe ich selbst transkribiert, um ein erstes Gefühl für die Qualität des Leitfadens und meiner Interviewführung zu erhalten und Entscheidungen zur Transkriptionstiefe und sinnvollen Transkriptionskonventionen für die weiteren Transkriptionen treffen zu können. Entsprechend habe ich die Probeinterviews sehr ausführlich transkribiert und auch Verschleifungen und Verzögerungssignale („äh“) verschriftlicht. Im weiteren Auswertungsprozess hat sich gezeigt, dass ich diese Äußerungen nicht in der Auswertung berücksichtigen werde. Daher habe ich mich sowohl in den ersten auszuwertenden Transkriptionen als auch später in Zusammenarbeit mit dem externen Transkriptionsbüro für eine zwar wortwörtliche, aber dennoch um die oben genannten Äußerungen geglättete Verschriftlichung der Audiodaten auf der Grundlage eines reduzierten GAT-Minimaltranskripts (Selting et al. 2009: 391f.) entschieden.[102] Bei den Verschriftlichungen durch das externe Transkriptionsbüro waren gerade zu Beginn zahlreiche Korrekturen und Absprachen notwendig, bis schließlich die Transkriptionen weitgehend meinen Vorstellungen und den Erfordernissen der Datenauswertung genügten. Die überprüften und anonymisierten und pseudonymisierten Transkriptionen habe ich dann sukzessive in MaxQDA eingepflegt und ausgewertet.

5.4.3.2. Kodierschritte und Ausarbeitung des Kodierparadigmas

Die folgenden Auswertungsschritte orientieren sich an den Kodierschritten nach Strauss/Corbin (1996, vgl. Abschnitt 5.2.2). Entsprechend wurde im ersten Auswertungsschritt mit dem **offenen Kodieren** der Daten begonnen.[103] Zur Vorbereitung und ersten Strukturierung wurden die Transkriptionen in MaxQDA in längere thematische Absätze unterteilt, falls sie nicht schon durch Sprecherwechsel unterteilt wurden. Die so vorbereiteten Texte wurden anschließend von vorne bis hinten durchgearbeitet, um kleine Segmente aus Begriffen, Teilsätzen oder kurzen Sätzen hervorzuheben. Diese Segmente wurden nacheinander intensiv analysiert, indem zu Textpassagen, Sätzen und Begriffen generative Fragen gestellt wurden. Im Analyseschritt des offenen Kodierens habe ich versucht, mich möglichst weit von meiner Erwartungshaltung und den Präkonzepten aus meiner Diplomarbeit zu distanzieren. Gerade zu dieser Distanzierung haben die generativen Fragen maßgeblich beigetragen. Außerdem habe ich an vielen Stellen In-Vivo-Codes genutzt, um möglichst nah am Material zu bleiben und nicht schon durch die Benennung der Codes mein theoretisches Vorwissen und vor allem meine Erwartungen an die Daten heranzutragen.

---

[102] Zu den verwendeten Transkriptionskonventionen s. Anhang 9.
[103] Wenn es zeitlich möglich war, habe ich dies direkt nach Fertigstellung der Transkription begonnen, maximal nach Sammlung von drei Transkripten.

Die aus diesen Fragen entwickelten Codes wurden zunächst gar nicht und in späteren Kodierdurchgängen auch im **axialen Kodieren** grob thematisch und nach Ausprägungsgrad sortiert. Diese erste Sortierung erfolgte auch, damit bei deutlich über 1500 Codings weiter ein Überblick möglich war. Gerade bei der thematischen Sortierung und axialen Kodierung habe ich, anders als bei der ersten Generierung der Codes durch die Segmentanalyse, Aspekte meines Vorwissens genutzt, um einzelne Codes und Codings zu Gruppen oder vorläufigen Kategorien zusammenzufassen. Dabei habe ich mich bemüht, dies entsprechend in Memos zu dokumentieren und weiter nah an den beschriebenen Situationen zu bleiben und nicht schon abstrakte Konzepte an die Daten heranzutragen. Einzelne Segmente, die in der ersten Analyse besonders irritierend, überraschend oder auf andere Art besonders waren, wurden zudem farblich kodiert und durch Memos ergänzt, um sie später noch einmal genauer analysieren und vergleichen zu können. Neben der Entwicklung von Codes habe ich zahlreiche Memos mit meinen Ideen, Fragen und Irritationen geschrieben. Dabei habe ich im ersten Auswertungsschritt vor allem Codememos und Auswertungsmemos erstellt, die in die späteren Kodier- und Auswertungsschritte eingeflossen sind.

In dieser Auswertungsphase fiel unter anderem die zunehmende Bedeutung der Kategorie des beruflichen Selbstverständnisses der Pflegenden auf, und zwar in den Dimensionen eines eher technisch-funktionalen und eher bedürfnisorientierten Pflegeverständnisses (s. Abschnitt 6.3.4.3). Auch die Darstellung von Verteilungsentscheidungen entweder als eher autonome Wahl oder eher geprägt durch Fremdsteuerung (s. Abschnitt 6.4.3) zeichnete sich schon früh als bedeutsames, in allen Situationen wiederkehrendes Merkmal für Verteilungssituationen ab. Beide Kategorien flossen später im Rahmen der Entwicklung der Entscheidungs-Typologie in die Typenbildung ein und die damit zusammenhängenden Merkmale wurden in diesem Rahmen weiter abstrahiert und begrifflich geschärft (s. Abschnitt 5.4.3.3 und Kapitel 7). Während des axialen Kodierens war allerdings noch nicht geplant, diese Kategorien als Vergleichsdimensionen einer Typologie zu nutzen. Zunächst wurden sie als zwei von mehreren Kategorien in den Entscheidungsstrategien und den intervenierenden Bedingungen identifiziert.

Nachdem bereits erste Verdichtungen der Codes und Kategorien aus dem offenen und axialen Kodieren durch thematische Zusammenfassung und Dimensionalisierung erfolgt waren, wurde als nächster Analyseschritt mit dem **selektiven Kodieren** das **Kodierparadigma** als strukturierendes Element der bis dahin aus den Daten identifizierten Codes und Kategorien genutzt. Diese Strukturierung ist bereits in den generativen Fragen angelegt und ermöglicht eine weitere Verdichtung und Inbezugsetzung der gefundenen Kategorien und Subkategorien. Im Übergang in die Phase des selektiven Kodierens habe ich mich außerdem gezielt und intensiv mit den Grundlagen der **Entscheidungstheorie** auseinandergesetzt, was bis dahin nur sehr oberflächlich erfolgt war.

Anlass dazu war vor allem meine Lektüre von Pritzlaff (2006), deren Perspektiven auf Entscheiden als Wahl, Urteilen und Entschluss auf der Basis verschiedener theoretischer Zugänge zum Entscheidungshandeln als ein hilfreicher Strukturierungsfokus für die von mir bisher entwickelten Kategorien gedient haben (s. Abschnitt 3.1.2). Im Rahmen des selektiven Kodierens wurde zunächst sehr allgemein die Kernkategorie „Verteilungsentscheidungen von Pflegenden“ als zentrales Phänomen identifiziert. Das zentrale Phänomen hat sich durch die weitere selektive Datenanalyse vor allem mittels des Kodierparadigmas, der Auseinandersetzung mit theoretischen Texten sowie der Vorstellung und gemeinsamen kritischen Überprüfung der Zwischenergebnisse in Forschungswerkstatt und Doktorand:innenkolloquium verdichtet und zu einer weitreichenden Überarbeitung und begrifflichen Schärfung des Kodierparadigmas geführt.

Bevor Kapitel 6 das Kodierparadigma rund um das zentrale Phänomen der Verteilungsentscheidungen Pflegender ausführlich vorstellt, erläutern die folgenden Abschnitte, warum und wie die Entscheidungstypologie entwickelt wurde. Dazu werden die verschiedenen Entwicklungs- und Überarbeitungsschritte beschrieben, die die Entscheidungstypologie in Anlehnung an die Stufen der Typenbildung nach Kluge (1999) – zum Teil parallel zur Ausarbeitung des Kodierparadigmas – durchlaufen hat.

5.4.3.3. Entwicklung der Entscheidungstypologie

5.4.3.3.1. Identifikation relevanter Merkmale

Parallel zum selektiven Kodieren und der Ausarbeitung des Kodierparadigmas, das 2020 nach mehreren Überarbeitungen weitgehend fertiggestellt war, entwickelte ich die Hypothese, dass mit der in den Entscheidungssituationen erlebten und beschriebenen Freiheit der Entscheidung und dem auch in diesen Situationen zum Ausdruck kommenden, individuellen Pflegeverständnis der Interviewpersonen zwei Merkmale herausfordernde Verteilungssituationen besonders zu prägen scheinen. Durch die Verbindung dieser Kategorien könnte sich entsprechend ein verallgemeinerbares Muster des Erlebens von und des Umgangs mit Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege im Sinne eines Deutungs- und Handlungsmusters identifizieren lassen.

Schon frühzeitig im Auswertungsprozess wurden dazu versuchsweise die vorläufigen Kategorien „wahrgenommene Wahlfreiheit“ und „Pflegeverständnis“ als Vergleichsmerkmale und damit Achsen eines zweidimensionalen Merkmalsraums einer Entscheidungstypologie angewendet (vgl. Schritt 1 der Typenbildung nach Kluge (1999), siehe Abschnitt 5.3.3). Sowohl die Vergleichsmerkmale selbst als auch die Definition und Bezeichnung der Dimensionen und Ausprägungen der beiden Merkmale wurden in den folgenden Analysephasen ähnlich wie die Typendefinitionen und -bezeichnungen immer wieder anhand von theoretischen und empirischen

Erkenntnissen sowie kritischer Reflexion mit anderen Forscher:innen überprüft und angepasst. Eine wichtige Quelle dieser kontinuierlichen Überprüfung der Relevanz und Anpassung der entwickelten Typologie ist die Zusammenstellung der Entscheidungssituationen aus den Interviews, die ich in Abschnitt 5.4.3.3.3 näher beschreibe.

Für die weitere Entwicklung einer Entscheidungstypologie wurde deutlich, dass ich mich als nächstem Schritt neben der Beschäftigung mit der Theorie der Typenbildung vor allem mit deskriptiver Entscheidungstheorie auseinandersetzen musste, da ich in diesem Bereich, anders als im Bereich der Pflegetheorie, nur sehr begrenztes theoretisches Vorwissen hatte. Erst auf dieser Grundlage und vor allem durch die intensive Auseinandersetzung mit der Theorie von Pritzlaff (2006, vgl. Abschnitt 3.1.2) war es möglich, die beiden Dimensionen der Typologie theoretisch und begrifflich präziser zu fassen und dies zu begründen:

Pritzlaff (2006) beschreibt die Wahlfreiheit als notwendige Bedingung jeder Entscheidung und analysiert ihre Voraussetzungen. Essenziell für eine Entscheidung ist dabei, ob zumindest potenziell Wahloptionen existieren. Ohne Wahloptionen ist ein Handeln keine Entscheidung. Zusätzlich zu dieser Abgrenzung zum „bloßen Handeln“ lässt sich eine Entscheidung dadurch beschreiben, ob der entscheidenden Person im Entscheidungshandeln alle Wahloptionen bewusst sind und ob sie ihre Entscheidung als freie Entscheidung, stark fremdgesteuerte Entscheidung oder überhaupt als Entscheidung erlebt. Die **wahrgenommene Entscheidungsfreiheit** als ein Kernelement des Entscheidungshandelns kann also sehr unterschiedlich erlebt werden – und zwar in einem Spektrum zwischen wahrgenommener **Autonomie** als entscheidender Akteur und wahrgenommener **Heteronomie**, in der die entscheidende Person ihr Handeln nicht als eigene Entscheidung erlebt.

Die zweite als relevant identifizierte Kategorie des Pflegeverständnisses wurde für die Entwicklung der typologischen Dimensionen noch weiter verfeinert, da der Begriff Pflegeverständnis und vor allem dessen mögliche Ausprägungen nicht ausreichend konkret definiert sind. In der Analyse der Entscheidungssituationen habe ich festgestellt, dass es vor allem das **Emotionale Engagement** ist, welches das Erleben von und den Umgang mit Verteilungssituationen besonders zu prägen scheint. In den untersuchten Entscheidungssituationen lassen sich dabei die zwei gegensätzlichen Ausprägungen der **emotionalen Abgrenzung** und rationalen Distanzierung von der Entscheidungssituation sowie der **emotionalen Involviertheit** mit starkem persönlichen Engagement identifizieren. Die Kategorie des emotionalen Engagements in eine Entscheidung könnte sich in einer entscheidungstheoretischen Perspektive des „Entscheidens als Urteilen“ (Pritzlaff 2006; s. Abschnitt 3.1.5) als subjektive „Positionierung des Akteurs gegenüber dem zu entschei-

denden Sachverhalt“ (Pritzlaff 2006: 15) – entweder in emotionaler Nähe oder in emotionaler Distanz – deuten lassen.

Vor der Beschreibung der Zusammenstellung der Entscheidungssituationen thematisiert und begründet der folgende Abschnitt zunächst einen methodischen Zwischenschritt der versuchsweisen Konstruktion von vier Extremtypen zu einem relativ frühen Auswertungszeitpunkt.

5.4.3.3.2. Konstruktion vorläufiger Typen

Entsprechend der Stufen der Typenbildung nach Kluge (1999: 270 ff.) soll auf die Identifikation relevanter Vergleichsmerkmale die „Gruppierung der Fälle und Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten“ folgen. Gleichzeitig betont Kluge, dass die Stufen nicht chronologisch aufeinander aufbauen müssen. Es geht vielmehr um einen iterativen Prozess der Verschränkung von (eher) theoretisch geleiteter Konstruktion und empirischer Validierung und Erweiterung der Typologie (ebd.: 261). Tatsächlich erfolgte für diese Untersuchung vor der Gruppierung der Fälle, die in Abschnitt 5.4.3.3.3 beschrieben wird, eine erste theorie- und empiriegeleitete Konstruktion von vier vorläufigen Typen als „Extremtypen“, die sich in ihren Eigenschaften an den extremen Ausprägungen der zwei Merkmale orientieren (Kluge 1999: 79f.). Die zwei Merkmale „Entscheidung als Wahl“ und „Entscheidung als Urteil“ wurden dazu in einer Vier-Felder-Tafel kombiniert (s. Abbildung 5). Für die Ausarbeitung wurden den vier Feldern der Tabelle prototypische Zitate aus den Interviews zugeordnet und weitere Eigenschaften der Merkmalskombinationen – unter anderem aus den Zwischenergebnissen der Auswertung nach der GTM – ergänzt.

		Entscheidung als Wahl	
		Bewusst und reflektiert, flexibel, „Wahlfreiheit“	**Fremdbestimmt, Zwang**
Entscheidung als Urteil	**Technisch-funktional** **→ zurück zur „Normalität“**	*„Die wichtigen Sachen zuerst“, „es ist alles geregelt“* - Betonung der eigenen Fachlichkeit - Pflegearbeit als standardisierter Ablauf - Pflegearbeit als (belastendes) Dienstleistungsverhältnis - Zuerst eher medizinisch-technische Verrichtungen	*„Pflege muss gestemmt werden“, „irgendwie geht so ein Dienst dann um“* - Standards werden um jeden Preis erfüllt - Bew. werden regelgerecht versorgt - Unsicherheit beim Priorisieren
	Individuell und bedürfnisorientiert **→ Wohlbefinden (aller?)**	*„Das ist immer situationsbedingt, was gerade los ist“, „wenn dieser Fall eingetreten wäre, hätte ich auch anders entschieden“, „ich nehme mir die Zeit für die Bewohner“, „die Zeit da abzwacken“* - Veränderung der Abläufe flexibel organisieren - Ziel: individuelles Wohlbefinden	*„Es allen Recht machen wollen“, „der Arbeit gerecht zu sein, das konnte ich da nicht mehr“, „wir hatten keine große Möglichkeit“* - „Zwiespalt“, „Spagat“, es irgendwie doch alles schaffen wollen - Hohes Verpflichtungsgefühl

Abbildung 5: Frühe Version einer Entscheidungstypologie (Stand September 2018)

Dieser Analyseschritt war hilfreich, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Typenbildung zu überprüfen, ob zwischen den gewählten Merkmalen inhaltlich sinnvolle Zusammenhänge bestehen, die das Potenzial haben, das sehr unterschiedliche Erleben von Verteilungsentscheidungen über Typen zu strukturieren und damit besser verstehen und beschreiben zu können. Da die so entwickelten, noch nicht bezeichneten Vorstufen der späteren Idealtypen auch bei der Vorstellung in der Forschungswerkstatt als grundsätzlich nachvollziehbar und vor allem mit Blick auf die Interviewdaten aussagekräftig bewertet wurden, waren sie Ausgangspunkt der weiteren Typenbildung.

5.4.3.3.3. Zusammenstellung von Entscheidungssituationen

Die Validierung und Überarbeitung der vorläufigen Extremtypen und Vergleichsmerkmale erforderte als nächste Analysephase eine Sammlung von Elementen oder Fällen, die in diesem Merkmalsraum verortet werden sollen (Vorbereitung auf Schritt 2 der Typenbildung, vgl. Abschnitt 5.3.3). Dazu wurden aus 14 Interviews 56 voneinander abgrenzbare Situationen mit sehr unterschiedlicher Länge extrahiert, in denen pflegerische Verteilungsentscheidungen beschrieben wurden. Dabei konnte das Setting der Tagespflege nicht einfließen, da dort von keiner Verteilungssituation berichtet wurde. Das Setting der ambulanten Pflege wurde ausgeschlossen, da sich die dort auftretenden Verteilungssituationen deutlich von den Situationen in der stationären Langzeitpflege unterscheiden (s. Abschnitt 2.1). Nach der Zusammenstellung dieser Situationen habe ich für jede Situation zunächst eine möglichst treffende Kurzbeschreibung der Verteilungssituation entwickelt.[104] Alle Situationen wurden anschließend über die Variablen-Funktion von MaxQDA anhand von folgenden Variablen analysiert, wenn dies auf Grund der Situationsbeschreibung möglich war:

- Verfügbare Zeit
- verteilte Ressource
- (Potenziell) Betroffene
- Handlungs- oder Verteilungsoption A
- Option B
- weitere Optionen
- gewählte Option
- Begründung der Wahl
- Konsequenzen

[104] Beispiel einer solchen Kurzbeschreibung: „Bewohner kommt aus KH [Krankenhaus] während der Medi[kamenten]verteilung“. Die umfangreiche Nutzung von oft nicht unbedingt standardisierten Abkürzungen war v. a. dem Auswertungsprogramm geschuldet: Die Beschreibung der Variablen ist bei MaxQDA auf 63 Zeichen begrenzt. Die Kurzbeschreibung diente der besseren Übersichtlichkeit.

Die Analyse der einzelnen Entscheidungssituationen mit Hilfe dieser Variablen ist natürlich vage und oft spekulativ, beispielsweise muss die Beschreibung potenziell möglicher Handlungsoptionen der in der Situation entscheidenden Personen hypothetisch bleiben. Die Variablen wurden daher nicht zur Entwicklung oder späteren Überarbeitung der Typologie genutzt. Der Schritt zu einer tabellarischen Übersicht und Untersuchung der 56 Entscheidungssituationen bezüglich der genannten Variablen hatte aber dennoch methodische Relevanz:

Erstens konnte so jede Situation daraufhin überprüft werden, ob dort überhaupt faktische oder potenzielle Wahloptionen bestanden und damit nach der Definition von Pritzlaff (2006, s. Abschnitt 3.1.3) eine Verteilungsentscheidung fiel. Zweitens löste sich mit der Reduktion des Datenmaterials auf Entscheidungssituationen die Analyse von ihrer vorherigen Ausrichtung auf konsistente Entscheidungsmuster individueller Personen und konzentrierte sich fortan auf überindividuelle Entscheidungsmuster in personenunabhängigen Fällen. Dieses Vorgehen beugt Vorurteilen und einseitiger Beurteilung gegenüber einzelnen Interviewpersonen vor: Durch die Loslösung der Entscheidungssituationen von den entscheidenden Personen können diese Fälle entsprechend ihrer aus der Situationsschilderung hervorgehenden Ausprägungen je einem Entscheidungstyp zugeordnet werden, und die entscheidenden Personen müssen nicht mehr als Repräsentanten eines Typs identifiziert werden, sondern können situationsabhängig nach verschiedenen Entscheidungstypen handeln (vgl. Kelle/Kluge 2010: 111). Drittens half die Extraktion der Entscheidungssituationen in ein eigenes Dokument ganz praktisch dabei, den Überblick über das umfangreiche Datenmaterial zu behalten, schneller bestimmte Passagen im Material wiederzufinden und verschiedene Fragen zu den Entscheidungssituationen im Verlauf des Forschungsprozesses leichter prüfen zu können.

Als besonders folgenreich erwies sich allerdings der vierte Aspekt für die weitere Analyse der 56 untersuchten Entscheidungssituationen: So wurde es nämlich möglich, auf der Basis der Erstellung und Konkretisierung des Merkmalsraums der sich entwickelnden Entscheidungstypologie die einzelnen Situationen hinsichtlich der zwei gewählten Kategorien[105] zu analysieren. Emotionales Engagement und wahrgenommene Entscheidungsfreiheit haben sich als die klarsten Kategorisierungen der Entscheidungssituationen, der darin aufscheinenden Handlungsmuster und der im Rückblick darauf angewandten Deutungsmuster erwiesen. Das emotionale Engagement der Pflegenden in der Entscheidungssituation wurde im Spektrum zwischen den Extremen starker emotionale Abgrenzung und starker emotionaler Involviertheit im Sinne einer Ordinalskala

[105] In diesem Abschnitt werden die Kategoriebezeichnungen genutzt, die sich nach vielen Überarbeitungen als besonders treffend erwiesen haben. Während der Erarbeitung der Typologie haben sich diese Begriffe mehrfach verändert – entsprechend mussten die Bewertungen der Situationen immer wieder gemäß den veränderten Begriffen überprüft und an sie angepasst werden.

bewertet. Um diese Bewertung grafisch darstellen zu können, wurde einer maximalen emotionalen Abgrenzung der Wert 0 zugeordnet, einer maximalen emotionalen Involviertheit der Wert 10. Bei der Variable der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit wurde dem starken Gefühl der Heteronomie der Wert 0, dem starken Gefühl der Autonomie der Wert 10 zugeordnet. Die Einordnung der 56 Entscheidungssituationen in diesen Merkmalsraum erfolgte auf der Grundlage eines Gesamteindrucks der jeweiligen Interviewpassagen. Zweifellos sind diese Eindrücke subjektiv und en detail diskutabel, doch das grundsätzliche Ergebnis einer Ballung von Situationsbeschreibungen mit bestimmten Ausprägungskombinationen wird nicht davon beeinträchtigt, dass man bei der Einschätzung der Ausprägung eines Merkmals auch zu abweichenden Ergebnissen gelangen kann.[106]

Auf der Grundlage der quantitativen Bewertung der 56 Verteilungssituationen bezüglich der genannten Variablen (s. Tabelle 3 in Anhang 2) war es also möglich, alle Situationen in einem zweidimensionalen Koordinatensystem mit den Achsen „Emotionales Engagement“ und „Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit“ zu verorten (s. Abbildung 6).[107] Dabei weist die Verteilung der Fälle mit eher geringer wahrgenommener Entscheidungsfreiheit (unter dem Wert 5) zunächst auf zwei Typen mit relativ hoher interner Homogenität und gegenseitiger Unterscheidbarkeit (externe Heterogenität) hin (Kelle/Kluge 2010: 96ff; vgl. Abschnitt 5.3.3). Im Bereich der Fälle mit hoher wahrgenommener Entscheidungsfreiheit erscheint dagegen die Verteilung der Fälle uneindeutiger: Es gibt mehrere Grenzfälle sowie eine Häufung von Fällen mit hohem Autonomiegefühl und einer Mittelposition zwischen emotionaler Abgrenzung und emotionaler Involviertheit. Dies kann als Hinweis auf einen zusätzlichen, fünften Entscheidungstyp gelten, der in den im Folgenden beschriebenen Arbeitsschritten bereits Berücksichtigung fand.[108]

---

[106] Ergänzend habe ich eine quantitative Bewertung der „Bedeutung der Selbstsorge“ der entscheidenden Pflegenden vorgenommen: 0 = keine Berücksichtigung der Selbstsorge, Selbstausbeutung, 10 = starke Berücksichtigung der Selbstsorge. Da ich mich gegen die Nutzung der Selbstsorge als eigenes Merkmal der Typologie entschieden habe (s. Abschnitt 5.4.3.3.1), diente diese Einordnung eher einer Sensibilisierung für die deutlichen Unterschiede der Bedeutung der Selbstsorge in den Verteilungsentscheidungen. Sie wird in den Typenbeschreibungen in Unterkapitel 7.2 thematisiert.

[107] Zur übersichtlicheren Darstellung der Fallverteilung wurden für die Werte der zwei Variablen eine Nachkommastelle verwendet. In Abbildung 6 erscheinen trotzdem nicht alle 56 Fälle als eigene Punkte, da mehreren Fällen der gleiche Wert zugeordnet wurde. Eine Aufschlüsselung der Werte aller Fälle und die entsprechende Zuordnung zu einem Entscheidungstyp findet sich im Anhang (s. Tabelle 3 in Anhang 2)

[108] Auf die Begrenzung der hier beschriebenen Methode der eher quantitativ geprägten Einordnung der Entscheidungssituationen geht Abschnitt 8.2.1 kritisch ein.

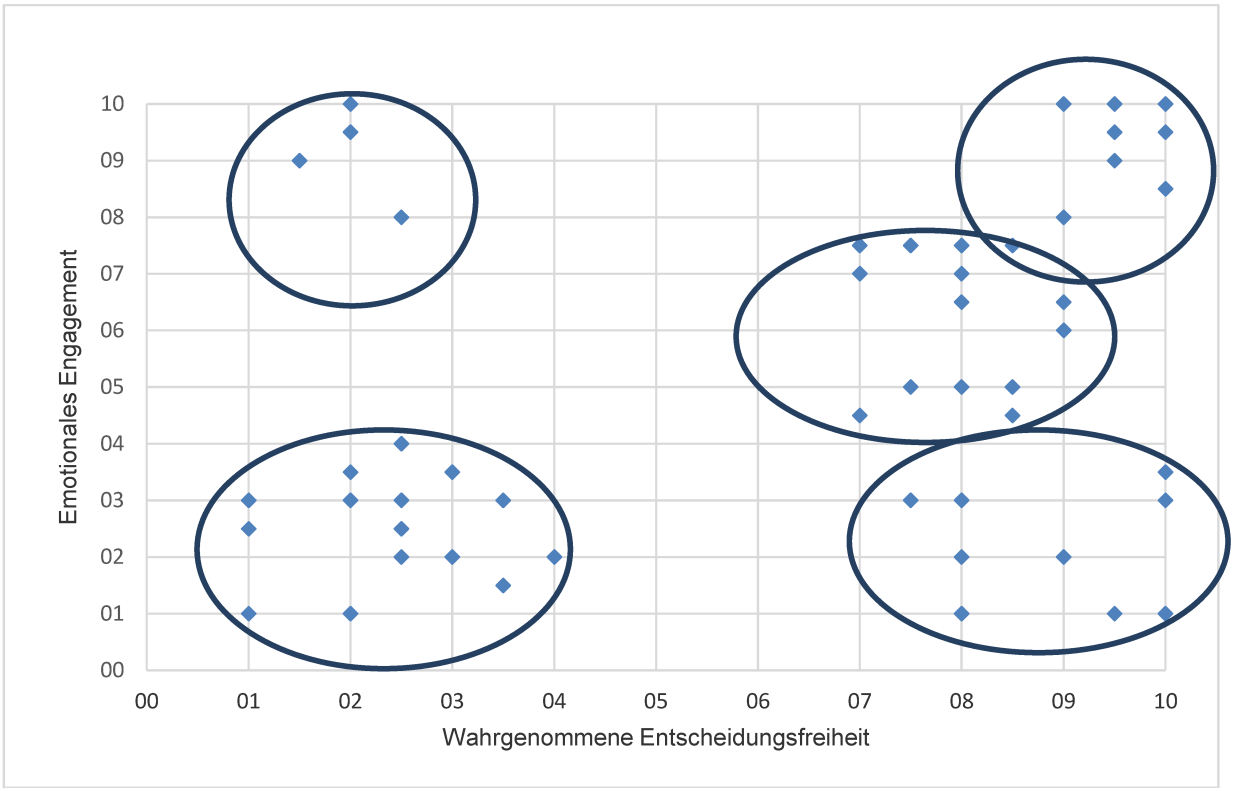


Abbildung 6: Zuordnung von Fällen im Koordinatensystem der Typologie

5.4.3.3.4. Bildung und Charakterisierung von Idealtypen

Nach der eher quantitativ ausgerichteten Analyse der Verteilung von Elementen im Merkmalsraum, die im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, wird in der dritten Stufe der Typenbildung nach Kluge (1999: 277ff.) durch „Erklärung und Verstehen von Sinnzusammenhängen“ der inhaltliche Zusammenhang der gewählten Merkmale wieder in den Fokus gerückt. Dies erfolgte vor allem durch die Veränderung der Darstellung der Entscheidungstypologie von einer Vier-Felder-Tafel (s. Abbildung 5) zu einem Merkmalsraum (s. Abbildung 6) sowie durch den Vergleich der zu bestimmten Merkmalsausprägungen zugeordneten Fälle mit Hinweisen auf prototypische Fälle, Grenzfälle und einen fünften empirisch begründeten Idealtypen (s. Abschnitt 5.3.3 und 7.2.5). Innerhalb des Merkmalsraumes lässt sich mit dem „wahrgenommenen Entscheidungsspielraum“ außerdem grafisch darstellen, wo die Grenzen dessen liegen, was von den Pflegenden selbst als echte Entscheidung erlebt und beschrieben wird (s. Abschnitt 7.1.3).[109]

In der letzten Stufe der Typenbildung nach Kluge (1999) geht es darum, die entwickelten Typen durch eine Loslösung und Abstraktion vom empirischen Material so allgemeingültig zu charakterisieren, dass sie als heuristischer Rahmen für den untersuchten Phänomenbereich – hier Ver-

[109] Die Diskussion der verschiedenen Schritte der Überarbeitung der Typologie sowie die Bewertung der Validität der erfolgten Zuordnungen und Charakterisierungen der Typen erfolgt in Abschnitt 8.2.3.2.

teilungsentscheidungen von Pflegenden – genutzt werden können, indem sie allgemeine Erklärungsmuster bereitstellen. Dazu werden bestimmte wichtige Aspekte, die die Fälle eines Typs verbinden, identifiziert und vom Datenmaterial abstrahiert als ein in sich stimmiger Idealtyp konstruiert. Gleichzeitig muss im Sinne der empirischen Begründung der Idealtypen ihre Charakterisierung konkret genug sein, um neben der Nachvollziehbarkeit ihrer Herleitung aus dem Datenmaterial die in ihnen zusammengefassten Fälle möglichst gut zu repräsentieren (vgl. Abschnitt 5.3.3).

Das Vorgehen der Typenkonstruktion und -charakterisierung orientiert sich an den relativ allgemeingültigen Qualitätskriterien der Typenbildung nach Kuckartz (2020): Jedes Element oder jeder Fall soll genau einem Typ zuzuordnen sein, es sollen nicht unnötig viele, differenzierte Typen gebildet werden, Merkmale und Dimensionen der Typologie sollen genau beschrieben werden und für die Fragestellung relevant sein, die entwickelte Typologie soll „erkennbar eine Gestalt" aufweisen und letztlich Ansätze für weitere Forschung sowie praxisrelevante Erklärungsmuster bieten (ebd.: 809).

Um diesen Kriterien zu genügen, wurde als Grundlage der jeweiligen Typenbeschreibung ein Fall oder mehrere prototypische Fälle identifiziert – und zwar nicht verstanden als durchschnittliche Repräsentanten aller Fälle eines Typs oder Extremfälle mit maximalen Merkmalsausprägungen. Vielmehr sollen die prototypischen Fälle eine besondere **exemplarische Passung** bezüglich der den Typ bestimmenden Merkmale aufweisen, die sich in möglichst vielen Fällen eines Typs wiederfinden, dort aber nicht so klar zum Vorschein treten (vgl. Kluge 1999: 168f.).

Die wesentlichen Merkmale und Eigenschaften der prototypischen Fälle wurden anschließend im Sinne der empirisch gegründeten Idealtypen-Konstruktion (Kluge 1999) abstrahiert und verallgemeinert. Ziel dabei war, die Anschaulichkeit der Idealtypen unter anderem durch charakteristische Zitate aus den Originaldaten zu erhalten, gleichzeitig aber das Weber'sche „Gedankenbild" oder die „Gestalt" sowohl in den Idealtypen als auch in der Typologie herauszuarbeiten (vgl. Abschnitt 5.3.2). Da die so konstruierten Idealtypen nicht alle wichtigen Aspekte und Eigenschaften der ihnen zugeschriebenen und potenziell zuschreibbaren Fälle repräsentieren können und dies auch nicht sollen, wurden im Rahmen der Darstellung der Typen in Unterkapitel 7.2 relevante, weil in der beruflichen Praxis vorzufindende Varianten und Abweichungen innerhalb der Idealtypen jeweils thematisiert und diskutiert.

Vor der Darstellung der Typologie in Kapitel 7, die Handlungs- und Deutungsmuster pflegerischen Verteilungshandelns in der stationären Langzeitpflege aufzeigt, stellt das folgende Kapitel anhand des Kodierparadigmas der GTM zunächst die komplexen Rahmenbedingungen und Zusammenhänge pflegerischer Verteilungsentscheidungen ausführlich dar.

6. Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

6.1. Annäherung an das Phänomen

Im Zentrum der hier entwickelten Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen stehen die Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden in herausfordernden Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege. Das Entscheidungserleben und -handeln ist dabei vor allem dadurch geprägt, wie stark die Pflegenden das Gefühl haben, eine eigenständige, intuitive oder bewusste Wahl zwischen Alternativen getroffen zu haben oder eher fremdgesteuert zu sein. Zusätzlich spielt auch der Grad des emotionalen Engagements in der Situation einer wichtige Rolle: Einige Pflegende grenzen sich bewusst oder unbewusst emotional ab und erleben und beschreiben die Situation eher aus der Perspektive eines distanzierten Beobachters. Andere beschreiben eine starke emotionale Involviertheit, in der sie sowohl auf positive als auch auf negative Aspekte der Verteilungssituation mit entsprechend ausgeprägten Gefühlen reagieren.

Bevor diese Merkmale des zentralen Phänomens in Kapitel 7 ausführlich beschrieben und die daraus entwickelte Entscheidungstypologie vorgestellt wird, erarbeitet Kapitel 6, dem Aufbau des Kodierparadigmas (s. Abbildung 7) folgend, die ursächlichen Bedingungen, intervenierenden Bedingungen, Entscheidungsstrategien und Konsequenzen von pflegerischen Verteilungsentscheidungen im Setting der stationären Langzeitpflege.

6.2. Ursachen von Verteilungsentscheidungen in der Pflege

6.2.1. Natürliche Ressourcenbegrenzung

Verteilungsentscheidungen werden grundsätzlich immer dann erforderlich, wenn die zu verteilenden Ressourcen nur in begrenztem Ausmaß zur Verfügung stehen (vgl. Abschnitt 3.1.6.1). Die Begrenztheit von Ressourcen hängt zunächst von deren Art ab: Gerade **materielle Ressourcen** sind durch ihre quantifizierbare Stofflichkeit immer nur in einem bestimmten Umfang verfügbar. Zwar lassen sich bei vielen materiellen Ressourcen Zukäufe tätigen, die Produktionsmengen erhöhen oder vor Ort Vorräte anlegen, aber auch dies ist letztlich nur eine Vermehrung von begrenzt verfügbaren Ressourcen. Im pflegerischen Kontext sind es beispielsweise Inkontinenzartikel, die im Bedarfsfall nicht immer ausreichend zur Verfügung stehen, auch wenn sie grundsätzlich bevorratet oder nachbestellt werden können. In Situationen mit erhöhtem Bedarf kann es dazu kommen, dass die Arbeitsabläufe gestört werden und kurzfristig Inkontinenzmaterial von anderen Bewohner:innen „ausgeliehen“ werden muss:

Abbildung 7: Kodierparadigma zu Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege (kurz: Kodierparadigma)

> „Da mussten wir dann organisieren, dass sie Inkontinenzartikel bekommt. Wir hatten zum Glück alles da, (-) aber dann eben wieder Absprachen mit den Bewohnern treffen: Können wir deine erst einmal ausleihen, bis das Rezept dann da ist für/ für die Bewohnerin?, und so weiter.“ (IP)

Auch immaterielle Ressourcen stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung, gerade dann, wenn sie wie die **zentrale Ressource Zeit**, in der andere immaterielle Ressourcen wie Aufmerksamkeit und Fürsorge stattfinden können, mess- und damit quantifizierbar sind. Die verfügbaren Zeitressourcen einer Person oder Personengruppe sind zwar durch verschiedene Strategien vermehrbar, aber diese Vermehrung ist ebenfalls nicht unbegrenzt möglich. Jeder Person steht nur eine **begrenzte Lebenszeit** zur Verfügung, die zudem gewisse Regenerationsanforderungen beinhaltet, die nicht beliebig ignoriert werden können. So stehen Pflegenden sowohl ganz grundsätzlich im Sinne der Lebenszeit, aber im beruflichen Kontext auch begrenzt durch die vertraglich vereinbarte **Arbeitszeit** und Personalbesetzung nur begrenzte Zeitressourcen zur Verfügung, um bestimmte Ansprüche der Bewohner:innen auf Zeit und Aufmerksamkeit zu erfüllen.

> „Also als belastend das ist natürlich, dass wir nur zu zweit sind und dann so eine große Anzahl Bewohner haben (-) und teilweise dann auch noch ins Betreute Wohnen (-) gehen müssen, wenn da jemand klingelt.“ (IP)

Die Interviewperson beschreibt hier die hohe Verantwortung, die als stark begrenzt erlebten Zeitressourcen der zwei Pflegenden auf „eine große Anzahl Bewohner“ zu verteilen. Entsprechend ermöglicht eine Erweiterung der Personal- und damit Zeitressourcen eine größere Freiheit in der Verteilung der verfügbaren Ressourcen:

> „Und dann haben wir auch (--) ja auch noch (-) jemanden zum Einarbeiten gehabt. Also noch eine **dritte** Person. Also wir sind ja zu dritt jetzt (-) zurzeit, das nimmt natürlich dann auch wieder was/ (-) so ein bisschen Spannung raus. Dann gerade so abends beim Duschen, wenn man drei Leute duschen muss, denn (-) ist das immer schön, wenn dann mal/ (-) Ne? Kannst du ganz in Ruhe duschen. Und (-) ja, also das ist/ (-) das ist halt dann der Spätdienst. So.“ (IP)

Durch **bezahlte oder unbezahlte Mehrarbeit** versuchen manche Pflegenden in Situationen, in denen durch Personalausfall oder hohen Arbeitsaufwand die Zeitressourcen der eigenen Arbeitszeitvorgaben nicht ausreichen, diese zu vermehren und den Zeitmangel damit zu kompensieren. Dabei werden etwa als weniger dringlich wahrgenommene Aufgaben wie die Dokumentation oder Absprachen mit Bewohner:innen entweder im Rahmen von Überstunden oder unbezahlter Mehrarbeit nach der eigentlichen Arbeitszeit erledigt.

> „Die Entscheidung ist mit dem Moment getr-/ gefallen, als ich gesehen habe, welche Aufgaben anstehen, welche Gespräche geführt werden sollten, um (-) die Bew-/ Absprachen auch zu treffen mit den Bewohnern. Da war mir schon klar: Okay, (-) entweder ich lasse Arbeit liegen für die Kollegen, (--) dusche den einen oder anderen Bewohner nicht.

> (-) Oder ich bleibe einfach eine halbe Stunde oder Stunde länger. (-) Ich habe mich für Letzteres entschieden, um einfach für mich auch Ruhe in meine/ in meinen Alltag, in meine Struktur zu bekommen.“ (IP)

Wie später noch ausführlicher thematisiert wird (s. Abschnitt 6.4.4), kann diese Strategie der Vermehrung der eigenen Zeitressourcen punktuell zu einer Entlastung und Vereinfachung der Verteilungssituation führen. Oft hat diese Entscheidung aber – gerade, wenn sich Pflegende häufiger dazu gezwungen sehen – eine hohe physische und psychische Belastung zur Folge, da damit die eigenen Bedürfnisse unter anderem nach Regeneration zu Gunsten der beruflichen Aufgaben zurückgestellt werden:

> „In dem Moment (--) muss man (-) sich schon überlegen: (--) Gehe ich das Risiko ein, dass ich heute/ Risiko in Anführungszeichen,/ dass ich selbst heute nicht pünktlich Feierabend mache? Ist es mir/ ist es mir das **wert** (--) oder will ich **selber** pünktlich hinaus? Man stellt die Bedürfnisse der Menschen, für die man zuständig ist, über seine eigenen, wenn man sich dafür entscheidet: Ich (-) gehe **nicht** pünktlich, es dauert halt so lange, wie es dauert.“ (IP)

Die Pflegekraft trifft in diesem Fall die Entscheidung sehr bewusst – es scheint nicht das erste Mal zu sein, dass es ihr im Rahmen ihrer regulären Arbeitszeit nicht gelingt, die aus ihrer Sicht wichtigen Bedürfnisse der Bewohner:innen zu befriedigen. In der Abwägung stellt sie ihre eigenen Bedürfnisse zurück, erkennt aber das „Risiko“ (IP) dieser Strategie. Die regelmäßige Anwendung dieser Entlastungsstrategie ist demnach eine Gefahr für die Berufszufriedenheit und letztlich die Gesundheit der Pflegenden (s. Abschnitt 6.5.3) und kann daher nicht unbegrenzt eingesetzt werden. Und auch **immaterielle Ressourcen** wie die in der Pflege wichtigen Ressourcen Zuwendung und Aufmerksamkeit sind, da sie durch die Bindung an bestimmte Personen und den direkten oder indirekten Kontakt zum:zur Empfänger:in ebenfalls zeitlich strukturiert und damit indirekt quantifizierbar sind, nicht beliebig vermehrbar. Auch kann eine dauerhaft hohe emotionale Involviertheit der Pflegenden gegenüber den Pflegebedürftigen zu emotionaler Überforderung führen, wenn die für professionelle Pflege notwendige Abgrenzung fehlt (vgl. Abschnitt 6.4.4.2).

Neben der **begrenzten Vermehrbarkeit der verfügbaren Ressourcen** wird für die in dieser Arbeit untersuchten herausfordernden Verteilungsentscheidungen vorausgesetzt, dass die zu verteilenden Ressourcen für die potenziellen Empfänger:innen von Bedeutung sind. Denn nur dann ist auch deren Verteilung von Bedeutung und wird als herausfordernde Verteilungsentscheidung in den Interviews thematisiert. Durch die Pflegesituation als einseitiges, mehr oder weniger

existenzielles Abhängigkeitsverhältnis sind auch viele der dort verteilten Ressourcen von hoher bis existenzieller Bedeutung für die zu Pflegenden:[110]

> „Die Leute, die Hilfe brauchen, vor allem pflegerische Hilfe brauchen, (-) die profitieren, zu-/ (-) zumindest was Gespräche angeht, am meisten. (-) Oder für die hat man am meisten Zeit, wenn man/ (-) **nimmt** man sich am meisten Zeit. Man hat sie eigentlich auch nicht, aber nimmt sie sich“ (IP).

Eine besondere Rolle bei der Verteilung von knappen Ressourcen spielen medizinische Notfallsituationen, in denen ein Nicht-Priorisieren möglicherweise erhebliche Konsequenzen für den:die Hilfebedürftige:n haben kann. Die Ansprüche der anderen, ebenfalls hilfsbedürftigen Menschen in der Einrichtung haben für diese zwar ebenfalls eine wichtige und eventuell existenzielle Bedeutung, müssen aber direkt gegen den unmittelbaren und akuten Handlungsdruck des Notfalls aufgewogen und im Zweifel zurückgestellt werden.

> „Und gleichzeitig habe ich jemanden, dem es nicht gut geht oder der Doktor ruft dann an, während ich mit jemandem beim Toilettengang <<lachend> bin und diese Dinge,> (-) wo ich dann auch schon mal denke, ja. (---) Ich gucke auf das Display, es ist ja der Doktor, da muss ich ja drangehen, manchmal, wenn es klingelt und ich habe da Handschuhe an, dann lasse ich das in meiner Tasche auch klingeln, (-) aber wenn ich weiß, das **ist** er jetzt, dann: Bitte setzen Sie <<lachend> sich nochmal hin, ich> (-) komme gleich nochmal wieder.“ (IP)

Diese Verbindung von prinzipiell begrenzter Verfügbarkeit von Zeitressourcen, die außerdem für die Empfänger:innen in der Pflege von großer Bedeutung sind, mit den zeitlichen Erfordernissen unvorhersehbarer, komplexer Bedarfslagen der Bewohner:innen, kann als die grundsätzliche Ursache von Verteilungsentscheidungen in der Pflege betrachtet werden. Eine Interviewperson beschreibt diese grundsätzliche Begrenzung der Zeitressourcen in der Pflege in der „Wunschfrage“ am Ende des Interviews folgendermaßen:

> „Keine Vorgaben. Also keine Vorgaben in den/ (-) in der Zeit. (---) Also (--) diese/ Ja, keine Pflegegrade mehr. Also man könnte theoretisch/ Ich würde mir wünschen, (--) dass man dem Bewohner so viel Zeit geben kann, wie er (-) braucht.“ (IP)

In dieser Interviewpassage werden zwei verschiedene Aspekte der Ressourcenbegrenzung deutlich: Zum einen wünscht sich die Pflegekraft einen grundsätzlich unendlichen Zugriff auf Zeitressourcen, und zwar allein auf der Grundlage der wahrgenommenen Bedürfnisse der einzelnen Bewohner:innen. Die Unwahrscheinlichkeit bis Unmöglichkeit deutet die Interviewperson bereits selbst durch den Ausdruck „theoretisch“ sowie die unpersönliche Ansprache mit dem Pronomen

[110] Damit können viele dieser in der Pflege zu verteilenden Ressourcen als konditionale Güter verstanden werden (s. Abschnitt 3.1.6.1).

„man“ an. Zum anderen deutet die Interviewperson gleich zu Beginn an, dass sie eine wesentliche Ursache der begrenzten Zeitressourcen in den rechtlichen bzw. finanziellen „Vorgaben“ für die Pflegearbeit sieht. Die Pflegegrade als Maß für die Zuteilung von finanziellen und damit verknüpft auch zeitlichen Ressourcen sind in der Langzeitpflege zwar, anders als in der ambulanten Pflege, keine minutengenauen Vorgaben für einzelne Verteilungssituationen, begrenzen aber die für die Pflege verfügbare Zeit vor allem durch den dadurch bestimmten refinanzierbaren Personalschlüssel. Der folgende Abschnitt arbeitet die Ursachen dieser finanziellen Vorgaben für die Pflegearbeit heraus, die Verteilungsentscheidungen in der Pflege wesentlich bedingen und beeinflussen.

6.2.2. Gesellschaftliche Ressourcenbegrenzung

Die Begrenzung bedeutsamer Ressourcen in der Pflege ist nicht nur von grundlegenden Faktoren wie deren Materialität, der Begrenztheit der individuellen Lebenszeit oder der Notwendigkeit der physischen und psychischen Regeneration abhängig. Sie wird außerdem maßgeblich bestimmt durch **politische und gesellschaftliche Entscheidungen**, wie viele finanzielle Ressourcen der Pflege in Konkurrenz zu anderen Gesellschaftsbereichen zugestanden werden (s. Abschnitt 2.2). Neben Argumenten wie der Wirksamkeit von Maßnahmen der medizinisch-therapeutischen Intervention oder pflegerischen Prävention spielt auch die **gesellschaftliche Anerkennung** und Bewertung von bestimmten Arbeitsbereichen und Tätigkeiten eine wichtige Rolle bei der Frage, wie viele Ressourcen diesen zugesprochen werden. Gerade in direktem Vergleich zur Medizin und Pflege im Krankenhaus erleben Pflegende die Anerkennung der Pflegearbeit in der Altenpflege bisher immer noch eher gering ausgeprägt:

> „Also es gibt halt auch dann so: (--) ‚Ah, du arbeitest im Altersheim, also das ist ja wohl/ also jetzt sage mal: Findest du das eigentlich in Ordnung, dass ihr da die Leute so abspeist?‘ (--) Bumm! Hallo?“ (IP)

Die Interviewperson beschreibt in dieser Passage, dass sie sich durch ihr Umfeld mit pauschalen, aber doch direkt an ihre Pflegeeinrichtung und ihre Person gerichteten Vorwürfen einer defizitären, „abspeisenden“ Pflegearbeit konfrontiert sieht. Sie fühlt sich durch diese aus ihrer Sicht unberechtigten Vorwürfe vor den Kopf gestoßen und vorverurteilt. Neben der Entrüstung über diese Vorurteile wünscht sich die Interviewperson später in der Passage mehr Unterstützung „von denen, die die Entscheidungen treffen“ (IP), womit an dieser Stelle wahrscheinlich die Gesundheitspolitik gemeint ist, die der Altenpflege bestimmte Ressourcen zusprechen kann. Mit der Anerkennung durch die politische Ebene wird die Hoffnung auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege verknüpft, da Anerkennung Voraussetzung für Sichtbarkeit und

damit Berücksichtigung bei finanziellen Verteilungsentscheidungen auf der Makroebene ist. Mit der **reduktiven Sicht auf Pflegearbeit** in der Altenpflege als einfacher Verrichtungsarbeit werden komplexe und anspruchsvolle pflegerische Aufgaben in der stationären Langzeitpflege wie psychosoziale Begleitung von Sterbenden, systematische Pflegeplanung oder medizinisch-therapeutische Maßnahmen ignoriert, die vor allem Pflegefachkräfte als besonders verantwortungsvoll und wichtig und damit auch als Quelle ihres beruflichen Selbstbewusstseins beschreiben.

> „Dann bin ich erst mal wieder zu/ Dann habe ich die Tabletten und die Insuline und so was weiter gemacht (--) Ja. Dann habe ich ganz in Ruhe, nachdem ich das alles fertig hatte, den Krankenhausbericht und ein Fax an den Arzt und so, dass wir einen neuen Medikamentenplan brauchen und sowas. Also halt die wichtigen Sachen, die die Fachkraft machen soll, habe ich dann erledigt.“ (IP)

Entsprechend ist bei den Befragten eine gewisse Frustration spürbar, dass viele aus ihrer Sicht wichtige Verantwortungsbereiche der Pflege wenig wertgeschätzt oder überhaupt nicht wahrgenommen werden und die Pflegenden ihre Entscheidungen gegenüber anderen Berufsgruppen rechtfertigen und „diskutieren“ (IP, ähnlich weitere IP) müssen. In den Interviews wird sehr deutlich, dass es den Pflegenden dabei weniger um die finanzielle Wertschätzung durch höhere Löhne als um eine **bessere Personalausstattung** und damit eine spürbare Ausweitung der verfügbaren Zeitressourcen geht:

> „Einfach die (--) Zeit und Ruhe für die Bewohner (-) das ist für mich am wichtigsten, dass ich **die** wirklich in Ruhe versorgen kann und ähm (--) nicht so: zack zack zack wie am Fließband von Einem zum Nächsten laufen muss sondern in Ruhe eine Arbeit zu Ende machen kann und (--) mir die Zeit dann auch nehmen kann für wichtige Dinge wie (.) Behandlungspflege oder (.) Telefonate auch.“ (IP)

Die Interviewperson deutet hier an, dass sie sich durchaus in der Position sieht, Entscheidungen darüber zu treffen, was wichtig und eher unwichtig ist.[111] Dies deutet auf die dritte Grundvoraussetzung und Ursache von Verteilungsentscheidungen von Pflegenden hin, mit denen sich der folgende Abschnitt beschäftigt: Denn neben der allgemeinen und situativen sowie gesellschaftlich zugestandenen Ressourcenverfügbarkeit setzen Verteilungsentscheidungen auch voraus, dass Pflegende überhaupt die Aufgabe und Position haben, diese Entscheidungen zu treffen und damit auch die Verantwortung für die möglichen Konsequenzen tragen können.

[111] Die von der Pflegenden hier angesprochenen vorgenommenen Priorisierungen im Bereich der eher bewohner:innenfernen Organisation werden an späterer Stelle genauer analysiert (s. Abschnitt 6.3.4.3.2).

6.2.3. Entscheidungsverantwortung Pflegender

Professionelle Pflege kann nach Oevermann (2002) als „stellvertretende Krisenbewältigung“ verstanden werden, wenn Subjekte in ihrer Autonomie und selbstständigen Lebensführung eingeschränkt sind (s. Abschnitt 3.2.3). Für Verteilungsentscheidungen agieren Pflegende entsprechend als Stellvertreter:innen für die pflegebedürftigen Ressourcenempfänger, wenn diese nicht (mehr) in der Lage sind, selbstständig auf notwendige Ressourcen zuzugreifen. Wie schon in Unterkapitel 2.4 dargestellt, ist diese **hohe stellvertretende Entscheidungsverantwortung** vor allem im ärzt:innenfernen Bereich der stationären Langzeitpflege spürbar. So beschreiben viele Pflegende unabhängig von ihrer Qualifikation, dass sie in ihrer täglichen Arbeit Verantwortung für die angemessene und gerechte Verteilung der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen übernehmen. In der folgenden Passage entscheidet eine Pflegehilfskraft entgegen der bisherigen Entscheidung des Hausarztes, dass die medizinische Behandlung einer Bewohnerin nicht mehr ambulant, sondern stationär im Krankenhaus erfolgen muss:

> „Und dann habe **ich** gesagt mittags / habe ich das für **mich** entschieden (-) und habe gesagt: So, ich sage: Ich glaube, es ist besser, wir rufen den Rettungswagen, dass Sie ins Krankenhaus gehen.“ (IP)

Die Pflegehilfskraft beschreibt, dass sie in der akuten Situation zunächst bewusst abgewogen hat, welche Handlung in diesem Fall die angemessenste ist. Anschließend trifft sie eine sehr klare und gerade für ihre Stellung als Hilfskraft selbstbewusste Entscheidung, den Rettungswagen zu alarmieren, und vertritt ihre Entscheidung später auch gegenüber ihren Kolleg:innen. Noch an zwei anderen Stellen verwendet die Pflegehilfskraft die Wendung „für **mich** entschieden“ (IP). Das „mich“ wird jeweils besonders betont. Es scheint hier den Zweck zu haben, dass die Pflegehilfskraft ihre Entscheidungen nicht nur gegenüber den Kolleg:innen, sondern auch vor der Interviewenden und sich selbst rechtfertigen möchte. In der zitierten Passage ist eine Entscheidung gegen den ärztlichen Rat besonders heikel, da die Interviewperson sich sowohl gegenüber dem Arzt als auch gegenüber den Fachkräften rechtfertigen muss. Dennoch sieht sie sich klar in der Verantwortung, die aus ihrer Überzeugung richtige Entscheidung zum Zugang der Bewohnerin zu einer Versorgung im Krankenhaus auch gegen Widerstände durchzusetzen. Kaum eine Rolle scheint hier der Wunsch der betroffenen Bewohnerin zu spielen. Vielmehr wird der Entscheidungsprozess als vollständig unabhängiger Akt der persönlichen Abwägung der Pflegekraft beschrieben, auf den äußere Faktoren wie ein Gespräch mit Kolleg:innen oder mit der Betroffenen keinen Einfluss nehmen können.

In den Interviews wird immer wieder von Entscheidungssituationen berichtet, in denen es wie in der oben beschriebenen Situation entweder relativ klar zu situativen Kompetenzüberschreitungen

der Entscheidenden kommt, oder es zumindest **rechtlich unklar** ist, ob die Pflegenden in der Situation selbstständig entscheiden durften. Eine Unklarheit, ob die getroffene Entscheidung überhaupt im Kompetenzbereich der:des Entscheidenden lag, wird allerdings in keinem Fall thematisiert. Vielmehr wird unabhängig von der tatsächlichen, rechtlichen Verantwortung von Pflegefach- und Hilfskräften für Durchführung oder Delegation von Aufgaben die subjektive, stellvertretende Entscheidungsverantwortung als Pflegekraft im Sinne der Pflegebedürftigen von den Interviewten immer wieder sehr deutlich betont. Dies gilt natürlich vor allem für Entscheidungen in akuten oder lebensbedrohlichen Notfallsituationen, in denen sowohl Pflegefach- als auch Hilfskräfte beschreiben, wie sie wie selbstverständlich die Entscheidungsverantwortung für die Betroffenen übernehmen, die in der Akutsituation oft nicht mehr in der Lage sind, diese Entscheidungen selbst zu treffen. In der folgenden Passage beschreibt eine Interviewperson, dass sie sich in einer medizinischen Notfallsituation ohne Zögern oder Zweifeln für eine Priorisierung des Notfalls entscheidet:

> „*I: Also, wie kam es dazu, dass Sie so entschieden haben?*
> IP: Ahm, dass ich, dass ich den anderen vorge[zogen hab]?
> *I: <<bestätigend>> [Hm]*
> IP: Naja, einfach aus der Situation heraus, er saß im Bett und hatte nen knallroten Kopf und (.) man hat ja schon gehört, dass er keine Luft kriegt und ähm (.) dann ist für mich klar, dass ich den dann auf jeden Fall **vor**ziehe und nicht da sitzen lasse und (--) warten lasse.“ (IP)

Die Interviewperson fällt „einfach aus der Situation heraus“ ihr fachlich begründetes Urteil. In der Passage wird deutlich, dass sie sich nicht nur in der Verantwortung für eine schnelle und kompetente Entscheidung sieht, sondern sich auch legitimiert und befähigt sieht, diese Entscheidung in Letztverantwortung zu treffen. Dabei bringen Verteilungsentscheidungen wie diese oft auch mit sich, dass ebenfalls legitime bis existenzielle Ansprüche wie Insulin- und Medikamentengabe (IP) oder Toilettengänge (IP) anderer Bewohner:innen in ihrem Verantwortungsbereich für eine bestimmte Zeit zurückgestellt werden müssen (s. Abschnitt 6.5.1). Diese mit der Entscheidungsverantwortung einhergehende Entscheidungsmacht, berechtige Ansprüche von mehreren existenziell abhängigen Pflegebedürftigen (zunächst) bewusst nicht zu berücksichtigen, kann zu Überforderung und Entscheidungsunfähigkeit führen:

> „und dann habe ich schon gemerkt, dass bei mir Stress aufkommt, ne, innerlich, und dann / ja, und dann kamen zu viele Bewohner, dann ist noch / (-) die Fragen haben, die du / und dann / das schlimme für mich ist: ‚Ich **kann** momentan nicht, ich habe gerade nicht die Zeit.‘ Das (-) hat mich schon traurig gemacht, eben zu sagen: ‚Momentan geht es nicht‘, ne?“ (IP)

Die Mehrzahl der Befragten beschreiben die Aufgabe, in pflegerischen Verteilungssituationen relativ eigenständig eine Entscheidung treffen zu müssen und diese auch gegenüber anderen zu verantworten, als eine Herausforderung, die sie aber als Teil ihrer beruflichen Rolle akzeptieren. Mehrere Interviewte beschreiben darüber hinaus einen gewissen Berufsstolz („Und da bin ich stolz darauf, dass wir das hingekriegt haben“, IP) und „Respekt“ (IP), den sie aus ihrer Rolle als fach- und entscheidungskompetente Pflegekraft ziehen. Ob als Quelle von beruflichem Selbstbewusstsein oder als notwendiges Übel – in jedem Fall bringt die Aufgabe als Pflege(fach)kraft vor allem in der stationären Langzeitpflege mit sich, immer wieder Verteilungsentscheidungen stellvertretend für die Bewohner:innen treffen zu müssen. Eine Interviewperson bringt es auf den Punkt:

> „Wir haben ja keine Ärzte vor Ort, und wir müssen das ja alles (-) zum größten Teil selber entscheiden, ne?“ (IP)

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Rahmenbedingungen und Strukturen der Pflegearbeit näher beschrieben, die von den Interviewten entweder als Erleichterung oder als zusätzliche Belastung bei Verteilungssituationen dargestellt werden.

6.3. Intervenierende Entscheidungsbedingungen

Die pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der vorliegenden Arbeit finden immer im institutionellen Umfeld der stationären Langzeitpflege statt. Auch wenn in ambulanten oder akutstationären Settings durchaus Verteilungsentscheidungen getroffen werden, wird das Arbeiten und damit auch das Entscheiden in stationären Wohn- und Pflegeeinrichtungen wesentlich durch das Pflegesetting bestimmt: Anders als in der ambulanten Pflege arbeiten beispielsweise in der Regel mehrere Personen gleichzeitig als Team zusammen. Und anders als im Krankenhaus treffen Pflegende einen Großteil der Entscheidungen ohne vorherige Rücksprache mit Ärzt:innen und Therapeut:innen (s. Abschnitt 6.2.3).

Wie schon in Unterkapitel 2.1 beschrieben, fällt dabei unter den Oberbegriff „stationäre Langzeitpflege“ eine Vielzahl an unterschiedlichen Versorgungsformen und Zielgruppen, die über die Auswahl des Samples zum Teil Eingang in diese Untersuchung gefunden hat. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte der Arbeit in der stationären Langzeitpflege unter der Fragestellung untersucht, inwieweit sie als intervenierende Faktoren Einfluss auf die dort stattfindenden pflegerischen Verteilungsentscheidungen haben. Dabei wird zunächst der institutionelle Rahmen der stationären Langzeitpflege betrachtet, wobei der Schwerpunkt hierbei auf der stationären Altenhilfe liegt.

6.3.1. Institutionelle Bedingungen

Unter den institutionellen Bedingungen von Verteilungsentscheidungen werden in dieser Arbeit alle Faktoren zusammengefasst, die als situativer Rahmen von außen auf das individuelle Entscheidungshandeln einwirken. Dies geht von gesetzlichen und strukturellen Vorgaben über bauliche Gegebenheiten, Organisations- und Ablaufpläne bis hin zum Einfluss der direkten Vorgesetzen und anderer Leitungspersonen. Außerdem wird in diesem Abschnitt der bereits in Abschnitt 6.2.1 thematisierte Zusammenhang von Personalausstattung und Zeit als zentraler und übergeordneter Ressource konkretisiert.

6.3.1.1. Gesetzlicher Entscheidungsrahmen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK, seit 2021 Medizinischer Dienst, MD) mit seinen regelmäßigen Überprüfungen vor Ort, aber auch diffus als **Sinnbild für gesetzliche Vorgaben** unter anderem zum Personalschlüssel, wird von immerhin fünf Interviewten als mehr oder weniger bestimmender und oft einschränkender externer Einflussfaktor für die tägliche pflegerische Arbeit genannt.

> „Es gibt natürlich (--) gerade Dinge in der Dokumentation oder so, wo **auch** unsere Leitung dazu verpflichtet ist, die umzusetzen, die uns aber eigentlich in unserer eigentlichen Arbeit stark behindern. Aber (-) da kann die Leitung in dem Sinne ja nichts dafür, weil sie ja **auch** nur die gesetzlichen Vorgaben erfüllen muss. (--) Stichwort MDK-Prüfung, ja? Also (-) da werden halt entsprechende Unterlagen gefordert und (--) die müssen das durchsetzen, dass sie ausgefüllt sind.“ (IP)

Vermittelt über die Leitung müssen die Pflegekräfte im Rahmen der Dokumentation „halt entsprechende Unterlagen“ vorhalten, um gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen. Hier wird nicht der Aspekt der Dokumentation zur Qualitätssicherung und damit auch Verhinderung von Qualitätsmängeln gesehen, sondern ausschließlich die Behinderung der „eigentlichen Arbeit“ durch die Dokumentation. Umfangreiche und oft als lästige Pflicht beschriebene Dokumentationsaufgaben beanspruchen Zeitressourcen, die eigentlich für andere, als wichtiger angesehene pflegerische Aufgaben nötig wären. Hier werden die Dokumentation und Gesetzeseinhaltung also nicht als Teile der Kernaufgaben der Pflege verstanden – was diese genau sind, wird in diesem Zitat nicht deutlich. Der MDK mit seiner Qualitätsprüfung beeinflusst damit die Pflegearbeit als zwar wenig konkrete, aber im Arbeitsalltag spürbare externe **Prüfungs- und Sanktionierungsinstanz**, gegenüber der man sich durch umfangreiche Dokumentation rechtfertigen und absichern muss.

> „Da wird nicht geguckt, ob der Bewohner jetzt so und so viel Pflege kriegt, oder so. Da muss einfach das, was im PC steht, (--) das musst stehen. Dann war sie natürlich neu, dann kam der MDK, hat viele Verluste festgestellt. Das hat die Heimleitung natürlich gleich

> hundert Prozent wütend gemacht, dass das so ist, aber sie hat (--) nicht mal gefragt, was damals war.“ (IP)

Die Einrichtungsleitung oder direkten Vorgesetzten werden dabei entweder in der Rolle derjenigen gesehen, die diesen externen Druck weitergeben (müssen), da sie selbst dem beschriebenen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sind, oder sie wirken selber als Kontroll- und Machtinstanz, die bestimmte Vorgaben wie den Zeitraum, in dem eine Klingel beantwortet wird oder die Aufnahme von neuen Pflegebedürftigen aus Sicht der Interviewten eher willkürlich festlegt und die Mitarbeiter:innen zu deren Umsetzung anhält, was diese in ihrer „eigentlichen Arbeit“ (IP) behindere.

> „Oder (-) einfach viel zu/ noch eine Aufnahme von einem neuen Patienten, die ja schlussendlich durch die Leitung beschlossen wird (-) und wir uns gefragt haben: ‚Wie sollen wir denn das jetzt noch **machen**? Das ist **noch** einmal ein Bettlägeriger.‘ (-) Also das sind dann einfach natürlich so diese, (-) ja, die Ergebnisse der Entscheidungen, die einem im Endeffekt dann wieder ((lacht)) hindern, (-) ja, behindern, ja.“ (IP)

Neben dem MDK als Sinnbild einer eingreifenden externen Instanz spielt auch die Existenz von **Pflegegraden** für die Pflegenden eine wichtige Rolle, da sie die Pflegearbeit direkt beeinflussen. In immerhin sechs der 16 Interviews werden Pflegegrade als einflussreicher Aspekt der Pflegearbeit hervorgehoben:

> „die arbeiten zwar in so einem System, da sind fünf Gruppen und dann wird man eingeteilt. *[I: Hm]* Also, nach Pflegegraden, und da hast du vielleicht sieben oder acht Bewohner.“ (IP)

Auch hierbei geht es weniger um konkrete Auswirkungen bestimmter Einstufungen als um das Gefühl der Pflegegrade als Sinnbild für externe, zeitbeschränkende Vorgaben oder hohen Zeitaufwand durch die Zuordnung bestimmter Bewohner:innen auf eine Pflegekraft wie im Beispiel oben. Dabei wird das Einstufungssystem und seine Auswirkungen nie konkret kritisiert, sondern als gegebene Beschränkung hingenommen, die wiederum diffuse Auswirkungen auf die verfügbaren Zeitressourcen hat.

Während dieser Zusammenhang in vielen Interviews eher beiläufig und neutral als strukturierendes Element aufscheint, veranschaulicht die folgende Passage die erlebten Auswirkungen der Einstufung der Bewohner:innen und der damit verbundenen Zeitkontingente auf die Pflege:

> „Wir sind morgens, in Frühschicht, in dem Frühdienst, sind wir meistens zu fünft. Bei [rund 30, um Identifizierbarkeit zu vermeiden, A.G.] Bewohnern. Und von diesen Bewohnern haben sehr viele die Pflegestufe, also jetzt ist es ja die Pflegegruppe fünf und vier. Also das sind schon sehr Schwerstpflegefälle. Und die Kompressionsstrümpfe zum Anziehen, das nimmt Zeit. Denn die kann man nicht so schnell anziehen. Wenn man den Bewohnern auch nicht wehtun muss.“ (IP)

Eine scheinbar gute Personalbesetzung relativiert sich hier dadurch, dass unter den Bewohner:innen viele „Schwerstpflegefälle“ sind, deren angemessene Versorgung mit dem vorhandenen Personal nur mit Mühe oder nicht in der vorgesehenen Zeit sichergestellt werden kann. Der **aus den Zeitvorgaben erwachsende Druck** wird hier als Ursache möglicher Gewalt in der Pflege dargestellt, auch wenn die Interviewperson sich scheut, das Zufügen von Schmerzen als Konsequenz aus der unmöglichen Einhaltung von Zeitvorgaben zum Anziehen der Kompressionsstrümpfe konkret zu benennen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele der Interviewten die Kontrollinstanz des MDK mit seinen organisatorischen und administrativen Anforderungen als direkt relevant für ihre Arbeit und durch den daraus resultierenden Dokumentationsaufwand für Absicherung und Rechtfertigung als beeinträchtigend erleben. Die Idee der Qualitätssicherung und -förderung durch den MDK tritt gegenüber dem belastenden Erleben des MDK als Kontroll- und Sanktionierungsinstanz im Pflegealltag in den Hintergrund. Damit vergleichbar werden die als Grundlage für die Refinanzierung des Pflege- und Zeitbedarfs der Bewohner:innen eingeführten Pflegegrade als eher defizitär und ebenfalls die tägliche Arbeit diffus beeinträchtigend wahrgenommen. Diese Beeinträchtigung scheint vor allem in der nicht den tatsächlichen und wechselnden Ansprüchen der Bewohner:innen angemessenen Ressourcenzuweisung zu bestehen. Der starre finanzielle, administrative und personelle Rahmen der gesetzlichen Vorgaben lässt wenig Raum für flexibles Eingehen auf akute Anforderungen der zu Pflegenden und schränkt damit den gefühlten Entscheidungsspielraum von Pflegekräften in diesen Situationen zumindest mittelbar ein.

6.3.1.2. Einrichtungs- und Stationsgröße

Grundsätzlich werden von den befragten Pflegenden sowohl **kleinere Einrichtungen** als auch kleinere Stationszuschnitte als förderlich für ihre Arbeit beurteilt. Auf kleineren Stationen[112] ist ein „ruhigere[s] Arbeiten“ (IP) möglich. Diese **Ruhe** resultiert offenbar vor allem daraus, dass die Pflegekräfte für weniger Bewohner:innen gleichzeitig verantwortlich sind und diese besser „kennen“ (IP) und einschätzen können.

In eher kleinen Pflegeeinrichtungen mit unter 50 Bewohner:innen ist aus Sicht der Befragten eine **bessere Zusammenarbeit im Team** möglich, da es häufiger und ohne größeren Aufwand zu

[112] Die Interviewpersonen sprechen selber sowohl von Bereichen als auch von Stationen, möglicherweise auch synonym. Gemeint ist immer eine räumlich mehr oder weniger zusammengefasste, begrenzte Gruppe von Bewohner:innen, die durch ein Team versorgt wird. Eine Station kann dabei in mehrere Bereiche eingeteilt sein und ist damit eher als größere Einheit zu verstehen – eine klare Unterscheidung und Definition von Bereichen oder Stationen geht aber aus den Interviews nicht hervor und ist m. E. auch nicht wesentlich für die Aussagekraft dieses Abschnitts.

Absprachen über die nächsten Arbeitsschritte oder spontane Unterstützungsangebote bei akut erhöhter Arbeitsbelastung kommt (IP, s. zur Zusammenarbeit auch Abschnitt 6.3.2). In kleinen Einrichtungen scheint außerdem die Hemmschwelle, sich bei Fragen und Problemen auch zur Personalbesetzung direkt an die Leitung zu wenden, geringer, da diese oft selbst in der Pflege eingebunden oder zumindest präsent und damit ansprechbar ist:

> „Unsere PDL sitzt ein bisschen extern, und sie weiß schon, wenn Visiten sind oder so, nimmt (und außen) schon die Toilettengänge ab und macht / Also sie unterstützt uns dann da schon. Also das ist wirklich (-) ein familiäres, kleines Haus, da ist das echt schönes Arbeiten.“ (IP)

Durch den häufigen Kontakt, Ansprechbarkeit und grundsätzliche Bereitschaft zur Unterstützung gelingt es hier der Leitung, in Situationen, die für die interviewte Pflegekraft potenziell herausfordernd sind, durch Übernahme von Toilettengängen für Entlastung zu sorgen. Gerade weil hier die Pflegedienstleitung „ein bisschen extern“ sitzt, hat sie doch in dem kleinen Haus immer im Blick, wo sie konkret unterstützen kann. Den Aspekt des Familiären beschreibt auch eine andere Interviewperson, die in einer kleinen, privaten Einrichtung arbeitet:

> „Also, eigentlich ist es so ein/ (-) das ist so **familiär** halt einfach, man hilft sich einfach gegenseitig. Die wissen ja (--) also (-) auch zu schätzen, was sie an **uns** haben oder an **mir**, zum Beispiel. Weil ich habe wirklich ein ganz gutes Verhältnis (-) zu denen, dass die (-) sich auch oft bedanken.“ (IP)

Die sowohl **räumliche als auch emotionale Nähe von Mitarbeiter:innen und Leitung** wird als Ressource und Sicherheit in Belastungssituationen empfunden. Der persönliche Einsatz und die gegenseitige Unterstützung aller Kolleg:innen und vor allem der Leitung wird als Wertschätzung beschrieben und trägt zur allgemeinen Berufszufriedenheit bei. Gerade auch die Anerkennung und Dankbarkeit der Leitungspersonen für Leistungen, die über das normale Maß der Arbeitszeit oder Arbeitsaufgaben hinaus gehen, motiviert die interviewten Pflegenden aus kleinen Einrichtungen bei Belastungsspitzen immer wieder zu eigenem Einsatz über das normale Maß ihrer beruflichen Aufgaben hinaus:

> „Die wissen ja (--) also (-) auch zu schätzen, was sie an **uns** haben oder an **mir**, zum Beispiel. Weil ich habe wirklich ein ganz gutes Verhältnis (-) zu denen, dass die (-) sich auch oft bedanken. [B. berichtet von einem persönlichen Dank der Leitung, A.G] Das ist, (-) weiß ich nicht, das ist so, die sehen das dann ja auch, (-) ne, wenn ich dann sage: So, hier ist kein S2 heute da. Die **wissen**, was dann los ist, weil die einfach auch jeden Tag vor Ort sind bis auf halt das Wochenende.“ (IP)

Das Gefühl des Gesehenwerdens und der Wahrnehmung des persönlichen Einsatzes gerade durch die Leitungsperson scheint hier eine besondere Rolle zu spielen und ist bei einer eher kleinen Einrichtung mit wenig Mitarbeiter:innen auch einfacher umsetzbar.

Auch wenn auch in kleinen Einrichtungen von belastenden Verteilungssituationen berichtet wird, scheint vor allem das Bewusstsein des Rückhaltes durch die Leitung und der potenziellen praktischen Unterstützung durch die Kolleg:innen zu einem entspannteren Umgang mit diesen Verteilungssituationen beizutragen, da sich mit den potenziellen Personalressourcen auch weitere Handlungs- und damit Wahloptionen eröffnen.

Da die Mehrheit der Befragten in eher **größeren Einrichtungen** mit über 80 Bewohner:innen arbeitet, wird in den Interviews häufiger über die – ausnahmslos negativ bewerteten – Auswirkungen größerer Stationen und Häuser für die Arbeitssituation gesprochen.

> „Und das ist halt in dem großen Wohnbereich, da gab es schon immer Unruhe. Damals, wo die Planung war in dem Haus, wollte man den halbieren und einen Bereich nur für Demente machen, *[I: Hm]* aber das haben sie dann doch nicht gemacht, ne? Und so ist immer in diesen, / weil es so groß ist, ist da immer / wird die Ruhe einkehren, nie wirklich sein *[I: Hm]*. Also es wird nie richtig Ruhe einkehren, weil der Wohnbereich einfach zu wuchtig ist.“ (IP)

Im Kontrast zu kleineren Einrichtungen, in denen die Pflegekräfte seltener Be- und vor allem Überlastungssituationen durch gleichzeitige Anforderungen beschreiben, berichten sie in großen Bereichen mit einer **gleichzeitigen Verantwortung** für über 50 Bewohner:innen immer wieder über Arbeitsspitzen und ungeplante Zwischenfälle, was zu allgemeiner Unruhe führt:

> „Also es wird nie richtig Ruhe einkehren, weil der Wohnbereich einfach zu wuchtig ist.“ (IP)

Die ungewohnte Metapher „wuchtig“ für eine große Station vermittelt dabei eine von der Interviewperson als geradezu physisch empfundene Belastung. Die Sorge, bei der Verantwortung für viele Personen den Überblick zu verlieren und plötzlich alleine mit einer herausfordernden Situation konfrontiert zu sein, bestimmt das Belastungserleben mehrerer der befragten Pflegenden. Dies ist unabhängig davon, ob diese für alle (Fachkraft-)Aufgaben einer einzelnen Station oder für bestimmte Fachkraftaufgaben für mehrere Stationen zuständig sind. Besonders eindrücklich beschreibt diese Herausforderung eine Interviewperson, die in einem Haus mit etwa 250 Bewohnern als Fachkraft für besondere Aufgaben arbeitet:

> „Man muss die Tabletten stellen und, also ich bin für die drei Wohnbereiche hier zuständig. Wenn ich Behandlungspflegedienst habe am Wochenende, Freitag, Samstag, Sonntag, bin ich dann für das Tablettenstellen zuständig. Und wenn auf der jeweiligen Station keine Fachkraft ist, dann bin ich da zusätzlich, falls irgendetwas passieren sollte, wenn irgendein Bewohner stürzt. Oder sonst es irgendwelche Notfälle gibt, dann bin ich dann zusätzlich dafür noch zuständig. Weil ich die einzige Fachkraft dann bin für die drei Wohnbereiche. Und manchmal ist das echt schwierig das irgendwie alles zu managen. Das ist nicht so einfach. ((lacht))“ (IP).

Die schon angesprochene, grundsätzliche hohe Entscheidungsverantwortung einer Fachkraft (s. Abschnitt 6.2.3) wird hier aus Sicht der Interviewperson durch die gleichzeitige Zuständigkeit für mehrere Wohnbereiche vervielfacht. Anders als in kleinen, familiären Einrichtungen fehlt hier das Gefühl eines Rückhaltes durch Kolleg:innen. Vielmehr muss die Verantwortung auch in schwierigen Entscheidungssituationen alleine getragen werden, was zu Verunsicherung, Stress und dem Gefühl der Hilflosigkeit führen kann:

> „Ja, weil ich mir dann ab und zu so hilflos dann vorkomme und total gestresst bin." (IP)

Neben geringerem Rückhalt durch Kolleg:innen und gleichzeitiger Verantwortung für eine größere Anzahl von pflegebedürftigen Menschen werden von den befragten Pflegenden aus großen Einrichtungen auch die **langen Laufwege** als Belastung beschrieben. Zum einen wird hier die körperliche Anstrengung durch das ständige Laufen erwähnt:

> „Es sind unheimlich lange Wege, die du da gehen musst, weil die ja Gruppen so einteilen, dann heißt es: Von A bis C musst du dann gehen, und (--) das sind halt weite Wege [*I: Hm*], die halt (-) mich auch sehr schlauchen". (IP)

Und auch das Treppensteigen wird als physisch belastend dargestellt:

> „Also man muss auch immer die Treppe rauf und runterlaufen." (IP)

Neben der körperlichen Belastung werden lange Laufwege aber auch als problematisch thematisiert, weil in bestimmten Situationen die Kolleg:innen weit entfernt sind und nicht direkt zur Unterstützung kommen können („waren allerdings schon manche Kollegen natürlich hinten im Flügel, so dass ich die nicht nochmal zusammentrommeln konnte in dem Augenblick", IP). Diese physische Distanz trägt sicher auch dazu bei, dass in großen Einrichtungen der Kontakt zur Leitung und auch die Zusammenarbeit im Team als weniger intensiv und sehr viel konfliktträchtiger als in kleinen Häusern wahrgenommen wird. Die physische Distanz ist dabei aber nur einer der in den Interviews beschriebenen Faktoren, der Zusammenarbeit und Leitungsverhalten beeinflusst. Weitere Einflussfaktoren werden in den folgenden Abschnitten betrachtet.

Zusammenfassend lässt sich für den Faktor Einrichtungs- und Stationsgröße sagen, dass in kleineren Einrichtungen die körperliche Belastung durch Laufwege geringer zu sein scheint, grundsätzlich von einer größeren Ruhe und Übersichtlichkeit berichtet wird, und bei Entscheidungssituationen im klaren Kontrast zu den Befragten aus großen Einrichtungen die Kolleg:innen und Leitung als deutliche Entlastung und Unterstützung dargestellt werden. Insgesamt scheint die allgemeine Arbeitszufriedenheit bei den Befragten aus kleinen Einrichtungen höher zu sein, und mehrere Interviewte, die in (sehr) großen Einrichtungen oder Stationseinheiten arbeiten, äußern den Wunsch, in kleineren Einrichtungen oder Bereichen mit weniger Bewohner:innen zu arbeiten.

6.3.1.3. Organisatorische Vorstrukturierung von Entscheidungen

Anders als bei der Einrichtungsgröße lässt sich bei verschiedenen Organisations- und Ablaufplanungen aus den Interviews keine eindeutige Aussage über eine klar förderliche oder behindernde Wirkung auf pflegerische Verteilungsentscheidungen treffen.

6.3.1.3.1. Klare Zuständigkeiten und feste Ablaufpläne

Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass in vielen Einrichtungen eine **klare schriftliche Zuweisung von Verantwortlichkeiten** der verschiedenen Mitarbeiter:innen zum Beispiel in Form von Dienstplänen, Stellenbeschreibungen und Maßnahmeplanungen existiert, die auch allgemein bekannt ist und nach der sich der alltägliche Arbeitsablauf richtet:

> „Wir haben auch für morgens einen Plan, wer halt welchen Bereich hat. Da ist genau festgesteckt, wer/ für wen bin ich heute zuständig und (-) da gibt es dann nochmal einen Unterschied, wenn wir zwei Examen sind, wer hat die Schichtleitung, (-) ne?“ (IP)

Neben der hier thematisierten Bereichspflege werden in den Interviews auch Bezugspflege, aber auch verschiedene Formen der Funktionspflege dargestellt, in der einzelne Fachkräfte ausschließlich für medizinisch-therapeutische Pflege freigestellt sind und maximal punktuell für grundpflegerische Aufgaben eingesetzt werden. Unabhängig von der realisierten Pflegeorganisation sorgt eine Festlegung der Zuständigkeiten bestimmter Qualifikationen aus Sicht der Befragten zunächst einmal für eine grundsätzliche Strukturierung und Grundlage für die Vorplanung der täglichen Aufgaben. Darüber hinaus berichten mehrere Pflegende von einer allgemeinen Zuteilung bestimmter Aufgabenbereiche gemäß der Formalqualifikation bis hin zu einer expliziten, festen Ablaufplanung für Früh- und Spätschicht:

> „Ja, also wir haben Dienstabläufe, ne, wo ganz/ (-) ich sage jetzt mal ganz (--) wirklich ganz oberflächlich/ (--) Daran kann man sich so langhangeln. Aber/ (--) Also man **kann** nach diesem Dienst laufen, wenn (--) alles gut läuft. Also wenn die Bewohner so sind, wie sie immer sind, total entspannt, dann kann man wirklich so/ das so nach und nach abarbeiten. […] Also (-) ne, also man kann damit ein bisschen arbeiten, indem man halt so eine Richtlinie hat, aber wenn man halt lange dabei ist, dann interessieren einen die Zettel nicht. Ne? Das ist für neue Mitarbeiter ganz toll, (-) dass sie halt so eine/ (-) so einen Leitfaden haben, was jetzt als nächstes so dran ist“ (IP).

Eine mehr oder weniger ausführliche Ablaufplanung kann demnach im Sinne eines Leitfadens zunächst einmal dabei helfen, die verschiedenen Aufgaben der pflegerischen Grundversorgung der Bewohner:innen auf bestimmte Qualifikationen und Personen zu verteilen und damit unter anderem sicherzustellen, dass nichts vergessen wird. Dies gilt vor allem für neue oder unerfahrene

Mitarbeiter:innen, die sich an Ablaufplänen „langhangeln“ können. Auch erfahrenen Pflegenden scheinen Ablaufpläne eine gewisse **Standardisierung und Sicherheit** zu bieten, denn diese beschreiben, dass sie mit den Plänen einen guten Überblick über die verschiedenen Aufgaben erhalten, die sie im Lauf des Tages „nach und nach abarbeiten“ müssen.

Laut Aussagen der Befragten werden Pflegefachkräften in den Ablaufplänen oft weniger Bewohner:innen mit zeitaufwändiger Grundversorgung zugewiesen, so dass bei Zwischen- oder Notfällen „die Fachkraft sich rauszieht“ (IP) und die Legitimation und zeitliche Ressourcen dafür erhält, sich auf bestimmte Aufgaben zu konzentrieren, die nicht delegierbar sind.

Ebenfalls wird von einer befragten Pflegekraft thematisiert, dass durch die Standardisierung der Abläufe eine grundsätzliche, **personenunabhängige Gleichbehandlung aller Bewohner:innen** festgelegt wird („alle schön in der (--) Gruppenreihenfolge versorgen“, IP). Im Idealfall könnte demnach durch Ablaufpläne einer ungerechtfertigten Bevorzugung einzelner Bewohner:innen zum Beispiel auf Grund von Sympathie vorgebeugt werden. Sie berücksichtigen allerdings nicht die individuellen, oft wenig planbaren Bedürfnisse der Bewohner:innen und können damit auch die Haltung der Pflegenden beeinflussen. Eine Interviewperson beschreibt dies im Rahmen des Berichts über die täglichen pflegerischen Routinen:

> „Und, ja, dann duschen wir. Leute werden geduscht. Wir haben einen Duschplan. Also bei uns kommt wirklich / jeder Bewohner kommt einmal in der Woche zum Duschen dran. Manche möchten das auch zweimal haben, aber das schaffen wir nicht. Wir haben eine Liste. Und die werden halt nach Liste geduscht. Von Montag bis Sonntag. (--) Ja, so ungefähr.“ (IP)

Die Bewohner:innen werden vom Team „nach Liste geduscht“, was in der Schilderung der interviewten Pflegekraft eine gewisse Gerechtigkeit mit sich bringt, denn durch die Liste kann jede:r Bewohner:in zumindest einmal in der Woche duschen. Präferenzen und Wünsche werden von der Interviewperson zwar registriert, aber letztlich als nicht umsetzbar übergangen. Der feste Ablaufplan bietet damit Orientierung und Sicherheit sowie eine vermeintlich gerechte Gleichbehandlung der Bewohner:innen, die allerdings einer wenig bewohner:innenorientierten, eher funktional ausgerichteten pflegerischen Grundhaltung Vorschub leistet.

6.3.1.3.2. Flexible Abläufe

Flexible Ablaufpläne oder der Verzicht auf eine Ablaufplanung ermöglichen somit eine bessere **Anpassung der Arbeitsabläufe an die situativen Bedürfnisse der Bewohner:innen**. In Verteilungssituationen kommen detaillierte Ablaufpläne zudem schnell an ihre Grenzen, denn sie sind aus Sicht der Pflegenden nur dann umsetzbar, „wenn alles gut läuft“ (IP). In allen Interviews wird deutlich, dass schon kleine Veränderungen oder Zwischenfälle und natürlich vor allem Notfälle

schnell alle Absprachen und Vorplanungen zu Schichtbeginn und vor allem feste Ablaufpläne obsolet machen:

> „so kommt häufig die Situation vor, dass man natürlich, während man gerade eigentlich (--) laut Ablaufplan grade **da**zu verpflichtet wäre, das verschieben oder delegieren muss an jemand anderen, so dass man sich um zum Beispiel diese Sachen kümmern kann“ (IP).

Das „[R]ausziehen“ (IP) der Fachkraft aus den festgelegten Abläufen ist nach Beschreibung der Interviewperson mit zusätzlichem Aufwand und Verteilungsentscheidungen wie Priorisierung oder Delegation verbunden, um die Planung den Erfordernissen der Akutsituation anzupassen. Nicht nur in größeren Pflegeeinrichtungen scheint nach den Berichten vieler der Interviewten der Arbeitsalltag von Pflegenden eher durch Veränderungen, Unterbrechungen und die Notwendigkeit der Anpassung an die gegebene Situation als durch einen standardisierten, gleichbleibenden Tagesablauf geprägt.

> „Man (-) hat natürlich auch zwischendurch Besucher da, oder das Telefon klingelt, oder die Klingel an sich klingelt, wo ich dann hin gehe, ne? Oder ich habe jemanden, der gerade desorientiert ist und Hilfe braucht. (--) Ja. (-) Also, kein Tag ist wie der andere, sage ich mal so.“ (IP)

Entsprechend werden **umfangreiche Vorgaben** zur Aufteilung der Arbeit auch als **unflexibel und „stur“** (IP) beschrieben, in dem sie die flexible Bewältigung anfallender Aufgaben eher behindern. Während einige Pflegende die Vorteile der höheren Sicherheit und Orientierung von festen Plänen betonen (s. Abschnitt 6.3.1.3.1), beschreiben andere eine hohe Flexibilität mit weniger „festen Zeiten“ (IP) als vorteilhaft und durchaus auch als weniger anstrengend. So betont eine Interviewperson, dass für sie selbst als erfahrene Pflegende gerade die Abwesenheit fester Vorgaben und damit eine **hohe wahrgenommene Entscheidungsfreiheit** ein entspannteres und selbstbestimmteres Arbeiten ermöglicht:

> „Also so, wenn ich weiß, dass ich halt (-) keine festen Zeiten habe, dass ich jetzt bis halb vier den Kaffee verteilt haben muss, weil die Küche bis um vier nur den Wagen zurücknimmt, (--) so (-) das ist natürlich/ das wäre dann natürlich stressiger. Aber so habe ich eigentlich gerade so im Spätdienst die Möglichkeit, das so, so gleiten zu lassen auch. Ne?“ (IP)

Da sie das Verteilen des Kaffees nicht bis zu einer bestimmten Zeit abgeschlossen haben muss, kann die Interviewperson flexibel entscheiden, welche Bewohner:innen wann den Kaffee bekommen. Gerade der Ausdruck „gleiten lassen“ macht deutlich, dass diese Freiheit für die befragte Pflegekraft positiv besetzt ist und ihr eine hohe Souveränität in den Entscheidungen ermöglicht. Auch eine andere Interviewperson beschreibt, dass sie die Flexibilität und Freiheit bei der tagesindividuellen Einteilung der Aufgaben im Spätdienst schätzt:

> „Im Spätdienst haben wir nicht so einen/ so einen strukturellen Plan wie im Frühdienst jetzt, ne? (-) Im Frühdienst weiß ich halt genau, wer ist meine Person, <<lachend> so und da und da gehe ich hin.> Im Spätdienst ist es eher so, da spricht man sich ab und sagt: ‚So, ich gehe schon mal eben unten Frau Soundso.' Und: ‚Gut, dann fange ich schon mal oben an.' Wir haben halt zwei Etagen. (---) Ja, aber das klappt." (IP)

In dieser Passage wird aber auch deutlich, dass der Wunsch nach Freiheit oder nach stärkerer organisatorischer Strukturierung neben persönlichen Präferenzen abhängig sein kann von den Arbeitsanforderungen: Im Frühdienst, in dem nach der Beschreibung fast aller Interviewten eine größere Unruhe herrscht und häufiger Arbeitsspitzen auftreten, bietet eine stärkere Strukturierung aus Sicht der Interviewperson eine hilfreiche Orientierung, während im Spätdienst ein solcher Ablaufplan eher als einschränkend empfunden würde und es auch ohne vorgegebene Strukturierung „klappt".

6.3.1.4. Personalbesetzung, Qualifikation und Berufserfahrung

Einen wichtigen Einfluss sowohl auf das grundsätzliche Belastungserleben als auch auf die berichteten Entscheidungssituationen hat in den Interviews die Personalbesetzung. Durch eine wie auch immer verursachte Unterbesetzung kommt es in den berichteten Situationen dazu, dass das vorhandene Personal die anfallende Arbeit nicht mehr in der üblichen Weise und Reihenfolge (s. Abschnitt 6.3.1.3.1) erledigen kann und von den Befragten als wichtig bewertete Aufgaben im Rahmen von Verteilungsentscheidungen zeitlich verschoben (priorisiert) oder weggelassen (rationiert) werden müssen.[113] Einige Interviewte beschreiben in ihren Einrichtungen eine dauerhafte **zu knappe Personalbesetzung** durch einen Personalschlüssel, der es aus ihrer Sicht schwierig bis unmöglich macht, auf die Bedürfnisse aller Bewohner:innen einzugehen:

> „Bis dahin sind wir dann (--) auf uns alleine quasi gestellt (--) für [ca. 40; A.G.] Bewohner (---) und ähm (-) ja, dann ist klar, dass irgendjemand dann immer zu kurz kommt." (IP)

Die Personalbesetzung der Einrichtung erzwingt also nach der Darstellung der Interviewperson eine regelmäßige Rationierung von Pflegeleistungen für einzelne Bewohner:innen („dass irgendjemand dann immer zu kurz kommt"). Die Interviewperson berichtet später, dass es dadurch immer wieder zu längeren Wartezeiten und Beschwerden von Bewohner:innen kommt und die Pflegenden sich häufig gegenüber den Bewohner:innen oder An- und Zugehörigen entschuldigen müssen. Auch andere Interviewte berichten von hohen Belastungen für Personal und Bewohner:innen durch eine aus ihrer Perspektive grundsätzlich nicht bedarfsdeckende Besetzung mit Personal. Noch einmal verschärft wird dieser Entscheidungsdruck durch eine grundsätzlich als

[113] Auf die priorisierten oder rationierten Maßnahmen geht Unterkapitel 6.5 näher ein.

(zu) knapp erlebte Personaldecke in **Notfallsituationen**, wenn „keine Kapazität“ (IP) für flexible Lösungen vorhanden ist. Aber auch in Einrichtungen mit einer als durchschnittlich oder eher gut bewerteten Personalausstattung wird von Belastungssituationen zu bestimmten Zeiten durch ein Missverhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Personalbesetzung berichtet:

> „<<lachend> und dann geht halt das große Anreichen wieder los.> (-) Das ist dann halt auch manchmal so ein **Akt**, wenn man dann zu zweit ist, ne, dass man dann, (--) ja, guckt, dass man das echt alles so einigermaßen auf die Reihe kriegt.“ (IP)

Anders als im Beispiel zuvor sieht die Interviewperson keinen Bedarf zu Rationierung von Pflegemaßnahmen, allerdings erfordert die Bewältigung der Situation eine erhebliche Anstrengung („Akt“) und schnelleres Arbeiten der beiden Pflegenden, um trotz wenig Personal „alles so einigermaßen auf die Reihe“ zu bekommen. In beiden Fällen sorgt demnach die knappe Personalbesetzung für eine akute Belastungssituation und daraus resultierend die Notwendigkeit von Verteilungsentscheidungen.

Neben einer entweder generellen oder zeitlich begrenzten Personalknappheit bei Stoßzeiten werden vor allem in Urlaubszeiten, am Wochenende und allen voran bei **Krankheitsausfällen** von Situationen berichtet, in denen die Personalbesetzung nicht dem Arbeitsaufkommen entspricht und es dadurch zu herausfordernden Entscheidungssituationen kommt.

> „Altenpflege hat einfach **so** einen hohen Krankenstand, das ist unglaublich. (-) Das ist Wahnsinn, (-) was da alles manchmal fehlt (-) und los ist so. Meistens ist alles auf einmal ((lacht)). (-) Also, fehlen gleich alle gleichzeitig.“ (IP)

Was die Interviewperson noch etwas überspitzt und mit einem Lachen beschreibt, erleben andere Pflegekräfte als eine Notsituation, in der das noch vorhandene Personal die Aufgaben der geplant oder ungeplant fehlenden Kolleg:innen übernehmen und den Personalausfall irgendwie kompensieren muss:

> „Tatsache war, normal sind wir morgens in der Pflege zu dritt (-) bei unseren 20 Leuten, das hört sich jetzt sehr gut an, aber wenn einer sich natürlich krankmeldet, heißt das, diese sechs Leute, die Personen, die die Pers- / Pflegekraft pflegen muss, müssen ja auf die anderen beiden verteilt werden. Das heißt also, ein Drittel der Arbeit muss (--) dann noch // *[I: Zusätzlich.]* // von zwei Leuten gestemmt werden. (-) Das heißt sehr viel Eile, sehr viel (---) ja, gut organisieren.“ (IP)

Die Kompensation des fehlenden Personals geschieht, wie auch im obigen Beispiel, sehr oft über schnelleres Arbeiten und Überstunden, hat aber oft auch weitreichende Konsequenzen für die pflegerische Versorgung (s. Unterkapitel 6.5). Bei Personalmangel sind zudem die Optionen, wie die knappen Zeitressourcen auf die Bewohner:innen verteilt werden, stark eingeschränkt, da die wenigen „Köpfe“ (IP) nicht an mehreren Stellen gleichzeitig arbeiten können. Im Umkehrschluss

wird in den Interviews deutlich, dass auch in Situationen, in denen unter Zeitdruck gearbeitet werden muss, eine als gut bewertete Personalbesetzung gewisse Spielräume und Entscheidungsoptionen eröffnet.

Bei der Frage, wie neben der Anzahl der Personen der **Qualifikationsmix** des Personals gestaltet sein sollte, um in schwierigen Situationen zu entlasten, sind sich die Interviewten uneinig. Für manche spielt weniger die Formalqualifikation eine Rolle als die Frage, ob **Berufserfahrung**, Zuverlässigkeit und Fachkompetenz der Kolleg:innen ausreichen, um ihnen zeitaufwändige oder verantwortungsvolle Tätigkeiten guten Gewissens zu übertragen. Oft werden hier konkret Auszubildende genannt, die vor allem zu Beginn ihrer Ausbildung noch nicht als Entlastung erlebt werden. Wird die Kompetenz der Kolleg:innen als eher gering bewertet, werden diese kaum als Entlastung wahrgenommen, da die delegierende Pflegekraft nicht die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung übernehmen kann:

> „wenn halt alles auf einmal kommt (--) kommt es halt immer auf die Kollegen an, oder auch natürlich auf die Fachkraft, ob sie das halt / (---) man muss halt auch mit jedem Kollegen wissen, wie man / (--) was man dem zutrauen kann und was nicht (--) Weil letztendlich hat man ja selbst die Verantwortung dafür, was die machen. (--) Das heißt, wenn jemand sagt: ‚Ich wickel da zum Beispiel die Beine für einen Kompressionsverband', dann würde ich bei Manchen sagen: ‚Ja, gerne', weil ich weiß, die können das, und manchen würd ich aber zum Beispiel sagen: ‚Ich würd mir die Beine vorher gerne angucken und ich mach das dann schon.'" (IP)

Vor allem in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung sehen aus Sicht der Interviewperson erfahrene Mitarbeiter:innen eher, wie sie unterstützen können und haben bestenfalls „die Lage im Griff" (IP), indem sie eigenständig wichtige Routineaufgaben übernehmen, so dass sich die Fachkraft auf eine bestimmte Aufgabe (z. B. auf einen Notfall) konzentrieren kann (vgl. zur Zusammenarbeit und Delegation auch Abschnitt 6.3.2). Andere Interviewte sehen vor allem eine zusätzliche Pflegefachkraft als wichtige Entlastung, die den „medizinischen Kram und Visiten und Papierkram und so" (IP) übernehmen kann, aber auch für „mehr Handlungsspielraum" (IP) sorgt. Denn gerade das Gefühl, als Fachkraft alleine zu sein und bestimmte Aufgaben wie Visiten oder Medikamentengabe nicht delegieren zu können, wird von den befragten Pflegefachkräften als belastendes Gefühl nicht nur im Hinblick auf herausfordernde Entscheidungssituationen beschrieben.

Neben dem Wunsch nach einer zusätzlichen Fachkraft wird auch ein:e Pflegeassistent:in mit mindestens zweijähriger Ausbildung als Entlastung gesehen (IP). Für den Nachtdienst wird eine Doppelbesetzung als wichtig genannt, bei der aber die Qualifikation der zweiten Person eine untergeordnete Rolle spielt:

> „Also ich glaube, das würde schon ganz viel bringen, wenn man da einfach eine zweite Nachtwache hat, die einem (-) dann in dem Fall die Runde mit abnimmt oder (-) ja oder bei dem Bewohner bleibt, der dann im Moment mehr Versorgung benötigt. Oder gerade, wenn man denn einen Palliativpatienten hat, (-) wo man sich dann da mal zusetzen kann." (IP, ähnlich wiederholt)

Neben Pflegefach- und Hilfskräften werden auch ehrenamtliche Mitarbeiter:innen oder geringfügig Beschäftigte, die „einfach auf Abruf stehen" (IP), als Unterstützung des Teams vorgeschlagen. Und auch Angehörige können aus Sicht der Interviewten eine Entlastungsfunktion übernehmen, wenn sie beispielsweise beim Anreichen von Essen helfen (IP).

6.3.1.5. Verhalten und Vorgaben der Leitung

Auch wenn Leitungen oder Vorgesetze[114] in den berichteten Verteilungssituationen selten präsent sind, werden sie doch oft als wichtige Einflussfaktoren auf diese Situationen thematisiert, indem sie entweder als emotionaler Rückhalt wirken oder im Gegenteil den Druck in der Situation noch verstärken.

Mehrfach wird von den Befragten von Situationen berichtet, in denen die Leitung eine **entlastende Funktion** in schwierigen Verteilungsentscheidungen hat („man kriegt auch (-) von der Hausleitung halt auch und auch von den Pflegedienstleitungen halt auch ganz viel Rückhalt", IP). Dabei geht es weniger um ein tatsächliches Eingreifen in die Situation durch bestimmte entlastende Maßnahmen.[115] Wichtiger scheint den befragten Pflegenden die Sicherheit zu sein, dass die Leitung ihnen bei möglichen negativen Konsequenzen ihrer Entscheidungen wie zum Beispiel Beschwerden oder medizinischen Folgen den Rücken stärken oder bei Bedarf sogar eine Mitverantwortung tragen würde.

> „ich weiß auch, wenn, selbst wenn die [Angehörigen, A.G.] runter gegangen wären und sich beschwert hätten, dass ich dann (.) die Unterstützung von der (.) Leitung gehabt hätte, [*I: Hm*] dass die dann gesagt hätten: ‚Ja, sie hat richtig gehandelt' (--) und das (-) gibt einen ja auch schon mehr Sicherheit" (IP).

Grundlage dieser Gewissheit ist ein grundsätzliches, gegenseitiges Vertrauensverhältnis und konkret das Vertrauen der Leitung in die (Fach- und Entscheidungs-)Kompetenz der Pflegekraft. Die Leitung ist da, „wenn alle Stricke reißen" (IP), also potenziell auch bei „falschen" Ent-

[114] Die genaue Position der Leitung (PDL, WBL oder Hausleitung) wird oft nicht direkt benannt, spielt aber auch keine besondere Rolle: Bei der Frage, wie Leitungskräfte unterstützen können, geht es in den Interviews eher darum, welche Haltung die Vorgesetzten grundsätzlich gegenüber den Befragten haben, unabhängig von der genauen Position dieser Vorgesetzten.

[115] Konkrete Maßnahmen sind das Bemühen um Ersatz oder sogar die Möglichkeit, dass die Leitungskraft selbst bei plötzlichem Personalausfall einspringt. In vier Interviews aus verschiedenen Einrichtungen berichten die Pflegenden, dass die Leitungskraft dies regelmäßig tut (4 IP).

scheidungen und deren Konsequenzen. Die Erkenntnis, dass vor allem in kleineren Einrichtungen das Verhältnis zur Leitung als besonders gut erlebt wird (s. Abschnitt 6.3.1.2), könnte demnach auch darauf beruhen, dass in kleineren Einrichtungen der Kontakt zwischen Pflegekraft und Leitung häufiger und intensiver stattfinden und die Leitung so leichter Vertrauen in die (fachlichen) Fähigkeiten der Pflegenden aufbauen kann.

Einen zwar indirekten, aber doch negativen Einfluss auf Entscheidungssituationen haben aus Sicht der befragten Pflegenden Leitungspersonen dann, wenn sie, wie in Abschnitt 6.3.1.1 dargestellt, als **(Mit-)Verantwortliche für die Verknappung der Personal- und damit Zeitressourcen** angesehen werden, was zu einer Häufung und Verschärfung von Arbeitsspitzen beiträgt. Das damit aus Sicht der Befragten ausgedrückte „Unverständnis" (IP) für die Belastung der Mitarbeitenden, fehlendes Lob (IP zweifach) sowie das Gefühl, „durch die Leitungen im Stich gelassen" (IP) zu werden, führt bei vielen Befragten zu Frustration und Enttäuschung.

Anders als bei den Leitungspersonen beschreiben die Interviewten keinen direkten Einfluss der Trägerschaft der Einrichtung auf Arbeitsbedingungen oder Entscheidungssituationen. Keine Trägerart wurde übergreifend als besonders positiv oder negativ beschrieben – dies macht deutlich, dass für die Interviewten die Vorgaben und Handlungen der Leitung sowie die Rahmenbedingungen der Einrichtung wie Größe oder Personalschlüssel eine größere Rolle spielen als eher abstrakte Faktoren wie Unternehmensstruktur, Finanzierung, oder Leitbild.

6.3.1.6. Vergleich mit ambulanten Pflegesettings

Wie schon in Unterkapitel 2.1 erläutert wurden für die Untersuchung von pflegerischen Verteilungsentscheidungen bewusst Settings ausgewählt, die dem Bereich der stationären Langzeitpflege zuzuordnen sind. In dem im Rahmen dieser Arbeit zum Zweck der Kontrastierung erhobenen Interview aus der ambulanten Pflege zeigen sich vor allem in den Bereichen der **Zusammenarbeit, Informationsweitergabe und beim Kontakt mit Apotheken und Ärzt:innen** wesentliche Unterschiede zur Arbeit in stationären Einrichtungen. Diese Faktoren werden von der Interviewperson aus dem ambulanten Setting als tägliche organisatorische Herausforderungen dargestellt, die man durch bestimmte Maßnahmen wie eine regelmäßige (telefonische) Übergabe abmildern kann:

> „Also wir fangen uns schon gegenseitig auf, und wir tauschen uns auch eigentlich immer am Ende der Runde, oder am Ende des Dienstes tauschen wir uns immer aus. (-) Oder wenn ich zum Beispiel ein bisschen früher Feierabend habe, dann rufe ich die Diensthandys an und frage: ‚Ist bei euch alles in Ordnung, oder könnt ihr noch Unterstützung gebrauchen?'" (IP)

Die oft zeitverzögerte und nur schriftliche Kommunikation wird immer wieder zu einem Problem, wenn sich Pflegesituationen kurzfristig verändern oder Kolleg:innen sich nicht an Absprachen halten oder wichtige Informationen nicht weitergeben. Die Interviewperson berichtet von einer Situation, in der sie vor ihrem Einsatz bei der Patient:in nicht informiert wurde, dass diese eine sich verschlechternde Wunde hat und sich bisher keiner um eine angemessene Versorgung der Wunde gekümmert hat:

> „Ich war sauer, weil ich das so gesehen habe, dass sich darum nicht gekümmert wurde. Dass nicht nochmal (-) mit der/ mit dem Diabetesarzt gesprochen wurde beziehungsweise mit der Wundmanagerin von der Diabetes(-)praxis. Dass kein Austausch stattgefunden hat. Dass man nicht irgendwie informiert wurde, Mensch, (-) du warst länger nicht da, guck dir das bitte nochmal an, vielleicht fällt dir eine Veränderung auf.“ (IP)

In der ambulanten Pflege scheinen Austausch und Informationsweitergabe eine weitaus größere Rolle zu spielen als in der stationären Langzeitpflege – die Pflegekräfte arbeiten fast immer allein und müssen sich darauf verlassen, dass die Kolleg:innen unter anderem über das „Übergabebuch“ (IP) Aufgaben zuverlässig übernehmen und fachlich einschätzen können, welche Informationen für alle relevant sind:

> „Also manche schreiben das in das Übergabebuch, und ich mache es meistens doppelt, weil das kann sein, dass die Kollegin vielleicht krank ist oder krank wird und dass die anderen Kollegen, die dann einspringen oder die das übernehmen, das dann auch gelesen haben. Damit das dann nicht nur einmal hinterlegt ist, sondern zweimal. Das ist für mich immer sicherer. […] Also mir ist es immer sehr wichtig diese Kommunikation. Ob nun schriftlich oder telefonisch. Das ist mir immer sehr wichtig, damit das immer wieder weiterläuft, (-) weil es kann auch schonmal vorkommen, dass es vielleicht vergessen wird.“ (IP)

Die Interviewperson macht hier mit der Formulierung des „Weiterlaufens“ deutlich, dass ihr wesentliches Ziel die Sicherstellung einer kontinuierlichen, angemessenen Versorgung darstellt. Neben der sicheren Informationsweitergabe spielt hierbei auch der Umgang mit der verfügbaren Zeit eine wichtige Rolle:

> „Es ist natürlich auch so, (-) wenn ich denn eine Tour habe, die ich lange nicht gefahren bin, die Patienten freuen sich mich wiederzusehen. Möchten natürlich ein bisschen erzählen und dann kann es vielleicht schon mal sein, dass man vielleicht fünf oder zehn Minuten so ein bisschen, in Anführungszeichen, in Vollzug [sic!] ist.“ (IP)

Hier wird die in Unterkapitel 2.1 beschriebene **Organisation in festgelegten Touren** deutlich, die sich von der Versorgung im stationären Setting unterscheidet, in der die verfügbare Pflegezeit relativ frei zwischen den Bewohner:innen verteilt werden kann. Allerdings beschreibt die Interviewperson ebenfalls eine gewisse Flexibilität in der Verteilung ihrer Zeitressourcen, diese bezieht sich aber immer auf das Zeitkontingent bei einer zuvor über die Tourenplanung vorgege-

benen Person. Diese engen zeitlichen Vorgaben führen im Bericht der Pflegenden aus dem ambulanten Setting immer wieder zu belastenden Situationen. So beschreibt die Interviewperson mehrere Situationen, in denen sie durch ungeplante Zwischenfälle wiederholt umplanen, sich mit den Kolleg:innen absprechen und zur Not Klient:innen, die später versorgt werden, informieren muss, dass diese etwas warten müssen:

> „Und eigentlich haben wir nur sieben Minuten <<leicht lachend> für so eine Wundversorgung.> Und dann habe ich gesagt: ‚Also das geht **nicht**, das lasse ich jetzt hier auch nicht so.' Und dann habe ich mit meiner Teamleitung telefoniert, dann habe ich (-) mit dem Doktor telefoniert, dann habe ich mit der Wundmanagerin telefoniert. Und **dann** habe ich noch im Büro angerufen, um zu sagen, dass sie bei den Patienten bitte anruft, die nach **der** Patientin (-) kommen, wo ich jetzt gerade bin, dass das eine gute halbe Stunde später wird. (-) Das war sportlich ((lacht gezwungen)). Also ich habe natürlich alles, was wichtig war, habe ich zuerst gemacht." (IP)

Trotz dieser zusätzlichen Planungserfordernisse gelingt es der Interviewperson in der Regel, ihrem Anspruch auf eine gute Pflege gerecht zu werden – auch wenn sie dafür Überstunden machen oder zumindest in großer Eile und sehr konzentriert arbeiten muss. Sie priorisiert dabei sehr souverän und flexibel („alles, was wichtig war, habe ich zuerst gemacht") entweder eher organisatorische Aufgaben, aber auch psychosoziale Unterstützung (IP), wenn sie diese situativ für erforderlich hält.

Der wesentliche Unterschied in Verteilungssituationen, der aus dem kontrastierenden Interview aus der ambulanten Pflege im Vergleich mit der stationären Langzeitpflege hervorgeht, ist der Einfluss der Touren- und Einsatzplanung, die in der ambulanten Pflege sowohl Zeiten als auch Inhalte der Versorgung festlegt und die im Regelfall eingehalten wird; bei Sonderbedarfen ist die erste und hauptsächliche Verteilungsentscheidung der Pflegekraft, ob eine Situation so wichtig ist, dass sie den Einsatz wesentlicher zusätzlicher Arbeitszeit erfordert, was dann die Organisation der Verspätung künftiger Termine erfordert. Hierbei zeigen sich allerdings auch Parallelen zu Interviews aus der stationären Langzeitpflege, in denen die Arbeit durch feste Ablaufpläne strukturiert wird – und auch bei den erlebten Entscheidungsspielräumen zeigen sich eher graduelle als grundsätzliche Unterschiede zwischen den Settings, was eine zumindest begrenzte Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit auf die ambulante Pflege nahelegt.

6.3.1.7. Zusammenfassung

Die beschriebenen institutionellen Rahmenbedingungen wirken sich auf verschiedenen Ebenen auf Verteilungsentscheidungen in der Pflege aus. Während sich der gesetzliche Entscheidungsrahmen dabei für alle Befragten ähnlich darstellt (s. Abschnitt 6.3.1.1), unterscheiden sich die Einrichtungen, in denen Verteilungsentscheidungen getroffen werden, hinsichtlich zahlreicher

Aspekte wie Größe, Ablaufplanung, Rolle der Leitung oder Qualifikationsmix und bieten den Pflegenden damit sehr unterschiedliche Voraussetzungen für alltägliche Verteilungsentscheidungen. So berichten mehrere Pflegende von relativ ausführlichen Vorgaben und Ablaufplänen in ihrer Einrichtung, nach denen sie sich in ihrer Arbeit orientieren sollen. Diese Pläne ermöglichen eine klare Zuweisung von Verantwortung, können Sicherheit bieten und stellen eine gewisse Gleichbehandlung der Bewohner:innen sicher. Bei hohem Zeitdruck sind feste Ablaufpläne aber schnell nicht mehr umsetzbar. Die Möglichkeit zum Abweichen von bewährten Routinen erleichtert eine situative Anpassung an die Bedürfnisse der Bewohner:innen und kann den Pflegenden ein positives Gefühl des selbstbestimmten Arbeitens ermöglichen (s. Abschnitt 6.3.1.3). Das Empfinden eigener Entscheidungskompetenz und -freiheit kann bestärkt werden durch eine Leitung, die den Pflegenden vertraut und ihnen auch in schwierigen Situationen Rückhalt bietet und sogar einen Teil der Verantwortung für herausfordernde Entscheidungen übernimmt (s. Abschnitt 6.3.1.5). In kleineren Einrichtungen scheinen durch eine größere Übersichtlichkeit und einen begrenzten Verantwortungsbereich Verteilungsentscheidungen leichter zu treffen zu sein. Auch wird hier von einer ausgeprägten gegenseitigen Unterstützung durch Kolleg:innen und die Leitung berichtet (s. Abschnitt 6.3.1.2). Aber auch in größeren Einrichtungen kann der organisatorische Rahmen Verteilungssituationen erleichtern, wenn Faktoren wie Unterstützung und Rückhalt durch die Leitung, realistisch zugeschnittene Verantwortungsbereiche oder eine Verbindung von im Alltag anwendbaren Routineabläufen sowie der Freiheit zur flexiblen Veränderung dieser Abläufe dies ermöglichen.

Für alle Einrichtungen gilt, dass eine längerfristig als nicht bedarfsgerecht empfundene Personalbesetzung, die wenig Spielraum für weitere Ausfälle bietet, gerade in Situationen mit hohem Arbeitsaufkommen oder bei Notfällen schnell zu Rationierungszwängen und damit zu Überlastung der Pflegenden und Mängeln in der pflegerischen Versorgung führt. Tritt dies wiederholt auf, und wird der Personalmangel zum Normalfall, äußern die Pflegenden hohe Frustration und Unzufriedenheit auch mit der Leitung und sehen sich nicht mehr in der Lage, Entscheidungen zu treffen, die eine nach ihren Vorstellungen gute Pflege sicherstellen. Wie noch ausführlicher zu zeigen sein wird, kann dies auch langfristige Wirkungen auf das Entscheidungshandeln der betroffenen Pflegenden haben (s. Unterkapitel 7.2). Umgekehrt können in einer grundsätzlich als ausreichend bewerteten Personalsituation sowohl Ausfälle in der Regel kompensiert als auch in Notfällen Arbeiten delegiert und zurückgestellt werden. Erleichtert wird die Delegation zusätzlich, wenn die Kolleg:innen von den entscheidenden Pflegenden als fachkompetent und selbstständig eingeschätzt werden. Selbst bei hoher Arbeitsdichte erleben Pflegende in diesen Situationen immer noch Spielräume der Entscheidung, die nicht vollständig durch institutionelle Vorgaben

determiniert sind, und Überlastungsgefühle scheinen kürzer und seltener aufzutreten (s. Abschnitt 6.3.1.4).

Während der institutionelle Rahmen von außen auf die einzelnen Entscheidungssituationen einwirkt, geht es im Folgenden stärker um Einflussfaktoren, bei denen die Pflegenden zum Beispiel bei der Zusammenarbeit direkt beteiligt oder bei bewohner:innenabhängigen Faktoren in direktem Austausch sind oder sogar als Entscheidende selbst mit ihrer Qualifikation, Haltung und Berufserfahrung als intervenierender Faktor in Verteilungsentscheidungen wirksam werden.

6.3.2. Einfluss von Zusammenarbeit auf Entscheidungen

Eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Pflegenden einer Einrichtung oder auf einer Station wird von den Befragten überwiegend als wichtiger Entlastungsfaktor auch für Entscheidungssituationen gesehen. Die Wirksamkeit dieser Entlastung ist vor allem davon abhängig, wie gut die Informationsweitergabe und Delegation von Aufgaben gelingt. Dies wiederum hängt vor allem davon ab, wie sehr sich die Pflegekräfte in herausfordernden Situationen gegenseitig vertrauen. Auf diese Aspekte sowie die Perspektive von Hilfskräften und die Wirkung anderer Berufsgruppen auf die Beurteilung der Zusammenarbeit in herausfordernden Verteilungssituationen gehen die folgenden Abschnitte näher ein.

6.3.2.1. Übergaben, Absprachen und Delegation

Eine grundsätzlich gute Zusammenarbeit beinhaltet speziell für Pflegefachkräfte unter anderem eine regelmäßige Absprache zur Weitergabe von Informationen im Team oder mit einzelnen Kolleg:innen. Ausführliche und regelmäßige Absprachen zur Verteilung der Arbeitsaufgaben finden vor allem in den **täglichen Übergaben** bei Schichtwechsel statt:

> „Ja, dann ist halt Übergabe, da kriege ich dann halt alles mitgeteilt. Halt die Akten werden Akte für Akte durchgegangen, […] (--) Damit halt nichts verloren geht, wird das halt anhand der Akten alles übergeben (-) und ich mache mir halt so Notizen.“ (IP)

Die Übergabe ist für die Pflegenden ein feststehender Zeitpunkt und gleichzeitig Ort, an dem mehr oder weniger systematisch und zuverlässig für die Arbeit relevante Informationen an die nächste Schicht weitergegeben werden. Dies ist natürlich auch davon abhängig, wie gut die Kolleg:innen aus der vorangegangenen Schicht in der Lage sind, wichtige Informationen zu erkennen, zusammenzufassen und bestenfalls schriftlich zu dokumentieren, „damit halt nichts verloren geht“. Diese Informationen sind für die Interviewperson im Zitat oben Grundlage dafür, dass sie als Hauptverantwortliche von Beginn an einen Überblick hat, was für die kommende Schicht erledigt oder besonders beachtet werden muss und ob bestimmte Aufgaben priorisiert werden müssen.

Mehrfach wird auch berichtet, dass ein plötzlicher Personalausfall im Rahmen der Übergabe kommuniziert wird und die Übergabe dann dazu dient, die Arbeitsaufgaben möglichst im Vorfeld mehr oder weniger direktiv auf die anwesenden Kolleg:innen zu verteilen oder gemeinsam zu überlegen, wie die Arbeit aufgeteilt werden kann.

> „Wer wird jetzt zuerst (-) versorgt, wen können wir vielleicht ein bisschen (-) nach hinten schieben? Ja, und das muss dann schnell entschieden werden, wir können da nicht eine halbe Stunde sitzen und überlegen, wie planen wir uns heute neu, (--) sondern, (-) ja, es wird dann auf die Schnelle entschieden." (IP)

Zwar entsteht hier eine Drucksituation für die Interviewperson, durch die Möglichkeit der gemeinsamen Planung mit ihren Kolleg:innen kann sie aber für eine gewisse Struktur und damit Sicherheit für alle Beteiligten sorgen und entlastet auch sich selbst, indem einige grundsätzliche Entscheidungen für den Tag gemeinsam getroffen werden und damit die Verantwortung geteilt werden kann. Die Übergabe kann damit als Möglichkeit des gemeinsamen Treffens von pflegerischen Verteilungsentscheidungen verstanden werden, die neben dem beschriebenen Entlastungseffekt auch deshalb vorteilhaft sind, weil Perspektiven und Präferenzen verschiedener Personen in die Entscheidung einfließen können.

Manche Befragten berichten, dass die Übergaben, bei denen sich ja zwei Schichten überschneiden, gekürzt oder durch schriftliche Übergaben ersetzt wurden. Vor allem durch schriftliche Übergaben „geht sehr viel verloren" (IP), findet die Interviewperson vermutlich, weil nicht alles, was wichtig ist, ausreichend dokumentiert oder schriftlich nicht gut kommunizierbar ist. Da Übergaben offenbar eine wichtige Orientierungsfunktion besitzen, wird ihr Fehlen in einem Beispiel auch dadurch kompensiert, dass die gemeinsame Pause für die fachlichen Absprachen genutzt wird:

> „Aber ich finde, wir haben ja sonst gar keine Zeit für Übergaben. So oft. Und während der Pausen erzählen wir viel über Bewohner. Da wird dann / ja, pass mal auf, da habe ich eine rote Stelle gesehen. Oder guck mal, die ist da wund, habe ich heute Morgen beim Waschen gemerkt. Und ich finde, wenn man Pause zusammen macht, wird auch viel über Übergabe, wird über Bewohner gesprochen. Und da kommt so Vieles raus. Dann höre ich, ah, das war da. Was man ja sonst / was auch schon mal untergeht." (IP)

Neben der Übergabe wird auch von weiteren **Absprachen zur Delegation** von Arbeitsaufgaben während der Schicht berichtet, vor allem im Rahmen von plötzlichen Notfällen, wenn die Planung kurzfristig geändert werden muss. Fehlen in Notfallsituationen solche Absprachen – zum Beispiel weil die Station sehr weitläufig ist und die Kolleg:innen schwer erreichbar (s. Abschnitt 6.3.1.2) – kann es „zu einer leicht chaotischen Situation" (IP) kommen, da keiner die Aufgaben koordiniert. Im Alltag beschreiben die Befragten aber eher, dass die Kolleg:innen sehr selbstständig arbeiten und nur selten nachfragen, was sie tun sollen. Austausch und Delegation während der

alltäglichen Arbeit, die häufig geprägt ist durch feste Arbeitsabläufe und bewährte Routinen (s. Abschnitt 6.3.1.3.1), scheinen demnach im Vergleich zur Übergabe aus Sicht der Befragten einen eher geringen Stellenwert zu haben und sind in der Regel auch nicht notwendig, wenn wichtige Informationen und Arbeitsanweisungen im Rahmen der Übergabe kommuniziert werden. Dies dürfte auch daran liegen, dass sich die Mitarbeiter:innen gerade in großen Einrichtungen während der Schicht nicht so häufig treffen („kaum noch Berührungspunkte", IP) und in der direkten Pflege mit den Bewohner:innen oft alleine arbeiten, teilweise festgelegt durch das Pflegesystem. Diese hohe Selbstständigkeit setzt aber voraus, dass die Kolleg:innen die nötige (Fach-)Kompetenz besitzen, um einschätzen zu können, wann sie die verantwortlichen Pflegefachkräfte über möglicherweise relevante Vorkommnisse informieren müssen:

> „aber ich weiß halt, wen ich habe und natürlich, wenn irgendwo was ist im Bereich von einer Hilfskraft oder so, die sind halt auch so gewissenhaft, dass sie dann zu mir kommen und sagen: ‚Kannst du mal eben gucken, ich bin mir da unsicher, willst du mal eben schnell schauen?' Oder: ‚Dem geht es grad nicht so gut, guck mal eben.' Dann geht man halt da auch hin." (IP)

Hier zeigen sich die Grenzen der Delegation von Aufgaben: Es werden sowohl Aufgaben beschrieben, die grundsätzlich nicht an (ungelernte) Hilfskräfte delegierbar sind:

> „dann kümmere ich mich eigentlich mehr oder weniger um die Bewohner, um wie gesagt die Medikamente komplett zu verteilen. Also das ist bei uns wirklich strikt getrennt, dass da die Pflegehelfer das eigentlich nicht tun. Also diese (-) Behandlungspflege macht eigentlich komplett die Pflegefachkraft." (IP)

Manche Interviewpersonen berichten aber auch von Pflegefach- und Hilfskräften, denen aus ihrer Sicht entweder die Berufserfahrung oder das Fachwissen fehlt, um ihnen Aufgaben zu delegieren (s. Abschnitt 6.3.1.4). Voraussetzung für eine erfolgreiche Entlastung nicht nur in Belastungssituationen ist demnach auch das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Kolleg:innen, das in vielen der Interviews zur Sprache kommt. Auf diesen und weitere Aspekte des Begriffs „Vertrauen" in den Interviews geht der folgende Abschnitt ausführlich ein.

6.3.2.2. Verlässlichkeit und Vertrauen

Die Bedeutung von Vertrauen wird in den Interviews auf zwei Ebenen thematisiert: Einmal als Vertrauen in die **Zuverlässigkeit und Fachkompetenz** der Kolleg:innen, zum anderen als **Gefühl von emotionalem Rückhalt**. Wie schon angesprochen, ist es vor allem für Pflegefachkräfte, die eine fachliche Gesamtverantwortung tragen, wichtig, dass sie sich darauf verlassen können, dass ihre Mitarbeiter:innen sich an Absprachen halten.

> „und (.) man nicht großartig sagen muss: Hör mal, geh mal da hin, geh man da hin, oder (.) hast du daran gedacht, sondern (.) man weiß einfach, man kann sich drauf verlassen, dass es dann auch funktioniert, wenn man was gesagt hat.“ (IP)

Dies ist umso wichtiger, je weniger Kontakt die Mitarbeiter:innen während der Schicht haben, da bei geringem Kontakt regelmäßige Absprachen und Kontrollen durch die Fachkraft zeitlich gar nicht umsetzbar wären (s. Abschnitt 6.3.2.1). Über das Vertrauen in die zuverlässige Erledigung der Aufgaben im Sinne einer Befolgung von Anweisungen hinaus geht das Vertrauen in die (Fach-)Kompetenz der Mitarbeiter:innen.

> „wenn halt alles auf einmal kommt, (--) kommt es halt immer auf die Kollegen an, oder auch natürlich auf die Fachkraft, ob sie das halt / (---) man muss halt auch mit jedem Kollegen wissen, wie man / (--) was man dem zutrauen kann und was nicht“ (IP)

Das „[Z]utrauen“ von Arbeitsaufgaben an Kolleg:innen ist demnach nicht selbstverständlich – in schwierigen Entscheidungssituationen macht es für viele Befragte einen wichtigen, wenn nicht sogar den wichtigsten Unterschied, ob sie das Gefühl haben, dass die Kolleg:innen ihre Aufgaben selbstständig, zuverlässig und fachgerecht durchführen und damit die Bewohner:innen „in guten Händen“ (IP) sind, während sich die Pflegekraft auf eine bestimmte Aufgabe konzentrieren kann. Auch eine langjährige Zusammenarbeit stärkt dieses Vertrauen, dass die Kolleg:innen auch in schwierigen Situationen wissen, was zu tun ist.
Vertrauen als Basis einer gelungenen Zusammenarbeit bezieht sich aber nicht nur auf das Vertrauen in die Kolleg:innen, an die delegiert wird, sondern auch auf das Vertrauen der Kolleg:innen in die Person, die die Entscheidungen treffen und verantworten muss:

> „Ich habe mich/ ich hab/ **inner**lich habe ich gezittert wie Espenlaub. (--) Muss ich wirklich sagen, aber nach außen hin (-) bin ich, <<lachend> Gott sei Dank, die Ruhe selbst, weil ich> ja nun mal auch auf meine Kollegen gucken muss, ne? Die verlassen sich auf mich, dass ich weiß, was ich tue. (-) So, ne? Und dann kann ich ja nicht da stehen und panisch werden und die noch verrückt machen, sondern **ich** bin diejenige, die sagt: So, (-) Puls gucken, ne, (--) Wiederbelebung hatte sich sowieso (-) erledigt, ne?“ (IP)

Am Beispiel einer Notfallsituation wird hier ein häufig beschriebenes Phänomen deutlich: In einer angespannten, für sie oft auch beängstigenden und überfordernden Situation muss die entscheidende Pflegekraft als Verantwortliche weiter handlungsfähig bleiben. Dazu gehört ganz wesentlich auch die Koordination und Delegation von Aufgaben an die Kolleg:innen. Damit diese dazu in der Lage sind, muss die Pflegekraft ihre eigene emotionale Betroffenheit verbergen und den Kolleg:innen Ruhe, Sicherheit und Vertrauen in ihre Entscheidungskompetenz vermitteln. Dieses Vertrauen und die emotionale Entlastung der Kolleg:innen kann dann wieder helfen, dass diese in der Lage sind, selbstständig zu handeln und in der schwierigen Situation aktiv zu unterstützen.

Die Pflegefachkräfte selbst, die in verantwortlicher Position Entscheidungen treffen müssen, erhalten diese emotionale Entlastung, wenn überhaupt, nur durch die eigenen Vorgesetzen (s. Abschnitt 6.3.1.5). Über offene Konflikte in den Teams wird in keiner der Entscheidungssituationen berichtet; Probleme in der Zusammenarbeit resultieren eher aus mangelnden Absprachen oder Problemen mit der Delegation von Aufgaben, vor allem wegen mangelnder Erfahrung oder Qualifikation (s. Abschnitt 6.3.1.4). Auf den Aspekt der Qualifikation und speziell auf die Perspektive der zwei befragten Hilfskräfte zur Bedeutung der Zusammenarbeit in Entscheidungssituationen geht der folgende Abschnitt näher ein.

6.3.2.3. Zusammenarbeit aus Hilfskraftperspektive

Während sich Fach- und Hilfskräfte bei der Beschreibung und Einschätzung vieler Einflussfaktoren auf Entscheidungen im Rahmen der geführten Interviews kaum unterscheiden und ich daher nur vereinzelt auf die fachliche Qualifikation der Interviewten eingehe, gibt es im Bereich der Zusammenarbeit doch einen deutlichen Unterschied in der Perspektive der interviewten Fach- und Hilfskräfte. Auch Hilfskräfte müssen in der stationären Langzeitpflege sowohl selbst Verteilungsentscheidungen treffen, als auch Verteilungsentscheidungen von Fachkräften umsetzen. Beide interviewten Hilfskräfte treten in den Interviews grundsätzlich **sehr selbstbewusst** auf und sehen sich als wichtigen Teil ihres Teams. Dass beide befragten Hilfskräfte ein hohes Selbstbewusstsein aufweisen kann natürlich mit der Bereitschaft einher gehen, überhaupt an einem Interview teilzunehmen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich die folgenden Aussagen nicht auf alle Hilfskräfte in der stationären Langzeitpflege übertragen lassen.

Hierarchien spielen aus der Perspektive der zwei befragten Pflegehilfskräfte im Alltag eine eher nebensächliche bis keine Rolle. Die Teams arbeiten auf Augenhöhe zusammen und die Hilfskräfte haben das Gefühl, dass sie auf Grund ihrer geringeren Qualifikation weder benachteiligt noch weniger anerkannt werden:

> „Theoretisch ist das bei uns eigentlich/ und auch praktisch, ist das bei uns so (-) hierarchiemäßig gar nicht so. (--) Also jeder weiß, was/ was seine/ was seine (--) Aufgaben sind, klar (-) und auch schwerpunktmäßig, (-) aber (-) es verschwimmt halt auch, ne? So. Also es greift so ineinander irgendwie und das **passt** aber dann auch. Also das ist (-) eigentlich ganz/ (-) ganz toll, ne?“ (IP)

Neben der hier beschriebenen Klarheit, wie die Aufgaben verteilt sind, **„verschwimmt“ die Verantwortung** für verschiedene Arbeitsaufgaben aber auch. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass beide Hilfskräfte entweder durch langjährige Berufserfahrung oder durch eine Vorbildung im medizinischen Bereich sehr selbstständig arbeiten und zum Teil Fachkraftaufgaben übernehmen. In der alltäglichen Zusammenarbeit wird diese Flexibilität und größere Ver-

antwortung von den Hilfskräften primär als Vorteil gesehen. In Entscheidungssituationen berichten beide Interviewte jedoch von Problemen durch Pflegefachkräfte, die aus ihrer Sicht mit der Situation fachlich überfordert oder nicht in der Lage sind, eine Entscheidung zu treffen. In diesen Situationen greifen die Hilfskräfte beratend ein oder treffen die Entscheidung stellvertretend für die eigentlich Verantwortlichen, um Fehler und Versäumnisse zu vermeiden oder zu kompensieren.

> „Jedenfalls habe ich dann die Kollegin [eine Fachkraft, A.G.] geholt und dann sagt sie: Ja, hm (--) Ich sage: Also ruft jetzt einen Rettungswagen. Mach das einfach. Und dann haben die den gerufen“ (IP, ähnlich weitere IP).

Die beiden Interviewpersonen berichten, dass die betroffenen Fachkräfte ihnen für die Unterstützung in schwierigen Situationen sehr dankbar sind. Daraus ziehen die beiden interviewten Hilfskräfte ein hohes berufliches Selbstbewusstsein. In ihrer Rolle als fachliche Unterstützung der verantwortlichen Fachkräfte in schwierigen Entscheidungssituationen können selbstbewusste und erfahrene Hilfskräfte – allerdings unter Beachtung der Grenzen von Qualifikation und Fachkompetenz – eine wichtige Ressource für Pflegefachkräfte darstellen. Aber auch als Pflegende, die im Rahmen ihres Verantwortungsbereichs selbst immer wieder Verteilungsentscheidungen treffen, sollten Hilfskräfte berücksichtigt werden, unter anderem durch eine weiterführende Untersuchung ihrer Rolle in Verteilungssituationen (s. Unterkapitel 8.1.2.5).

6.3.2.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Wie in Abschnitt 6.2.3 dargestellt, betonen viele Interviewte ihren Anspruch, für ihren Verantwortungsbereich fachlich kompetente Entscheidungen treffen und nach außen vertreten zu können. In den berichteten Verteilungssituationen erfolgt diese selbstbewusste Vertretung mehrfach auch gegenüber medizinischem Personal (Rettungssanitäter:innen, Arzthelfer:innen, Ärzt:innen). Das grundsätzlich hohe Selbstbewusstsein einiger Interviewpersonen im Bereich medizinischer Entscheidungen beruht vermutlich auch darauf, dass Ärzt:innen im stationären Pflegealltag nur punktuell präsent sind und die meisten akuten medizinischen Entscheidungen ohne ärztliche Präsenz getroffen werden müssen:

> „Ja klar ist es im Krankenhaus / im Krankenhaus ist es wesentlich leichter, weil man jede Menge Ärzte vor Ort hat. So. Im Altenheim ist es halt jetzt nicht so, aber man weiß, was dann zu erledigen ist.“ (IP)

Gleichzeitig berichten fast alle Interviewten, dass sie in vielen Situationen interprofessioneller Zusammenarbeit mit Ärzt:innen oder anderem medizinischen Personal das Gefühl haben, in ihrer Fachkompetenz und damit auch ihren Entscheidungen nicht anerkannt zu werden.

> „Also ich habe da ganz oft schon meine Grenze gesehen, wenn dann (-) Leute, also Ärzte vor allen Dingen, eben auch Ärzte kommen, die dann glauben, sobald sie kommen, wird alles in der Einrichtung stehen- und liegengelassen und sie sind (--) Priorität Nummer eins. Und das/ (-) das finde ich/ also das vermittle ich auch so und das spiegele ich auch so, dass das Verhalten in dem Moment (-) der Ärzte, dieses ignorante Verhalten, das spiegle ich dann und verhalte mich dann in dem Moment auch dann manchmal ignorant.“ (IP)

Dieses Verhalten wird vor allem dann als problematisch und kränkend erlebt, wenn es als Auslöser von Belastungssituationen beschrieben wird. Insgesamt vier Interviewpersonen berichten beispielsweise, dass Ärzt:innen ohne Vorankündigung zum Hausbesuch oder für eine geplante Krankenhauseinweisung in die Einrichtung kommen und erwarten, dass die Pflegekräfte ihre Tätigkeit unterbrechen und die Ärzt:innen unterstützen. Diese plötzliche Unterbrechung der geplanten Abläufe in einem immer schon zeitlich eng getakteten Rahmen wird immer als eine praktisch unlösbare Verteilungsherausforderung gesehen:

> „Also da gibt es schon Situationen, wo man dann sagt: Zerteilen kann ich mich gerade nicht.“ (IP)

Die Pflegenden bewerten die Situationen einhellig als frustrierend und abwertend, gehen in den Erzählungen aber unterschiedlich mit den Erwartungen der Ärzt:innen um – die Reaktion reicht von unkritischer Akzeptanz („Ja, also, du kannst ja nicht den Doktor stehenlassen, das geht nicht“, IP) bis zu selbstbewusster Abgrenzung („Und lasse die dann wirklich mit Absicht dann auch einfach mal stehen“, IP).[116]

Die Zusammenarbeit mit medizinischem Personal wird von den Befragten sowohl als wichtiger Einflussfaktor als auch ausschließlich als zusätzliche Belastung in oder sogar Auslöser von herausfordernden Situationen in der beruflichen Praxis wahrgenommen.[117] Anders ist dies mit anderen Berufsgruppen: Die Zusammenarbeit mit Betreuungskräften, Sozialdienst und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen wird in vier der Interviews thematisiert und durchweg als positiv und entlastend beschrieben.

> „Das ist schon immer ein ganz/ also, für mich eine große Hilfe, wenn ich weiß, ich habe heute eine Betreuungskraft da, ne, weil ich halt für die Betreuung (--) nicht so viel Zeit habe, dass ich mich da jetzt hinsetzen kann und spiele Mensch ärgere dich nicht oder so was, (-) ne? Weil ich halt viel mit Pflege beschäftigt bin“ (IP).

Die Mitarbeiter:innen werden als zusätzliche Hilfe wahrgenommen, da diese sich für aufwändige, aber gleichzeitig aus Sicht der Pflegenden für die Bewohner:innen wichtige Aufgaben wie

[116] Bei den Situationen mit Rettungssanitäter:innen oder Arzthelfer:innen wird ebenfalls über eine klare Missachtung der Fachkompetenz berichtet, allerdings geht es hier um die Verweigerung von Zugang zu medizinischen Maßnahmen (Krankenhauseinweisung oder telefonischer Kontakt zum Hausarzt).

[117] Nur eine Interviewperson berichtet, dass Ärzt:innen auch mal bereit sind, auf die Pflegenden zu warten (IP).

Beschäftigung oder das Anreichen von Essen und Getränken Zeit nehmen können. Die damit frei werdenden Zeitressourcen können die Pflegenden auf andere, aus ihrer Sicht (ebenfalls) wichtige Aufgaben wie das „Tropfen stellen“ (IP) verteilen mit dem Wissen, dass trotzdem wichtige Bedürfnisse der Bewohner:innen berücksichtigt werden können: „und noch mehr (-) Augen gucken, [*I: Ja*] dass alle da sind und (-) dass es allen gut geht, ne?“ (IP) Im Umkehrschluss wird deutlich, dass diese Aufgaben beim Fehlen von zusätzlichen Mitarbeiter:innen außerhalb der Pflege wegfallen oder nur begrenzt und unter Zeitdruck durchgeführt werden könnten.

6.3.2.5. Zusammenfassung

Mehrere Interviewpersonen berichten, dass sie eine strukturierte Übergabe als sehr hilfreich erleben, um wichtige Informationen von einer Schicht an die nächste weiterzugeben sowie schon im Vorfeld der eigentlichen Arbeit die verfügbaren Personalressourcen gemeinsam oder eher direktiv durch die verantwortliche Fachkraft auf die anstehenden Arbeitsaufgaben zu verteilen. In plötzlichen Notfallsituationen müssen dann Aufgaben spontan neu verteilt und Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen getroffen werden. Dazu werden zusätzliche Absprachen als sinnvoll erachtet, damit die Fachkraft sich voll auf ihre Aufgaben konzentrieren und gleichzeitig darauf verlassen kann, dass die Versorgung der anderen Bewohner:innen weitgehend sichergestellt ist (s. Abschnitt 6.3.2.1). Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und Delegation scheint es aber erforderlich zu sein, dass die verantwortliche Fachkraft das Gefühl hat, sich auf die Selbstständigkeit und Berufserfahrung der Kolleg:innen verlassen zu können, damit sie sowohl im Alltag, aber vor allem auch in Belastungs- und Notfallsituationen Verantwortung delegieren kann. Um in diesen herausfordernden Situationen erfolgreich zu delegieren, wird es als wichtige Aufgabe der hauptverantwortlichen Pflegenden beschrieben, den anderen Mitarbeiter:innen Sicherheit zu vermitteln und sie zum selbstständigen Handeln und wenn nötig auch zum Entscheiden zu ermutigen (s. Abschnitt 6.3.2.2).

Während die Zusammenarbeit mit medizinischem Personal oft eher als eine zusätzliche Belastung erlebt wird (s. Abschnitt 6.3.2.4), können Pflegehilfskräfte in Entscheidungssituationen dann als Unterstützung wirksam werden, wenn sie bereit und durch langjährige Berufserfahrung in der Lage sind, bestimmte Arbeitsbereiche oder Aufgaben eigenverantwortlich zu übernehmen und den Fachkräften bei Bedarf beratend zur Seite zu stehen (s. Abschnitt 6.3.2.3). Und nicht zuletzt in der Unterstützung durch zusätzliches, nicht-pflegerisches Personal sehen die befragten Pflegenden ein Potenzial, vor allem Aufgaben, die viel Zeit und Ruhe erfordern, zu delegieren, so dass trotz allgemein hohem Zeitdruck alle als wichtig erachteten Tätigkeiten erledigt werden können (s. Abschnitt 6.3.2.4).

Das folgende Kapitel thematisiert die Wirkung von Faktoren in Bezug auf Bewohner:innen und deren An- und Zugehörige auf pflegerische Verteilungsentscheidungen.

6.3.3. Bewohner:innenabhängige Faktoren

6.3.3.1. „Zeitintensive“ Bewohner:innen

Allgemein beschreiben viele der Interviewten die Belastung durch Bewohner:innen mit komplexem Pflegebedarf. Mehrfach wird in diesem Zusammenhang benannt, dass diese Bewohner:innen besonders viele Zeitressourcen binden („zeitintensiv“, zwei IP; „das nimmt auch Zeit“, weitere IP).[118] Die Ursache dieses hohen Zeitaufwandes für die Pflege ist vor allem eine eingeschränkte bis vollständige Immobilität, der Bedarf zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, ein instabiler Gesundheitszustand, ein medizinischer Notfall oder eine demenzielle Erkrankung.[119]
Die Unterstützung bei eingeschränkter Mobilität und das Anreichen von Nahrung stellen eher konstante und daher planbare, zeitaufwändige Arbeitsbelastungen dar. Das Belastungserleben wird verstärkt, wenn die Pflegenden gleichzeitig für mehrere Bewohner:innen mit diesem konstant hohen Pflegebedarf verantwortlich sind:

> „Wir haben im Moment ganz, ganz viele Leute, wo man halt echt anreichen muss und das sehr lange dauert, weil die Schluckstörungen haben“ (IP).

Entsprechend ist dieser Zustand veränderbar, wenn sich die Zusammensetzung der Bewohner:innen verändert. Die Planbarkeit des Arbeitsaufwandes von **konstant „zeitintensiven“ Bewohner:innen** ermöglicht es den Interviewten, das Personal entsprechend einzuteilen und bei Bedarf Unterstützung zum Beispiel durch Betreuungs- oder Hauswirtschaftskräfte oder auch An- und Zugehörige zu organisieren (s. Abschnitt 6.3.2.4). Im Normalfall führt damit die Versorgung dieser Bewohner:innengruppe eher nicht zu plötzlichen Arbeitsspitzen und Überlastung. Zu Belastungsspitzen und herausfordernden Verteilungssituationen kommt es vielmehr dann, wenn es neben solcher planbarer pflegerischer Versorgung zu kurzfristigen und ungeplanten zusätzlichen Anforderungen kommt. In den Entscheidungssituationen sind die Anlässe dafür häufig die Visite oder der Hausbesuch durch Ärzt:innen, kurzfristiger Personalausfall oder medizinische Notfälle.

---

[118] Beschrieben wird diese Bewohner:innengruppe auch als „schwer“ (IP) oder „wirklich pflegebedürftig“ (IP). Das „wirklich“ ist hier interessant, da es scheint, als müsse sich die IP der Interviewenden gegenüber rechtfertigen, dass die Bewohner:innen „wirklich“ (und nicht nur eingebildet) einen hohen Versorgungsaufwand durch ihre Pflegebedürftigkeit haben. Zur sprachlichen Stigmatisierung unter anderem als „schwere“ Bewohner:innen vgl. auch Abschnitt 8.1.2.6.
[119] Ebenfalls konkret genannt werden außerdem eine „**sehr** aufwändige“ Versorgung von Sterbenden oder Personen mit MRSA (IP) oder Personen mit Diabetes mellitus (IP).

Anders als bei Bewohner:innen mit konstant hohem Pflegebedarf kann es bei der Versorgung von Menschen in akuten **medizinischen Notfallsituationen** sowie **Menschen mit Demenz im Rahmen von herausforderndem Verhalten**[120] eher zu den von den Interviewten berichteten akuten Überlastungssituationen und Arbeitsspitzen kommen, in denen die Pflegekräfte komplexe Verteilungsentscheidungen treffen müssen:

> „Wo man dann alleine ist, wir sind im Nachtdienst auch alleine (-) und da weiß man dann manchmal nicht: Wo soll ich jetzt zuerst hin? Also ich weiß, ich muss meine Runde zu Ende machen, aber der Bewohner braucht da unten jetzt im Moment die Aufmerksamkeit, weil er (-) ja, auffällig einfach ist in seinem Verhalten und nicht weiß, was er / wie er (-) damit umgehen soll, sagen wir mal so, wo ich aber weiß im Hinterkopf, ich muss meine Runde zu Ende machen. So. Und (-) wenn das dann da unten schon mal eine halbe Stunde dauert mit ihm mal eben das Gespräch zu führen oder was auch immer, ihn zu (-) deeskalieren oder wie auch immer, ist das schon (-) nicht ganz so einfach.“ (IP)

In diesen Situationen kommen mehrere Faktoren zusammen, die für die Versorgung von Notfällen sowie Menschen mit herausforderndem Verhalten typisch sind und auch von anderen Befragten geschildert werden: Die Pflegekräfte sind für eine bestimmte Gruppe von Bewohner:innen verantwortlich und durchlaufen dazu eine vorher geplante Routine („Runde“), um alle Bewohner:innen aus ihrer Sicht angemessen versorgen zu können. Durch die plötzlich auftretenden Anforderungen, die von den Befragten meist als sehr dringlich und kaum aufschiebbar dargestellt werden, muss die Routine unterbrochen und zunächst auf die akuten Anforderungen reagiert werden. Die Pflegekräfte müssen in dieser Situation unter hohem Zeit- und oft auch emotionalem Druck („Und mir ist fast mein Herz in die Hose gerutscht“, IP; zum Erleben dieser initialen Schocksituationen s. Abschnitt 6.4.1) und auf Grundlage sehr begrenzter Informationen entscheiden, wo sie „am dringendsten verlangt“ (IP) werden und welche Bewohner:innen neben der Person mit akutem Hilfebedarf ihre Zeit und Aufmerksamkeit ebenfalls mehr oder weniger existenziell dringend benötigen. Oft sind dann, wenn möglich, praktische Maßnahmen wie Delegation, Priorisierung oder schnelleres Arbeiten erforderlich, um eine Grundversorgung der anderen Bewohner:innen sicherzustellen und weitere Notfälle zu verhindern. Dass die Interviewperson in der oben beschriebenen Situation dem dementen Bewohner verhältnismäßig viel Zeit widmet – letztlich auf Kosten der anderen Bewohner:innen – begründet sie damit, dass die Zeit, die sie sich bei ihm für Gespräche nimmt, zu einer Deeskalation führt und sie mit dieser bewussten Zurückstellung anderer Bewohner:innen den Bewohner mit akutem Hilfebedarf „zur Ruhe bekomm[t]“ (IP) und damit die Situation grundsätzlich entschärft. Wie noch an anderer Stelle zu

[120] In zwei Entscheidungssituationen führen Hinlauftendenzen zu einer akuten Notfallsituation (jeweils akute Selbstgefährdung; zwei IP), in einer weiteren Situation berichtet die Interviewperson über einen dementen Bewohner, der immer wieder klingelt, aufgebracht ist und auch mal „handgreiflich“ wird (IP).

zeigen sein wird (s. Abschnitt 6.4.2.1), trifft sie hier in der bewussten Abwägung der verschiedenen Erwartungen und Anforderungen eine Rationierungsentscheidung mit dem Wissen, dass auch die anderen Bewohner:innen einen legitimen Anspruch auf Versorgung haben

Neben den Anforderungen durch Bewohner:innen mit komplexem, planbarem oder akutem Pflegebedarf wird immer wieder der **allgemeine Zeitaufwand durch Gespräche mit Bewohner:innen** als Belastungsfaktor genannt, da dieser aus Sicht der befragten Pflegenden nicht ausreichend im Zeitkontingent der Pflege vorgesehen ist:

> „Gar nicht. (--) Ich hab/ also, gar nicht ist ein bisschen übertrieben. Ich habe schon mit jedem fünf Worte gewechselt, aber ich musste (-) gerade die Selbstständigeren (--) vertrösten: (-) Ich kann mich da heute nicht darum kümmern, ich bin alleine.“ (IP)

Entsprechend sind es oft die Gespräche, die von den Interviewten zwar als wichtig erachtet werden, aus Zeitmangel aber nicht oder nur ungenügend erfolgen können.

> „Du kriegst alles nach Minuten genau abgerechnet, aber dass man jetzt (-) für die Bewohner auch mal einfach nur zehn Minuten Zeit braucht, um mit denen zu schnacken, (-) so, dass / oder die Bewohner das brauchen, so, nicht wir als Pflegekräfte, aber für die Bewohner das einfach wichtig ist.“ (IP)

Dabei geht es nicht nur um Unterhaltungen im Sinne der individuellen Zuwendung (IP) oder Beruhigung (IP). Auch die fehlende Zeit für zeitaufwändige, fachliche Aufklärungsgespräche (IP) wird bemängelt. Bewohner:innen mit einem wie auch immer begründeten hohem Gesprächsbedarf werden damit von den Pflegenden als eine zeitliche Belastung erlebt, auch wenn dieser Bedarf von den Interviewten immer wieder als legitim und wichtig beschrieben wird. In den Interviews wird dies vor allem dadurch deutlich, dass die Interviewpersonen immer wieder kritisieren, dass aus ihrer Sicht im Vergleich zur körperlichen und medizinischen Versorgung kaum bis keine Zeitressourcen für Gespräche und Zuwendung vorhanden sind, unter anderem, weil diese nicht als Teil der „eigentlichen“ Pflege gewertet und bezahlt werden („jeder (-) sucht ja ein bisschen nach Nähe oder Aufmerksamkeit, die teilweise nicht gewährleistet werden kann, weil man natürlich auch weiter zum nächsten Bewohner muss“, IP).

6.3.3.2. Perspektive der Bezugspersonen

Im Zusammenhang mit den Bewohner:innen werden immer wieder auch deren Angehörige[121] als Einflussfaktoren sowohl grundsätzlich als auch konkret in Situationen mit hoher Arbeitsbelastung

[121] In den Interviews wird die genaue Beziehung der Personen, die als „Angehörige“ beschrieben werden, nicht weiter thematisiert. Im Prinzip gelten die Aussagen in diesem Abschnitt auch weiter gefasst für zugehörige Bezugspersonen, also nicht direkt verwandte Bekannte oder Freunde.

genannt. Dabei werden Angehörige als **praktische Hilfe** erlebt, indem sie regelmäßig zeitaufwändige Teile der Versorgung für ihre pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen und sich dabei mehr Zeit nehmen können als die Mitarbeiter:innen. Und auch in Notfallsituationen können sie gezielt unterstützen, wenn sie der verantwortlichen Pflegenden bestimmte Aufgaben abnehmen. Genannt werden in den Interviews die Übernahme des Essenanreichens bei den eigenen Angehörigen, wofür die Pflegenden (zu) wenig Zeit haben (IP zweifach), sowie das Zusammenstellen von wichtigen Dokumenten eines Bewohners zur Vorbereitung einer Krankenhauseinweisung in einer Notfallsituation (IP). Dieser Unterstützungsaspekt wird besonders deutlich, wenn thematisiert wird, dass keine Angehörigen präsent sind: Sie fehlen als Fürsprecher und Ansprechpartner für die Bewohner:innen, die sich auch mal Zeit nehmen können („weil die keine Verwandtschaft hat oder (ich?) weiß, sie liegt da mutterseelenallein", IP).

Negativ wirken sich Angehörige in den Augen der interviewten Pflegenden vor allem dann aus, wenn sie in eh schon angespannten Situationen bestimmte **(zusätzliche) Erwartungen** an die pflegerische Versorgung der eigenen Angehörigen durch die Pflegekraft formulieren. Dabei geht es um die Beurteilung, wie eine angemessene Pflege aussehen muss und welche (Zeit-)Ressourcen dafür eingesetzt werden sollen. Dabei steht der professionellen Einschätzung der aktuellen Bedarfe durch die Pflegenden die langjährige Kenntnis der jeweiligen Bewohner:innen durch die Angehörigen gegenüber.

> „[I]ch war bei einer Dame am (.) Essen anreichen und hab dann gehört wie im Nebenzimmer sich Eine richtig stark verschluckt hat, musste dann die andere Dame alleine lassen (.) und im gleichen Moment kamen dann die Angehörigen und die haben (dann?) ja meine Mutter muss doch essen und (.) ich musste aber (.) zu dem anderen Bewohner […] ich hatte dann eigentlich so den Zwiespalt, ich muss mich um den Bewohner kümmern, hatte aber gleichzeitig die Angehörigen im Nacken von der anderen Dame, und dann kamen die Angehörigen von (-) DEM Bewohner noch dazu, also dass ich mich im Prinzip (-) durch vier teilen musste [*I: <<bestätigend>> Hm*] um das alles managen zu können. […] hab mich dann da erstmal natürlich um den Bewohner gekümmert dem es schlecht ging, hab dann zu den Angehörigen gesagt, ja ähm (-) ich kümmer mich gleich, ich hab jetzt hier nen Notfall (-) ähm, wo ich mich erstmal drum kümmern muss, und ähm (-) dann hieß es, ja wir gehen runter zur Leitung, beschweren uns da, und dass, äh dass sich hier nicht gekümmert wird und so und äh (.) das habe ich in dem Fall dann aber erst mal komplett (.) beiseite gelassen" (IP).

In Situationen gleichzeitiger Anforderungen werden von den interviewten Pflegenden immer wieder Versorgungsaufgaben zurückgestellt, verkürzt oder weggelassen (s. Unterkapitel 6.5). Im Beispiel des medizinischen Notfalls im Zitat oben konzentriert sich die Interviewperson ganz auf die akut hilfebedürftige Person („wo ich mich erstmal drum kümmern muss"). Die Versorgung der anderen, offensichtlich ebenfalls abhängigen Bewohnerin rückt dagegen in den Hintergrund, und diese muss auf ihr Essen warten. Im Bewusstsein der Abhängigkeit der Bewohnerin setzen

sich die Angehörigen für die aus ihrer Sicht legitimen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Mutter ein („meine Mutter muss doch essen“), was die Interviewperson unter Druck setzt („durch vier teilen“), auch wenn sie von ihrer Sichtweise überzeugt ist („dann da erstmal natürlich um den Bewohner gekümmert dem es schlecht ging“).

In mehreren Interviews wird deutlich, wie schwer es besonders bei anspruchsvollen Verteilungsentscheidungen ist, zwischen den oft sehr unterschiedlichen Perspektiven von professionell Pflegenden und Angehörigen zu vermitteln. Beide Seiten sehen sich als die **Expert:innen für die Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Bewohner:innen**. Wird diese Expertise nicht anerkannt, kann dies zu Gefühlen der Kränkung auf beiden Seiten führen:

> „Wenn die [Angehörigen, A.G.] meinen, sie müssten (--) mal ein bisschen Dampf ablassen, dass Mutti nicht richtig versorgt wird oder sonst was. ne? Da müssen wir immer nett und freundlich bleiben, manchmal werden Sie richtig runter gekanzelt, also das habe ich schon ganz oft gehabt.“ (IP)

Als Folge dieser unterschiedlichen Einschätzung und manchmal auch emotionalen Reaktion kann es zu Kritik, offenen Konflikten und offiziellen Beschwerden der Angehörigen über Verteilungsentscheidungen kommen. Während die von längeren Wartezeiten betroffenen Bewohner:innen zwar oft mit Unzufriedenheit reagieren, sind es in den Interviews ausschließlich Angehörige, die sich offiziell bei den Vorgesetzen beschweren (zwei IP). Dies wird von den Pflegenden als sehr unangenehm dargestellt: Selbst, wenn die Leitung die Entscheidung der Pflegenden unterstützt, sehen sie sich im Rechtfertigungsdruck für eine Situation, die sie aus ihrer Sicht nicht verschuldet haben und nicht wesentlich anders hätten entscheiden können, da jeweils berechtigte Ansprüche in direktem Konflikt zueinander stehen.

> „Es hat mich in dem Moment schon (--) beschäftigt, dass die jetzt runter gehen wollen und sich beschweren wollen, weil (.) in dem Moment habe ich dann gedacht: Ja können die das nicht (--) einfach **ein**sehen, dass das jetzt äh grade nicht anders geht.“ (IP)

Aus der Perspektive der Angehörigen ist es wiederum schwer, eine Entscheidung, die zu einer aus ihrer Sicht und vermutlich auch objektiv mangelhaften Versorgung ihrer Angehörigen geführt hat, nachzuvollziehen und zu akzeptieren. Schließlich fehlt den Angehörigen meist die Perspektive der Verteilungsentscheidung zwischen konkurrierenden berechtigten Ansprüchen, da sie oft nur Einblick in die individuelle Lage eines:r Bewohners:in haben.

6.3.3.3. Zusammenfassung

Verteilungsentscheidungen in der stationären Pflege beziehen sich meist auf die Befriedigung von geäußerten oder angenommenen Bedürfnissen der Bewohner:innen. Im Zentrum steht dabei,

wieviel Zeit und Aufmerksamkeit jedem:jeder Bewohner:in aus Sicht der Pflegekraft zusteht. Bestimmte Bewohner:innen mit komplexen, sowohl medizinisch-pflegerischen als auch psychosozialen Pflegebedarfen stellen dabei höhere Anforderungen und erfordern mehr Zeit- und damit Personalressourcen. Während manche dieser Anforderungen im Vorfeld planbar sind, kann es vor allem bei Bewohner:innen mit Demenz oder instabiler gesundheitlicher Situation zusätzlich zu plötzlichem und nicht planbarem erheblichen Versorgungsaufwand kommen, der eine kurzfristige Neuplanung der Abläufe sowie herausfordernde Priorisierungs- oder Rationierungsentscheidungen erforderlich macht.

Dabei sind es nicht nur Bewohner:innen mit komplexem Pflegebedarf, die in den Berichten der Interviewpersonen zu Arbeitsspitzen und damit Zeit- und Verteilungsdruck führen. Auch Bewohner:innen mit weniger Pflegebedarf haben einen Wunsch nach Zuwendung und Aufmerksamkeit, der nicht allein durch funktionale Versorgung erfüllt werden kann. Insofern können alle Bewohner:innen als mehr oder weniger „zeitintensiv“ (IP) im Sinne des gerechtfertigten Anspruchs auf Zeitressourcen verstanden werden (s. Abschnitt 6.3.3.1). Allerdings scheinen einzelne Bewohner:innen hier durch besonders hohen Zeitbedarf hervorzustechen – es wäre zu fragen, ob diese Personen besonders oft von Rationierung betroffen sind, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit allerdings nicht beantwortet werden kann.

Auch An- und Zugehörige bekommen mit, wenn Pflegende in Situationen hoher Arbeitsbelastung nicht allen Bewohner:innen die Aufmerksamkeit und Versorgung geben können, die aus deren Sicht angemessen wäre. Dies kann zu Konflikten und zusätzlichem emotionalen Druck für die entscheidenden Pflegenden führen. Aber auch wenn die Perspektive von Pflegenden, An- und Zugehörigen über die in der jeweiligen Verteilungssituation wichtigsten Aufgaben oft nicht übereinstimmt, haben An- und Zugehörige doch einen wichtigen Zugang zu Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner:innen. In Verteilungssituationen können sie damit als Fürsprecher der jeweiligen Bewohner:innen wirken und manchmal auch konkret bei der Versorgung unterstützen, während Pflegende in diesen Situationen die Aufgaben haben, zwischen den verschiedenen Ansprüchen abzuwägen und eine möglichst gerechte Entscheidung zu fällen (s. Abschnitt 6.3.3.2).

6.3.4. Individuelle Faktoren: Pflegende als Entscheider:innen

Die folgende Betrachtung des Einflusses individueller Voraussetzungen von Pflegenden als Akteuren von Verteilungsentscheidungen geht mit der beruflichen Qualifikation, ausgeübten Tätigkeit und Berufserfahrung eher auf von außen beobachtbare Faktoren ein. Diese lassen Rückschlüsse auf erwartbare Wissens- und Fähigkeitsdispositionen sowie Einflussmöglichkeiten auf

Entscheidungssituationen zu (s. Abschnitt 3.1.5.1). Zu anderen individuellen Faktoren wie Geschlecht oder Alter wurden in den Interviews keine relevanten Einflüsse auf das Entscheidungsverhalten deutlich. Mit der anschließenden Untersuchung des beruflichen Selbstverständnisses der Entscheidenden geht es stärker um individuelle Präferenzen und Einstellungen, was eine gute Pflege und damit eine gute Entscheidung ausmacht. Der Einfluss dieser subjektiven Faktoren auf das Entscheidungshandeln wird später noch im Rahmen der Typologie in Kapitel 7 weiter ausgeführt.

6.3.4.1. Qualifikation und Position

Wie bereits in der Darstellung des Samples ausgeführt, hat die Mehrzahl der befragten Pflegenden eine dreijährige Ausbildung entweder in der (Gesundheits- und) Krankenpflege oder Altenpflege. Ein Unterschied zwischen diesen Ausbildungen beispielsweise beim professionellen Selbstverständnis der Befragten lässt sich nicht feststellen. Des Weiteren hat eine Person eine Ausbildung in der Heilerziehungspflege, eine befindet sich aktuell im Studium. Es lassen sich bei beiden Personen zwar Unterschiede im Bereich der Haltung und (selbst eingeschätzten) Wissens- und Fertigkeitsbestände im Vergleich zu den Personen mit dreijähriger Ausbildung in der Pflege feststellen. Dazu, ob und wie diese Unterschiede aber auf der jeweiligen **Qualifikation** oder doch auf anderen Einflussfaktoren beruhen, lässt sich auf Grundlage der Interviews keine Aussage treffen.

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs von Qualifikation und fachlicher (Entscheidungs-)-Kompetenz bei **Pflegenden ohne Pflegeausbildung** zeigen sich Hinweise, dass eine längere, mehr oder weniger einschlägige Vor-Qualifikation zu mehr Entscheidungssicherheit in herausfordernden Situationen führt – ob diese Entscheidungen fachlich angemessen sind, lässt sich anhand der Daten jedoch nicht beurteilen. Erschwert werden Aussagen zur Bedeutung der Qualifikation von Pflegehilfskräften durch die bis heute nicht bundeseinheitlich geregelte Pflegehelfer-Qualifikation. Entsprechend sind die Qualifikationen unterhalb des Fachkraftniveaus sehr heterogen und lassen für sich genommen kaum allgemeingültige Aussagen zur Entscheidungskompetenz von Pflegehilfskräften zu.

Einheitlicher gestaltet sich das Bild bei zwei Interviewpersonen mit Leitungsqualifikation und entsprechender freigestellter **Leitungstätigkeit**. Obwohl sie sich in Alter und Berufserfahrung deutlich unterscheiden, beschreiben sie ihr Alltagshandeln und ihr Entscheiden in herausfordernden Verteilungssituationen als sehr souverän und kompetent, sowohl im Vergleich zu Pflegehilfskräften, aber auch zu Befragten mit dreijähriger Pflegeausbildung oder den zwei Pflegefachkräf-

ten mit Leitungsweiterbildung, die aber überwiegend in der direkten Versorgung der Bewohner:innen beschäftigt sind:[122]

> „Also ich bin natürlich ein unheimlich stabiler Mensch. Ich bin also niemand, der sofort (-) die Panik kriegt, weil ich sage, es gibt nichts, was man nicht regeln kann." (IP)

Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass sie in ihrer Leitungsfunktion zwar gerade in Notfallsituationen die Gesamtverantwortung tragen, sich jedoch dabei durch ihre Rolle stärker legitimiert fühlen, Aufgaben zu delegieren oder ihre Entscheidungen auch gegen Widerstände, z. B. durch medizinisches Personal, durchzusetzen (s. Abschnitt 6.3.2.4):

> „Und ich habe gesagt, da machen wir das besser hier, ne, und setzen uns diesem Konflikt auch aus". (IP)

Die Pflegedienstleitungen betonen zudem den hohen Stellenwert von klar geregelten Abläufen und Kontroll- und Hierarchiestrukturen, auch für und in Stresssituationen:

> „Wenn so eine Hierarchie ist und einer sitzt ganz oben und sagt so, ich entscheide jetzt das und das und das, das (--) **muss** immer mal sein, (-) aber eine gute Teamarbeit (-) ist / ist eigentlich die Funktion des gesamten Betriebes. Der Motor läuft nur, wenn alle mit anschieben. (-) Nicht einer alleine. Einer muss vorgeben und sagen, ich stelle mir das so vor, so würde ich das gerne machen." (IP)

Als Leitungskräfte sind sie auf die Mitarbeiter:innen im Team und deren Einsatz angewiesen. Den „Motor" auch in schwierigen Situationen am Laufen zu halten erfordert Anstrengung durch das ganze Team. Mitsprache ist zwar mehr oder weniger erwünscht, die Entscheidung wird aber letztlich durch die Leitung getroffen. Dieser Führungsstil kann sowohl als autoritär verstanden werden, kann aber das Team auch dabei unterstützen, eigenständige Entscheidungen im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches zu treffen (s. Abschnitt 6.3.1.5). Beide Leitungskräfte betonen, dass sie es wichtig finden, auch Grenzen zu setzen, um sich nicht zu überfordern:

> „Sie können ja auch nicht der Notstopfen für alles sein.[*I: Richtig, ja*] Und das bin ich ja nicht. Das bin ich auf keinen Fall. Das bin ich nur dann, wenn das auch ein Stück weit meine Zeit zulässt, meine Arbeit zulässt und wirklich kein anderer da ist, der einspringen könnte." (IP)

Selbstsorge hat für die Leitungen auch in schwierigen Entscheidungssituationen einen hohen Stellenwert – gleichzeitig wird die klare Abgrenzung aber auch relativiert: Es gibt eben doch Situationen, in denen die Leitung auch mal „Notstopfen" sein muss und ihre eigenen Bedürfnisse

[122] Die zwei Leitungspersonen arbeiten beide als freigestellte Pflegedienstleitungen mit einem geringen Anteil an praktischer Pflegetätigkeit. Eine weitere Interviewperson arbeitet als Wohnbereichsleitung, allerdings mit überwiegendem Anteil in der direkten Pflege. Und eine Interviewperson hat zwar eine Ausbildung als PDL, arbeitet aber nicht in einer Leitungsfunktion.

hinter die der anderen Beteiligten zurückstellt. Diese Ambivalenz zwischen erfolgreicher Abgrenzung und der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse („Notstopfen sein“) findet sich zwar auch in vielen anderen Interviews (s. Abschnitt 6.4.4), aber nur in den beiden Interviews mit den Pflegedienstleitungen wird die Notwendigkeit zur Selbstsorge so deutlich herausgestellt und in vielen der beschriebenen Situationen auch erfolgreich umgesetzt. Auch wenn sich diese Erkenntnisse nur begrenzt verallgemeinern lassen, scheint eine Leitungsqualifikation in den Interviews in Zusammenhang mit einer höheren Selbstsicherheit und Autorität bei Entscheidungen zu stehen, bei der auch stärker Rücksicht auf die eigenen Grenzen genommen wird.

6.3.4.2. Berufserfahrung

Ein eventuell naheliegender Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung in Jahren und dem Entscheidungsverhalten lässt sich in den Interviews nicht feststellen: Drei der Befragten besitzen über 30 Jahre Berufserfahrung. Zwei davon sind die bereits weiter oben beschriebenen Leitungskräfte. Ihre hohe selbsteingeschätzte Entscheidungskompetenz dürfte aber stärker durch ihre Position und Qualifikation als durch die Berufserfahrung begründet sein (s. Abschnitt 6.3.4.1). Die langjährige Berufserfahrung erleichtert es vermutlich, ein fachliches Urteil zu fällen, die Position ermöglicht aber überhaupt erst den hohen Entscheidungsspielraum. Die dritte befragte Pflegekraft mit langjähriger Berufserfahrung zeichnet sich gerade durch eine hohe Unsicherheit und Selbstzweifel in Entscheidungssituationen aus. Auch erschweren für sie die Rahmenbedingungen ihrer Einrichtung ihre Arbeit stark.[123] Gleichzeitig gibt es einige Pflegefach- und -hilfskräfte mit wenigen Jahren Berufserfahrung, die berichten, dass sie sich sowohl in der Lage als auch legitimiert dazu fühlen, Verteilungsentscheidungen zu treffen (s. Abschnitt 6.3.2.3).
Von zwei Interviewpersonen wird thematisiert, dass sie **Entscheidungssicherheit durch zunehmende Berufserfahrung** gewonnen haben. Eine von ihnen berichtet, wie sie bei noch fehlender Berufserfahrung durch eine für sie inzwischen „ganz normale“ Situation verunsichert wurde:

> „da habe ich gerade in dem Bereich (---) ein halbes Jahr (-) gearbeitet und die kam dann runter zu mir ins Schwesternzimmer. Da hatten wir noch nicht den Pflegebereich dazu. Und (-) hätte aber auch meine Blutzucker und Insuline machen müssen, (-) ja, also pünktlich ((lacht)) und dann auch später irgendwann Tabletten verteilen. (-) Und die kam genau zu dem Zeitpunkt, wo es eigentlich nicht gepasst hat. Ja. (-) Und sagte mir dann: ‚Die Bewohnerin (-) möchte ich gerne ins Krankenhaus einweisen.‘ Also eine geplante ganz normale/ (--) wegen (--) irgendwas. (-) Ja. Und (-) irgendwie war ich da auch noch nicht so/ <<lachend> dann, noch nicht so erfahren>“ (IP).

[123] Die Situationen, von denen die Interviewperson berichtet, finden entweder in sehr großen und unübersichtlichen oder vorher unbekannten Bereichen statt. Entsprechend hat die Pflegekraft das Gefühl, nicht den Überblick über die Anforderungen der Bewohner:innen zu haben.

Rückblickend reflektiert die Interviewperson, dass ihr in der Entscheidungssituation, die einige Jahre zurückliegt, die Berufserfahrung, aber auch die Kenntnis des Bereichs fehlte.

> „Also das war so, wo so viel von mir (-) auf einmal erwartet worden ist, was ich eigentlich auch erfahrungstechnisch noch nicht so drauf hatte." (IP)

Oft werden diese beiden Aspekte im Zusammenhang genannt: Es verunsichert die Interviewten sowohl, in schwierigen Situationen nicht auf eine breite Basis beruflichen Könnens (im Sinne von angewandter Erfahrung) zurückgreifen zu können, als auch wenn ihnen das Wissen um die Abläufe, bewährten Routinen, Kompetenz und Zusammenarbeit der Kolleg:innen sowie Bedarfe und Hintergrund der Bewohner:innen fehlt. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, dass sie die (alleinige) Verantwortung für herausfordernde Entscheidungen übernehmen, die eigentlich die Fähigkeit zum umfassenden situativen Beurteilen der Situation erfordern, und zwar sowohl auf der Grundlage der Kenntnis der aktuellen Rahmenbedingungen, als auch auf der Basis von umfangreichem explizitem und implizitem Wissen und Können (s. Unterkapitel 3.2). Diese Verunsicherung spiegelt sich auch in Erleben und Bewältigung von herausfordernden Verteilungssituationen in den Interviews wider.

> „das war glaube ich der zweite oder dritte Spätdienst, den ich dann hatte, und von daher, da ist man ja schon unsicherer [I: Hm] und dann froh, wenn das alles gut ausgegangen ist" (IP).

Nicht immer ist eine Unsicherheit der Befragten auf geringe Berufserfahrung zurückzuführen – die Schilderung des Gefühls der Unsicherheit oder der Angst davor, einer konkreten Situation nicht gewachsen und ihr „alleine" ausgeliefert zu sein, zieht sich durch viele Interviews.

> „ich kann mich auch an eine Zeit zurückerinnern, dass ich (--) in diesem großen Wohnbereich mal (---) als Examinierter alleine dort stand, weil zwei Kollegen sich krankgemeldet haben. Und dann (-) musste ich mit einem Altenpfleger und einer Schülerin zusammen diesen Wohnbereich mit [über 50, A. G.] Bewohnern managen" (IP).

Neben den schon beschriebenen mangelnden Möglichkeiten der Delegation (s. Abschnitt 6.3.2.1) geht es bei dem „Alleine sein" darüber hinaus auch um fehlende emotionale Unterstützung durch eine weitere Person, die in unübersichtlichen, zeitkritischen Situationen, in denen eine falsche Entscheidung weitreichende Konsequenzen haben kann, zumindest einen Teil der hohen Entscheidungsverantwortung übernehmen könnte.

> „mein Kollege hatte selber gerade einen Notfall und dann stand ich im Prinzip alleine dann (-) auf weiter Flur" (IP).

Je größer die Befragten ihre eigene Fachkompetenz und Professionalität einschätzen, umso weniger belastend scheinen für sie Situationen zu sein, in denen sie wichtige Entscheidungen treffen müssen:

> „Ich bin eine Fachkraft, (-) ich kann das einschätzen.“ (IP)

Längere Berufserfahrung scheint damit ein wichtiger, aber nicht ausreichender Faktor für das Vorliegen von Entscheidungskompetenz zu sein. Im Zusammenspiel mit einer fundierten Fachqualifikation und förderlichen institutionellen Rahmenbedingungen scheint sie aber deutlich dazu beizutragen, dass es Pflegenden in schwierigen Verteilungssituationen leichter fällt, Entscheidungen zu treffen.

6.3.4.3. Berufliches Selbstverständnis

Für die Sicherheit und Souveränität in Entscheidungssituationen scheint – neben Faktoren wie den institutionellen Rahmenbedingungen – die Einschätzung der eigenen Fachkompetenz und Professionalität eine große Bedeutung zu haben, mehr noch als die Berufserfahrung in Jahren oder die erreichte Qualifikation oder Position. Dabei lassen sich in den Interviews zwei grundsätzliche Perspektiven herausarbeiten, was Professionalität und fachkompetente Pflege aus Sicht der Interviewten ausmachen sollte. Neben der Sicherheit in Entscheidungssituationen beeinflusst dieses Grundverständnis von professioneller Pflege ganz konkret die Prioritäten, die in Entscheidungssituationen im Sinne eines praktischen Urteils (s. Abschnitt 3.1.5) gesetzt werden. Bevor daher Unterkapitel 6.4 die Entscheidungsstrategien und damit verbunden den Prozess der Prioritätensetzung thematisiert, sollen die folgenden Abschnitte die zwei voneinander abgrenzbaren Pflegeverständnisse in ihren in den Interviews zu Tage tretenden Ausprägungen darstellen.

6.3.4.3.1. Bewohner:innenorientiertes Pflegeverständnis

Ein eher bewohner:innenorientiertes Pflegeverständnis drückt sich vor allem durch einen Fokus auf die **individuelle Fürsorge** aus – zentral ist es dabei, dass die Pflegekraft „auf die Bewohner eingehen kann“ (IP). Dieses „Eingehen“ bezieht sich zunächst auf die Wahrnehmung der individuellen Wünsche und (angenommenen) Bedürfnisse der Bewohner:innen. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegenden die Bewohner:innen „kennen“:

> „Ich bin fast **jeden** Tag da, ich bin meistens mehr da als deren eigene Angehörige, ne? Das ist **super** intim, (-) ne? Ich kenne die Menschen, ich kenne die Bewohner, ich weiß, wer mag das, wer mag das nicht.“ (IP)

Das **Kennen der Bewohner:innen** bezieht sich hier vor allem auf ihre individuellen Vorlieben und Bedürfnisse und weniger, wie beim eher technisch-funktionalen Pflegeverständnis (s. Abschnitt 6.3.4.3.2), auf die medizinisch-pflegerischen Bedarfe. Praktisch wirksam wird das eher bewohner:innenorientierte Pflegeverständnis durch eine flexible Anpassung der Abläufe,[124] um diesen unterschiedlichen Bedürfnissen möglichst gerecht zu werden.[125]

> „Und dann ist schon (-) so die restlichen Aufräumarbeiten, nochmal gucken, ob alles ruhig ist. (--) Ja. (-) Und ob noch jemand irgendwie einen Wunsch hat, (-) man noch irgendwo helfen kann. Es kommen auch durchaus nochmal welche wieder raus, (-) <<lächelnd> obwohl sie schon ins Bett gegangen waren,> ne, und haben dann vergessen, dass sie schon Abendbrot gegessen haben und haben dann Hunger. (-) Kann man nochmal ein Jogurt geben oder so. (-) Ja. ((lacht leise))“ (IP).

Wie in Abschnitt 6.5.1.2 noch gezeigt wird, betonen Pflegekräfte mit eher bewohner:innenorientiertem Pflegeverständnis für Situationen, in denen Aufgaben priorisiert werden müssen – hierbei ganz besonders medizinische Notfallsituationen – dass neben den medizinisch-pflegerischen auch die psychosozialen Bedürfnisse der Bewohner:innen eine entscheidungsleitende Rolle spielen:

> „Die Leute, die Hilfe brauchen, vor allem pflegerische Hilfe brauchen, (-) die profitieren, zu-/ (-) zumindest was Gespräche angeht, am meisten. (-) Oder für die hat man am meisten Zeit, wenn man/ (-) **nimmt** man sich am meisten Zeit. Man hat sie eigentlich auch nicht, aber nimmt sie sich (-) in solchen extremen Situationen, (-) weil man (-) einfach miteinander redet, wenn man (-) in den pflegerischen Situationen ist.“ (IP)

Entsprechend wird der Zeit für psychosoziale Betreuung, Kommunikation und Sicherstellung möglichst hoher Selbstständigkeit der Bewohner:innen ein hoher Stellenwert eingeräumt, auch wenn dies unter anderem bedeutet, bewohner:innenferne Aufgaben zurückzustellen und vor allem an anderen Stellen unter noch größerem Zeitdruck zu arbeiten oder Überstunden zu machen (s. Abschnitt 6.4.4.2). Dieses **Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse** (nicht nur) in schwierigen Situationen ist ebenfalls typisch für ein Pflegeverständnis, in dem die Bedürfnisse der Bewohner:innen „ganz klar im Vordergrund“ (IP) stehen. Gelingt eine entsprechende Priorisierung nicht und muss eine bewohner:innenorientierte Pflege zu Gunsten von eher technisch-funktionalen Aufgaben rationiert werden, beschreiben die betroffenen Interviewten eine hohe Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit:

> „Und da weiß man einfach, wenn man dann (-) wiederum diesen Zeitdruck hat, ich muss das und das und das noch machen, (-) man kann sich einfach nicht mehr auf den Bewohner

[124] Idealerweise sind diese flexiblen Anpassungen getragen durch das ganze Team (vgl. zu flexiblen Abläufen auch Abschnitt 6.3.1.3.2, zu Teamarbeit Abschnitt 6.3.2).
[125] Einen besonderen Stellenwert hat diese Flexibilität zugunsten individueller Wünsche in der stationären Wohngruppe für behinderte Menschen. Die Pflegekraft setzt dort sogar punktuell und begründet Regeln außer Kraft, um über Kompromisse zu einer Situationslösung im Sinne der Bewohner:innen zu gelangen (IP).

> einlassen. Man / (-) so blöd wie es ist, macht seine Arbeit, die gemacht werden muss und geht weiter (-) und kann sich nicht mehr so mit den Bewohnern auseinandersetzen, wie man es sonst tun würde.“ (IP)

Die Arbeit reduziert sich auf ein Abarbeiten dessen, was „gemacht werden muss“ und damit zur Sicherstellung der Abläufe notwendig ist. Was in diesem Beispiel als Defizit im Vergleich zu den eigentlichen Aufgaben einer professionellen Pflege dargestellt wird, scheint dagegen bei einem eher technisch-funktionalen Pflegeverständnis eher erstrebenswert (s. Abschnitt 6.3.4.3.2).
Ebenfalls im oberen Zitat wird ein weiterer Aspekt deutlich, der in einer engen Verbindung mit einem eher bewohner:innenorientierten Pflegeverständnis steht: Viele Befragte, bei denen in den Interviews wiederholt die genannten Merkmale eines eher an den Bedürfnissen der Bewohner:innen orientierten Verständnisses von guter Pflege deutlich wird, betonen, dass sie sich auf die Bewohner:innen „einlassen“ (IP) und auf sie „eingehen“ (IP) möchten. Sie verbinden die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit damit, dass sie wahrnehmen, dass die Bewohner:innen sich wohl fühlen:

> „Ich bin immer dann zufrieden, wenn meine Bewohner zufrieden sind. Und wenn ich sehe, dass sie nicht zufrieden sind, dann ist irgendetwas nicht gut gelaufen.“ (IP)

Diese **Verbindung der eigenen Emotionen mit den erlebten Emotionen der Bewohner:innen** sowohl im Positiven („Freude“, IP; „also von mir bekommen sie [die Bewohner:innen, A.G.] Liebe“, IP), aber auch im Negativen („dann sind halt wieder Bewohner, die darunter leiden, ne? Und das tut mir dann weh“, IP) soll in dieser Arbeit als starke **emotionale Involviertheit** bezeichnet und im Rahmen der Typologie in Abschnitt 7.1.2 ausführlicher beschrieben werden.

6.3.4.3.2. Technisch-funktionales Pflegeverständnis

Ein eher technisch-funktionales Pflegeverständnis wird vor allem dadurch deutlich, dass Pflege als standardisierter oder standardisierbarer Ablauf beschrieben wird, der im Idealfall „absolut regulär“ (IP) und ohne „irgendwelche Zwischenfälle“ (IP) planmäßig in einer bestimmten festgelegten Reihenfolge bis zum Dienstende abgearbeitet werden kann (vgl. auch Abschnitt 6.3.1.3.1).

> „und dann wird gesprochen, was noch zu erledigen wär / also was sie noch zum / also was sie noch machen können, damit alle Bewohner zufrieden sind. Was noch fehlt an Arbeit, was / bis sie zum Ende kommen. (-) Also, wer noch gewaschen werden muss und so.“ (IP)

Die Zufriedenheit der Bewohner:innen ist dabei zwar, wie beim bewohner:innenorientierten Pflegeverständnis, ein wichtiges Ziel auch bei Entscheidungssituationen, diese Zufriedenheit wird aber eher als Resultat der erfolgreichen **Umsetzung der Stationsroutinen und geregelten Abläufe** gesehen. Entsprechend wird die Störung dieser Abläufe im Sinne der flexiblen Abweichung als „schlechte Pflege“ oder zumindest als nicht wünschenswert betrachtet:

> „besonders gut geht es mir nicht, ich würde die natürlich alle schön in der (--) Gruppenreihenfolge versorgen, klar.“ (IP)

Ebenfalls ein Ausdruck eines eher technisch-funktionalen Pflegeverständnisses ist die Beschreibung vor allem von direkter, bewohner:innennaher Pflege als potenziell belastendes **Dienstleistungsverhältnis**. Die Bewohner:innen stellen dabei bestimmte Ansprüche und Anforderungen, denen man auch unter hoher Belastung genügen muss („Man will ja sein Bestes geben“, IP). Die Bewohner:innen werden hier eher als Kund:innen verstanden, die ein Recht auf fachgerechte, professionelle Versorgung haben und dieses Recht auch von den Pflegenden einfordern („Wo werde ich als erstes verlangt, wo nicht?“, IP). Der Aspekt, dass Pflege als einseitiges Abhängigkeitsverhältnis von Pflegenden eine besondere, stellvertretende Fürsprache und psychosoziale Unterstützung der Bewohner:innen verlangt, wird hier zu Gunsten der **Orientierung an regelgerechter und zuverlässiger Versorgung** eher ausgeblendet.

Häufig findet sich bei den befragten Pflegefachkräften mit einem eher technisch-funktionalen Pflegeverständnis auch die Betonung ihrer eigenen Professionalität und Fachexpertise, auch gegenüber Kolleg:innen oder Außenstehenden („Ich bin eine Fachkraft, (-) ich kann das einschätzen“, IP). Eine besondere Rolle spielt hierbei die **Hervorhebung der medizinisch-technischen Kompetenzen**, denn sie werden auch von befragten Pflegefachkräften mit eher bewohner:innenorientiertem Pflegeverständnis mehrfach erwähnt.

> „Wenn man jetzt zum Beispiel einen genau so großen Pflegeanteil hätte wie die Pflege**hel**fer jeden Morgen, dann hätte man weniger Zeit für die (-) Bereiche, die die **Fach**kraft zu erledigen hat, und das hätte Auswirkungen auf den gesamten Tag. Man könnte keine ärztliche Kommunikation jeden Tag garantieren, Wunddokumentation würde nicht mehr so (-) deutlich ausfallen, nicht mehr so fachbezogen, nicht mehr so (---) also präzise [*I: Hm*] Ich denke, das würde dazu führen, dass man die Arbeit nicht mehr richtig **ma**chen kann. (--) Und das ist hier gewährleistet. [*I: Hm*] Daher empfinde ich das als sehr wichtig, (dass/was) geplant ist.“ (IP)

Im Unterschied zu Passagen, in denen eine eher bewohner:innenorientierte Haltung deutlich wird, tritt in Interviewpassagen mit eher technisch-funktionalem Pflegeverständnis wie im Zitat oben zur Hervorhebung medizinisch-technischer Kompetenzen auch noch die Betonung der **Bedeutung von Kontrolle und umfangreicher Planung sowie ausführlicher Dokumentation** hinzu. Zudem spiegelt auch die Priorisierung solcher funktionaler Aspekte in komplexen Entscheidungssituationen eine Schwerpunktsetzung auf medizinisch-technische Aufgaben sowie die Wiederherstellung regelgerechter Abläufe diese Grundhaltung wider.

Im oberen Zitat wird außerdem ein weiterer Aspekt eines technisch-funktionalen Pflegeverständnisses deutlich: Mit der Hervorhebung der eigenen Professionalität als Fachkraft geht in der Regel eine gewisse **Abwertung der bewohner:innennahen Pflege** einher, die eher nicht als eigentliche

Aufgabe von Pflegefachkräften gesehen wird. Mehrere Pflegefachkräfte beschreiben zwar, dass sie im Alltag bei bestimmten Bewohner:innen auch für die Grundpflege verantwortlich sind, dies aber nur im geringen Umfang:

> „Also man muss sich um etwas weniger Bewohner kümmern, die auch leichter sag ich mal zu pflegen sind, [*I: Hm*] so dass man halt mehr Zeit hat für die (-) fachbezogenen Dinge wie zum Beispiel ärztliche Kommunikation, Wunddokumentation, Wundverbandswechsel et cetera.“ (IP)

Sobald andere „fachbezogenen Dinge“ anfallen, die als dringlicher und wichtiger bewertet werden, kann die Versorgung dieser Bewohner:innen außerdem an Hilfskräfte delegiert werden. Ein eher technisch-funktionales Pflegeverständnis geht in den Interviews sehr häufig einher mit einer Sprache, die insgesamt eher eine **emotionale Abgrenzung** gegenüber den Bewohner:innen ausdrückt („dass [die Bewohner:innen, A.G.] wie immer gesittet sitzen am Tisch in ihrem Pflegerollstuhl und (--) nehmen an der Mahlzeit teil“, IP). Diese Abgrenzung ist in einem eher technisch-funktionalen Verständnis professioneller Pflege notwendig, um das Wohlergehen aller Bewohner:innen durch eine erfolgreiche Umsetzung institutioneller und pflegefachlicher Standards sicherzustellen. Emotionale Abgrenzung kann demnach in pflegerischen Verteilungssituationen als Schutz gegen ungerechtfertigte Bevorzugung einzelner Bewohner:innen wirken und erleichtert es Pflegenden, auch in emotional aufgeladenen Pflegesituationen rationale Entscheidungen zu treffen und sich im Sinne der Selbstsorge abzugrenzen (s. Abschnitt 6.4.4.1). Gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass individuelle Bedürfnisse der Bewohner:innen wenn überhaupt als störend wahrgenommen werden und in Verteilungssituationen eher nicht berücksichtigt werden (s. Abschnitt 6.5.1.2). Auf Grund ihrer besonderen Bedeutung für Verteilungsentscheidungen in der Pflege fließt der Aspekt der emotionalen Abgrenzung als Kontrast zu emotionaler Involviertheit in die Typologie pflegerischen Entscheidungshandelns in Abschnitt 7.1.2 ein.

6.3.4.4. Zusammenfassung

Auch wenn im Rahmen dieser Arbeit bereits definiert wurde, was Entscheidungskompetenz allgemein bedeutet und welche Eigenschaften für kompetentes Entscheidungshandeln in der Pflege hilfreich sein könnten (s. Abschnitt 3.1.5.1), sind die Erkenntnisse aus den Interviews, welche individuellen Faktoren den Pflegenden eine Entscheidung in komplexen Situationen erleichtern, eher uneinheitlich. Qualifikation und Position scheinen zwar nicht unwichtig, beeinflussen aber eher bestimmte Einstellungen zum eigenen Entscheidungshandeln, zum Beispiel bei Personen in Leitungspositionen. Gerade im Bereich der in der Pflege häufig eingesetzten Pflegehilfskräfte lassen sich auf Grund der sehr uneinheitlichen Qualifikationsvorgaben kaum sichere Aussagen

zum Zusammenhang von Qualifikation und Entscheidungskompetenz treffen (s. Abschnitt 6.3.4.1). Die Berufserfahrung erscheint demgegenüber von größerer Bedeutung – allerdings weniger im Sinne der Berufsjahre, sondern vielmehr als Selbsteinschätzung der eigenen Fachkompetenz, Routine und Erfahrung in der Einrichtung. Das Gefühl, durch das eigene Wissen und Können auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu sein, gibt Pflegenden Sicherheit und Selbstbewusstsein (s. Abschnitt 6.3.4.2). Dabei ist es zunächst unerheblich, was die Interviewten dabei genau unter pflegerischer Fachkompetenz und guter Pflege verstehen. Die Überzeugung, darüber verfügen zu können, erleichtert es Pflegenden, schwierige Entscheidungen zu treffen – zunächst unabhängig vom Outcome.

Das berufliche Selbstverständnis wird aber spätestens dann überaus relevant, wenn es darum geht, was genau in komplexen Verteilungsentscheidungen als wichtig erachtet und damit priorisiert wird. Sowohl emotionale Involviertheit als auch emotionale Abgrenzung können dabei als Teilaspekte eines beruflichen Selbstverständnisses von professioneller Pflege verstanden werden. In der Regel ist emotionale Involviertheit dabei assoziiert mit einem eher bewohner:innenorientierten Pflegeverständnis, emotionale Abgrenzung geht einher mit einem eher technisch-funktionalen Verständnis von professioneller Pflege (6.3.4.3). In ihrer Gegensätzlichkeit prägen emotionale Involviertheit und emotionale Abgrenzung das individuelle Erleben von pflegerischen Verteilungsentscheidungen und bringen dort jeweils Vor- und Nachteile mit sich. Auf Grund ihrer besonderen Bedeutung für Verteilungsentscheidungen in der Pflege dienen sie hier als mögliche Ausprägungen des Merkmals „Emotionales Engagement“ zur Entwicklung einer Typologie pflegerischen Entscheidungshandelns, die in Kapitel 7 entwickelt wird.

Der folgende Abschnitt untersucht näher, auf welche zwei Arten es im Pflegealltag im Wesentlichen zur Notwendigkeit kommen kann, Verteilungsentscheidungen treffen zu müssen, und wie diese zwei Auslöser sich auf das Entscheidungshandeln auswirken.

6.3.5. Auslöser von Entscheidungssituationen

6.3.5.1. Plötzlicher Zwischenfall

Wie schon in Abschnitt 6.3.3.1 beschrieben, gibt es bestimmte bewohner:innenbedingte Faktoren – vor allem herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz sowie medizinische Notfälle von Menschen in instabilen gesundheitlichen Situationen – die zu plötzlichem hohen Arbeitsaufkommen führen, das im Vorfeld nicht planbar ist. Aber auch, wenn zum Beispiel Ärzt:innen ohne Vorankündigung zur Visite kommen oder Bewohner:innen ungeplant ins Krankenhaus eingewiesen oder aus dem Krankenhaus entlassen werden, kommt es zu einer plötzlichen und ungeplanten Situation mit hohem Arbeitsaufkommen während der Schicht. Zu einer herausfordernden Vertei-

lungssituation wird dies vor allem dann, wenn die Personalsituation ohnehin angespannt und das Arbeitsaufkommen hoch ist.

> „Aber wenn zwei schon bei jemanden beschäftigt sind, den zu duschen, sage ich mal, bei Bewohner zu zweit auf den Duschstuhl heben und so, und dann gehen drei Klingeln, und dann erbricht noch eine Bewohnerin. Dann ist man schon in der Zwickmühle und denkt, ja, was machst du jetzt? Und dann lässt man auch klingeln.“ (IP)

Bei einem unvorhersehbaren Zwischenfall, der die tägliche Routine unterbricht, berichten viele der Interviewten von einem **initialen Schreckmoment** („und dann habe ich gedacht: ‚Oh mein Gott, was ist das denn?‘“, IP), den Abschnitt 6.4.1 nochmals vertiefend untersucht. Da sich die Pflegenden nicht auf die neuen Anforderungen vorbereiten können, fühlen sie sich zunächst „überfordert“ (IP) von der Situation:

> „So war ich halt sowieso dann total aufgeputscht auch, weil (-) fünf Sachen auf einmal.“ (IP)

Dieses Gefühl wird umso stärker empfunden, je komplexer und herausfordernder die Anforderungen sich darstellen. Vor allem bei medizinischen Notfällen könnte eine falsche oder zu zögerliche Entscheidung lebensbedrohliche Konsequenzen haben – entsprechend hoch ist dort der Handlungsdruck und die emotionale Belastung der für die Entscheidung verantwortlichen Pflegekraft.

> „Also, erst mal habe ich dann (-) gedacht, ja, oh Gott, wie soll ich das jetzt alles (-) auf die Reihe kriegen […] man (--) weiß in dem Moment nicht, äh (-) was man zuerst machen soll und man funktioniert dann einfach irgendwie nur.“ (IP)

Unabhängig davon, ob es sich um einen akuten Notfall oder auch nur einen unangekündigten Hausbesuch handelt, werden die Pflegenden **aus ihrer Arbeitsroutine „rausgerissen“** (IP); die bekannten und eingespielten Handlungsmuster müssen aufgegeben und durch einen bewussten Umgang mit der Akutsituation ersetzt werden. Dies erfordert die Fähigkeit, schnelle und situationsangemessene Entscheidungen zu treffen. Wichtig bei der Reaktion auf eine akute Anforderung ist die Einschätzung der Pflegekraft, wie hoch die Priorität der plötzlich anfallenden Aufgabe ist. Während bei Hausbesuchen oder Krankenhauseinweisungen die verantwortliche Pflegekraft oft direkt steuern und bestimmte Maßnahmen zurückstellen, delegieren oder priorisieren kann, ist dies bei lebensbedrohlichen Notfällen zunächst kaum möglich:

> „Und da musste ich natürlich erst mal **alles** stehen und liegen lassen, alles andere war jetzt erst mal unwichtig und (-) musste mich erst mal darum kümmern.“ (IP)

Die Entscheidung ist für die Interviewperson klar: Sie muss medizinische Maßnahmen ergreifen, um den Bewohner mit akuter Atemnot zu retten. Erst nachdem diese unmittelbare Bedrohung des Bewohners aufgehoben ist, kann sich die Interviewperson wieder auf ihre parallelen Verantwor-

tungen konzentrieren, denn „der normale Stationsalltag muss weiter gehen.“ (IP) Diese **Fokussierung auf eine einzige Aufgabe** wird zwar als alternativlos, weil unmittelbar lebensbedrohlich, dargestellt und ist damit im Sinne der Wahl unter Zeitdruck leichter als eine Abwägung zwischen verschiedenen als ähnlich prioritär bewerteten Anforderungen. Die empfundene Zwangsläufigkeit der Priorisierung eines Notfalls versetzt die Pflegekraft gleichzeitig in die Lage, dadurch anfallende Rationierungsentscheidungen einfacher gegenüber sich selbst und Dritten zu legitimieren. Eine solche Fokussierung hat aber im Nachhinein immer Konsequenzen (Verzögerungen in den Abläufen, Überstunden, Beschwerden der anderen Bewohner:innen oder der Angehörigen etc., s. Kapitel 6.5). Auch emotional werden diese Akutsituationen durch plötzliche Zwischenfälle als sehr fordernd beschrieben, da die Pflegekraft trotz schockartigem Überforderungsgefühl handlungsfähig bleiben muss:

> „Ich habe mich/ ich hab/ **inner**lich habe ich gezittert wie Espenlaub. (--) Muss ich wirklich sagen, aber nach außen hin (-) bin ich, <<lachend> Gott sei Dank, die Ruhe selbst, weil ich> ja nun mal auch auf meine Kollegen gucken muss, ne? Die verlassen sich auf mich, dass ich weiß, was ich tue. (-) So, ne? Und dann kann ich ja nicht da stehen und panisch werden und die noch verrückt machen, sondern **ich** bin diejenige, die sagt: So, (-) Puls, gucken, ne (--).“ (IP)

Die Interviewperson ist sich in der Situation ihrer Verantwortung gegenüber der:dem Bewohner:in und den Mitarbeiter:innen sehr bewusst. Letztlich führt der externe Druck der lebensbedrohlichen Situation jedoch dazu, dass sie in der Situation aus ihrer Perspektive trotz innerer Anspannung ruhig bleiben, die Prioritäten sinnvoll setzen und auf dieser Grundlage angemessene Entscheidungen treffen kann.

6.3.5.2. Allmähliche oder kurzfristige Arbeitsverdichtung

Auch Situationen, die nicht durch ein plötzliches Ereignis während der täglichen Arbeit ausgelöst werden, können schwierige Verteilungsentscheidungen notwendig machen. In den berichteten Entscheidungssituationen geht es dabei fast immer um einen kurzfristigen Personalausfall, der zu Beginn der Schicht bekannt wird, oder um eine allmähliche Arbeitsverdichtung durch eine dauerhaft knappe Personalbesetzung.

Anders als bei Zwischenfällen kann die Arbeit bei Personalausfall oder knapper Personalbesetzung zu Beginn der Schicht gemeinsam geplant werden. Auch wenn ein kurzfristiger Personalausfall als unangenehm erlebt wird, kommt es nicht zu den oben beschriebenen Schock- oder Schrecksituationen eines ungeplanten Zwischenfalls.

> „Tatsache war, normal sind wir morgens in der Pflege zu dritt (-) bei unseren 20 Leuten, das hört sich jetzt sehr gut an, aber wenn einer sich natürlich krankmeldet, heißt das, diese

> sechs Leute, die Personen, die die Pers- / Pflegekraft pflegen muss, müssen ja auf die anderen beiden verteilt werden. Das heißt also, ein Drittel der Arbeit muss (--) dann noch // *[I: Zusätzlich.]* // von zwei Leuten gestemmt werden. (-) Das heißt sehr viel Eile, sehr viel (---) ja, gut organisieren. Wer wird jetzt zuerst (-) versorgt, wen können wir vielleicht ein bisschen (-) nach hinten schieben? Ja, und das muss dann schnell entschieden werden, wir können da nicht eine halbe Stunde sitzen und überlegen, wie planen wir uns heute neu, (--) sondern, (-) ja, es wird dann auf die Schnelle entschieden.“ (IP)

Die Kompensation der fehlenden Arbeitskräfte erfordert umfassende Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen – sie sind nicht einfach und müssen „auf die Schnelle“ erfolgen, allerdings nicht innerhalb von Sekunden und nicht alleine. Und im Normalfall haben hierbei Fehlentscheidungen auch keine lebensbedrohlichen Konsequenzen. Vielmehr ist von Beginn der Schicht an klar, dass der Arbeitsdruck hoch sein wird und die alltäglichen Aufgaben sehr wahrscheinlich nicht mehr wie sonst nacheinander und im vollen Umfang abgearbeitet werden können.
Die emotionale Anspannung steigt mit dem Gefühl, der Verantwortung nicht mehr gerecht werden zu können („und dann habe ich schon gemerkt, dass bei mir Stress aufkommt, ne, innerlich“, IP). Die Pflegekraft muss aber – wie auch bei Zwischenfällen – weiter **handlungsfähig bleiben**. Falls es keine institutionellen Vorgaben zum Umgang mit Personalausfall (s. Abschnitt 6.3.1.3.1) gibt, muss die Pflegekraft entweder direkt zu Beginn der Schicht, oft aber auch während der Arbeit immer wieder Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen treffen. Da es anders als bei medizinischen Notfällen keine relativ eindeutig zu priorisierenden Anforderungen gibt, spielt hier das in Abschnitt 6.3.4.3 thematisierte berufliche Selbstverständnis für die situative Priorisierung von Aufgaben eine größere Rolle.
Grundsätzliches Ziel in Situationen mit allmählicher oder plötzlicher Arbeitsverdichtung ist es also, die Arbeit zu „stemmen“ (IP), ohne dass es zu einer weiteren Eskalation kommt. Im Vergleich zu Akutsituationen werden Situationen der steigenden Arbeitsbelastung als besonders frustrierend beschrieben, da sie zwar nicht alltäglich sind, aber doch als Ausdruck einer grundsätzlich defizitären Arbeitssituation dargestellt werden (s. Abschnitt 6.3.1.4), in der erzwungene Rationierung an der Tagesordnung ist („das setzt dann denn alles (-) unter Stress und mehr wie Arbeiten **kann** man ja nicht“, IP).

6.3.5.3. Zusammenfassung

Für Verteilungsentscheidungen macht es offenbar einen für die Pflegenden spürbaren Unterschied, ob eine Entscheidungssituation durch einen plötzlichen Zwischenfall oder Notfall während der Schicht ausgelöst wird oder sich über einen längeren Zeitraum Entscheidungsdruck durch Personalmangel aufbaut. Vor allem die Spielräume für Planung und Delegation von Arbeitsaufgaben sind bei plötzlichen Zwischenfällen stark eingeschränkt, und die Situation wird oft als emo-

tionaler Schock erlebt. Gleichzeitig geben Zwischenfälle die Priorisierung sinnvoller Aufgaben oft relativ klar vor und legitimieren Rationierungen anderer Aufgaben, während bei plötzlicher und allmählicher Arbeitsverdichtung immer wieder neu und unter anderem auf der Grundlage des individuellen Pflegeverständnisses (s. Abschnitt 6.3.4.3) entschieden werden muss, was wichtig ist und was weggelassen werden kann. Bevor Unterkapitel 6.4 untersucht, welche Strategien Pflegende beim Setzen von Prioritäten anwenden, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der zentralen Ressource Zeit und ihrer besonderen Thematisierung durch die Interviewpersonen.

6.3.6. Zeit als besondere Ressource

Obwohl er fast immer inhaltlich in Zusammenhang mit der jeweiligen Personalsituation steht, wird der Begriff „Zeit" in den Interviews wiederholt explizit benannt und in seiner Bedeutung für die Befragten betont, was eine vertiefende Analyse dieses Begriffs im Zusammenhang mit Verteilungsentscheidungen nahelegt:

Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass in den Interviews **Zeit wie eine materielle Ressource** beschrieben wird, die man sich für bestimmte Aktivitäten oder Personen „nehmen" kann oder muss, oder die man „hat" und über die man (jederzeit) aktiv verfügen und sie bestimmten Personen „geben" kann. Wie schon in Abschnitt 6.2.1 beschrieben, steht Zeit als materielle Ressource allein schon durch die Begrenzung der menschlichen Lebenszeit niemals unbegrenzt zur Verfügung. In der Pflege ist die Verfügbarkeit und vor allem die Entscheidung über die Verteilung dieser Ressource zudem durch Arbeitszeitregelungen und andere mehr oder weniger festgelegte, institutionelle Vorgaben zu Arbeitsabläufen bestimmt. Pflegenden wird damit ein klar umgrenztes Kontingent an Zeitressourcen für die Pflege zugestanden, das sie nach diesen Vorgaben auf die Bewohner:innen verteilen sollen.

> „wir haben zum Beispiel ja die Bewohnerzimmer, die sind ja jedem zugeordnet (--) jeder Dienst hat etwa einen Bereich, um den er sich kümmert" (IP).

In Anbetracht der umfassenden individuellen Bedürfnisse der Bewohner:innen, die existenziell von dieser Ressource abhängig sind, ist Zeit im institutionellen Kontext immer zu wenig vorhanden und wird damit von den Pflegenden als eine **wertvolle, knappe Ressource** erlebt:

> „**Hier** ist es tatsächlich so, dass man (--) (wirklich) die Zeit hat. Man kann sich zurücknehmen, man kann sich kurz aus der Pflege rausziehen, man kann (-) mit jedem Bewohner auch ruhig mal fünfzehn Minuten reden" (IP).

Die Interviewperson erklärt in dieser Passage, dass sie in ihrer Einrichtung „Zeit hat", also sowohl, dass quantitativ genug Zeitressourcen zur Verfügung stehen, als auch, dass sie selbst individuell und autonom entscheiden kann, wie diese Ressourcen aus ihrer Sicht sinnvoll eingesetzt werden

können. In den Formulierungen wird außerdem deutlich, dass die Interviewperson sich durch die Einrichtung legitimiert fühlt, diese Entscheidungen so zu treffen. Sie beschreibt sich damit als in einer Position hoher Verteilungsautonomie befindlich.

Neben der quantitativen Betrachtung von Zeit als Ressource wird in diesem Zitat auch ihr **qualitativer Aspekt als subjektiv wertgeschätztes Gut** thematisiert: Die Zeitressourcen sind zunächst für die „Pflege", hier verstanden als einfache Versorgungstätigkeiten, vorgeplant. Da aber quantitativ ausreichend Zeit zur Verfügung steht, kann die Interviewperson durch ihre Verteilungsautonomie über diese einfachen Pflegetätigkeiten hinaus noch „jedem Bewohner" ein zusätzliches Zeitkontingent für Gespräche zugestehen. Gespräche scheinen aus der Perspektive der Interviewperson also ein gewisser Luxus, da sie nicht Teil der üblichen, eher verrichtungszentrierten Pflege sind. Diese Gespräche sind aus Sicht der Interviewperson dennoch wichtig für die Bewohner:innen, so dass sie auf Grund der aktuellen Situation in der Einrichtung entscheidet, den Bewohner:innen diese Gespräche zu ermöglichen. Das aktive „[R]ausziehen" ist allerdings auf kurze Zeiträume begrenzt, und selbst das ist aus Sicht der Interviewperson nicht selbstverständlich und in anderen Einrichtungen eher nicht möglich („**Hier** ist es tatsächlich so"). Die zunächst einmal als materielle Zeitressource verstandene Zeit als verfügbare Zeit in Minuten und Stunden wird hier aufgeteilt in einfache Pflege als Sicherstellung von vor allem körperlichen Grundbedürfnissen sowie Gespräche als Form qualitativ wertvollen individuellen Zuwendung und Aufmerksamkeit, die allerdings bei einer zusätzlichen Verknappung der verfügbaren Ressourcen eher nicht mehr möglich sind. In der qualitativen Perspektive auf die Ressource Zeit als für die Ressourcenempfänger:innen subjektiv wertvolles Gut wird also auch im Sinne der individuellen Prioritätensetzung erkennbar, welche Maßnahmen bei einer weiteren Verknappung der Ressource Zeit als sekundär betrachtet und damit von der entscheidenden Pflegekraft eher weggelassen werden.

Tatsächlich dominiert in allen Interviews die Perspektive auf **Zeit als besonders knappe Ressource**. In wenigen Fällen gelingt es hierbei, durch Maßnahmen wie schnelleres Arbeiten oder Flexibilisierung der Abläufe sicherzustellen, dass die verfügbare Zeit für die Versorgung aller Bewohner:innen ausreicht:

> „Ich habe noch vor dem Frühstück noch vielleicht fünf andere, die noch gewaschen werden wollen, ne? Und (-) da machen wir das halt so, dass wir dann halt da auch so ein bisschen, (-) ich sage mal, auch wirklich tricksen und sagen: Okay, dann machen wir den einfach nach dem Frühstück. Der wird dann nochmal umgelagert, gucken wir mal, ob wir den frisch machen müssen jetzt (-) und dass wir den dann halt nach dem Frühstück halt/ Dann kriegt der Frühstück an das Bett (---) und (--) ja, und dann haben wir/ dann **können** wir uns die Zeit nehmen." (IP)

Die Interviewperson beschreibt in diesem Fall, dass sie sich durch das „[T]ricksen“ in Form des effizienten Ausnutzens von Entscheidungsspielräumen in eigentlich eher starr festgelegten Arbeitsvorgaben die Ressource Zeit bewusst „nehmen“, sie also gezielt für eine aus ihrer Sicht qualitativ angemessene Pflege der Bewohner:innen einsetzen kann. Dieses aktive Nehmen der Zeitressourcen erfordert aber einen bewussten Aufwand und ständige Abwägungen und Absprachen mit den Kolleg:innen. Während es der Interviewperson im Zitat oben nach eigener Einschätzung gelingt, keine qualitativen Abstriche machen zu müssen, berichten viele andere Interviewpersonen unter Knappheit von Zeitressourcen immer wieder von qualitativen Abstrichen bei Pflegemaßnahmen, oder von Maßnahmen, die sie ganz weglassen müssen, obwohl sie als wichtig und notwendig erachtet werden (s. Unterkapitel 6.5).

Während die Formulierung **„Zeit nehmen“** den Fokus dabei eher darauf setzt, dass Pflegende aus dem von der Einrichtung zur Verfügung gestellten begrenzten Zeitkontingent mit mehr oder weniger großem Aufwand etwas beanspruchen, um diese Zeit für aus ihrer Sicht wichtige Aufgaben einzusetzen, markiert das **„Zeit geben“** stärker den oben schon angesprochenen qualitativen Aspekt von Zeit als Zuwendung und Aufmerksamkeit für die Bewohner:innen: Pflegende verteilen dabei bestimmte, ihnen bereits zur Verfügung stehende Zeitressourcen an Bewohner:innen, die aus ihrer Sicht berechtigte Ansprüche darauf haben. Das Geben kann auch als Akt des Verschenkens oder Zusprechens von Zeit verstanden werden, mit dem eine gewisse Willkür der verteilenden Pflegenden verbunden ist und deren Machtposition verdeutlicht.

Diese **Diskrepanz** zwischen den im Rahmen ihrer Arbeit verfügbaren Zeitressourcen und den als umfassend und kaum begrenzbar erlebten, qualitativen Ansprüchen an Aufmerksamkeit und Zuwendung wird vor allem am Ende vieler Interviews in der Frage nach den Wünschen der Interviewperson für ideale Arbeitsbedingungen thematisiert:

> „Keine Vorgaben. Also keine Vorgaben in den/ (-) in der Zeit. (---) Also (--) diese/ Ja, keine Pflegegrade mehr. Also man könnte theoretisch/ Ich würde mir wünschen, (--) dass man dem Bewohner so viel Zeit geben kann, wie er (-) braucht.“ (IP)

Durch die Wortwahl der Interviewperson („theoretisch“) wird angedeutet, dass ihr klar ist, dass ihre Wunschvorstellung unrealistisch ist. Sie erlebt ihre Praxis so, dass sie den Bewohner:innen selten oder sogar nie die Zeit „geben“ kann, die diese „brauch[en]“. Die Bewertung, was genau die Bewohner:innen brauchen und wofür man sich außerdem bewusst „Zeit nehmen“ (IP) sollte, um eine gute Pflege sicherzustellen, variiert bei den befragten Pflegekräften stark und ist wie schon beschrieben abhängig unter anderem von Pflegeverständnis und Haltung der Interviewten (s. Abschnitt 6.3.4.3 und Kapitel 7).

Vor allem in Notfallsituationen, aber auch bei anderen plötzlichen Zwischenfällen (s. Abschnitt 6.3.5.1) fließt der Aspekt der **Gleichzeitigkeit**[126] als verschärfender Faktor in die Verteilung von Zeitressourcen ein: Die Leitfrage der Interviews fokussiert Situationen, in denen Pflegekräfte „mehrere Dinge gleichzeitig managen" müssen (s. Anhang 8), um genau über solche Situationen mehr zu erfahren, in denen die Befragten die Ressource Zeit auf mindestens zwei Bereiche aufteilen müssen. Selbst bei unbegrenzten Zeitressourcen würde bei gleichzeitig auftretenden Anforderungen eine Ressourcenverteilung – und zwar der Ressource Zeit als aktiver Aufmerksamkeit – erforderlich sein. Je knapper die Zeitressourcen, als umso herausfordernder wird dieser „Spagat" (IP) zwischen den gleichzeitigen Anforderungen beschrieben. Die Grenze, ab wann die gleichzeitigen Anforderungen nicht mehr ohne negative Konsequenzen erfüllt werden können, wird von den Befragten sehr unterschiedlich und nur selten so klar beantwortet wie im folgenden Fall:

> „Wenn **ein** Mensch für 13 Leute zuständig ist und dann auch noch **zwei** Menschen gleichzeitig mobilisieren muss, das **geht schlichtweg nicht**." (IP)

Alleine schon die Aufgabe, für 13 Personen (gleichzeitig) zuständig zu sein, stellt für die Pflegende eine Herausforderung dar. Durch die Anforderung der Mobilisation von „zwei Menschen gleichzeitig" ist für sie die Grenze überschritten, was eine Pflegekraft zu leisten in der Lage ist. Auch in anderen Interviews wird thematisiert, dass durch solche Situationen der gleichzeitigen Anforderungen (fast) Unmögliches von den Pflegekräften verlangt wird:

> „daher musste ich an drei Orten gleichzeitig sein, und das gelang mir an diesem Tag nicht." (IP)

Die Interviewperson beschreibt, dass es für sie unmöglich war, den drei auftretenden Anforderungen gleichzeitig gerecht zu werden. Allerdings funktionierte dies nach ihren Worten lediglich „an diesem Tag nicht": Sie zieht also keine grundsätzliche Grenze bei Anforderungen, die physisch unmöglich umsetzbar sind, sondern begründet ihr Scheitern gegenüber der Interviewerin im weiteren Verlauf damit, dass sie damals zu wenig Berufserfahrung hatte und bei besserer Vorplanung erfolgreicher hätte sein können. Dies weist darauf hin, dass die Interviewperson den Anspruch an sich selbst stellt, auch als unmöglich beschriebene Anforderungen trotzdem möglichst zu erfüllen – im Zweifel auf Kosten der eigenen Gesundheit (s. Abschnitt 6.4.4.2).
Nach der Darstellung der zahlreichen Bedingungen und Einflussfaktoren, die Verteilungsentscheidungen in der stationären Pflege erleichtern oder behindern können, thematisiert das fol-

[126] In Abschnitt 6.4.1 wird das Erleben von Gleichzeitigkeit verschiedener Wahloptionen in Dilemmasituationen beschrieben. Dabei geht es verstärkt um innerpsychische Prozesse, während in diesem Abschnitt auf die Gleichzeitigkeit der äußeren Anforderungen eingegangen wird. Zum Phänomen der Gleichzeitigkeit siehe auch Abschnitt 4.2.5.

gende Unterkapitel die in den Interviews beschriebenen Entscheidungsstrategien als Prozess der Prioritätensetzung in pflegerischen Verteilungsentscheidungen.

6.4. Entscheidungsstrategien

In Situationen, in denen Pflegende knappe Ressourcen verteilen, legen sie bewusst oder unbewusst bestimmte Kriterien an, was in dem Moment wichtig, weniger wichtig oder sogar unwichtig ist. Im Prozess der Prioritätensetzung kommen dabei sowohl äußere Rahmenbedingungen (s. Abschnitte 6.3.1, 6.3.2 und 6.3.3) aber auch individuelle Faktoren der entscheidenden Pflegenden (s. Abschnitt 6.3.4) zum Tragen. In einem nächsten Schritt müssen sie dann entscheiden, wie (und ob) sie dieses Urteil in Handlung umsetzen: Die vorherige Prioritätensetzung realisieren sie dazu in einer Handlungsreihenfolge, bei der die dringlichsten Handlungen zuerst, andere später oder gar nicht durchgeführt werden. Je knapper dabei die Ressourcen, desto mehr als wichtig beurteilte Handlungen müssen weggelassen werden.

Die folgenden Abschnitte untersuchen das situative Entscheidungshandeln von Pflegenden in den Verteilungssituationen der Interviews als zeitlichen Prozess der Distanzierung und Beurteilung der Wahloptionen, des Treffens der Wahl auf Grund von Prioritäten und der anschließenden beobachtbaren Realisierung (oder Nicht-Realisierung) der gewählten Option (s. Abschnitt 3.1.4). Nach der Analyse einer möglichen initialen Schockreaktion (s. Abschnitt 6.4.1) sowie verschiedenen Ausprägungen des Wahlprozesses, die sich daran anschließen (s. Abschnitt 6.4.2 und 6.4.3), thematisiert Abschnitt 6.4.4, welche Bedeutung die Selbstsorge der Pflegenden, die die Entscheidungen treffen, bei diesen Verteilungsstrategien hat, und welche Konsequenzen die beiden dazu in den geschilderten Entscheidungssituationen identifizierbaren Selbstsorge-Strategien haben.

6.4.1. Initiale Schockreaktion

Wie schon mehrfach beschrieben, beginnen viele komplexe Entscheidungssituationen, die durch einen plötzlichen Zwischenfall ausgelöst werden (s. Abschnitt 6.3.5.1), mit der Schilderung einer initialen, **intensiv-emotionalen Schockreaktionen** als „seelische[r] Erschütterung“ (Duden Online 2024)[127] für die Interviewpersonen. Bei diesen Situationen handelt es sich immer um komplexe und als krisenhaft erlebte **Dilemmasituationen**,[128] in denen mehrere aus Sicht der Entschei-

[127] Der Duden definiert Schock unter anderem als „durch ein außergewöhnlich belastendes Ereignis bei jemandem ausgelöste seelische Erschütterung [aufgrund deren die Person nicht mehr fähig ist, ihre Reaktionen zu kontrollieren]“ (Duden Online 2024; die Ergänzung in eckigen Klammern ist hier Teil des Zitats).

[128] Der Duden definiert ein Dilemma als „Zwangslage, Situation, in der sich jemand befindet, besonders wenn er zwischen zwei in gleicher Weise schwierigen oder unangenehmen Dingen wählen soll oder muss“ (Duden Online 2024).

denden gerechtfertigte und ähnlich dringliche Anforderungen aus unterschiedlichen Quellen, zum Beispiel durch Bewohner:innen, institutionelle Vorgaben oder eigene Ansprüche an die Arbeit, miteinander konkurrieren und jede mögliche Wahloption aus Sicht der entscheidenden Pflegenden deutliche Nachteile mit sich bringt.

In der zeitlichen Perspektive auf Entscheidungshandeln kann dieser Schock als kurzer **Stillstand im Entscheidungsprozess** verstanden werden, der statt oder vor der Phase des ‚Schwankens zwischen den Alternativen'" (Pritzlaff 2006: 66, vgl. Kapitel 3.1.4.1), verstanden als bewusste oder intuitive und durch Handlung sichtbare Reaktion auf einen Entscheidungsauslöser, erfolgt. Dieser Stillstand kann als mentales Signal verstanden werden, das den Pflegekräften mitteilt, dass in diesem Moment der Normalzustand verlassen wurde und nun ein Krisenzustand eintritt. Er verhindert ein aktives Schwanken zwischen Alternativen und anschließende Distanzierung von den Wahloptionen und damit (zunächst) ein praktisches Urteilen und entsprechendes Handeln. In den Interviews wird diese Phase des Stillstandes in Form eines inneren Monologes geschildert, für den die Pflegekraft aus der Situation heraustritt, sich aber nicht inhaltlich mit den Wahloptionen auseinandersetzt, sondern vielmehr ihre emotionale Befindlichkeit beschreibt.[129] Dabei lassen sich in den Interviews zwei voneinander abgrenzbare Beschreibungen identifizieren, die auf entsprechende **Reaktionsmuster** in der Situation hindeuten:

Zum einen wird die emotionale Schockreaktion als Durcheinander, **innerliche Verwirrung** und Verunsicherung durch die Vielzahl an gleichzeitigen Anforderungen beschrieben, die das Treffen einer Entscheidung blockiert:

> „und (-) alles so auf mich einfiel und sie geredet hat und geredet hat und ich erst mal überlegen musste, ‚So, wie war das jetzt, was muss ich jetzt als erstes machen. Und dann muss ich ja jetzt auch noch hoch zu Bewohnerin und der das jetzt auch noch sagen, hätte sie ja auch machen können.' Also mich so ein bisschen aus dem (-) Takt bringen lassen und dann auch (-) ja, da so (-) irgendwie Kuddelmuddel." (IP)

Während sich die Interviewperson im Alltag als handlungskompetent und damit in der Lage sieht, Anforderungen Schritt für Schritt zu bearbeiten, kommt sie hier „ein bisschen aus dem Takt". Durch den initialen Schockmoment kommt es zu einem intensiven Erleben von Überforderung durch die gleichzeitig auf die Interviewperson einstürzenden Anforderungen. Sie ist dabei zwar in der Lage, bewusst wahrzunehmen und im (nachträglichen) inneren Monolog zu formulieren, dass und welche Handlungsoptionen sich ihr bieten (hier: Insulingabe oder Krankenhauseinwei-

[129] Bei den geschilderten Reaktionen handelt es sich um rückblickende Beschreibungen dessen, was die Pflegenden in der Situation empfunden haben. Darüber, ob dieser innere Monolog tatsächlich in der geschilderten Situation stattfand, kann und soll keine Aussage getroffen werden. Die Reaktionsmuster sind vielmehr als nachträgliche Deutungen zu verstehen, wie die emotionale Reaktion auf eine extrem herausfordernde Verteilungssituation erlebt wurde.

sung). Allerdings gelingt ihr zunächst keine entsprechende Wahl und Hinwendung zur gewählten Option. Vielmehr wird die Gleichzeitigkeit und Unmittelbarkeit der widersprüchlichen Anforderungen in einer unübersichtlichen und hochemotionalen Situation als „irgendwie Kuddelmuddel“ beschrieben. Eine andere Interviewperson beschreibt die innerliche Verwirrung so:

> „Also, wirklich (-) 10.000 Sachen hatte ich das Gefühl gleichzeitig und immer noch den anderen Herrn im Hinterkopf“ (IP).

Statt auf der Grundlage der Situationsbewertung eine fachlich sinnvolle Entscheidung treffen zu können, kommt es auch hier ähnlich wie im vorigen Beispiel zu einem chaotischen, aufwühlenden Durcheinander der gleichzeitigen Wahrnehmung von Handlungsoptionen („10.000 Sachen […] gleichzeitig“), von denen keine direkt als prioritär erkannt werden kann. Auch in anderen Interviews finden sich solche Schockreaktionen als Erfahrung der innerlichen Verwirrung:

> „Du hast dann tausend Gedanken gleichzeitig, die auf die (dich?) zukommen“ (IP).

Neben der innerlichen Verwirrung wird noch ein anderes Reaktionsmuster geschildert: Als **erstarrte Ambivalenz** lassen sich Schockreaktionen beschreiben, in denen die Pflegenden in Konfrontation mit einer Dilemmasituation die Phase, in der eigentlich eine schwankende, mehr oder weniger rationale Abwägung der Alternativen stattfinden sollte, eine innere Ratlosigkeit, Leere oder Passivität erleben – oft verbunden mit dem Gefühl des Alleinseins mit der Situation:

> „Und das sind dann schon Situationen, (--) ja, dann kommt die Betreuung und sagt, ja, da muss jemand zur Toilette, und weil es ja nun so früh ist und die anderen Pflegekräfte noch auf Station bin und ich mitten in der Visite, weiß man nicht, wo soll man zuerst hin. […] So. Und da steht man dann schon manchmal und weiß nicht, wohin zuerst. […] Also das kommt dann alles so zusammen. (--) Und da steht man dann und (-) <<lächelnd> weiß nicht rechts, links.>“ (IP)

Die Schockreaktion wird hier anders als bei der innerlichen Verwirrung eher als Moment der Bewegungslosigkeit und des inneren Stillstands beschrieben: Die Interviewperson steht alleine vor oder in einer nicht (positiv) auflösbaren Situation und weiß keine Lösung, wie sie mit den direkt widersprüchlichen Handlungsoptionen (hier: Visite weiterführen oder Unterbrechung für einen Toilettengang) umgehen soll. Sie nimmt die Situation als nicht auflösbare, ambivalente Spannung zwischen den Optionen wahr, die sich nicht in einem aktiven, chaotischen Durcheinander, sondern als innere Erstarrung und Passivität und damit vollständige Entscheidungsunfähigkeit ausdrückt. Auch diese Reaktion wird in anderen Interviews beschrieben:

> „Dann ist man schon in der Zwickmühle und denkt, ja, was machst du jetzt?“ (IP)

Unabhängig vom Reaktionsmuster berichten alle Pflegenden in den beschriebenen Dilemmasituation, dass sie **nach dem ersten Schock weitergearbeitet** haben und entsprechend doch irgend-

wie in der Lage waren, Entscheidungen zu treffen, was sie als nächstes tun. Dies wird möglich, indem es den Interviewpersonen gelingt, sich selbst zu beruhigen, zu „sortieren“ (IP) und die nächsten Schritte bewusst im Sinne eines rationalen Abwägens zu priorisieren und entsprechend zu planen:

> „Ja, manchmal ((atmet tief ein)) muss man tief durchatmen, muss sondieren, welches nehme ich jetzt zuerst? Ist dieses wichtig oder ist das andere wichtiger?“ (IP)

Alternativ berichten Pflegende auch davon, dass sie nach der ersten Verunsicherung nicht weiter bewusst nachdenken, sondern in einen intuitiven Handlungsmodus wechseln:

> „ach, weiß ich nicht, also mein Kopf ist immer ausgeschaltet dann. (---) Also, ich weiß zwar, was ich zu tun habe (-) so, aber das macht,/ das kommt so völlig automatisch“ (IP, nach der Beschreibung einer intensiven Reaktion der innerlichen Verwirrung).

Dabei scheinen sich erstarrte Ambivalenz oder innerliche Verwirrung bei Interviewpersonen, die sich als erfahren, handlungs- und fachkompetent sehen, schneller aufzulösen. Pflegende, die sich als in der Situation unerfahren beschreiben, berichten dagegen, dass sich die starke emotionale Reaktion nicht vollständig auflöst, sondern das weitere Arbeiten beeinträchtigt (s. Abschnitt 6.4.4):

> „Und das war dann so schlimm, da steigert man sich dann so rein, obwohl man / obwohl dann immer Kollegen sagen: ‚Bleib ruhig, bleib ruhig‘, aber (--) ich habe dann immer gedacht, wenn dann noch jemand hinfällt oder so, wär alles / an dem Tag ist Gott sei Dank niemand hingefallen, aber (-) diese Situation ist halt da. Du hast dann tausend Gedanken gleichzeitig, die auf die zukommen, und du denkst: Ah, hoffentlich passiert das und das nicht“. (IP)

In der Konfrontation mit mehr oder weniger komplexen Dilemmata gibt es in den Interviews auch Pflegende, die nicht von dieser ersten Schockreaktion berichten. Dies kann sowohl daraus resultieren, dass sich in der Situation direkt (durch ein intuitives Urteilen) eine aus Sicht der Pflegenden eindeutig beste Handlungsoption zeigt („ich wusste eigentlich sofort, was zu tun ist“, IP). Dies ist vor allem bei akuten Notfällen der Fall, bei denen der Handlungsdruck im Sinne der Versorgung des Notfalls in der Regel als höher oder dringlicher bewertet wird, auch wenn gleichzeitig andere Anforderungen mit ebenfalls hohem Handlungsdruck bestehen, die durch die Entscheidung für den Notfall vernachlässigt werden („alles andere war jetzt erst mal unwichtig“, IP).[130] Ebenfalls von keinem Erleben von Unsicherheit berichten manche Interviewpersonen, die sich selbst grundsätzlich eher als erfahren, handlungs- und fachkompetent beschreiben:

[130] Diese Priorisierung von (medizinischen) Notfällen entspricht den empirischen Erkenntnissen, dass Dringlichkeit eine besonders hohe Priorität bei Verteilungssituationen in der Pflege hat (s. Abschnitt 4.2.2).

> „ich bleib in solchen Situationen ruhig, ich denk mir dann: Ein Schritt nach dem anderen“ (IP).

Entsprechend stellen sie ihre Reaktion auf eine Dilemmasituation eher als autonome, bewusste Wahl nach Abwägung der Optionen dar. Es kann in den Entscheidungssituationen natürlich trotzdem zu einer initialen, emotionalen Reaktion des Schocks und der Unsicherheit gekommen sein, von der aber – aus welchen Gründen auch immer – nicht erzählt wird.

6.4.2. Bewusste und intuitive autonome Wahl

In vielen der Entscheidungssituationen, von denen in den Interviews berichtet wird, betonen die Pflegenden rückblickend, dass sie trotz aller Herausforderungen in der Lage waren, zwischen verschiedenen Handlungsoptionen die aus ihrer Sicht beste zu identifizieren und entsprechend zu handeln. Dabei war ihre Wahl ebenso wie die möglichen Wahloptionen durchaus beeinflusst durch zahlreiche Faktoren, die in dieser Arbeit als intervenierende Entscheidungsbedingungen in Unterkapitel 6.3 beschrieben wurden. Die Entscheidung, was in der Situation wichtig ist und entsprechend getan werden muss, liegt aber aus Sicht der interviewten Pflegenden klar bei ihnen selbst und hätte entsprechend bei anderer Einschätzung der Situation auch anders ausfallen können.

> „Ich habe es für mich so entschieden, habe gesagt: Das geht nicht.“ (IP)

Diese im Folgenden als „autonome Wahl“ bezeichneten Wahlsituationen zeichnen sich aus durch die sprachliche Markierung der Interviewten als aktiv entscheidende, selbstbewusste Akteure:

> „Aber in dem Moment war einfach für **mich**/ das/ halt Entscheidung, ne, war für **mich** jetzt einfach der andere Patient (-) vorrangig. Weil dem anderen ging es ja nicht schlecht, (-) ne? Es war nur unbequem, (-) ne?“ (IP)

Vor allem die zweifache Betonung des „mich“ macht deutlich, dass die Interviewperson sich hier als aktiv Handelnde sieht, die „für sich“, also unabhängig von äußeren Einflüssen, Prioritäten setzt.

Autonomie kann verstanden werden als „Unabhängigkeit“ und „Selbstständigkeit“, aber wird auch im philosophischen Kontext genutzt, um „Willensfreiheit“ auszudrücken (Duden Online 2024). Priorisierungsmaßstab von autonom entscheidenden Pflegenden ist unter anderem ihr Anspruch an und Verständnis von guter Pflege (s. Abschnitt 6.3.4.3). Wichtige Voraussetzung für autonomes Entscheiden ist, dass die Pflegenden das Gefühl haben, dass die äußeren Rahmenbedingungen die praktische Umsetzung ihrer Prioritätensetzung zumindest weitgehend zulassen.

Als Wahlhandlung können autonome Entscheidungen dabei sowohl die Form einer bewussten Abwägung zwischen möglichen Optionen und anschließendem Entschluss für eine Option oder

eine bestimmte Priorisierung der Optionen auftreten. Gerade in Situationen mit hohem Zeit- und Entscheidungsdruck läuft diese Wahlhandlung häufig eher als intuitives, situatives Urteil ab. Aber auch diese intuitive Entscheidung kann von den Interviewpersonen retrospektiv als autonome und aktive Wahl beschrieben werden.

6.4.2.1. Bewusstes Abwägen und Umsetzen

Im Rahmen der erzählten Entscheidungssituationen lässt sich oft nicht klar abgrenzen, ob die Wahl eher schnell und intuitiv oder tatsächlich nach einer bewussten (längeren) Identifizierung, Abwägung und Priorisierung von Handlungsoptionen getroffen wurde. Die Interviewsituation bringt immer einen gewissen Deutungs- und Legitimierungsdruck gegenüber der Interviewerin und gegenüber sich selbst mit sich. Retrospektiv können daher auch intuitive Entscheidungen „rationalisiert", d. h. als bewusste, rationale Abwägungsprozesse beschrieben werden, um die Gründe einer bestimmten Entscheidung gegenüber der Forscherin zu rechtfertigen oder zu erklären und die Erzählung damit nachvollziehbarer zu machen.

Ein relativ klarer Hinweis auf einen expliziten Abwägungsprozess in den berichteten Entscheidungssituationen ist, wenn die Interviewpersonen einen **Austausch mit Kolleg:innen** beschreiben, in dem die Prioritätensetzung besprochen oder sogar gemeinsam ausgehandelt wird:

> „Wenn wir jetzt jemanden, wie gesagt, einen Sterbenden oder Schwerstkranken oder (-) irgendetwas, dann hätte ich anders entschieden. (-) Aber da alles so eigentlich so aussah, dass alles in ruhigen Bahnen und ohne Zwischenfälle verlief (4) haben wir gemeinsam das so entschieden. Ich natürlich in erster Linie, aber nur in Absprache." (IP)

Die Interviewperson beschreibt hier einen bewussten Abwägungsprozess mit alternativen Handlungsmöglichkeiten, bei denen bestimmte Alternativen explizit begründet nicht gewählt werden („dann hätte ich anders entschieden"). Auch wenn die Interviewperson später formuliert, dass „wir gemeinsam das so entschieden" haben, der Abwägungsprozess also im Rahmen einer Besprechung erfolgte, zeigt sich an anderen Stellen, dass sie sich als Hauptverantwortliche und damit auch autonom Entscheidende sieht, die sich auch gegen ihre Kolleg:innen durchsetzen würde.

Die **Übergabe** zu Schichtbeginn wird in einzelnen Interviews als Zeitraum beschrieben, in dem vor allem bei kurzfristigem Personalausfall eine gemeinsame Überlegung möglich ist, welche Optionen sich bieten und was unter den gegebenen Umständen die beste Entscheidung ist. Durch das gemeinsame Abwägen und Diskutieren können zumindest potenziell auch andere Perspektiven in die Entscheidung einbezogen werden. Gerade bei kurzfristigem Personalausfall bleibt für solche Besprechungen jedoch wenig Zeit:

> „Das heißt sehr viel Eile, sehr viel (---) ja, gut organisieren. Wer wird jetzt zuerst (-) versorgt, wen können wir vielleicht ein bisschen (-) nach hinten schieben? Ja, und das muss dann schnell entschieden werden, wir können da nicht eine halbe Stunde sitzen und überlegen, wie planen wir uns heute neu, (--) sondern, (-) ja, es wird dann auf die Schnelle entschieden." (IP)

Trotz hohem Zeitdruck ermöglicht die Besprechung zu Schichtbeginn für die Interviewperson eine klare Absprache mit ihrem Team, welche Prioritäten bei den folgenden Arbeiten gesetzt werden sollen. Diese Absprache, die entweder eher als gemeinsame Abwägung oder als Vorgabe durch die Schichtleitung erfolgen kann, entlastet sowohl die verantwortlichen Pflegenden, aber auch das Team, da die Prioritätensetzung nicht ad hoc während der Pflegearbeit erfolgen muss (s. Abschnitt 6.3.2.1).

Eher im Sinne einer bewussten, individuellen Entscheidung beschreibt eine Interviewperson:

> „Und das ist halt so dann so Maßnahmen, die man halt auch so einfach auch entscheiden **kann**, ohne dass man groß jetzt mit dem Arzt telefonieren muss, (-) weil was anderes würde der am Telefon auch nicht sagen." (IP)

Mit der autonomen Wahl wird hier ein praktisches Urteil realisiert, in dem in einem Entscheidungsprozess bestimmte Optionen oder Handlungen als richtig und besonders wichtig eingeschätzt werden. Dieses Urteil kann neben ethischen Überzeugungen auch auf praktischen Präferenzen oder, wie im Zitat oben, einer fachlichen Einschätzungen basieren. Gemeinsam ist Entscheidungen als **bewusste, autonome Wahl**, dass die Entscheidenden selbstbewusst ihr Urteil vertreten und dies auch potenziell rechtfertigen können müssen, falls sie damit von den üblichen Optionen abweichen.

Die bewusste Wahl zwischen Handlungsoptionen muss allerdings nicht immer zu einem Entschluss führen, der von den Entscheidenden als uneingeschränkt richtig und präferiert bewertet wird. Auch schwierige Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen können sich als eine bewusste, autonome Wahl nach Abwägung möglicher Konsequenzen verschiedener Handlungsoptionen darstellen.

> „wie ordne ich mir das jetzt so, dass eigentlich jeder zufrieden ist, aber (--) trotzdem irgendwie versorgt ist, aber ich trotzdem alles irgendwie so schaffe." (IP)

Hinweis für eine trotz schwieriger Rahmenbedingungen eher bewusste Wahl ist die schon thematisierte Formulierung „Zeit nehmen", „Zeit geben" (s. Abschnitt 6.3.6.) oder auch Zeit „abzwacken" („Also man muss schon die Zeit da abzwacken (-) so ein bisschen", IP). Ebenfalls ein Hinweis auf eine eher bewusste, abwägende Wahl ist, wenn konkrete Aufgaben nacheinander bearbeitet werden:

> „Ich sag mal, ich bleib in solchen Situationen ruhig, ich denk mir dann: Ein Schritt nach dem Anderen“ (IP).

Eindeutig abwägende, rationale und bewusste Wahlhandlungen finden sich in den Interviews eher selten; vermutlich, weil oft Zeit und Ruhe für eine solche Abwägung fehlt. In vielen Interviews sind es plötzliche Zwischenfälle, die komplexe Entscheidungssituationen auslösen, bei denen kaum oder keine Zeit für bewusstes Nachdenken und Abwägen bleibt. Aber auch in diesen Situationen können Pflegende eine autonome Wahl treffen, die sich dann als intuitives Handeln ausdrückt.

6.4.2.2. Intuitives Handeln unter Zeitdruck

Entscheidungssituationen, in denen das Treffen einer autonomen Wahl deutlich als intuitives Handeln zum Ausdruck kommt, werden in den Interviews vor allem durch Zwischen- oder Notfälle ausgelöst (s. Abschnitt 6.3.5.1). In diesen Situationen kommt es zu einem **plötzlichen Entscheidungszwang** und oft auch zu emotionalem Druck, der in manchem Fällen zunächst zu einer kurzen Schockreaktion (s. Abschnitt 6.4.1), dann aber zu einer schnellen und oft auch souveränen Reaktion führt.

> „man (--) weiß in dem Moment nicht, äh (-) was man zuerst machen soll und man funktioniert dann einfach irgendwie nur.“ (IP)

Anders als bei bewusstem Abwägen wird intuitives Entscheiden wie im Zitat häufig nicht als eigene aktive Leistung wahrgenommen. Vielmehr wird die eigene Handlung im Rahmen des Interviews „einfach nur“ (IP) als einzig sinnvolle Reaktion auf zwingende Umstände gesehen: „Naja, einfach aus der Situation heraus“ (IP). Intuitives Entscheiden kann auch als plötzliche Eingebung erlebt werden („ich wusste eigentlich sofort, was zu tun ist“, IP; „Alarmglocken“, weitere IP), die ohne bewusste geistige Anstrengung das fachlich angemessene Handeln hervorbringen. Eine kritische Reflexion des gewählten Vorgehens erfolgt, wenn überhaupt, nur im Nachhinein im Rahmen des Interviews.

Nicht immer wird das intuitive Handeln als einfach und mühelos wahrgenommen – gerade in besonders anspruchsvollen Situationen mit konkurrierenden Anforderungen bei hohem Zeitdruck gilt es, eine große Anzahl von Anforderungen aus Sicht der Interviewten gleichzeitig (s. Abschnitt 6.3.6) zu erledigen oder im Blick zu behalten. Dies ist nur durch ein spontanes, intuitives Handeln ohne bewusste Reflexion der Wahloptionen möglich:

> „ich habe immer das Gefühl, ich denke in dem Moment gar nicht, (-) sondern ich **handel** irgendwie. (-) Ich weiß auch manchmal nicht mehr genau, **was** ich dann gemacht habe oder gesagt habe zu demjenigen“ (IP).

Auch wenn intuitives Entscheiden also für sich genommen keine bewusste, geistige Anstrengung erfordert, werden die Situationen, in denen die Pflegenden gezwungen sind, schnell und intuitiv die Gesamtsituation auf einen Blick als Gesamtheit zu beurteilen und auf dieser Grundlage zu handeln, durchaus als belastend beschrieben:

> „Da weiß ich einfach, wer gerade Priorität hat, auch wenn es schwer ist“ (IP).

Das **Vertrauen auf die eigenen fachlichen Fähigkeiten** scheint für die Interviewperson hilfreich zu sein, um sich in solchen Situationen darauf verlassen zu können, dass man im entscheidenden Augenblick „einfach“ die richtige Wahl treffen wird.
Sowohl bewusstes als auch intuitives autonomes Wählen ist mit der Bereitschaft und Fähigkeit der entscheidenden Pflegenden verbunden, Verantwortung für die getroffene Wahl zu übernehmen – verbunden mit dem Risiko, eine falsche Wahl zu treffen, die eventuell ernste Konsequenzen haben kann. In manchen Entscheidungssituationen entziehen sich Pflegende eher bewusst oder unbewusst dieser Verantwortung. Stattdessen lassen sie in Verteilungssituationen andere Personen die Wahl treffen oder, was weitaus häufiger in den berichteten Situationen vorkommt, äußere Bedingungen bestimmen, wie die verfügbaren Ressourcen verteilt werden. Damit befassen sich die folgenden Abschnitte.

6.4.3. Freiwillige und unfreiwillige Heteronomie

Laut Duden bezeichnet Heteronomie in der Philosophie die „Abhängigkeit von anderer als der eigenen sittlichen Gesetzlichkeit“ (Duden Online 2024). Als Gegenbegriff zur Autonomie kann diese heteronome Abhängigkeit unfreiwillig sein, sie kann aber auch selbst gewählt werden. In diesem Sinne verstehe ich Heteronomie in dieser Arbeit als freiwillige oder unfreiwillige Unterwerfung unter äußere, moralisch relevante Normen und Kriterien für Verteilungsentscheidungen, vor allem aus institutionellen Vorgaben und Routinen. Entsprechend ist Heteronomie keine Entscheidung im engeren Sinne, da ihr maximal die Entscheidung vorausgeht, sich in die Abhängigkeit der institutionellen Vorgaben oder die Entscheidung anderer zu begeben und keine autonome Wahl nach eigenen Normen und Präferenzen zu treffen. In dem von mir vorausgesetzten weiten Verständnis von Entscheidungen unterliegt auch Heteronomie ähnlich der Routine (s. Abschnitt 3.1.3.2) wiederholten Entscheidungen – eben denen, sich nach extrinsischen Vorgaben zu richten. Auch Heteronomie ist demnach kein bloßes Handeln als unwillkürlicher Reflex, und in diesem Sinne ist auch heteronomes Entscheiden ein echtes Entscheidungshandeln, auch wenn es sich für die Akteure nicht so anfühlt („Ja, und dann wird einfach gearbeitet“, IP).

6.4.3.1. Freiwillige Heteronomie

In den Erzählungen über ihren letzten Dienst berichten mehrere Pflegende über Alltagssituationen, in denen sie **vorgegebene Aufgaben nach und nach abarbeiten** („dann habe ich alles nacheinander abgearbeitet", IP). Pflege wird dabei beschrieben als Aneinanderreihung von Tätigkeiten, die im Prinzip jeden Tag die gleichen sind. Ziel der Pflegenden ist es hierbei, diese Tätigkeiten möglichst vollständig und in der vorgegebenen Reihenfolge zu erledigen:

> „was noch zu erledigen wär / also was sie noch zum / also was sie noch machen können, damit alle Bewohner zufrieden sind. Was noch fehlt an Arbeit, was / bis sie zum Ende kommen. (-) Also, wer noch gewaschen werden muss" (IP).

Die Pflege hat aus Sicht der Interviewperson die Aufgabe, dass „alle Bewohner zufrieden sind", wobei Zufriedenheit hier als Sicherheit und körperliches Wohlbefinden der Bewohner:innen verstanden wird. Auch Normalität spielt in diesen Alltagssituationen eine wichtige Rolle: Solange die Pflegekraft „den normalen Ablauf" (IP) einhalten kann, braucht es keine eigenen Verteilungsentscheidungen, denn der Ablauf stellt eine aus Sicht der Pflegenden angemessene, gerechte Verteilung der Zeitressourcen bereits sicher (s. Abschnitt 6.3.1.3.1). Damit entsprechen die institutionellen Routinen weitgehend den eigenen Zielen, so dass das selbstständige Entscheiden zu Gunsten der Normbefolgung („das ist alles geregelt") aufgegeben werden kann:

> „Und (-) mittags geht es ja auch immer husch, husch, (-) also die Leute ins Bett, das geht alles nach dem Essen, jeder bekommt seinen Toilettengang, das ist alles geregelt, dem ordnen wir halt eben auch viel von uns unter, dass das geregelt wird, dass sie ihre Toilettengänge haben, dass sie in ihren Ruhesessel oder ins Bett oder was auch immer wünschen, (--) ja. Dem ordnen wir das halt eben vieles unter." (IP)

Während manche der Befragten die Sicherstellung der „absolut regulär[en]" (IP) täglichen Abläufe kaum als anstrengend oder belastend beschreiben („Also, wir waren auf der Arbeit und haben ganz normal unsere Verrichtung getan und so", IP), wird sie von anderen als **alltägliche Herausforderung** erlebt: Zum obigen Beispiel erklärt die Interviewperson auf Nachfrage der Interviewenden, was diesem geregelten Ablauf untergeordnet wurde, nämlich dass das Team eine unterbrochene Pause in Kauf genommen hat. Die Unterordnung der Zeitressourcen für die Selbstsorge wird hierbei als bewusste, mehr oder weniger freiwillige Entscheidung der Interviewperson und ihrer Kolleg:innen beschrieben, um den regulären Ablauf trotz Personalmangel sicherzustellen. Sie orientiert sich dabei an der Vorstellung, dass allen Bewohner:innen bestimmte Verrichtungen zustehen („jeder bekommt seinen Toilettengang", IP). Um dies zu gewährleisten müssen die Pflegenden schnell und konzentriert arbeiten („husch, husch", ebd.) und dabei ihre eigenen Bedürfnisse unterordnen („dem ordnen wir halt eben auch viel von uns unter", ebd.).

Besonders deutlich wird dieses Belastungserleben in berichteten Situationen mit ungewöhnlich hohem Arbeitsaufkommen. Auch hier ist das einzige oder zumindest dominante Entscheidungskriterium die Sicherstellung der normalen Abläufe („und die konnten dann ganz normal die Pflege weiterführen“, IP). Anders als bei Entscheidungssituationen, in denen autonome Entscheidungen getroffen werden, treten hier die Erzählenden nicht als souveräne Akteure auf, die die Handlung aktiv steuern. Fokus ist die Bewältigung der Aufgaben, entweder beschrieben als (physische) Anstrengung (Pflege muss „gestemmt werden“, IP) oder als schnelles „automatisches Arbeiten“ (IP). Die Pflegenden beschreiben dabei durchaus, dass bestimmte Aspekte der Pflege wie Gespräche, aber auch ausreichend Zeit für die Nahrungsaufnahme (IP) und das morgendliche Waschen (IP) nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt werden können und äußern darüber mehrfach Unzufriedenheit und Bedauern:

> „Für die braucht man auch nur eine Viertelstunde. Manchmal sogar, wenn es geht, ist es gut, wenn man schon in zwölf Minuten fertig ist. Und das finde ich ganz hart.“ (ebd.)

Da das Hauptziel einer guten Pflege im Sinne einer an institutionellen Vorgaben ausgerichteten, freiwilligen Heteronomie aber ist, die Arbeit zu „schaffen“ (IP), überwiegt in den berichteten Situationen das Gefühl der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit, wenn trotz schwieriger Rahmenbedingungen „gewährleistet“ (IP) ist, dass die institutionellen Abläufe und Routinen umgesetzt werden.

6.4.3.2. Unfreiwillige Heteronomie

Die Grenzen zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Heteronomie sind fließend, und es lässt sich anhand der berichteten Entscheidungssituationen oft schwer beurteilen, wie stark sich die Interviewpersonen in bestimmten Situationen zu einer fremdbestimmten Prioritätensetzung gezwungen sehen oder sich den institutionellen Vorgaben eher freiwillig unterwerfen, da diese aus ihrer Sicht eine gute, weil regelgerechte Pflege sicherstellen. Ein Hinweis auf unfreiwillige Heteronomie ist die Betonung durch die Interviewten, wie stark die beschriebene Situation von den persönlichen Vorstellungen einer guten Pflege abweicht:

> „Man (--) versucht es in Hektik zu machen, dass man schneller arbeitet und (-) ja, man eigentlich dem nicht mehr gerecht wird, was dem Bewohner zustehen würde, (--) wenn man jetzt an sich selber denkt, wie man selber versorgt werden möchte.“ (IP)

Auch hier ist wie bei freiwilliger Heteronomie das primäre Ziel, die Versorgung der Bewohner:innen sicherzustellen. Allerdings werden im Gegensatz zur freiwilligen Heteronomie die **institutionelle Routinen als völlig unzureichend** bewertet, um die eigenen Ziele und Präferenzen wie eine umfassende Bedürfnisbefriedigung aller Bewohner:innen oder wie oben eine Pflege „wie man

selber versorgt werden möchte“, zu erreichen. Die eigene Pflegearbeit wird als Reduktion auf ein eigentlich ungenügendes, maximal die körperliche Unversehrtheit der Bewohner:innen sicherstellendes Minimum an Pflege beschrieben, das den Bewohner:innen „nicht mehr gerecht wird“ (ebd.). Da die Pflegenden durch die von ihnen als defizitär erlebten Rahmenbedingungen keine Wahlmöglichkeiten sehen, wird aber doch regelkonform gehandelt.

> „es ging so ein bisschen wie so am Fließband, sage ich mal, **ging** nicht an-/, sonst wäre es ja nicht/ nicht gegangen“ (IP).

Dabei ist es weniger relevant, was genau die Interviewten als gute Pflege verstehen – allein das Gefühl der Differenz zwischen normalerweise autonomem Entscheiden und erzwungener Fremdsteuerung führt mindestens zu deutlicher Unzufriedenheit bis hin zu starker emotionaler Betroffenheit und tief empfundener Frustration:

> „Und das macht mich sehr traurig [*I: Hm*] immer zu sagen: ‚Ich kann momentan nicht‘“ (IP).

Unfreiwillige Heteronomie geht also immer mit mehr oder weniger intensiven, negativen Gefühlen einher, die als belastend und nicht dauerhaft aushaltbar beschrieben werden.
Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Strategien der Selbstsorge beschrieben, die unter anderem dabei unterstützen können, mit solchen und ähnlichen negativen Emotionen im Rahmen von Verteilungsentscheidungen umzugehen.

6.4.4. Selbstsorgestrategien

Verteilungsentscheidungen in der Pflege erfordern in der Regel eine Abwägung zwischen den konkreten oder angenommenen Bedürfnissen verschiedener Bewohner:innen. Die Pflegenden als beruflich Handelnde tragen die Verantwortung dafür, dass die vorhandenen Ressourcen möglichst gerecht auf die Bewohner:innen verteilt werden und alle wichtigen Bedürfnisse befriedigt werden. Dieser Fokus auf die Bedürfnisse der Bewohner:innen lässt oft in den Hintergrund treten, dass auch die entscheidenden Pflegenden selbst gerechtfertigte Bedürfnisse haben, die in der Verteilung von Zeit und Aufmerksamkeit berücksichtigt werden sollten. Die folgenden Abschnitte untersuchen daher verschiedene Möglichkeiten, welchen Stellenwert die Pflegenden ihren eigenen Bedürfnissen in den Entscheidungssituationen einräumen. Die Folgen dieser verschiedenen Einstellungen zur Selbstsorge greift Abschnitt 6.5.3 auf.

6.4.4.1. Sicherheitsgefühl und Abgrenzung

Mehrere Pflegende berichten in den Interviews, dass ihnen die Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse in Verteilungsentscheidungen sehr gut gelingt und sie zufrieden mit ihren Entscheidungen sind – auch, was die Belastung für sie selbst angeht:

> „Ich habe dann eine Woche Abenddienst gemacht neben meiner Bürotätigkeit und meinen anderen Tätigkeiten und habe das also gut delegiert und auch gut für mich selber organisiert." (IP)

Voraussetzung hierfür ist zunächst einmal, dass die Pflegenden sich aktiv um ein **Gefühl der (Selbst-)Sicherheit** in herausfordernden Situationen bemühen. Dies erreichen die Interviewpersonen unter anderem durch eine bewusste (Vor-)Planung und Delegation von Aufgaben in angespannten Situationen, oft auch gemeinsam mit den Kolleg:innen (s. Abschnitt 6.4.2.1). Die Planung ermöglicht es den verantwortlichen Pflegenden, sich während der Arbeit an ihr zu orientieren, die Verantwortung zumindest in gewissem Maß mit den Kolleg:innen zu teilen und dadurch ruhig bleiben und die Situation „händeln" (IP) zu können. Neben gemeinsamer Planung kann auch das Umsetzen von vorgegebenen Normen im Sinne freiwilliger Heteronomie Pflegenden ein Gefühl der Orientierung und Sicherheit bieten (vgl. Abschnitt 6.4.3.1). Und auch aus der Bewusstmachung von Erfahrungen aus früheren Entscheidungssituationen scheint für manche Interviewpersonen eine größere Sicherheit in Verteilungsentscheidungen zu erwachsen:

> „ich werde dadurch sicherer durch solche Erfahrungen [*I: Hm*] und ähm (.) von daher war es dann schon wichtig für mich dann (---) sowas mal erlebt zu haben" (IP).

Diese – im besten Falle positiven – Erfahrungen mit anspruchsvollen Verteilungssituationen geben vor allem Pflegenden, die sich sonst als eher unsicher beschreiben, mehr Vertrauen in die eigene Handlungs- und Entscheidungskompetenz unter Anspannung. Grundsätzlich scheint das Vertrauen in die eigene Fachkompetenz und die Fähigkeit, unter Anspannung ruhig zu bleiben, den Interviewpersonen zu helfen, Verteilungssituationen als Herausforderung, aber nicht als Überforderung zu erleben:

> „Also ich bin natürlich ein unheimlich stabiler Mensch. Ich bin also niemand, der sofort (-) die Panik kriegt, weil ich sage, es gibt nichts, was man nicht regeln kann." (IP)

Ebenfalls kaum über negative Auswirkungen herausfordernder Situationen für sie selbst berichten Interviewpersonen, die sehr deutlich ihre **Fähigkeit zur emotionalen und praktischen Abgrenzung** hervorheben. Dies gelingt ihnen zum einen dadurch, dass sie sich auch in schwierigen Verteilungssituationen und vor allem Dilemmata darüber bewusst sind, dass ihr Einfluss auf die Situation und ihre Möglichkeiten, diese optimal zu lösen, beschränkt sind. Sie handeln „nach bestem Wissen und Gewissen" (IP) und bemühen sich um gute Entscheidungen, reflektieren in

ihren Entscheidungen aber auch, dass sie nicht immer der „Notstopfen“ (IP) für Personalausfälle sein können und sie entsprechend auch keine unbegrenzte, persönliche Verantwortung für die grundsätzlich angespannte Personalsituation in der Pflege tragen müssen:

> „ja, man hat gelernt einfach damit, (-) ja, so blöd wie es / zu **leben**, sage ich jetzt mal. Also man **kennt** es nicht anders. Die Situationen in der Pflege gibt es einfach (-) nicht anders.“ (IP)

Die Strategie der Abgrenzung kann auch ganz konkret bedeuten, dass die Interviewpersonen zu Gunsten ihrer Selbstsorge andere wichtige Aufgaben „egoistisch“ zurückstellen:

> „Also meine Grenzen schaffe ich mir schon. Also, ich bin da schon, glaube ich, sehr straight und sehr, (--) auch ein Stück weit, was meine Gesundheit anbelangt, ein bisschen egoistisch. (--) Und es funktioniert.“ (IP, ähnlich weitere IP)

Als eine weitere oder zusätzliche erfolgreiche Strategie der Abgrenzung wird von den Interviewpersonen die nachträgliche Distanzierung von der belastenden Situation dargestellt. Typischerweise versuchen die Pflegenden, nach Schichtende die Situation „aus dem Kopf“ (IP) zu bekommen und sich abzulenken. Manchen gelingen die Distanzierung und innerliche Beruhigung bereits direkt nach der Situation:

> „Also irgendwann/ also, ich arbeite dann ganz normal weiter, aber dieser Stress geht irgendwann weg. Ich kann das gar nicht beschreiben. Auf jeden Fall bin ich dann irgendwann wieder ruhiger so. Nachdem der ganze Ablauf (--) durch ist geht das eigentlich wieder.“ (IP)

Ob eine emotionale Distanzierung gelingt, ist allerdings sehr von den Rahmenbedingungen der Entscheidungssituation abhängig: Je höher der emotionale und zeitliche Druck unter anderem durch drohende Folgen und schwierige Rahmenbedingungen erlebt wird, desto schwieriger scheint auch die zeitnahe emotionale Distanzierung nach der Situation. Eine Interviewperson berichtet etwa von einer sehr belastenden Situation, die sie erst abends und durch Unterstützung einer Freundin verarbeiten konnte:

> „Das sind dann so die Dinge, (-) ja, ((seufzt)) die einen dann durchatmen lassen.“ (IP)

6.4.4.2. Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Ein eher kontrollierter, bewusster Umgang mit herausfordernden Verteilungssituationen scheint die Voraussetzung dafür zu sein, dass die Pflegenden in der Lage sind, ihre eigenen Leistungs- und Belastungsgrenzen wahrzunehmen und durch gezielte Maßnahmen der Planung und Delegation, dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, aber auch der klaren emotionalen und praktischen Grenzziehung weitgehend zu berücksichtigen. Andererseits passiert es in den Verteilungssitu-

ationen in den Interviews immer wieder, dass Pflegende versuchen, schwierige Situation auf Kosten ihrer eigenen Bedürfnisse so gut wie möglich zu bewältigen:

> „Man stellt die Bedürfnisse der Menschen, für die man zuständig ist, über seine eigenen" (IP).

Eine typische Kompensationsstrategie ist hierbei **schnelleres, gehetztes Arbeiten** (s. Abschnitt 6.5.1.3), um Zeitverluste durch Notfälle oder auch kurzfristigen Personalausfall auszugleichen. Ziel ist dabei zunächst, alle geplanten Aufgaben trotzdem zu bewältigen, und dies möglichst auch noch ohne für die Bewohner:innen spürbare Wartezeiten oder Qualitätsverluste. Ebenfalls häufig genannt wird, dass die Pflegenden freiwillig **Überstunden** machen, um unter anderem liegengebliebene Dokumentation fertigzustellen oder Gespräche mit Bewohner:innen zu führen, die während der Arbeitszeit nicht zu schaffen waren, aber als wichtig beurteilt werden.
Mehrere Interviewpersonen berichten davon, dass sie belastende Situationen **„einfach nur aushalten"** (IP) und unter dem Druck der unmittelbaren Verantwortung für die Bewohner:innen ihr eigenes Gefühl von Stress und Überlastung aktiv zu unterdrücken versuchen:

> „und dann haben wir halt eben so gesagt, komm, wir machen jetzt mal/ (-) fangen an und ja, und irgendwie geht so ein Dienst dann um." (IP)

Manche Interviewpersonen beschreiben, dass sie trotz des Versuchs, ruhig zu bleiben, innerlich stark unter Anspannung stehen, diese jedoch möglichst nicht zeigen, um Kolleg:innen sowie Bewohner:innen nicht zu verunsichern:

> „Für mich selber, wie gesagt, ist es dann klar, versuche ich **innerlich** nur diesen Stress zu lassen. Aber man weiß ja, dass man das trotzdem irgendwie nach außen strahlt. (--) Ja." (IP)

Die Pflegenden versuchen also, sich selbst – zuweilen mit Unterstützung der Kolleg:innen – zu beruhigen, eine mögliche Erstarrung durch Überforderungsgefühle zu überwinden und ihre Arbeit mit dem Blick auf das Schichtende „irgendwie" zu bewältigen („man funktioniert dann einfach irgendwie nur", IP). Dieses „Aushalten" geht oft mit der bereits beschriebenen unfreiwilligen Heteronomie und entsprechend hoher Unzufriedenheit einher (s. Abschnitt 6.4.3.2).

6.4.5. Zusammenfassung

Der Prozess der Prioritätensetzung wird in den Interviews sehr unterschiedlich geschildert: In vielen Situationen wird er von den Pflegenden gar nicht als Wahlprozess wahrgenommen, und eine (intuitive) Entscheidung scheint als direkte, mehr oder weniger mühelose Reaktion auf eine Handlungsanforderung zu erfolgen (s. Abschnitt 6.4.2.2). Gerade in eher ruhigen Alltagssituationen, aber auch bei komplexen Verteilungsentscheidungen, wird das Wählen zwischen möglichen

Optionen zumindest im Nachhinein aber auch als bewusster, rationaler Akt des Sortierens und Ordnens beschrieben (s. Abschnitt 6.4.2.1). In beiden Fällen handelt es sich um eine autonome Wahlentscheidung, welche Aufgaben in der gegebenen Situation als vordringlich bewertet werden und was entsprechend als nächstes getan werden muss. Andererseits berichten Pflegende auch, dass sie zu Gunsten der Befolgung der institutionellen Vorgaben und Sicherstellung der Abläufe – freiwillig oder unfreiwillig – auf eine eigene Prioritätensetzung auf der Grundlage ihres fachlichen oder persönlichen Urteils verzichten (s. Abschnitt 6.4.3).

In komplexen Dilemmasituationen beschreiben mehrere Interviewpersonen zudem eine initiale emotionale Schockreaktion auf die konkurrierenden Wahloptionen, die sich ihnen gleichzeitig stellen: Während manche in der Gleichzeitigkeit der „tausend Gedanken" (IP) eine innere Verwirrung erleben, beschreiben andere ein Gefühl der inneren Leere und erstarrten Ambivalenz, das sie zumindest kurzfristig unfähig macht, Prioritäten zu setzen und eine Entscheidung zu treffen (s. Abschnitt 6.4.1).

Bei allen Strategien im Umgang mit komplexen Verteilungsproblemen gibt es neben der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner:innen sowie möglicher Rahmenbedingungen auch die Bedürfnisse der entscheidenden Pflegenden selbst, die in der Situation entweder als wichtiger Faktor mitbedacht oder eher zurückgestellt und vernachlässigt werden. Während einige Pflegenden in der Lage sind, durch ein Gefühl der Souveränität in kritischen Situationen ruhig zu bleiben und dadurch eher auch eigene Bedürfnisse wahr- und ernstzunehmen, schützen sich manche Pflegenden durch emotionale oder praktische Abgrenzung (s. Abschnitt 6.4.4.1). Oft berichten Pflegende aber auch, dass sie belastende Situationen vor allem „aushalten" und ihre Bedürfnisse zurückstellen, teilweise unterstützt durch Kompensationsstrategien wie schnelleres Arbeiten oder das Erledigen von Aufgaben in Überstunden (s. Abschnitt 6.4.4.2).

Das folgende Unterkapitel geht darauf ein, welche Maßnahmen in den beschriebenen Verteilungssituationen konkret priorisiert werden und welche Folgen bestimmte Prioritätensetzungen für Bewohner:innen und Pflegende haben können.

6.5. Konsequenzen der Entscheidung

Wie schon das Zitat im Titel dieser Arbeit deutlich macht („Da musst du dann irgendwo Prioritäten setzen", IP) bringen Verteilungsentscheidungen immer eine Bewertung von und Wahl zwischen verschiedenen Optionen mit sich, wie knappe Ressourcen auf aktuelle Aufgaben und Ansprüche verteilt werden. Durch bewusste oder unbewusste, autonome oder heteronome Prioritätensetzung werden die in der Situation als besonders wichtig beurteilten Ansprüche zuerst, andere nachrangig oder im Fall von Rationierung gar nicht berücksichtigt. Unterkapitel 6.4 hat

beschrieben, auf welche verschiedenen Arten dieser Prozess der Prioritätensetzung in den Interviews erfolgt und welche Rolle dabei die Selbstsorge der Pflegenden spielt. Die folgenden Abschnitte führen aus, welchen konkreten Aufgaben oder Ansprüchen die Interviewpersonen in Entscheidungssituationen Priorität einräumen, welche sie eher nachrangig behandeln oder sogar rationieren und – wenn möglich – welche Folgen diese Entscheidungen für die Bewohner:innen haben. Abschnitt 6.5.3 geht zudem darauf ein, welche Folgen sich aus bestimmten Selbstsorgestrategien der Pflegenden für diese selbst ergeben.

Entsprechend liegt der Fokus dieses Unterkapitels auf Konsequenzen auf der Mikroebene der direkten pflegerischen Versorgung. Verteilungsentscheidungen können aber auch Konsequenzen für die Mesoebene der Einrichtung haben und sich kumuliert sogar bis auf die Makroebene auswirken. Da diese Folgen eher indirekt aus den Folgen für Bewohner:innen und Pflegende resultieren (z. B. Beschwerden, Pflegefehler oder Erkrankung von Pflegenden durch Überlastung) und von den Interviewpersonen nicht thematisiert werden, können sie in dieser Arbeit nicht näher untersucht werden.

6.5.1. Priorisierung

6.5.1.1. Priorisierung bestimmter Bewohner:innen

Als häufigste Folge von Verteilungsentscheidungen in der Pflege wird in den Interviews beschrieben, dass bestimmte Bewohner:innen oder Bewohner:innengruppen **Wartezeiten** in Kauf nehmen müssen, da andere Aufgaben von den Pflegenden als dringlicher beurteilt werden. Eine wichtige Ursache von besonders langen Wartezeiten sind medizinische Notfälle. Die auf Notfälle folgenden Verzögerungen können dabei so ausgeprägt sein, dass die folgenden Aufgaben sehr viel schneller und unter Umständen oberflächlicher ausgeführt oder ganz weggelassen werden müssen:

> „Und da musste ich natürlich erst mal **alles** stehen und liegen lassen, alles andere war jetzt erst mal unwichtig und (-) musste mich erst mal darum kümmern“ (IP).

Die Priorisierung der Erstversorgung eines medizinischen Notfalls oder anderer bewohner:innenbezogener Zwischenfälle ist für die verantwortlichen Pflegenden dann selbstverständlich, wenn sie einschätzen, dass eine andere Entscheidung sehr wahrscheinlich schwere Folgen für betroffene Bewohner:innen hätte. Hauptpriorisierungskriterium ist hier **Dringlichkeit**, die auch in empirischen Studien als zentraler Priorisierungsfaktor festgestellt werden kann (s. Abschnitt 4.2.2):

> „für mich steht in **dem** Moment einfach im Vordergrund, **dem** Menschen (-) zu helfen [*I: Hm*] und ihn da (--) zu retten in Anführungsstrichen“ (IP).

Neben diesem Zurückstellen anderer Aufgaben in akuten Notfällen, um eine bestimmte Person zu „retten“, gibt es aber auch andere Gründe, warum bestimmte Bewohner:innen bevorzugt behandelt werden. So ist es aus Sicht einer Interviewperson sinnvoll, Bewohner:innen bevorzugt zu versorgen, die sich **potenziell beschweren** könnten und deren **Versorgung zeitlich gut planbar und schnell** ist:

> „Wissen Sie, wir haben einen Großteil dementer Bewohner, denen / es gibt ganz wenige, denen das aufgefallen ist, dass wir später gekommen sind. Also erst mal ein Teil, die sind ja ganz normal, (-) im normalen Rhythmus versorgt worden und (--) denen ist das nicht großartig aufgefallen, weil wir darauf ge**achtet** haben, dass die, die sich jetzt beschweren **könnten**, dass die halbwegs in ihrem Rahmen zeitlich gepflegt wurden.“ (IP)

Ziel ist es in diesem Zitat, möglichst effizient zu arbeiten und geregelte Abläufe („im normalen Rhythmus“) und damit die Zufriedenheit der Mehrheit der Bewohner:innen, „die sich jetzt beschweren **könnten**“, sicherzustellen. Entsprechend müssen Menschen mit Demenz, denen Verzögerungen aus Sicht der Interviewperson „nicht großartig auf[…]fallen“, Wartezeiten in Kauf nehmen. Grund hierfür könnte neben dem geringeren Risiko für Beschwerden auch sein, dass ihre Versorgung länger dauert und schwerer zeitlich planbar ist (s. Abschnitt 6.5.1.2).
Neben dem Verantwortungsgefühl für Bewohner:innen mit akutem Hilfebedarf oder pragmatischen Überlegungen der Priorisierung bestimmter Bewohner:innengruppen kann auch **Sympathie** gegenüber bestimmten Bewohner:innen ein Priorisierungskriterium darstellen. Zwar kommt dieses Kriterium in keiner der Entscheidungssituationen klar zum Ausdruck, es wird aber von einer Interviewpersonen berichtet, dass sie manche Bewohner:innen besonders mag, eine persönliche Beziehung zu ihnen aufbaut:

> „Ich versuche das immer, Abstand zu halten. (-) Also da ist noch eine Grenze, das ist kein Angehöriger von mir, die werden von uns versorgt, die sind / die leben bei uns und gut ist es. Also das weiß ich schon. (-) Nur man hat auch seine Lieblinge, da bin ich ganz ehrlich.“ (IP)

In einer späteren Passage berichtet die Interviewperson, dass sie sich für diese „Lieblinge“ besonders einsetzt und damit über die von ihr definierte „Grenze“ hinausgeht. Auf der anderen Seite äußert die Interviewperson an manchen Stellen eine deutliche **Antipathie** gegenüber einzelnen Pflegebedürftigen („einige starrsinnige Bewohner“, IP). Auch hier gibt es aber keine konkreten Situationen, in denen diese Antipathie als Verteilungskriterium zum Tragen kommt.

6.5.1.2. Priorisierung bestimmter Aufgaben

In der Prioritätensetzung kommt immer wieder auch das individuelle Pflegeverständnis der entscheidenden Pflegenden zum Ausdruck (s. Abschnitt 6.3.4.3). So berichten Interviewpersonen mit

einer eher bewohner:innenorientierten Grundhaltung, dass sie grundsätzlich das **Wohlbefinden der Bewohner:innen** als wichtigstes Ziel ihrer Arbeit verstehen. Entsprechend werden bestimmte Abläufe flexibel angepasst und für weniger wichtig erachtete Aufgaben wie „die Bürokratie“ (IP) oder auch eine ärztliche Visite (IP) in manchen Situationen bewusst zeitlich zurückgestellt.
In anderen Fällen hat die Erledigung bestimmter **Aufgaben** Priorität, die in der Darstellung der Befragten nur **von Fachkräften** durchgeführt werden können oder sollten. Dazu zählen in den Interviews zum Beispiel die Gabe von Insulin und anderen Medikamenten, die ärztliche Visite, Wundversorgung, Anrufe bei Ärzt:innen, Dokumentationsaufgaben oder die Versorgung von Bewohner:innen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Um dieses „Ausklinken aus der Pflege“ (IP) zu ermöglichen, werden Aufgaben der „Grundversorgung“ (IP) unterbrochen oder wenn möglich an Kolleg:innen delegiert. Dies kann, muss aber nicht Ausdruck eines eher technisch-funktionalen Pflegeverständnisses sein.
Die Möglichkeit der Priorisierung von Fachkraftaufgaben wird von manchen Befragten als Privileg dargestellt, das sie in ihrer herausgehobenen, besonders verantwortungsvollen Position bestätigt („Ich bin eine Fachkraft, (-) ich kann das einschätzen“, IP). In Situationen mit besonders knappen Zeitressourcen muss diese Priorisierung zumindest teilweise zu Gunsten der Sicherstellung der „Grundversorgung“ aufgegeben werden. Konkret bedeutet das, dass auch die befragten Fachkräfte vorrangig „die Runde laufen“ (IP) müssen. Priorität haben dabei vor allem Aufgaben, die **Sicherheit und Gesundheit der Bewohner:innen** sicherstellen wie Ernährung, „kleine Lagerung“ (IP), (oberflächliche) Körperpflege oder „auf die Klingel“ gehen (IP), wobei Letzteres in Situationen mit hohem Zeitdruck oft an Hilfskräfte delegiert wird.

6.5.1.3. Folgen für Bewohner:innen

Wesentliche Folge von Priorisierungen sind längere Wartezeiten für die Bewohner:innen (s. Abschnitt 6.5.1.1), oft verbunden damit, dass die verschobenen Aufgaben später unter Zeitdruck erfolgen müssen. In manchen Fällen sehen die Interviewpersonen **keine oder kaum negative Folgen** einer gewissen Verzögerung („jetzt nicht das große Problem“, IP), unter anderem, weil die Bewohner:innen die Verzögerung gar nicht wahrnehmen (wie zitiert in Abschnitt 6.5.1.1). Ob dies tatsächlich der Fall ist lässt sich an Hand der beschriebenen Situationen nicht feststellen. In manchen Interviews wird auch deutlich, dass die Stationsabläufe der Einrichtung, in der die Interviewperson tätig ist, grundsätzlich eher flexibel gehandhabt werden, so dass es immer wieder zu zeitlichen Verschiebungen kommt, die aber weniger als Wartezeit, sondern eher als eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner:innen verstanden werden können:

> „Und ich habe sie dann in Ruhe Abendbrot essen lassen und gesagt, so nachher kommt dann (-) , ne, der Nachtwächter und (-) der zieht sie dann aus und bringt sie aufs Klo und so weiter (-) , ja, und dann (-) bin ich gegangen“ (IP).

Oft werden wie in diesem Beispiel die Bewohner:innen über die weiteren Abläufe informiert, was vermutlich zu deren Zufriedenheit beiträgt.

Gerade bei längeren Wartezeiten berichten manche Interviewpersonen allerdings davon, dass die Bewohner:innen **ungeduldig und „motzig“** (IP) werden. Die Pflegenden versuchen dann, sich bei den Bewohner:innen zu entschuldigen und sie auf später zu „vertrösten“ (IP), betonen dabei aber, dass ihnen die Zeitverzögerung unangenehm ist und sie sich zum Teil sogar schuldig fühlen:

> „Aber ich kann es in dem Moment ja auch nicht ändern, ich kann es nur (3) sagen, tut mir jetzt leid, dass ich jetzt noch kommen muss, kann auf Verständnis hoffen“ (IP).

Letztlich müssen die Bewohner:innen die Verzögerung aber hinnehmen, da sie außer Beschwerden wenig Interventionsmöglichkeiten haben und die verantwortlichen Pflegenden letztlich die Entscheidungen alleine treffen, wen sie wann versorgen:

> „klar ist es für uns **auch** nicht schön, (-) dass die länger warten müssen, würden wir **auch** nicht gerne wollen, aber (--) es geht manchmal einfach nicht anders“ (IP).

Als schwerwiegendere Folge von Verzögerungen bewerten die befragten Pflegenden die negativen Auswirkungen des Zeitdrucks in der pflegerischen Versorgung, der durch die Verzögerungen entsteht. Für die Bewohner:innen beschreiben sie, dass sich **Unruhe und Stress** der Pflegenden auf diese übertragen. Durch die gehetzte Arbeit bleibt oft wenig Zeit, und vor allem fehlt den Pflegenden die nötige Ruhe, um auf besondere Bedürfnisse der Bewohner:innen einzugehen, was sich in manchen Fällen negativ auf die psychische Verfassung der Bewohner:innen auswirkt:

> „es kam **Un**ruhe rein, von **un**serer Seite aus, weil wir einfach mit der Situation überfordert gewesen sind, (--) und das überträgt sich dann natürlich auch ganz leicht auf die Bewohner, die werden dann unruhiger und ähm (.) ja, dann fangen sie an zu klingeln“. (IP)

Die Unruhe der Bewohner:innen führt hier aus der Sicht der Interviewperson zu mehr „klingeln“ und damit zu zusätzlichem Arbeitsaufwand. Auch beschreiben die Pflegenden, dass sie durch das schnellere Arbeiten nicht mehr so konzentriert und qualitativ gut arbeiten können, wie sie das eigentlich möchten:

> „Ja, man wird natürlich auch unkonzentriert. Man (--) versucht es in Hektik zu machen, dass man schneller arbeitet und (-) ja, man eigentlich dem nicht mehr gerecht wird, was dem Bewohner zustehen würde, (--) wenn man jetzt an sich selber denkt, wie man selber versorgt werden möchte.“ (IP)

Die Interviewperson erlebt, dass sie den Bewohner:innen „nicht mehr gerecht wird“ und dass die Kompensationsstrategie des schnelleren Arbeitens nicht zum Erfolg führt. Später erklärt die Interviewperson, dass auch die Bewohner:innen diese „Hektik“ wahrnehmen:

> „Von den Bewohnern kommt das ja selber dann auch. Die merken das ja, weil man einfach hektischer ist und ja, schnell wieder das Zimmer verlässt.“ (IP)

Auch wenn Wartezeiten durch Priorisierung anderer Aufgaben also nicht immer negative Folgen für die Bewohner:innen haben müssen, führen sie doch aus Sicht der Pflegenden oft zu Unzufriedenheit und Anspannung bei den Bewohner:innen – sowohl konkret wegen der Wartezeit, die von ihnen hingenommen werden muss, als auch durch Unruhe und Stress, die durch den auf die Priorisierung folgenden Zeitdruck entstehen. Durch Zeitdruck und die daraus resultierende Hektik steigt außerdem die Gefahr, dass die Situation „ein bisschen aus dem Ruder läuft“ (IP) und möglicherweise **Pflegefehler** passieren. Natürlich kann es auch durch längere Wartezeiten zu schwerwiegenderen Folgen für die Bewohner:innen kommen, da sie in einer Situation, in der sie eigentlich Unterstützung benötigen, länger allein gelassen werden. Oft werden hier von den Interviewpersonen längere Wartezeiten nach dem Klingeln und bei Toilettengängen genannt. Mehrfach wird beschrieben, dass einzelne Bewohner:innen sehr lange auf den Toilettengang oder Unterstützung dabei warten müssen und sich als Folge davon einnässen oder lange auf der Toilette sitzen bleiben müssen.[131]

> „er musste jetzt halt da [auf dem Toilettenstuhl] ausharren, ne? Meine Kollegin ist dann immer wieder gucken gegangen, ob alles in Ordnung ist (-) und ihr **blieb** ja gar keine Wahl als zu warten, bis ich mal eben kommen kann, um zu helfen, (--) ne?“ (IP)

6.5.2. Rationierung bestimmter Pflegemaßnahmen

Nicht immer ist es bei knappen Zeitressourcen möglich, pflegerische Maßnahmen auf später zu verschieben oder sie durch schnelleres Arbeiten doch zu schaffen, so dass sie im Sinne einer Rationierung weggelassen werden müssen. Die Grenzen zwischen qualitativen Abstrichen und tatsächlichem Weglassen von Maßnahmen sind dabei fließend, denn oft geht schnelleres Arbeiten mit deutlichen Abstrichen in der Qualität der Maßnahmen einher. Dieser Abschnitt fokussiert vor allem auf Maßnahmen, die in der Darstellung der Interviewpersonen nicht durchgeführt werden, da dies in den Interviews leichter erkennbar ist. Er geht aber auch darauf ein, wenn Maßnahmen nur noch in so reduzierter Form durchgeführt werden, dass sie von den Interviewpersonen als unzureichend betrachtet werden:

[131] Auf die Folgen des Zeitdrucks für die Pflegenden geht Abschnitt 6.5.3 näher ein.

> „Aber in einer Viertelstunde haben wir einen Menschen gewaschen. Das finde ich wenig. Das ist viel zu wenig Zeit.“ (IP)

Die interviewten Pflegenden berichten von Situationen, in denen sie sich durch akuten oder länger andauernden Mangel an Zeitressourcen gezwungen sehen, bestimmte wichtige Maßnahmen bewusst nicht durchzuführen, weil dafür die Zeit nicht reicht. Vor diesen Rationierungsentscheidungen steht natürlich zunächst auch immer eine Priorisierung, was in der Situation als besonders wichtig beurteilt wird und daher nicht weggelassen werden darf und welche Maßnahmen – möglichst ohne größere negative Folgen – verschoben oder weggelassen werden können:

> „Es findet/ die Situation ist (-) eher folgende, dass man gemeinsam am Übergabetisch sitzt in dem Moment und sagt: ‚Okay, wir sind heute (-) nur zu zweit.‘ ‚Ach so, stimmt, aber wir haben ja heute Herr Meier, Frau Müller noch zu baden.‘ ‚Ja, das lassen wir weg, das können wir nicht machen, das schaffen wir nicht.‘“ (IP)

Die Entscheidung für das Rationieren von Aufgaben und Pflegemaßnahmen wird vor allem auf der Grundlage der aktuellen (Personal-)Situation und anderer Rahmenbedingungen getroffen. Wie auch bei der Priorisierung fließen außerdem persönliche und professionelle Bewertungen der Wichtigkeit bestimmter Aufgaben ein. Auch wenn auf der Basis der Interviews keine quantitativen Aussagen über die Häufigkeit der Rationierung bestimmter Tätigkeiten getroffen werden können, lässt sich doch feststellen, dass deutlich häufiger von bewussten Rationierungsentscheidungen im Bereich der besonders **zeitaufwändigen bewohner:innennahen Pflegeaufgaben** erzählt wird. Dabei handelt es sich zum einen um eher praktische, **körpernahe Pflegemaßnahmen**. Berichtet wird zum Beispiel über das Weglassen von Duschen und Baden (3 IP), da es im Vergleich zur normalen Körperpflege am Waschbecken sowohl als besonders zeitaufwändig als vermutlich auch eher als Bonus oder Maßnahme für das Wohlbefinden angesehen wird, das ohne größere Konsequenzen für die körperliche Unversehrtheit der Bewohner:innen weggelassen werden kann. Aber auch als eigentlich sinnvoll und wichtig betrachtete körperliche Maßnahmen wie die als sehr zeitaufwändig beschriebene Mobilisation von immobilen Bewohner:innen in den Rollstuhl muss in bestimmten Fällen rationiert werden:

> „Dann eben so etwas wie Mobilisationen. (-) Ja, also ich/ ich spreche jetzt wieder konkret in dem Fall von der stationären Einrichtung mit Schwerst(-)pflegebedürftigen, da ist natürlich Mobilisation mit sehr viel Aufwand, (-) Stichwort Lifter und so weiter und sofort, verbunden. (-) Das sind dann Dinge, (-) das macht man dann nicht, also das kann man dann gar nicht machen, (-) weil ja die Versorgung, (-) <<lachend> die Grundversorgung,> ich hasse dieses Wort, erstmal vorrangig ist.“ (IP)

Die Interviewperson berichtet, dass die „Mobilisation mit sehr viel Aufwand“ zu Gunsten der Sicherstellung der „Grundversorgung“, zu der diese Mobilisation aus Sicht der Interviewperson offenbar nicht gehört, nicht durchgeführt wird.

Neben der Rationierung von körpernahen Pflegemaßnahmen berichten die Interviewten wiederholt davon, dass sie auf Grund des Zeitmangels oft nicht die Möglichkeit sehen, die **psychosozialen Bedürfnisse** der Bewohner:innen ausreichend zu berücksichtigen. Manchmal geht es dabei eher allgemein darum, dass im Alltag keine Zeit und Ruhe für „ein nettes Gespräch" (IP, ähnlich zwei weitere IP) mit den Bewohner:innen bleibt. Die Pflegenden berichten auch, dass sie sich oft nicht in der Lage fühlen, auf die Bewohner:innen „einzugehen" (IP) und für sie „da zu sein" (IP), womit hier eine grundsätzliche psychosoziale Zuwendung und die Ermittlung von Wünschen und Bedürfnissen durch Kommunikation mit den Bewohner:innen gemeint ist. Beides wird von mehreren Interviewpersonen immer wieder als zentrale Aufgaben der Pflegenden benannt. Neben diesen eher allgemeinen kommunikativen Aufgaben der Pflegenden, bei denen öfter berichtet wird, dass sie weggelassen werden müssen, werden auch Gespräche zur Beruhigung und emotionalen Zuwendung in Krisensituationen oder auch Sterbebegleitung auf Grund von Zeitdruck nicht durchgeführt, obwohl sie als sehr wichtig betrachtet werden. Mehrere Interviewpersonen thematisieren, dass ihnen bewusst ist, dass die Bewohner:innen unter der Rationierung psychosozialer Hilfen leiden:

> „Für die Bewohner selber (---) muss das (--) **auch** schlimm sein, weil die merken nur wir kommen (---) gestresst rein, wir (---) waschen die oder wir ziehen die an oder um (--) und, äh (-) für solche Sachen, wenn die mal irgendwie (-) mit jemanden reden wollen über irgendwelche Sorgen oder Ängste die die haben (-) das haben wir einfach gar nicht und können wir nicht mit auffangen" (IP, ähnlich weitere IP).

Im **bewohner:innenfernen Bereich** wird über das Weglassen einer ausführlichen Dokumentation berichtet (zwei IP). Ebenfalls wird zweimal das Wechseln von Handtüchern und Bettwäsche genannt, das bei Zeitknappheit nicht gemacht wird (zwei IP). Sowohl Dokumentation als auch Wäschewechsel wird höchstwahrscheinlich nicht vollständig rationiert, sondern nur in reduzierter Form umgesetzt oder auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

6.5.3. Folgen für die entscheidenden Pflegenden

Wie in den letzten Abschnitten deutlich wurde, kann selbst eine Priorisierung von Pflegemaßnahmen, bei der am Ende alle von der Pflegekraft als wichtig identifizierten Aufgaben erfüllt werden, negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben. Umso stärker gilt dies für Rationierungsentscheidungen. Vor allem Pflegende, die über eine insgesamt eher schwierige Arbeitssituation mit dauerhaft hohem Zeitdruck berichten, fühlen sich in vielen Situationen fremdgesteuert (s. Abschnitt 6.4.3.2). Diese erzwungene Fremdsteuerung, verbunden mit der inhaltlichen Reduktion der Arbeit auf das Abarbeiten von „Fließband"-Aufgaben, führt dabei zum Gefühl der **Machtlosigkeit und Frustration,** die „ausgehalten" (IP) werden muss.

> „Also, ich gehe/ gehe dann nach Hause, und mir tut das Herz weh (--) so, wenn ich dann unterbesetzt bin mal, (-) ne? Weil ich einfach weiß, dass ich nicht allen gerecht werden kann, (-) und das ist schwierig“ (IP).

Bei manchen Pflegenden führt dieses Gefühl der Machtlosigkeit zu dauerhafter **Resignation, Apathie und Hinnahme** der als defizitär erkannten Arbeitsbedingungen und Problemen im Arbeitsalltag:

> „Aber sie [die Bewohner:innen, A.G.] bekommen das passiert, damit sie halt ein bisschen schneller essen. (---) Ist leider so. Ist die Wirklichkeit. Ja.“ (IP)

Wie schon in Abschnitt 6.4.4 thematisiert, gelingt es manchen Interviewpersonen besser, sich entweder punktuell in besonders belastenden Situationen oder auch grundsätzlich emotional und praktisch abzugrenzen und damit die eigene psychische und physische Gesundheit zu schützen. Aber auch Pflegende, die im Sinne der identifizierten Selbstsorgestrategien in einer Entscheidungssituation eher ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und damit vernachlässigen, äußern in den Interviews Zufriedenheit, und zwar in Situationen, in denen sie unter anderem durch schnelleres, gehetztes Arbeiten und Mehrarbeit den Zeitmangel erfolgreich auf Kosten ihrer Selbstsorge kompensieren und damit ihre Ansprüche an eine gute Pflege zumindest weitgehend realisieren können.

> „Also irgendwann/ also, ich arbeite dann ganz normal weiter, aber dieser Stress geht irgendwann weg. Ich kann das gar nicht beschreiben. Auf jeden Fall bin ich dann irgendwann wieder ruhiger so. Nachdem der ganze Ablauf (--) durch ist geht das eigentlich wieder.“ (IP)

Erst, wenn trotz erheblicher Anstrengungen auf Kosten eigener Bedürfnisse die Situation nicht befriedigend aufgelöst werden kann und es zu deutlichen negativen Konsequenzen für die Bewohner:innen kommt, überwiegen negative Emotionen wie **Unzufriedenheit** mit der eigenen Arbeit.

> „Genau, ich bin unzufrieden mit mir selber auch, äh, dass ich die Bewohner nicht **so** versorgen kann, wie ich es gerne (-) machen **würde**, weil die Zeit einfach nicht da ist.“ (IP)

Häufig werden auch **Schuldgefühle gegenüber den Bewohner:innen** geäußert:

> „das tat mir **total** leid“ (IP).

> „ich fühle mich dann einfach ein bisschen schuldig (-) und (--) kann dann (--) kann dann dies oft nicht mit meinem Gewissen vereinbaren.“ (IP)

Dies ist umso stärker der Fall, je schlechter sich das Verhältnis zwischen verfügbaren Zeitressourcen und anfallenden Arbeitsaufgaben gestaltet und zunehmend als wichtig und notwendig erachtete Pflegemaßnahmen rationiert werden müssen.

Unabhängig davon, welche Selbstsorgestrategien die Pflegenden üblicherweise nutzen, erleben Pflegende gerade in Notfallsituationen mit erheblichem Handlungsdruck ein deutliches Gefühl von hoher Belastung bis hin zu Überforderung und Handlungsunfähigkeit.

> „Es war schon (.) ne Herausforderung, diesen Spagat irgendwie hinzukriegen“ (IP).

> „Und da steht man dann schon manchmal und weiß nicht, wohin zuerst.“ (IP)

Gerade nach der – oft verhältnismäßig erfolgreichen – Bewältigung solcher Extremsituationen berichten Pflegende von **emotionaler und physischer Erschöpfung**. Dies reicht von einer sowohl physisch als auch psychisch wahrgenommenen starken Anstrengung bis hin zum völligen „ausgelaugt“ sein (IP) an und über die Belastungsgrenzen hinaus („fix und fertig“, IP; „Ich war einfach fertig“, IP). Solange es sich bei diesen Extremsituationen um Ausnahmen handelt, scheinen die interviewten Pflegenden die dort erlebte starke Erschöpfung gut verarbeiten zu können und konzentrieren sich in der Retrospektive auf die erfolgreiche Bewältigung der herausfordernden Situation (s. Abschnitt 6.4.4.1). Berichten die Interviewpersonen, dass es in ihren Einrichtungen zum Beispiel durch häufigen Personalausfall wiederholt zu solchen Extremerlebnissen kommt, kommt auch in der nachträglichen Interviewsituation die oben beschriebene Erschöpfung bis hin zur Resignation zum Ausdruck:

> „Es ist schon anstrengend, weil man wie gesagt im Hinterkopf hat: Man hat noch mehr Aufgaben zu erledigen, gerade im Nachtdienst. (---) Und es ist / ja, man hat gelernt einfach damit, (-) ja, so blöd wie es / zu **leben**, sage ich jetzt mal. Also man **kennt** es nicht anders. Die Situationen in der Pflege gibt es einfach (-) nicht anders.“ (IP)

Diese Resignation kann schließlich auch zu einer **klaren Abgrenzung** führen, auch, um weiter handlungsfähig zu bleiben („Jeder macht seinen Job so gut er kann, und dann geht er nach Hause“, IP; vgl. Abschnitt 6.4.4.1 und 7.2.1).

6.5.4. Zusammenfassung

In pflegerischen Verteilungssituationen entscheiden sich Pflegende auf Grund ihrer Beurteilung der konkreten Situation dazu, bestimmte Maßnahmen zu priorisieren oder wegzulassen. Dabei fließt wesentlich ein, was die Pflegenden als gute Pflege betrachten und was entsprechend besonders wichtig oder eher unwichtig ist (s. Abschnitt 6.3.4.3): In medizinischen Notfällen ist oft Dringlichkeit das Hauptkriterium für Priorisierung von bestimmten Bewohner:innen. Außerhalb dieser Notfälle werden häufig und oft abhängig vom jeweiligen Pflegeverständnis zeitaufwändige Pflegemaßnahmen wie Körperpflege, Mobilisation oder Gespräche mit Bewohner:innen, aber auch die Dokumentation aufgeschoben, gehetzt oder sogar gar nicht durchgeführt (s. Abschnitt

6.5.1.2 und 6.5.2). Damit sind besonders Menschen mit hohem Pflegebedarf, die ihre Interessen nicht aktiv einfordern können, häufig von Rationierung betroffen. Und auch Sympathie und Antipathie gegenüber einzelnen Bewohner:innen kommt in manchen Interviews zum Ausdruck, die sich auch auf Verteilungsentscheidungen auswirken könnten (s. Abschnitt 6.5.1.1).

Für die Bewohner:innen führen Priorisierungs- und Rationierungsmaßnahmen oft zu Unzufriedenheit, unter anderem durch lange Wartezeiten. Aber auch, wenn die Pflegenden gehetzt arbeiten, um Zeitmangel zu kompensieren, wirken sich deren Unruhe und Stress auf die Bewohner:innen aus, und die Gefahr von Pflegefehlern steigt. Gerade Rationierung birgt immer wieder das Risiko ernsthafter psychischer und physischer Beeinträchtigung für die Bewohner:innen (s. Abschnitt 6.5.1.3).

Die psychischen und physischen Folgen von belastenden Verteilungsentscheidungen für die Pflegenden sind stark abhängig von ihrer Selbstsorgestrategie (s. Abschnitt 6.4.4), die durchaus je nach Situation variieren kann: Bei deutlicher Abgrenzung während, aber auch nach einer belastenden Situation wirken die Pflegenden im Interview insgesamt eher zufrieden mit sich und ihrer Arbeit. In Situationen, in denen die Pflegenden ihre Bedürfnisse zu Gunsten der aus ihrer Sicht wichtigeren Pflegeaufgaben – dabei oft die Bedürfnisse der Bewohner:innen – vernachlässigen, überwiegen in den Interviews dann eher negative Emotionen, wenn die Kompensationsstrategie nicht erfolgreich war und wichtige Maßnahmen trotz des persönlichen Einsatzes der Pflegenden rationiert werden mussten. Wenn dies wiederholt auftritt, führt dies oft zu Frustration und Schuldgefühlen bis hin zu Apathie und Resignation (s. Abschnitt 6.5.3).

Nach der erfolgten Darstellung der Elemente des Kodierparadigmas, die die theoretische Rahmung des Phänomens der Verteilungsentscheidungen von Pflegenden bilden, fokussiert sich das folgende Kapitel nun auf das zentrale Phänomen des Entscheidungshandelns Pflegender in Verteilungssituationen und die verschiedenen Handlungs- und Deutungsmuster, die in Form von Entscheidungstypen dabei erkennbar werden.

7. Typologie der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden bei Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

7.1. Beschreibung des Merkmalsraumes

In Kapitel 6 konnten vielfältige externe Bedingungen aufgezeigt werden, die das individuelle Entscheidungshandeln von Pflegenden in komplexen Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege als zentrales Phänomen dieser Arbeit beeinflussen. Außerdem haben auch Eigenschaften und Einstellungen sowie Deutungs- und Handlungsmuster der Entscheidenden selbst Einfluss auf diese Verteilungsentscheidungen und sind zentral für die Frage der Schlussfolgerungen dieser Untersuchung vor allem für die Pflegepädagogik. In der Analyse dieser Deutungs- und Handlungsmuster der Interviewpersonen in sehr unterschiedlichen Verteilungssituationen wird deutlich, dass vor allem zwei Faktoren das subjektive Erleben von und Handeln in diesen Situationen bestimmen: Ihr emotionales Engagement sowie ihre wahrgenommene Entscheidungsfreiheit. Entsprechend der in Abschnitt 5.4.3.3 ausführlich dargestellten Analyseschritte zur Entwicklung einer Entscheidungstypologie beschreiben die folgenden Abschnitte die zwei Faktoren „Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit“ und „Emotionales Engagement“ als Kategorien eines

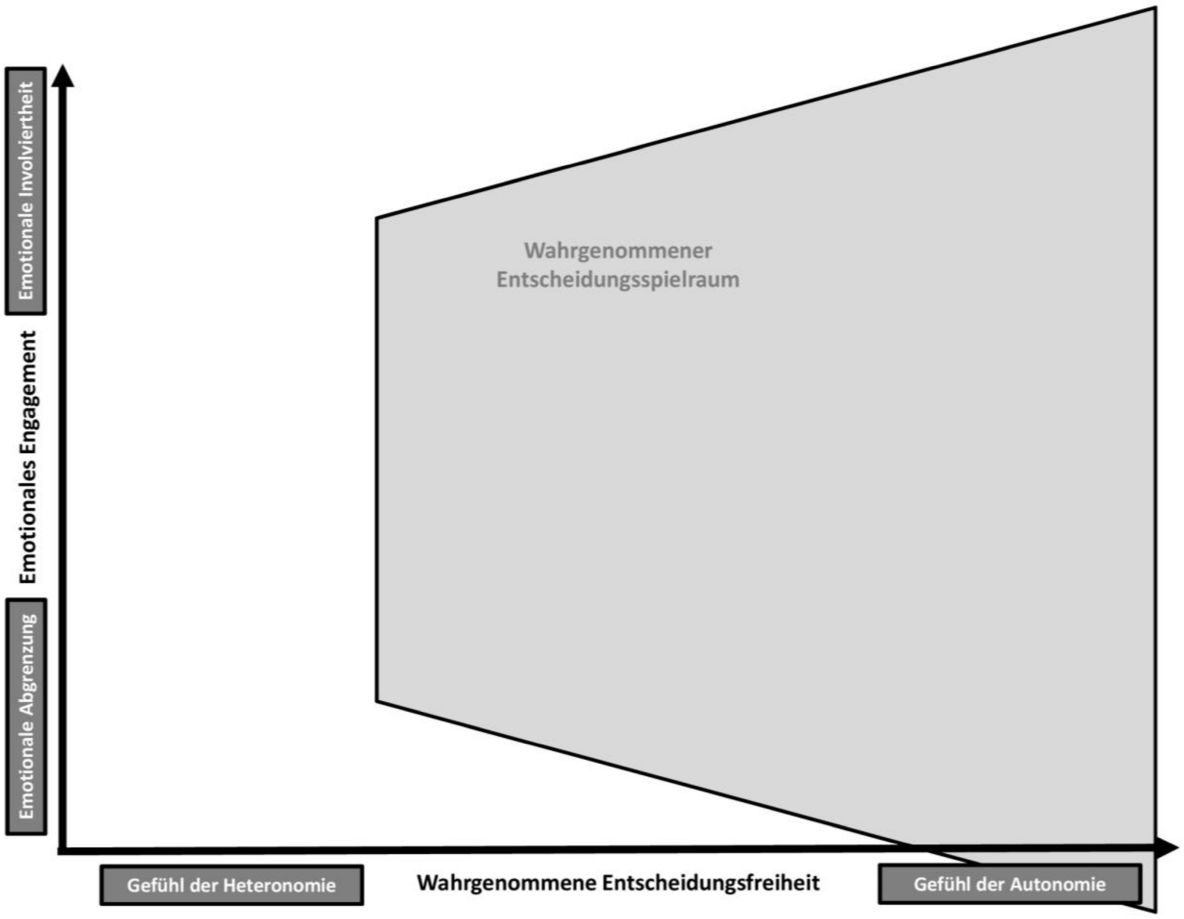


Abbildung 8: Merkmalsraum der Entscheidungstypologie

Merkmalsraumes. Abschnitt 7.1.3 beschreibt anschließend die Bedeutung des „wahrgenommenen Entscheidungsspielraums“, der sich ebenfalls im Merkmalsraum verorten lässt (s. Abbildung 8).

7.1.1. Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Die theoretische Auseinandersetzung mit Entscheidungshandeln hat in Abschnitt 3.1.3 bereits verdeutlicht, dass der Aspekt des Wählens zwischen Optionen als notwendiges Element eine konstitutive Rolle für das Entscheiden spielt. Diese Untersuchung geht davon aus, dass Entscheidungen nicht vollständig durch unbewusste neuronale Prozesse determiniert sind. Zwischen Handlungsursachen und Handlungen gibt es vielmehr eine „Lücke“, die Entscheidungs- und Willensfreiheit ermöglicht (s. Abschnitt 3.1.3.1). Gleichzeitig versteht diese Arbeit Routinen in einem weiten Entscheidungsverständnis als Entscheidungen im Sinne der Anwendung oder performativen Wiederholung früherer Entscheidungen nach situativer Mustererkennung (s. Abschnitt 3.1.3.2).

Abschnitt 6.4.2 konnte auf Grundlage der empirischen Daten zeigen, dass Pflegende in der stationären Langzeitpflege einige Verteilungsentscheidungen als bewusste oder intuitive autonome Wahl empfinden und somit bei ihren Entscheidungen ein **Gefühl der Autonomie** erleben. Das Wählen zwischen Alternativen geschieht in den beschriebenen Situationen, die in der Regel durch hohe Komplexität und Unsicherheit sowie Zeit- und Handlungsdruck geprägt sind, oft intuitiv als Bauchentscheidung. Es wird aber auch von einem bewussten, zum Teil sogar dialogischen Prozess der Entscheidungsfindung berichtet:

> „Dann hab ich (--) die Bewohnerin, die aus dem Krankenhaus kam, erst mal eingeschätzt: Braucht die derzeitig Hilfe oder nicht? Und wenn die ansprechbar ist und mit mir redet, weiß ich, ich muss da jetzt nicht derzeitig sein.“ (IP)

Auf der anderen Seite beschreiben Interviewpersonen auch Verteilungssituationen, in denen sie sich in einem **Gefühl der Heteronomie** (s. Abschnitt 6.4.3) als fremdgesteuert erleben und ihre Entscheidung zur Verteilung von Ressourcen selbst nicht als aktive Entscheidung darstellen, sondern als eher freiwillige oder unfreiwillige, aber immer passive Befolgung von externen Anforderungen wie institutionellen Vorgaben oder eingespielten Routinen:

> „jeder bekommt seinen Toilettengang, das ist alles geregelt, dem ordnen wir halt eben auch viel von uns unter, dass das geregelt wird, dass sie ihre Toilettengänge haben, dass sie in ihren Ruhesessel oder ins Bett oder was auch immer wünschen, (--) ja. Dem ordnen wir das halt eben vieles unter.“ (IP)

In manchen Situationen beschreiben die Pflegenden in dieser Fremdsteuerung ein Gefühl der Entscheidungsunfähigkeit, die aber immer doch in Handlungen mündet und damit auf vorherigen Entscheidungen beruht.

> „Ja, das wäre so eine Situation, wo man denn da sitzt und / (-) ja, die Ärztin sitzt da und will auch weitermachen, weil die hat ja nun auch ihre Patienten noch oder ihre Praxis. So. Und da steht man dann schon manchmal und weiß nicht, wohin zuerst.“ (IP)

Die wahrgenommene Entscheidungsfreiheit wird wesentlich durch die **Bewertung der eigenen Handlungs- und Entscheidungskompetenz** der Pflegenden bestimmt. Pflegende, die sich auch in einer komplexen Situation in der Lage fühlen, entweder eher bewusst oder eher intuitiv gute Entscheidungen zu treffen, erleben und beschreiben ihre Entscheidungen in der Regel eher als autonom und damit frei:

> „dass ich die Kompetenz als Fachkraft habe, zu sagen, das geht jetzt nicht.“ (IP)

> „Also, die sind dann/ (-) ne, die wissen ganz genau, dass ich jetzt gerade dort zu tun habe und, dass es auch **richtig** so ist und auch **wichtig**, ne?“ (IP)

Die objektive, beobachtbare professionelle Performanz sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zu kritischer Reflexion des eigenen Handelns im Sinne eines professionellen Pflegeverständnisses (s. Unterkapitel 3.2) spielt dabei, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle. Entsprechend birgt ein übersteigertes, maximiertes Autonomiegefühl auch die Gefahr der Überbewertung der eigenen Expertise und damit der paternalistischen Missachtung der Perspektiven und Wertsetzungen der von der Entscheidung betroffenen Bewohner:innen (s. Abschnitt 7.2.3 und 7.2.4). Auf der anderen Seite bringt aber auch eine vollständige, freiwillige oder unfreiwillige Unterwerfung unter als zwingend erlebte externe Normen und Ansprüche eine Abgabe der Verantwortung für das eigene Handeln mit sich (s. Abschnitt 7.2.1 und 7.2.2). Dieses Handeln kann, muss aber nicht mit Paternalismus und der Missachtung der Bedürfnisse der betroffenen Bewohner:innen einher gehen:

> „Aber in einer Viertelstunde haben wir einen Menschen gewaschen. Das finde ich wenig. Das ist viel zu wenig Zeit. Nach dem medizinischen Dienst, wenn der MDK kommt, ist ja für das Waschen mehr angegeben. Aber das schaffen wir sonst nicht. Wir waschen wirklich eine Viertelstunde für einen.“ (IP)

Verteilungsentscheidungen in der stationären Pflege sind immer auch in einen institutionellen Kontext eingebunden, der unter anderem die verfügbaren Ressourcen vorgibt, aber auch durch organisatorische Strukturen Einfluss auf die jeweilige Situation hat. Entsprechend beeinflussen **äußere Rahmenbedingungen** als intervenierende Bedingungen (s. Abschnitte 6.3.1 bis 6.3.3) objektiv die individuelle Entscheidungsfreiheit. Diese objektive Beeinflussung – zum Beispiel durch Qualifikationsmix, Pflegebedarf der Bewohner:innen oder Personalsituation – bewerten die

Pflegenden subjektiv sehr unterschiedlich. Entsprechend könnten zwei Personen unter den gleichen Rahmenbedingungen allein dadurch, dass sie diese Rahmenbedingungen und ihre individuelle Entscheidungskompetenz unterschiedlich wahrnehmen und bewerten, unterschiedliche Entscheidungsoptionen für sich identifizieren und letztlich unterschiedliche Entscheidungen treffen. Unter anderem wird dies bei der Beschreibung des Umgangs mit der zentralen Ressource Zeit deutlich (s. Abschnitt 6.3.6): Bei knappen Zeitressourcen „nehmen" sich autonom entscheidende Pflegende aktiv Zeit und verteilen („geben") diese Zeit für das, was sie als wichtig erachten. Auf der anderen Seite thematisieren Pflegende immer wieder, dass sie keine Zeit „habe[n]:

> „Ach, jetzt könnte ich so gern bei ihm sitzen, aber ich habe keine Zeit dazu." (IP)

Die Interviewperson verfügt hier also zumindest subjektiv nicht über zeitliche Ressourcen, die sie autonom verteilen könnte, selbst wenn dies objektiv möglich wäre.

7.1.2. Emotionales Engagement

Neben der als ausgeprägt, gering oder nicht existent wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit positionieren sich Pflegende in Verteilungssituationen immer auch bezüglich ihres emotionalen Engagements in den beschriebenen Situationen. **Emotionale Abgrenzung** durch Pflegende prägt Situationen, in denen sich die Pflegenden mehr oder weniger bewusst von den möglichen emotionalen Konsequenzen ihrer Verteilungsentscheidung distanzieren, etwa indem sie eine gewisse Zwangsläufigkeit oder Schicksalhaftigkeit des Verteilungsergebnisses postulieren: „und mehr wie arbeiten **kann** man ja nicht" (IP). Diese Abgrenzung kann sich dabei sowohl auf die von der Entscheidung potenziell betroffenen Bewohner:innen beziehen, aber auch auf persönliche Auswirkungen wie Kritik von Kolleg:innen, rechtliche Konsequenzen oder Beschwerden von Bewohner:innen:

> „Also die/ (-) die Rentner in dem Fall haben natürlich so echauffiert reagiert, ne? Das war mir eigentlich aber auch schon fast klar, das ist mir dann auch egal." (IP)

In diesem Sinne wirkt emotionale Abgrenzung auch als Selbstsorge-Strategie (s. Abschnitt 6.4.4.1). Pflegende, die sich in Verteilungssituationen eher emotional abgrenzen, fokussieren stärker auf die Sicherstellung der vorgegebenen oder von ihnen geplanten Abläufe und bewährten Routinen, um die Bewohner:innen „vernünftig zu versorgen" (IP). In diesem Sinne kann emotionale Abgrenzung auch auf eine stärkere Perspektive auf **Gerechtigkeitsansprüche** aller Bewohner:innen, aber auch die wahrgenommenen institutionellen Erwartungen und Erfordernisse hindeuten.

Auf der anderen Seite kommt in manchen Verteilungssituationen eine starke **emotionale Involviertheit** zum Ausdruck. Sie zeigt sich durch die Bereitschaft der entscheidenden Pflegenden, sich in der Verteilungssituation persönlich und oft auch unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse (s. Abschnitt 6.4.4.2) zu engagieren, möglichst auf Wünsche und (vermutete) Bedürfnisse der Bewohner:innen einzugehen und insgesamt eine emotionale Nähe gegenüber den Bewohner:innen zuzulassen:

> „Ich kenne die Menschen, ich kenne die Bewohner, ich weiß, wer mag das, wer mag das nicht. Was/ womit kann ich **dem** eine Freude machen, (-) wer schnackt gerne mal ein bisschen **so**, mit wem kann ich **hier** mal ein Späßchen machen oder so, ne?“ (IP)

Emotionale Involviertheit ist damit stärker mit einer Perspektive der **Fürsorge** für einzelne Bewohner:innen verbunden. Dies kann je nach Situation auch eine Offenheit für ein „Mitleiden“ und persönliche Betroffenheit einschließen (s. Abschnitt 6.3.4.3.1).

Der jeweilige Grad des emotionalen Engagements scheint vor allem durch **zwei Faktoren** beeinflusst zu werden:

Erstens scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Grad des emotionalen Engagements und dem **individuellen Pflegeverständnis** (s. Abschnitt 6.3.4.3) zu geben. Dieses Verständnis kann sich zwar über die berufliche Entwicklung hinweg verändern, ist aber doch ein eher stabiler Faktor. Dabei kann eine emotionale Abgrenzung sowohl gegenüber den individuellen Bedürfnissen und Ansprüchen einzelner Bewohner:innen aber auch gegenüber der eigenen emotionalen Betroffenheit in konkreten Situationen in Verteilungssituationen mit einem eher technisch-funktionalen Pflegeverständnis einhergehen (s. Abschnitt 6.3.4.3.2). Der Umgang mit den Bewohner:innen ist hierbei eher durch Zweckrationalität geprägt:

> „Also man muss sich um etwas weniger Bewohner kümmern, die auch leichter, sag ich mal, zu pflegen sind, [*I: Hm*] so dass man halt mehr Zeit hat für die (-) fachbezogenen Dinge wie zum Beispiel ärztliche Kommunikation, Wunddokumentation, Wundverbandswechsel et cetera. Also das ja schon mal ne Maßnahme
> *I: Was bringt das aus deiner Sicht?*
> IP: Naja, Zeit und überhaupt (-) die Ressourcen, um sich um die (--) Aufgaben zu kümmern, die einem gestellt wurden [*I: Hm*] (ja) täglich.“ (IP)

Im Gegensatz dazu weist eine starke emotionale Involviertheit und Anteilnahme an den individuellen Bedürfnissen und Gefühlen der von der Entscheidung betroffenen Bewohner:innen auf ein eher bewohner:innenorientiertes Pflegeverständnis hin (s. Abschnitt 6.3.4.3.1).

> „in jedem/ jedem Dienst ist es anders. Also es kommt drauf an, wie die Bewohner drauf sind, (-) es kommt drauf an, wer im Frühdienst war. (---) Das ist nämlich wieder, dann sind manche Bewohner so, manche Bewohner so.“ (IP)

Wichtigstes Ziel in Verteilungssituationen ist dabei, den wahrgenommenen Bedürfnissen des einzelnen betroffenen Individuums gerecht zu werden, oft unter Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse oder der möglichen Ansprüche der übrigen Bewohner:innen.[132] Dieser Zusammenhang zwischen Pflegeverständnis und Grad des emotionalen Engagement kann dafür verantwortlich sein, dass die Interviewpersonen dazu tendieren, über relativ konstante Grade von emotionalem Engagement in verschiedenen Entscheidungssituationen zu berichten. Dies kann natürlich auch dadurch bedingt sein, dass das Pflegeverständnis der Interviewpersonen zum Zeitpunkt des Interviews in die rückblickende Erzählung und Bewertung der Situationen einfließt.

Zweitens wir der Grad des emotionalen Engagements auch durch die Bewertung der **situativen Rahmenbedingungen** wie Zusammenarbeit im Team, Verhältnis zur Leitung oder besondere Beziehung zu einzelnen Bewohner:innen beeinflusst (s. Abschnitte 6.3.1 bis 6.3.3). Gerade in medizinischen Notfällen wie akuter Atemnot, in der es einer einzelnen Person sichtbar schlecht geht, reagieren Pflegende beispielsweise eher mit Anteilnahme und versuchen, für diese Person Erleichterung zu schaffen (s. Abschnitt 6.3.5.1). Auch können Pflegende selbst in einer bestimmten Situation besonders emotional reagieren, zum Beispiel mit Verunsicherung, Ärger oder Angst, so dass sie sich nur schwer von der Situation distanzieren können, obwohl sie sich sonst sehr gut emotional abgrenzen können:

> „Also man ist dann schon fix und fertig. Ich glaube, wenn <<lachend> mich jemand> was gefragt hätte, werde ich manchmal auch schnippisch. Ich bin dann auch schon mal, wie soll ich sagen ((lacht)) / also man ist dann / man ist gefordert.“ (IP)

Durch diese situative Bewertung der Rahmenbedingungen und Erfordernisse jeder einzelnen Verteilungssituation kann dieselbe Interviewperson unterschiedliche Grade von emotionalem Engagement zeigen.

7.1.3. Wahrgenommener Entscheidungsspielraum

Der wahrgenommene Entscheidungsspielraum innerhalb des Merkmalsraumes der Typologie definiert den Bereich auf der Achse der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit, in dem sich die Pflegenden als handelnde und entscheidende Akteure erleben und beschreiben (s. Abbildung 8 und Abschnitt 6.4.2). Der wahrgenommene Entscheidungsspielraum ist daher allein abhängig von der **Achse der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit** und unabhängig davon, wie stark sich die Pflegenden in der Situation emotional engagieren.

---

[132] Die relative Stabilität des emotionalen Engagements der einzelnen Interviewpersonen in verschiedenen Verteilungssituationen könnte zusätzlich durch deren retrospektive Schilderung und Bewertung verschiedener Situationen aus einem spezifischen Pflegeverständnis heraus bedingt sein.

Wird die wahrgenommene Entscheidungsfreiheit als Kontinuum zwischen dem Gefühl der vollständigen Heteronomie und dem Gefühl der vollständigen Autonomie verstanden, schrumpft der wahrgenommene Entscheidungsspielraum mit zunehmendem Gefühl der Fremdsteuerung durch äußere Einflüsse. Das Gefühl, vollständig fremdbestimmt zu entscheiden, schließt entsprechend aus, dass die Pflegenden einen Entscheidungsspielraum mit verschiedenen Optionen für sich erkennen können – auch, wenn sie ihn faktisch besitzen. Sie erleben ihr Handeln vielmehr als erzwungen („unfreiwillige Heteronomie", s. Abschnitt 6.4.3.2) oder völlig regelorientiert („freiwillige Heteronomie", s. Abschnitt 6.4.3.1). Die beiden Entscheidungstypen, die außerhalb des wahrgenommenen Entscheidungsspielraums liegen, lassen sich daher auch als Typen des (Nicht-)Entscheidens bezeichnen. Das „Nicht" ist dabei in Klammern, da es sich bei Verteilungsentscheidungen dieser zwei Typen nach der Definition der vorliegenden Untersuchung zwar um echte Entscheidungen handelt (s. Abschnitt 3.1.3.3), die von den entscheidenden Pflegenden aber nicht als solche wahrgenommen werden.

7.2. Typen des pflegerischen Entscheidungshandelns

Die im Folgenden dargestellten Typen pflegerischen Entscheidungshandelns sind, wie schon in Abschnitt 5.3.3 beschrieben, empirisch begründete Idealtypen (Kluge 1999: 169). Sie werden durch die Kombination von je zwei maximalen Ausprägungen der beiden Merkmale des emotionalen Engagements und der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit konstruiert. Zusätzlich zu diesen vier Typen fiel bei der Gruppierung der Fälle im Merkmalsraum ein fünfter Idealtyp durch eine deutliche Häufung von Fällen auf (s. Abschnitt 5.3.3). Die entsprechenden Fälle zeichnen sich durch die Verbindung eines hohen, aber nicht maximalen Autonomiegefühls und eines mittleren, allerdings in beide Richtungen flexiblen emotionalen Engagements in Verteilungsentscheidungen aus (s. Abschnitt 7.2.5). Beide Merkmale sind also bei diesem fünften identifizierten Typus nicht extrem ausgeprägt (s. Abbildung 9).

Wichtig beim Nachvollzug der Typenbeschreibungen ist, dass die Typen subjektive Deutungs- und Handlungsmuster im Prozess des Entscheidens darstellen, die nicht mit einzelnen Interviewpersonen gleichzusetzen sind. Vielmehr lassen sich bei einzelnen Interviewpersonen durchaus verschiedene Entscheidungstypen identifizieren, auch wenn eine mehr oder weniger starke Tendenz in Richtung eines Typs bei allen Interviewpersonen erkennbar ist.[133]

[133] Durch diese Tendenz werden manche Interviewpersonen für die Veranschaulichung der Eigenschaften eines Typs besonders häufig zitiert. Aus der Perspektive der Streuung der Fälle, die jeweils einem Typ zugeordnet werden können, konnten vor allem dem überwältigten und ermächtigten Entscheidungstyp nur Entscheidungssituationen zugeordnet werden, die von wenigen verschiedenen Interviewpersonen berichtet worden waren. Etwas heterogener gestaltet sich die Fallstreuung beim konformistischen Entscheidungstyp. Besonders viele verschiedene Inter-

Die folgende ausführliche Darstellung der fünf im Datenmaterial identifizierten Entscheidungstypen beginnt jeweils mit einer **Kurzbeschreibung**, die die wesentlichen Kernaussagen zu den folgenden Aspekte jedes Typs zugespitzt zusammenfasst. Anschließend werden die typenspezifischen Ausprägungen der Merkmale der **wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit** und des **emotionalen Engagements** erläutert und anhand von Interviewpassagen illustriert. Über diese typenbestimmenden Merkmale hinaus zeigen sich Anhaltspunkte dazu, welche leitenden **Verteilungsprinzipen** oder auch Verteilungsziele bei den fünf Typen zum Tragen kommen. Ebenfalls lassen sich auf der Grundlage der berichteten Entscheidungssituationen Hypothesen formulieren, welche **begünstigenden Bedingungen** den jeweiligen Entscheidungstyp hervorbringen könnten. Anschließend wird der **Stellenwert der Selbstsorge** in der Entscheidungssituation thematisiert, der sich bei den fünf Typen in spezifischer Ausprägung zeigt. Für jeden Entscheidungstyp wird auch dargestellt, welche Rolle dort **Kritik und Selbstreflexion** spielen. Zuletzt lassen sich Aussagen dazu treffen, ob und in welchem Umfang die **Autonomieansprüche der Bewohner:in-**

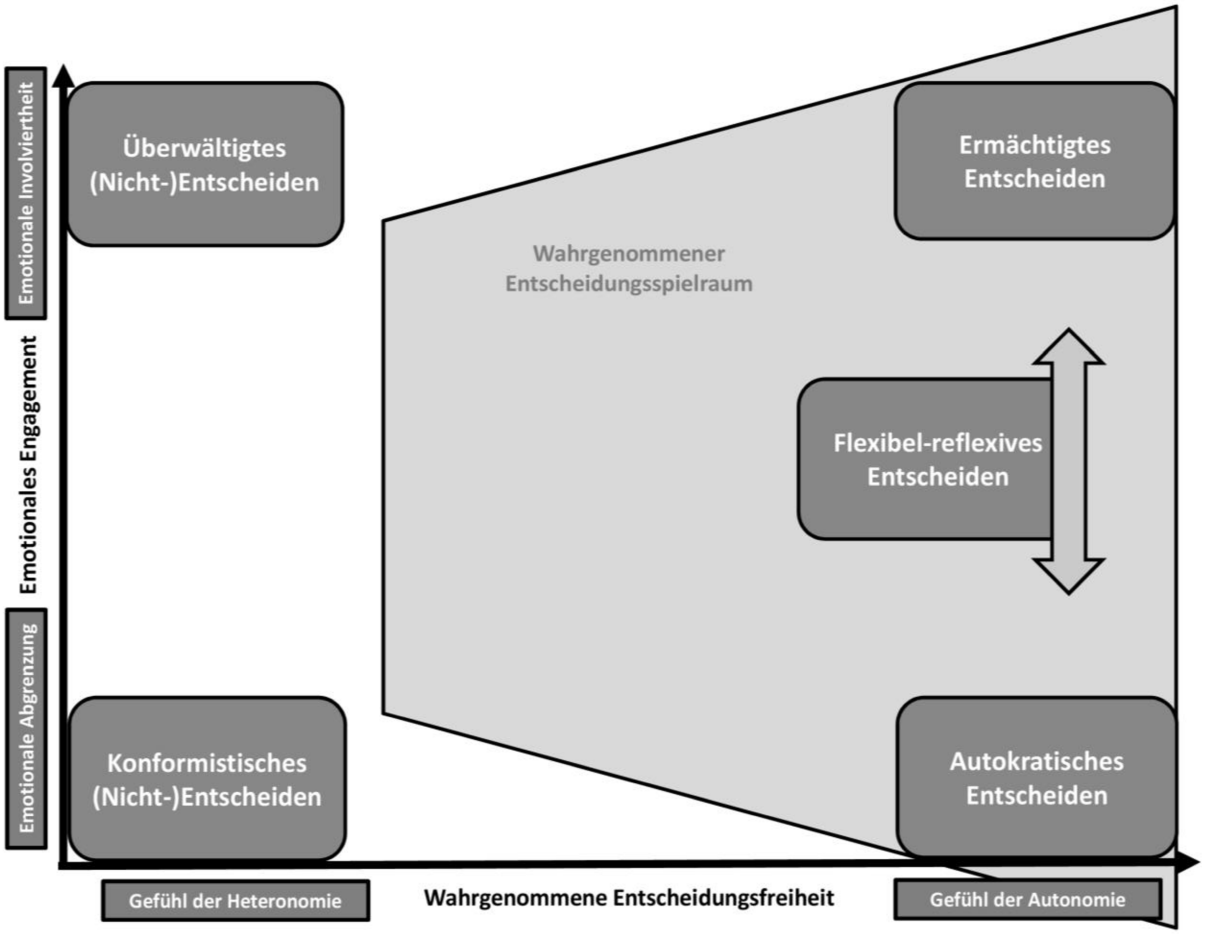


Abbildung 9: Typologie der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden in Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege (kurz: Entscheidungstypologie)

viewpersonen konnten sowohl dem flexibel-reflexiven wie auch dem autokratischen Typ zugeordnet werden. Ein Überblick über die Fallstreuung der Verteilungssituationen findet sich in Tabelle 3 in Anhang 2.

nen im typenspezifischen Entscheidungshandeln Berücksichtigung finden. Einen tabellarischen Überblick über die Charakteristika der fünf Typen bietet Tabelle 4 in Anhang 3.
Ziel dieser idealtypisch zugespitzten und abstrahierten und gleichzeitig empirisch gegründeten Charakterisierung der fünf Entscheidungstypen ist, über die vorliegende empirische Erhebung hinaus Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege begrifflich zu fassen und gemäß den in ihnen aufscheinenden Handlungs- und Deutungsmustern einordnen und analysieren zu können. Durch die beschriebenen Eigenschaften jedes Typs lassen sich darüber hinaus begünstigende Faktoren sowie im normativen Sinn Chancen und Risiken der jeweiligen Typen ermitteln, um davon ausgehend pflegepädagogische Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Entwicklung von Entscheidungskompetenz ziehen zu können (s. Unterkapitel 9.4).

7.2.1. Konformistisches (Nicht-)Entscheiden

Kurzbeschreibung

Im konformistischen Entscheidungshandeln unterwerfen sich Pflegende freiwillig und weitgehend unkritisch den bewährten und eingespielten institutionellen Routinen ihres Arbeitsbereiches und arbeiten die sich daraus ergebenden Tätigkeiten fließbandartig ab. Dies erfolgt auch in komplexen Verteilungssituationen, in denen die Stationsroutinen zum Teil auch das Vorgehen für Priorisierung und Rationierung bei Mangel an zeitlichen Ressourcen bestimmen. Im konformistischen Entscheidungshandeln grenzen sich Pflegende in diesen Situationen – eventuell auch aus Selbstschutz – emotional weitgehend davon ab, welche Konsequenzen ihr (Nicht-)Entscheiden für die Bewohner:innen haben könnte oder sogar hat.

Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Konformismus kann verstanden werden als „Haltung, die durch Angleichung der eigenen Einstellung an die herrschende Meinung, durch Anpassung an die bestehenden Verhältnisse gekennzeichnet ist“ (Duden Online 2024).[134] Entsprechend liegt im konformistischen Entscheidungshandeln die wesentliche, allerdings bereits vor der konkreten Verteilungssituation getroffene Entscheidung der Pflegenden darin, ihre Entscheidungsfreiheit in **freiwilliger Heteronomie** aufzugeben (s. Abschnitt 6.4.3.1). Sie erleben und beschreiben sich dementsprechend nicht als aktiv entscheidende Akteur:innen, sondern folgen passiv der „herrschende[n] Meinung“ (Duden Online 2024) der informellen, gewohnten und bewährten Regeln und Routinen der Institution und übernehmen diese als zentralen Handlungsmaßstab, wie im Folgenden gezeigt wird.

[134] Synonyme von Konformismus sind demnach „Opportunismus, [bereitwillige] Anpassung, Prinzipienlosigkeit; (abwertend) Attentismus“ (Duden Online 2024).

Routinen dienen dabei als institutionell legitimierte Handlungsrechtfertigung und entlasten die Pflegenden in herausfordernden Situationen von Begründungsverpflichtung und Verantwortungsübernahme:

> „Und wenn wir manche in den Rollstühlen mobilisiert an den Tischen haben und am Tisch dann mehrere sitzen, dann gibt man manchmal auch drei Teller zugleich, damit man diese [etwa 20, A.G.] Bewohner bewältigt mit Essen reichen, dass die auch alle / (--)
> *I: Und wie erleben Sie das?*
> IP: Ja, ich finde schon ((lacht)), das ist stressig. Aber, ja, wie empfinde ich es? Man muss <<lachend> Geld verdienen.>“ (IP)

Um am Wochenende mit geringerer Personalbesetzung alle Bewohner:innen beim zeitaufwändigen Anreichen des Essens zu „bewältig[en]“, gibt die Interviewperson mehreren Bewohner:innen gleichzeitig Essen. Im Sinne der effizienten Stationsroutinen spart dies Zeit, denn es muss nicht gewartet werden, bis die Bewohner:innen fertig gekaut haben. Für die einzelnen Bewohner:innen bedeutet dies aber, dass das Essen auf den rein funktionalen Zweck der Kalorienaufnahme reduziert wird. Ein individueller Kontakt und Austausch der Bewohner:innen mit der Pflegekraft findet kaum statt, da diese Zeit entsprechend der üblichen Routine rationiert wurde. Die Interviewperson sieht diese qualitative Problematik hier zumindest nicht übermäßig kritisch, erlebt aber durchaus, dass dieses Vorgehen für sie selbst belastend („stressig“) ist, was sie aber auf Grund von pragmatischen Überlegungen (Notwendigkeit des eigenen Broterwerbs: „Man muss <<lachend> Geld verdienen.>“) sowie der Akzeptanz der Reduktion der Pflege auf effizienzoptimierte Verrichtungen in Kauf nimmt. Das Lachen an dieser Stelle könnte auf einen gewissen Zynismus in Anbetracht der als defizitär bewerteten Situation hindeuten.
Die freiwillige Heteronomie beim konformistischen Entscheidungstyp kommt auch in alltäglichen Verteilungssituationen zum Tragen, in denen weder besonderer Zeitdruck noch Notfälle auftreten:

> „Aber das schaffen wir sonst nicht. Wir waschen wirklich eine Viertelstunde für einen. Das ist halt, man geht rein, man macht Licht, man sagt Bescheid, dass man wäscht, macht Fenster zu und dann fängt man schon an zu waschen. Und die Leute sind im Nu gewaschen. Und das geht dann so mit Bettlägerigen bis Viertel vor Sieben. Und dann kommen schon die ersten Leute raus in den Rollstühlen. Für die braucht man auch nur eine Viertelstunde. Manchmal sogar, wenn es geht, ist es gut, wenn man schon in zwölf Minuten fertig ist. Und das finde ich ganz hart.“ (IP)

Die Interviewperson erlebt die Situation als „ganz hart“ (vermutlich) für die betroffenen Bewohner:innen und damit defizitär, unterwirft sich aber dann doch freiwillig dem üblichen Ritual des morgendlichen Waschens, um die Arbeit zu „schaffen“. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die eher distanzierte und nüchterne Beschreibung der Abläufe, bei der eine zusätzliche Zeitersparnis

positiv bewertet wird („Manchmal sogar, wenn es geht, ist es gut, wenn man schon in zwölf Minuten fertig ist.“).

Gerade in einer Situation der offensichtlichen und von der Pflegekraft auch als solches wahrgenommenen Diskrepanz zwischen institutionell üblichen Routinen und tatsächlichen Bedarfen der Bewohner:innen, in denen eigentlich bewusste, situative Verteilungs- und gegebenenfalls Rationierungsentscheidungen erforderlich wären, zeigt sich die freiwillige Heteronomie besonders deutlich: „es ging so ein bisschen wie so am Fließband, sage ich mal, **ging** nicht an-/, sonst wäre es ja nicht/ nicht gegangen“ (IP). Denn auch in diesen Situationen werden statt autonomer Verteilungsentscheidungen die als legitimiert angenommenen Routinen beibehalten, auch wenn sie nur noch in Grundzügen und verbunden mit umfangreicher impliziter Rationierung umgesetzt werden können.

Emotionales Engagement

Im konformistischen Entscheidungsmodus handeln Pflegende in **emotionaler Abgrenzung** zu ihren (potenziellen) Gefühlen in Verteilungssituationen. Diese Situationen werden zwar zum Teil als defizitär und unangenehm für Bewohner:innen und Pflegende erlebt, Anteilnahme und Mitleid gegenüber den von den Entscheidungen oft negativ betroffenen Bewohner:innen kommen dabei aber kaum zum Ausdruck (s. auch Zitate oben):

> „Also, dann bleiben wir mittags nur zu viert. Und haben immer noch dieselbe Anzahl der Bewohner zum Essen Anreichen. Da muss man halt ein bisschen schneller machen, weil die meisten bekommen ja dann auch noch passiertes Essen. Und ich habe das Gefühl, dass manche auch noch normales Essen essen könnten, wenn das Fleisch jetzt nicht hart ist. Aber Gemüse, das ist ja manchmal weich. Und die Kartoffeln auch. Aber sie bekommen das passiert, damit sie halt ein bisschen schneller essen. (---) Ist leider so. Ist die Wirklichkeit. Ja. (--) Und dann das passierte Essen, wo sie dann nicht mehr kauen müssen wie Brot. Das schlucken sie dann runter. (---) So.“ (IP)

Auch in diesem Zitat wird deutlich, dass die **pflegerische Wirklichkeit als defizitär erlebt** wird: Die Bewohner:innen müssen so schnell wie möglich essen. Um dies zu ermöglichen, erhalten sie passierte Nahrung, auch wenn sie „auch noch normales Essen essen könnten“. Auch wenn die Interviewperson durchaus wahrnimmt, dass mit mehr zeitlichen Ressourcen eine bessere Pflege möglich wäre, nimmt sie die dauerhafte Mangelsituation als gegebene Rahmenbedingung ihrer Arbeit („Wirklichkeit“, IP) hin. Diese Hinnahme kann je nach Ausprägung (noch) als Frustration, aber auch (bereits) als Gleichgültigkeit gedeutet werden:

> „So, und dann ist es so, man hat manchmal das Gefühl, man will / man kann dort nicht allen gerecht werden. Am Anfang versucht man das, (--) denke ich mal, so gut wie möglich mit sich selber und mit seinen Klienten zu vereinbaren (-) und so, aber man / (--) ja, man muss dann immer mehr Abstriche machen.“ (IP)

Konformistisch entscheidende Pflegende nehmen demnach die negativen Konsequenzen ihrer (Nicht-)Entscheidungen durchaus wahr. Sie lassen sich davon aber nicht stärker emotional affizieren.

Hinweise für eine emotionale Abgrenzung gegenüber herausfordernden Verteilungssituationen sind distanzierte oder sogar unbeteiligt wirkende Darstellungen der Abläufe und eigenen Handlungen, oft in der unpersönlichen Formulierung „man“ („man hat die Bewohner aus den Betten mobilisiert, wo es sein musste“, IP; „Da muss man halt ein bisschen schneller machen“, IP). Dies erfolgt möglicherweise als Form des Selbstschutzes, um das eigene Handeln nicht in Frage stellen zu müssen und sich nicht durch das Leiden der Bewohner:innen affizieren zu lassen. Neben dem möglichen Selbstschutz, der später noch thematisiert wird, kann die emotionale Abgrenzung auch ein Anzeichen dafür sein, welche Ziele die Pflege aus der subjektiven Sicht der Pflegenden im konformistischen Entscheidungstyp vor allem hat und nach denen sich entsprechend die Verteilungskriterien richten.

Verteilungskriterien

Ziel und zentrales Erfolgskriterium des konformistischen Entscheidungstyps ist vor allem das erfolgreiche, effiziente Abarbeiten der vorgegebenen Aufgaben in der dafür vorgesehenen (Arbeits-)Zeit. Pflegehandeln ist in diesem Verständnis vor allem eine zweckrationale, technisch-funktionale Verrichtung von Pflegetätigkeiten („Fließband“, IP). Zu Gunsten des erfolgreichen Abarbeitens der „Liste“ werden individuelle Wünsche der Bewohner:innen zwar wahrgenommen, aber letztlich ignoriert.

> „Und, ja, dann duschen wir. Leute werden geduscht. Wir haben einen Duschplan. Also bei uns kommt wirklich / jeder Bewohner kommt einmal in der Woche zum Duschen dran. Manche möchten das auch zweimal haben, aber das schaffen wir nicht. Wir haben eine Liste. Und die werden halt nach Liste geduscht. Von Montag bis Sonntag. (--) Ja, so ungefähr.“ (IP)

Es besteht dabei die Gefahr, dass sich nach und nach aus krisenhaften Einzelfällen heraus entwickelte, auf eine Grundversorgung reduzierte Routinen verfestigen und zur **Normalität** werden:

> „Ja, das nimmt jeder ganz normal, weil das ja durchgehend passiert. So was passiert öfters. So was Ähnliches.“ (IP)

Diese defizitären Routinen werden dann aus Gewohnheit und unkritischer Hinnahme sowohl in Alltagssituationen als auch bei Personalmangel oder Notfällen weitergeführt („dann ist das wie, wenn du am Fließband in der Firma arbeitest“, IP).

Positiv ausgedrückt fokussiert konformistisches Entscheidungshandeln darauf, möglichst allen Bewohner:innen gerecht zu werden, indem alle „irgendwie“ (IP) versorgt werden und keiner vergessen wird („man schafft die Arbeit“, IP).

> „jeder bekommt seinen Toilettengang, das ist alles geregelt, dem ordnen wir halt eben auch viel von uns unter, dass das geregelt wird, dass sie ihre Toilettengänge haben“. (IP)

In diesem Sinne könnte man diesem Entscheidungstyp eine gewisse **Gerechtigkeitsorientierung** zusprechen, allerdings in einer insgesamt nicht bewohner:innenorientierten Umsetzung und oftmals auch defizitären Umsetzung, so dass letztlich zwar alle versorgt werden, aber viele dabei nicht das erhalten, was sie brauchen.
Stattdessen dominieren regelmäßige, gleichmäßige und geplante Vorgehensweisen die Ressourcenverteilung, wie die Metapher „Fließband“ (IP) nahelegt:

> „Und dann um Elf bis Zwölf Uhr noch mal lagern. (--) Ja und dann geht das weiter. Und dann geht es weiter mit Insulinen, und dann geht es weiter mit dem Mittagessen ((lacht)). Und dann ist das dann immer so weiter.“ (IP)

Gerechtigkeit scheint in diesem Verständnis vor allem die **standardisierte Gleichbehandlung** aller Bewohner:innen mit dem Ziel der Sicherstellung einer Mindestversorgung bei gleichzeitiger Vermeidung von Beschwerden und offensichtlichen Schäden.

Begünstigende Bedingungen

Obwohl sich dies nicht direkt aus den Schilderungen der Verteilungssituationen ableiten lässt, ermöglichen sowohl bestehende Erkenntnisse aus Theorie und Empirie, aber auch aus der Analyse der Interviews der vorliegenden Arbeit, die Bildung von Hypothesen dazu, wie ein typenspezifisches Entscheidungshandeln situativ ausgelöst oder durch eher längerfristige Entwicklungen und Rahmenbedingungen angebahnt werden kann. Entsprechend sind die Ausführungen zu möglichen Bedingungen und Auslösern von typischem Entscheidungshandeln hier und in den folgenden Abschnitten bewusst spekulativ formuliert, werden aber mit zahlreichen empirischen Belegen aus dem Datenmaterial der vorliegenden Arbeit illustriert.
Es ist denkbar, dass konformistisches Entscheidungshandeln unter anderem aus der Erfahrung mit mehrfachen, belastenden Verteilungssituationen hervorgehen kann. Durch die wiederholte **Frustration** über das Erleben eines Widerspruchs zwischen eigenem Anspruch an Pflegearbeit und der erlebten Praxis unter strenger Ressourcenknappheit, in der als wichtig bewertete Aufgaben der Pflege „auf der Strecke“ (IP) bleiben, kommt es zu einer allmählichen Abstumpfung. In zunehmender emotionaler Abgrenzung wird der erlebte Widerspruch verdrängt und der Fokus auf das Erreichen der zweckrational geprägten institutionellen Vorgaben gerichtet:

> „und dann haben wir halt eben so gesagt, komm, wir machen jetzt mal/ (-) fangen an und ja, und irgendwie geht so ein Dienst dann um“ (IP).[135]

Ebenfalls vorstellbar ist, dass mangelndes Fachwissen oder Unsicherheit einer konformistischen Übernahme von institutionellen Routinen Vorschub leisten, da diese größere Sicherheit und Orientierung bieten.[136] Mögliche schwerwiegende Konsequenzen von impliziter Rationierung werden auf Grund von fehlender Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft vermutlich nicht oder zumindest nicht in vollem Ausmaß erkannt. Verstärkt werden könnte diese Tendenz durch die Sozialisierung vor allem neuer, unerfahrener Kolleg:innen in einem Arbeitsbereich, in dem mehrere Pflegende wiederholt konformistische (Nicht-)Entscheidungen treffen und sich damit auch defizitäre Routinen als wahrgenommene institutionelle Erwartung verfestigen. Die neuen Kolleg:innen „müssen machen, wenn wir ihnen was sagen.“ (IP) Solange sie dies tun, werden sie anerkannt. Pflegende oder Pflegelernende dagegen, die sich nicht anpassen können oder wollen, werden nicht als Teil der Teams akzeptiert, in denen sich eine vom konformistischen Entscheidungstyp geprägte Kultur entwickelt hat:

> „Wir haben zwar im Moment zwei Schülerinnen, die nicht / die werden auch nicht übernommen werden, denn die schaffen die Arbeit nicht.“ (IP)

Stellenwert der Selbstsorge

Durch die beschriebene Entlastungs- und Orientierungsfunktion kann konformistisches Entscheidungshandeln sowohl in alltäglichen Verteilungssituationen, aber auch bei herausfordernden Situationen zum Beispiel durch Personalausfall, eine gelungene Selbstsorge ermöglichen. Auch die starke emotionale Abgrenzung fungiert als **Schutz** davor, sich durch negative Gefühle wie Mitleid oder Schuld negativ affizieren zu lassen, die prägend für den Typ des überwältigten Entscheidungshandelns sind (s. Abschnitt 7.2.2). Pflegende, die Entscheidungen mit konformistischem Typ schildern, äußern zwar gerade bei plötzlichen Zwischenfällen eine gewisse **Unzufriedenheit**. Diese erwächst jedoch weniger aus belastenden Emotionen, sondern vor allem daraus, dass die Pflegenden zur Umsetzung der Stationsroutinen schneller arbeiten müssen und dies als **(physisch) anstrengend** empfinden:

> „Weil man wirklich nur am Rennen ist, nur am Hetzen von hier nach da. Und man kann auch nicht normal gehen und sich mal zu jemandem hinsetzen, mal drei Minuten oder vier

[135] Dies kann auch als Reaktionstyp der „praktischen Hinnahme“ gedeutet werden, vgl. Kersting/Meisterernst 2020: 72 bzw. Abschnitt 4.2.5.
[136] Vgl. auch „naiver Zugang“ bei Kersting/Meisterernst 2020: 72.

> Minuten. Dafür hat man ja keine Zeit. Immer nur wirklich das macht, was man macht und direkt weitergeht, was anderes macht. (-) Das ist so viel.“ (IP)

Durch die starke emotionale Distanzierung wird die Belastung im Wesentlichen als körperlich erlebt. Körperliche Erschöpfung und Unzufriedenheit lassen sich durch Erholungsphasen gut kompensieren. Auch in besonders stressigen Situationen gelingt es mit konformistischem Entscheidungshandeln eher, durch eine bewusste kurze Pause und Distanzierung aus der gegebenen Situation ruhig zu bleiben und danach im Sinne des Abarbeitens der institutionellen Routinen wieder arbeitsfähig zu sein:

> „Ich atme oft dann so ((atmet tief)). Automatisch kommt das schon bei mir, dieses tiefe Atmen. Und dann immer der Reihe nach. Alles der Reihe nach. Wird alles noch gemacht ((lacht)).“ (IP)

Nach einer als herausfordernd erlebten Situation wird eine gewisse **Zufriedenheit** deutlich, dass „der ganze Ablauf (--) durch ist“ und damit die Situation im Sinne der Sicherstellung institutioneller Abläufe aus Sicht der Pflegenden insgesamt erfolgreich bewältigt wurde:

> „Also irgendwann/ also, ich arbeite dann ganz normal weiter, aber dieser Stress geht irgendwann weg. Ich kann das gar nicht beschreiben. Auf jeden Fall bin ich dann irgendwann wieder ruhiger so. Nachdem der ganze Ablauf (--) durch ist, geht das eigentlich wieder.“ (IP)

Reflexions- und Kritikfähigkeit

Im konformistischen Entscheidungshandeln agieren Pflegende **weitgehend unkritisch**: Die gegebenen Rahmenbedingungen werden auch bei umfangreicheren Defiziten nicht hinterfragt und defizitäre Routinen sogar mitgetragen und verfestigt. Das eigene Handeln wird durch die Orientierung an den als legitim erachteten, zweckrational-ökonomischen Zielen der Institution legitimiert und muss entsprechend nicht selbst begründet und verantwortet werden.

> „[Es] war nicht **so** (--) bel**ast**end für mich, also, es (--) es war zwar nicht schön, definitiv nicht, aber (--) ähm (-) es war jetzt nichts, wo ich sagen würde: Ja, das kriege ich jetzt gar nicht mehr aus meinem Kopf raus.“ (IP)

Entsprechend kann auch Kritik an der eigenen Arbeitsweise mit dem Hinweis auf die Orientierung an bisher erfolgreichen Routinen sowie den institutionellen Vorgaben abgewehrt werden:

> „Man muss heutzutage auch schnell arbeiten in der Pflege. (--) Sehr schnell.“ (IP)

Konformistisches (Nicht-)Entscheiden wirkt in diesem Sinne auch **opportunistisch**, indem die ökonomisch geprägten institutionellen Vorgaben bereitwillig und unreflektiert nicht nur übernom-

men und mitgetragen, sondern auch so angepasst werden, dass die Versorgung trotz starkem Zeitdruck durch Personalmangel sichergestellt ist:

> „Also das verzögert sich dann, wenn dann ein Bewohner halt / (--) es sind manche, die sind verständnisvoll. Und die Bettlägerigen, die man dann noch mal lagern muss, die sagen ja sowieso nichts. Es verzögert sich dann alles ein bisschen und so. (-) Und man kann es managen (-) man kann es schaffen.“ (IP)

Die beschriebenen Verzögerungen müssen von den Bewohner:innen entweder hingenommen werden, oder sie sind aus Sicht der Interviewperson ohnehin nicht in der Lage, sich zu beschweren. Diese zynische Äußerung gegenüber den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner:innen kann als Zeichen der emotionalen Abgrenzung gewertet werden. Es zeigt aber auch, dass diese Bedürfnisse kaum eine bis keine Rolle gegenüber dem „[M]anagen“ der institutionellen Abläufe spielen.

Diese weitgehende **Immunität gegenüber Kritik** sowie die mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit zur Selbstreflexion wirkt damit auch als Schutz gegenüber der Infragestellung der eigenen Haltung und Arbeitsweise.

Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen

Die vollständige, unkritische Identifikation mit den wahrgenommenen institutionellen Zwecken der Effizienzsteigerung kann dazu führen, dass auch paternalistische, also die Autonomie der Bewohner:innen einschränkende, bevormundende Strukturen und Routinen mitgetragen und damit zumindest passiv akzeptiert werden. Zusätzlich lässt sich eine Tendenz zum Zynismus gegenüber den Bewohner:innen erkennen, der unter anderem daraus resultiert, dass diese sich auf Grund ihrer Situation nicht beschweren können („Und die Bettlägerigen, die man dann noch mal lagern muss, die sagen ja sowieso nichts“, IP), oder daraus, dass deren Bedürfnisse als überzogen und damit unberechtigt bewertet werden:

> „Aber, wenn man muss / jeder Bewohner ist schon auf sich sehr bezogen. Also ich, ich als erster ((lacht leise))“ (IP).

Dieser Zynismus könnte aus einer grundsätzlich eher distanzierten Haltung der emotionalen Abgrenzung resultieren, in der die Abwertung der Bewohner:innen Ausdruck davon ist, dass diese sowie ihre Bedürfnisse vor allem als zeitaufwändige Arbeitsaufgaben bewertet werden.

7.2.2. Überwältigtes (Nicht-)Entscheiden

Kurzbeschreibung

Beim überwältigten (Nicht-)Entscheiden klaffen erlebte Pflegerealität und das eigene, hohe bis überhöhte und unreflektierte Idealbild von Pflege maximal auseinander. Da sie keinen eigenen Entscheidungsspielraum erkennen können, erleben sich die Pflegenden in Verteilungssituationen im Sinne unfreiwilliger Heteronomie ausgeliefert und entscheidungsunfähig. Faktisch entscheiden sie sich aber doch, vor allem durch die Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse und das Abarbeiten der einzelnen vorgegebenen Tätigkeiten, die Stationsabläufe und -routinen so gut wie möglich aufrecht zu erhalten. Dies erfolgt allerdings unter hoher emotionaler Anspannung und ist oft verbunden mit Frustration und Schuldgefühlen, wenn durch diese Vorgehensweise die Pflegenden den erlebten, umfassenden Ansprüchen an die eigene Arbeit wiederholt nicht gerecht werden können.

Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Der überwältigte Entscheidungstyp ist vor allem durch **Widerspruchserfahrung** gekennzeichnet: Pflegende erleben in Verteilungssituationen eine extreme Diskrepanz zwischen dem, was sie in einem naiven Idealbild als gute Pflege verstehen und umsetzen möchten, und der konkreten Situation oder darüber hinaus dem erlebten Pflegealltag in einer Einrichtung, in dem aus ihrer Perspektive kaum eine oder keine Möglichkeit besteht, den eigenen Ansprüchen an eine gute Pflege „gerecht zu sein“:

> „Und das war dann so schlimm, da steigert man sich dann so rein, obwohl man / obwohl dann immer Kollegen sagen: ‚Bleib ruhig, bleib ruhig‘, aber (--) ich habe dann immer gedacht, wenn dann noch jemand hinfällt oder so, wär alles / an dem Tag ist Gott sei Dank niemand hingefallen, aber (-) diese Situation ist halt da. Du hast dann tausend Gedanken gleichzeitig, die auf die zukommen, und du denkst: Ah, hoffentlich passiert das und das nicht, [I: Hm] und eben der Arbeit gerecht zu sein, das konnte ich da nicht mehr (--). Und das war für mich eine ganz schlimme Situation.“ (IP)

Um überhaupt handlungsfähig zu sein, unterwerfen sich die Pflegenden in **unfreiwilliger Heteronomie** den Routinen und Abläufen der Institution, die zumindest eine Grundversorgung zu gewährleisten versprechen. Den Pflegenden ist, wenn sie Entscheidungen des überwältigten Typs schildern, schmerzhaft bewusst, dass dabei im Sinne der impliziten Rationierung aus ihrer Sicht existenzielle und berechtigte Fürsorge-Ansprüche missachtet oder als notwendig bewertete Maßnahmen nur unzureichend oder nicht durchgeführt werden können.

Im überwältigten Entscheidungshandeln haben Pflegende das Gefühl, der Situation letztlich ausgeliefert zu sein, sie wenn möglich aushalten zu müssen, und aktiv nichts gegen diese Diskrepanz unternehmen zu können.

> „Und dann hätte ich noch meine Blutzucker eigentlich gehabt, die Insuline, dann noch die Tabletten, die dann um halb sechs auch verteilt werden müssen, weil sonst die Fitten ja auch wieder in ihre Wohnungen rennen und man dann später jede Wohnung abklappern muss. Und (-) dann hat man ja auch noch/ Ja. Dann (-) kam dann irgendwie noch ein/ noch ein Anruf von (-) der PDL, dass irgendwas jetzt angekommen ist. Irgendwie eine Lagerung, hat sie mir da und da hingelegt. Zum Schluss wusste ich nicht mehr wo. (---) Ja. Und (-) ja, dann saß ich da mit der Ärztin, auch noch nicht so richtig viel Erfahrung. Und (-) das war ja noch zu den Zeiten, wo wir auch im betreuten Wohnen alleine gearbeitet haben und (-) alles so auf mich einfiel und sie geredet hat und geredet hat und ich erst mal überlegen musste, ‚So, wie war das jetzt, was muss ich jetzt als erstes machen. Und dann muss ich ja jetzt auch noch hoch zu Bewohnerin und der das jetzt auch noch sagen, hätte sie ja auch machen können.' Also mich so ein bisschen aus dem (-) Takt bringen lassen und dann auch (-) ja, da so (-) irgendwie Kuddelmuddel." (IP)

Die Interviewperson beschreibt hier eine Situation, in der sie selbst noch wenig Berufserfahrung hat und nicht in der Lage fühlt, sich gegenüber der Ärztin durchzusetzen. Stattdessen lässt sie sich „so ein bisschen aus dem (-) Takt bringen" und verliert mehr und mehr die Kontrolle über die Situation („und (-) alles so auf mich einfiel").

Kontrollverlust und Fremdbestimmung äußern sich auch darin, dass die Interviewpersonen wiederholt formulieren, dass sie nichts tun „können":

> „Ich **kann** momentan nicht, ich habe gerade nicht die Zeit." (IP)[137]

Auch wenn die Fremdbestimmung als erzwungen wahrgenommen wird, liegt ihr doch eine unreflektierte Entscheidung zu Grunde, die als problematisch erlebte Pflegerealität durch das Abarbeiten der vorgegebenen, formellen und informellen Routinen eben doch mitzutragen und damit, wie auch im konformistischen Entscheidungstyp, defizitäre weil zweckrational-funktionell geprägte Routinen durch ihre Wiederholung zu gestalten und zu verfestigen. Damit besteht die Gefahr, dass die Pflege nicht nur bei akutem Ressourcenmangel einen Charakter von Fließbandarbeit erhält.

Emotionales Engagement

Im überwältigten Entscheidungshandeln zeigen sich Pflegende stark **emotional involviert** und haben den persönlichen und unreflektierten Anspruch an sich selbst, „der Arbeit gerecht zu sein" (IP). Dies kann unter anderem bedeuten, die als umfassend erlebten Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner:innen zu erfüllen. Dabei kann dieser Wunsch nach Fürsorge für die Bewohner:innen übersteigert werden:

> „mehr Zuwendung (---) ja, mehr Zuwendung, Liebe, bekommen sie / also von mir bekommen sie Liebe. […] Einfach mehr Zuwendung, mehr Gespräche, mehr (---) ja, mehr

[137] Die IP wiederholt „Ich kann momentan nicht" in der berichteten Entscheidungssituation insgesamt sechsmal.

> Zuversicht und Wärme vor allem. (--) Eben durch dieses schnelle Wegrennen bekommen die nicht so viel Wär[me].“ (IP)

Dieser Anspruch an Pflege als liebevolle Zuwendung kann im institutionellen Kontext als schwere Fürsorge verstanden werden, die in extremer emotionaler Involviertheit über eine professionelle Pflegebeziehung hinaus geht („Streicheleinheiten“, IP). Alternativ kann sich der hohe Anspruch aber auch eher unspezifisch auf das Bewältigen von als überfordernd und unbegrenzt erlebten professionellen Erwartungen oder Pflegesituationen beziehen, die oft auch die umfassende Verantwortung für die Bewohner:innen einschließt. In beiden Fällen kann dieser Anspruch durch die Begrenzung der zeitlichen Ressourcen in Verteilungssituationen durch die Pflegenden nicht (zufriedenstellend) erfüllt werden (s. auch Unterkapitel 6.2).
Vor allem in Situationen, in denen die physische und psychische Gesundheit der Bewohner:innen von der Entscheidung der Pflegenden abhängt, reagieren Pflegende im überwältigten Entscheidungshandeln so emotional ergriffen, dass sie sich der Situation und den dort erlebten Emotionen nicht entziehen können.[138]

> „Und das war dann so schlimm, da steigert man sich dann so rein, obwohl man / obwohl dann immer Kollegen sagen: ‚Bleib ruhig, bleib ruhig‘, aber (--) ich habe dann immer gedacht, wenn dann noch jemand hinfällt oder so, wär alles / an dem Tag ist Gott sei Dank niemand hingefallen, aber (-) diese Situation ist halt da. Du hast dann tausend Gedanken gleichzeitig, die auf dich zukommen, und du denkst: Ah, hoffentlich passiert das und das nicht, [*I: Hm*] und eben der Arbeit gerecht zu sein, das konnte ich da nicht mehr (--). Und das war für mich eine ganz schlimme Situation.“ (IP)

An einer anderen Stelle wird beschrieben, dass eine Situation „eskaliert“ (IP) und die Interviewperson versucht, „irgendwie einen Ausweg [zu] finden, wie man das am besten hinbekommt.“ (IP). Durch das hierbei deutlich werdende **intensive Erleben** („da steigert man sich dann so rein“) und an anderen Stellen auch Mit-Leiden („tottraurig“, IP) in der Situation, gegen die sich die Pflegenden nicht abgrenzen können oder wollen, werden sie von dem Übermaß an (negativen) Gefühlen geradezu körperlich überwältigt:[139] „(Der tut) dann sehr / der schmerzt sehr“ (IP).[140]

[138] Vgl. auch die Definition von überwältigt als Adjektiv: „von etwas so stark beeindruckt, dass man sich der Wirkung nicht entziehen kann“ (Duden Online 2024).
[139] Als Verb bedeutet „überwältigen“ sowohl „mit körperlicher Gewalt bezwingen und wehrlos machen“ als auch „mit solcher Intensität auf jemanden einwirken, dass er sich dieser Wirkung nicht entziehen kann“ (Duden Online 2024).
[140] Dieselbe IP auch: „Und das (--) tut mir weh“.

Verteilungskriterien

Ziel der Pflegenden im überwältigten (Nicht-)Entscheiden ist es, den eigenen, umfassenden Idealvorstellungen von guter Pflege in Verteilungsentscheidungen **„gerecht zu sein“** (IP). Dies kann sich unter anderem dadurch ausdrücken,

> „dass eigentlich jeder zufrieden ist, aber (--) trotzdem irgendwie versorgt ist, aber ich trotzdem alles irgendwie so schaffe.“ (IP)

Die Interviewperson formuliert damit in einer Verteilungssituation mit geringen Zeitressourcen und einer Vielzahl an Erwartungen und Anforderungen einen sehr hohen Anspruch an sich. Während es ihr in dieser Situation, allerdings unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, „irgendwie“ gelingt, ihrem Anspruch gerecht zu werden, ist dies in einer anderen Situation nicht der Fall, in der sie durch geringe Berufserfahrung „aus dem Takt“ kommt (IP).

Für Pflegende im überwältigten Entscheidungstyp ist es in der Konfrontation mit den vielfältigen, kaum zu überblickenden Anforderungen schwer bis unmöglich, eigene Prioritäten zu setzen. Um überhaupt handlungsfähig zu sein, werden zur **Sicherstellung von institutionellen Abläufen** Aufgaben nach und nach abgearbeitet, meist orientiert an bewährten Routinen. Anders als beim konformistischen Typ betrachten die Pflegenden dies jedoch nicht als gute Pflege, da das Ziel beim überwältigten Entscheidungshandeln in Ermangelung der Mittel dazu, allen gerecht zu werden, darauf reduziert wird, die täglichen Verrichtungen irgendwie zu schaffen und damit eine **Grundversorgung** der Bewohner:innen zu gewährleisten.

Begünstigende Bedingungen

Eine begünstigende Bedingung eines überwältigten (Nicht-)Entscheidens scheint vor allem die oben bereits beschriebene, hohe bis überhöhte, **unreflektierte Idealvorstellung von guter Pflege** zu sein, der Pflegende im institutionellen Kontext und vor allem in Verteilungssituationen, die durch Zeitdruck oder Personalmangel geprägt sind, nie vollständig gerecht werden können. Eventuell noch stärker als im konformistischen Entscheidungstyp scheinen auch **mangelnde Berufserfahrung und Fachkenntnisse** zu verhindern, dass Situationen in ihrer Komplexität kompetent eingeschätzt und sinnvolle Handlungsmöglichkeiten, Priorisierungen sowie mögliche Kompromisse zwischen verschiedenen Ansprüchen überhaupt erkannt werden können.

> „Also es war (-) wirklich eine (-) ganz blöde Situation, weil ich halt alleine war und da auch noch nicht so diese Erfahrung hatte, wie ordne ich mir das jetzt so, dass eigentlich jeder zufrieden ist“ (IP).

Geringe Berufserfahrung führt zudem eher zu Unsicherheit und Überforderung, die prägend sind für die diesen Typ kennzeichnende Verbindung zwischen starker emotionaler Involviertheit und dem Gefühl der Handlungsunfähigkeit.

Verstärkend können sich **problematische institutionelle Rahmenbedingungen** auswirken, in denen es wiederholt zu besonders herausfordernden Verteilungssituationen kommt (s. Abschnitt 6.3.1):

> „Und das ist halt in dem großen Wohnbereich, da gab es schon immer Unruhe. […] Und so ist immer in diesen, / weil es so groß ist, ist da immer / wird nie Ruhe einkehren, nie wirklich sein [I: Hm]. Also es wird nie richtig Ruhe einkehren, weil der Wohnbereich einfach zu wuchtig ist". (IP)

Dies ist aber keine Voraussetzung für das überwältigte Entscheiden. Denn im institutionellen Kontext ist eine Pflegekraft nie nur für eine Person allein verantwortlich und wird mit unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen Erwartungen konfrontiert. Bei einem unreflektierten, überhöhten Anspruch an das eigene Handeln und die damit verbundene Verantwortung kommt es in Verteilungssituationen leicht zu Widerspruchserfahrungen, emotional intensivem Überforderungserleben und damit auch dem Gefühl der unfreiwilligen Heteronomie, da nie alle subjektiv wahrgenommenen Ansprüche und Erwartungen erfüllt werden können.

Stellenwert der Selbstsorge

In herausfordernden Verteilungssituationen kann insbesondere im überwältigten Entscheidungshandeln das **Vernachlässigen eigener Bedürfnisse** (s. Abschnitt 6.4.4.2) als Strategie verstanden werden, um mit dem durch die hohe emotionale Involviertheit intensiv erlebten Leiden und dem Wissen um die vielfältigen unerfüllten Bedürfnisse der Bewohner:innen durch eine als defizitär erlebte Arbeitsrealität umzugehen:

> „Und dann habe ich halt bis endlich / ich habe keine Pause gemacht, ich habe durchgearbeitet. Ich habe weder (--) noch was gegessen, für mich oder kaum was getrunken. Habe ich es geschafft, bis viertel von neun, dass ich dann der Übergabe halt gesagt habe, wie die Lage grade ist." (IP)

Trotz erheblichem Zeitdruck und gleichzeitigen Anforderungen hat es die Interviewperson hier unter Missachtung eigener körperlicher Bedürfnisse tatsächlich irgendwie „geschafft", dass bis zur Übergabe keine schwerwiegenden Folgen für die Bewohner:innen auftreten. In der Verteilungssituation war sie allerdings immer wieder gezwungen, Rationierungen vorzunehmen, um dieses Ziel zu erreichen. Dies führt zu ausgeprägten **Schuldgefühlen** gegenüber den Bewohner:innen.

> „Und das macht mich sehr traurig *[I: Hm]* immer zu sagen: ‚Ich kann momentan nicht'." (IP)

Da diese Rationierungen im Sinne der unfreiwilligen Heteronomie nicht als eigene Entscheidungen erlebt und geschildert werden, ist die einzige, mehr oder weniger bewusste Entscheidung der Interviewperson, die eigenen Bedürfnisse zu missachten. Diese Selbstsorgestrategie kann wie im obigen Beispiel kurzfristig erfolgreich sein, wenn dadurch die Sicherstellung existenzieller Grundbedürfnisse der Bewohner:innen erreicht wird. Oft scheitert sie aber auch und kann in jedem Fall psychisch und physisch nicht unbegrenzt durchgehalten werden.

Durch die **hohe emotionale Involviertheit** werden Verteilungssituationen zudem sehr intensiv erlebt und lösen starke, oft negative Emotionen aus. Insbesondere, wenn es den Pflegenden auch nach der herausfordernden Situation nicht gelingt, sich emotional abzugrenzen, kann dies längerfristig zu Unzufriedenheit, Frustration und emotionaler Erschöpfung führen.[141] In der Verbindung von längerfristig belastenden Arbeitsbedingungen, überhöhtem Anspruch ans eigene Handeln und vernachlässigter Selbstsorge muss beim überwältigten Entscheidungstyp die Burnout-Gefahr höher eingeschätzt werden als bei Pflegenden, bei denen andere Entscheidungstypen vorherrschen.

Reflexions- und Kritikfähigkeit

Vor allem bei wiederholtem überwältigtem (Nicht-)Entscheiden, bei dem zwar nicht bewusst, aber doch zumindest passiv entschieden wird, sich den als defizitär erlebten institutionellen Routinen zu unterwerfen, werden diese zwar nicht wie im konformistischen Entscheiden mehr oder weniger gleichgültig akzeptiert, aber doch hingenommen und damit auch mitgetragen. Einer kritischen Reflexion oder gar konstruktiven Veränderung der gegebenen, als defizitär erlebten Verhältnisse oder einer Weiterentwicklung der eigenen, naiven Idealvorstellungen von professioneller Pflege weichen Pflegende damit aus und bewältigen Verteilungssituationen vor allem durch die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Der Typ des überwältigten (Nicht-)Entscheidens kann daher als **eher unkritisch und unreflektiert** bewertet werden, auch wenn Mängel an den gegebenen Verhältnissen durchaus wahrgenommen werden:

> „Immer auf die Uhr zu gucken oder in Gedanken zu haben: Jetzt muss ich zum Nächsten. Dass ich einfach / muss ja nicht einmal das (--) nach draußen Gehen sein. Einfach für mich wäre es wichtig, dass ich sagen kann, dass ich nicht mit Druck arbeiten muss. *[I: Hm]* Dieser Druck immer. Dieser Druck, von einem Zimmer zum anderen zu rennen.
> *I: Was macht das mit dir?*

[141] Eine Interviewperson erwähnt an drei Stellen die eigene Unzufriedenheit.

> IP: Das macht mich traurig, unruhig (--) Schmerzen und ist für mich / (---) da bin ich wütend *[I: Hm]* Wütend, dass es so ist. Weil wir früher auch viel Zeit hatten, und haben trotzdem keine Langeweile gehabt.“ (IP)

Weder das eigene hohe und oft einseitig fürsorgeorientierte Pflegeverständnis, noch die wenig tragfähige Selbstsorge-Strategie der Missachtung eigener Bedürfnisse oder die institutionellen Rahmenbedingungen der Pflege, die neben einer Fürsorge- auch eine Gerechtigkeitsperspektive erfordert, werden ausreichend reflektiert. Kritik am eigenen Handeln üben Pflegende beim überwältigten Entscheiden allerdings – anders als beim konformistischen Entscheiden – selbst, da sie sich selbst für die wahrgenommenen Mängel als verantwortlich empfinden: „Und/ Ja (-) im Großen und Ganzen war ich einfach auch mit mir selbst nicht zufrieden.“ (IP)

Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen

Vor allem, wenn das hohe Idealbild von Pflege verbunden ist mit einem unreflektierten Verständnis von Pflege als schwerer Fürsorge, besteht die Gefahr, dass die Autonomie der in einem einseitigen Abhängigkeitsverhältnis stehenden pflegebedürftigen Menschen im überwältigten Entscheiden missachtet wird. Denn die Bewohner:innen können als „hilflos“ erlebt werden:

> „Die sind so hilflos und die brauchen mich. Und viele haben keinen und (--) warum soll ich sie dann nicht mal umarmen und für die da sein“ (IP).

In dieser erlebten Hilflosigkeit sehen sich die Pflegenden in der Verantwortung, fehlende Familien- und Freundschaftsbeziehungen zu kompensieren – möglicherweise in unreflektierter Projektion eigener Vorstellungen, wie man später selbst gepflegt werden möchte:

> „Weil ich sage: ‚Vielleicht kriege ich die Zeit irgendwann auch mal zurück und will vielleicht das dann bekommen.‘“ (IP)

Der starke Wunsch nach liebevoller Zuwendung geht daher zunächst einmal einseitig von der Pflegekraft aus, selbst wenn denkbar ist, dass dies auch dem Wunsch der Bewohner:innen entspricht. Hinzu kommt, dass – wie auch im konformistischen Entscheiden – durch die Übernahme von institutionellen Routinen auch mögliche paternalistische Strukturen unreflektiert übernommen und mitgetragen werden können.

7.2.3. Ermächtigtes Entscheiden

Kurzbeschreibung

Beim ermächtigten Entscheidungshandeln nehmen Pflegende eine weitgehende Autonomie in ihren Entscheidungen wahr, treten selbstgewiss auf und setzen ihre persönlichen Überzeugungen gegen institutionelle Vorgaben oder von Bewohner:innen geäußerte Wünsche durch. In starker

emotionaler Involviertheit und mit hohem persönlichem Engagement priorisieren sie in Verteilungssituationen das, was aus ihrer subjektiven Perspektive situativ besonders wichtig ist. Dies können im Sinne der paternalistischen Ermächtigung Maßnahmen sein, von denen die Pflegenden annehmen, dass bestimmte Bewohner:innen sie brauchen – womöglich sogar entgegen deren explizit geäußertem Willen.

Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Das ermächtigte Entscheiden ist ein hochgradig **autonomes Entscheiden**, bei dem die Prioritätensetzung nach den eigenen Vorstellungen für eine angemessene Versorgung durch die Pflegekraft vorgenommen wird:

> „Und dann habe **ich** gesagt mittags / habe ich das für **mich** entschieden (-) und habe gesagt: So, ich sage: Ich glaube, es ist besser, wir rufen den Rettungswagen, dass Sie ins Krankenhaus gehen." (IP)

Der Entscheidungsprozess als praktisches Urteilen ist dabei weniger als ein rationales Abwägen von Optionen erkennbar, sondern eher als intuitive **Bauchentscheidung** „nach Gefühl" (IP) oder „völlig automatisch" (IP) aus der emotional geprägten Gesamteinschätzung der Situation heraus. Die Pflegenden sehen sich durch aus ihrer Sicht fachlich sinnvolle oder emotional nachvollziehbare Begründungen und Einschätzungen der jeweiligen Situation legitimiert, entsprechende Priorisierungen vorzunehmen und in Verteilungsentscheidungen ebenso vorzugehen.

> „Aber in dem Moment war einfach für **mich**/ das/ halt Entscheidung, ne, war für **mich** jetzt einfach der andere Patient (-) vorrangig. Weil dem anderen ging es ja nicht schlecht, (-) ne? Es war nur unbequem, (-) ne?" (IP)[142]

Die Einbindung in einen institutionellen Kontext mit verschiedenen zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben und Ansprüchen muss dabei nicht ausgeblendet werden. Dies wird allerdings nicht als Einschränkung der eigenen Handlungsautonomie betrachtet:

> „Aber (-) wir haben Zeit in der Pflege, eigentlich solange wie wir möchten. Natürlich müssen wir diese Bewohner abarbeiten / abarbeiten klingt blöd, aber versorgt haben bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, […] und danach arbeiten Sie dann auch." (IP)

[142] Die Verteilungssituation als medizinische Notfallsituation, aus der dieses Zitat entnommen ist, ist ein Grenzfall zwischen ermächtigtem und flexibel-reflexivem Entscheiden: Gegenüber dem ärztlichen Personal setzt die Interviewperson ihre intuitive, autonome Einschätzung der notwendigen Maßnahmen resolut durch. Es bleibt unklar, inwieweit sie dabei tatsächlich auch die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Bewohner:innen ermittelt und vertritt. In jedem Fall ist sie in der Situation sehr emotional involviert: „Also, wirklich (-) 10.000 Sachen hatte ich das Gefühl gleichzeitig und immer noch den anderen Herrn im Hinterkopf, <<lacht gequält> der da auf diesem harten Stuhl sitzen musste.>" (IP)

So lange die Pflegenden so arbeiten können, „wie [sie] möchten“, werden die institutionellen Rahmenbedingungen mehr oder weniger unkritisch akzeptiert. Wenn sie aber den eigenen Vorstellungen einer angemessenen Verteilungsentscheidung widersprechen, können bewährte Stationsroutinen, implizite oder explizite Vorgaben der Leitungskräfte,[143] aber auch **Widerstände** der betroffenen Bewohner:innen oder Wünsche anderer Bewohner:innen oder An- und Zugehörigen zwar wahrgenommen werden, diese werden aber im Sinne einer hochgradig autonomen Entscheidung auf ihre Legitimität und Relevanz in der gegebenen Situation bewertet und dann verzögert berücksichtigt oder sogar vollständig vernachlässigt:

> „Und ich meine, mich nervt die [Bewohnerin] auch. Ich sage dann auch manchmal: Ooooh. Aber es nützt nichts, man muss trotzdem nett sein (-) und die hat genauso die Pflege verdient wie alle anderen auch. Aber trotz alledem, (-) wenn ich bei dem bin, mit dem ich gelaufen bin, da hat die Dame im Zimmer nach einer Schwester gerufen. <<redet mit hoher, verstellter Stimme> Schwester, Schwester, kommen Sie!> (--) Die habe ich rufen lassen, weil in dem Moment war mir dieser Bewohner / hat der mir am Herzen gelegen und der war mir wichtig, weil ich gedacht habe: Mensch, (-) irgendwann bist du ganz steif und du kannst bald nicht mehr laufen. Und jetzt sind **wir** beide mal dran. Und da habe ich wirklich zehn Minuten, dass ich mit dem gelaufen bin und habe die echt brüllen lassen. (--) Und wenn dann die Chefin gekommen wäre und hätte in dem Moment was gesagt, da hätte ich gesagt: Jetzt ist **er** dran. Also viele Kollegen springen dann gleich und sagen dann: Nein, gut, dann schiebe ich ihn schnell, (-) aber es geht nicht. Man muss allen schon ziemlich gerecht werden, finde ich.“ (IP)

Anders als der hier geäußerte Anspruch, „allen schon ziemlich gerecht [zu] werden“, fokussiert sich die Pflegende hier selbstsicher und gemäß ihrer autonomen Situationsbewertung („Und jetzt sind **wir** beide mal dran“) auf einen Bewohner, während sie die andere Bewohner:in, die sie „nervt“, erstmal ignoriert.

Emotionales Engagement

In der beschriebenen Situation zeigt sich neben dem ausgeprägten Autonomiegefühl auch eine starke **emotionale Involviertheit** in die Situation. In der Abwägung zwischen den Bedürfnissen der zwei Bewohner:innen entscheidet die Pflegekraft sich für die Person, die ihr „am Herzen gelegen“ hat. Ihr ist dabei bewusst, dass sie zu der anderen Person – vermutlich auf Grund ihrer beruflichen Rolle – „trotzdem nett sein“ muss und dies auch durch die Leitung („Chefin“) so gesehen wird. In ihrem nicht nur emotionalen, sondern auch ganz praktischen Engagement setzt sie sich nicht nur für den Bewohner ein, der aus ihrer Sicht einen legitimen, vorrangigen Anspruch auf Aufmerksamkeit hat. Sie setzt damit auch ihren persönlichen Wunsch um, diesem Bewohner

[143] „dann in dem Moment ist mir das dann auch egal, ob die Chefin dann über den Flur läuft und dann guckt, aber (-) ich sage dann: So.“ (IP)

zu helfen („Und jetzt sind **wir** beide mal dran."). Dieser Wunsch zu helfen kann auch gegen den Willen der Bewohner:innen umgesetzt werden:

> „Ja, 20 Minuten [Pausenzeit] habe ich mir genommen, weil mir zehn Minuten wichtig waren mit einem Bewohner zu laufen, weil (-) der eigentlich auch sehr ein bisschen faul ist und kein anderer da eigentlich auch drauf achtet. Der wird immer im Rollstuhl geschoben nach draußen, der raucht sehr gerne, und ich habe dann mal gesagt, der muss sich seine Zigarette verdienen, er muss erstmal ein bisschen was tun. Ich sage: so, ich sage: Hände am Rollstuhl, und dann sind wir über den Flur gelaufen. Natürlich sehr, sehr langsam, aber es waren zehn Minuten, die ich für ihn hatte. Die nehme ich dann einfach auch." (IP)

In **persönlichem Einsatz**, zum Beispiel durch die Verkürzung der eigenen Pause (hier: 20 statt 30 Minuten), werden die als richtig und sinnvoll bewerteten Maßnahmen durch die ermächtigt entscheidende Pflegekraft in Verteilungssituationen resolut umgesetzt. Die starke emotionale Involviertheit in die Situation kann sich dabei darin ausdrücken, dass das Verhalten und die Haltung der Bewohner:innen individuell be- oder gar verurteilt wird („der eigentlich auch sehr ein bisschen faul ist") und damit entsprechende Maßnahmen legitimiert werden, die nach dem Urteil der Pflegekraft dem Wohl der Bewohner:innen dienen („der muss sich seine Zigarette verdienen").
In anderen Situationen drückt sich ein starkes emotionales Engagement durch Gefühle des Mitleids,[144] der Empörung,[145] der überschwänglichen Freude[146] sowie Sympathie- und Antipathiebekundungen[147] aus. Diese große **Bandbreite** und zum Teil auch **Ambivalenz von unterschiedlichen Emotionen** drückt sich auch in der Einstellung zum eigenen Beruf aus:

> „Also ich liebe meinen Beruf, ich liebe den wirklich, viele sagen: Du bist bekloppt, wie kann man sowas lieben? Aber ich mag das gerne (-) mit alten Menschen." (IP)

Gleichzeitig wird aber deutlich gemacht, dass sich die Interviewperson selbst nicht vorstellen kann, später in einem Pflegeheim zu „vegetieren" (IP).[148]

---

[144] „Ja, es ist leider viel, das Menschliche, das finde ich eigentlich schade, dass das viel zu selten eingesetzt wird mit Bewohnern." (IP) „und da habe ich wirklich / da habe ich echt geweint, weil ich das tottraurig fand" (IP).
[145] „das fand ich total menschenunwürdig" (IP).
[146] „ich bin eigentlich immer so, dass ich immer lustig bin und ich bin auch viel mit denen am Singen und das haben die halt gerne" (IP).
[147] „ich habe dann auch Spaß mit meiner Oma oben" (IP); „die [Bewohnerin; A.G.] jammert auch sehr viel" (IP); „mich nervt die auch" (IP).
[148] „wenn ich jetzt mal alt bin und ich wäre in einem / müsste in ein Heim, wo ich **nie** hingehen würde, das mal vorausgesetzt" (IP).

Verteilungskriterien

Normatives Entscheidungs- und Priorisierungskriterium in Verteilungssituationen im ermächtigten Entscheidungstyp ist zunächst einmal das, was die Pflegenden als autonom Entscheidende für sich selbst **besonders wichtig, relevant oder fachlich angemessen** finden:

> „Ich mache das so, wie das für mich / für **mich** am besten ist.“ (IP)

> „ja, da haben sie es dann endlich mal eingesehen, dass das doch die richtige Entscheidung **war**, (-) ihn mitzunehmen.“ (IP)

Diese Haltung in Verbindung mit einer starken, unreflektierten emotionalen Involviertheit hinsichtlich der Verteilung von existenziell wichtigen Ressourcen kann zu eher **spontanen und willkürlich erscheinenden**, ungerechten – da nach ungerechten Maßstäben getroffenen – **Entscheidungen** führen. Dies zeigt sich vor allem in Verteilungsentscheidungen, in denen verschiedene Ansprüche und Bedürfnisse von Bewohner:innen gleichzeitig auftreten. Priorität hat hier die Person, die der Pflegekraft „am Herzen gelegen“ (IP) hat. Als Verteilungskriterien im ermächtigten Entscheidungshandeln können in dieser eingeschränkten Perspektive neben den Kriterien der Sympathie und Antipathie in der beschriebenen Situation auch das Festhalten an den zuvor für sich festgelegten Abläufen gelten, bei denen Unterbrechungen als illegitime „Sonderwünsche“ beurteilt werden:

> „Also wir müssen, sobald er klingelt, (-) sind wir da. Und alles andere hat zu warten. Und das sehe ich nun schon mal gar nicht ein, ich lasse den auch mal ruhig klingeln, da bin ich ganz ehrlich, und dann sage ich: Ich war gerade in der Pflege. Ich breche deshalb nicht meine Pflege ab.“ (IP)

Aber auch die **Übertragung der eigenen Wünsche und Präferenzen** auf die Bewohner:innen kann als Verteilungskriterium zum Ausdruck kommen:

> „Ich möchte auch ausschlafen können, und ich möchte dann frühstücken, wenn ich das möchte und nicht so festgefahren das Ganze.“ (IP)[149]

Als legitim werden dementsprechend solche Präferenzen beurteilt, die die Pflegenden auch für sich selbst haben und daher nachvollziehen können. Als „gerecht“ empfinden sie dann das, was die Pflegenden als subjektiv richtig oder nachvollziehbar erachten. Durch die fehlende emotionale Distanz zu den Verteilungssituationen können die eigene Haltung sowie die daraus resultierenden Verteilungsentscheidungen nicht kritisch reflektiert werden.

[149] „Dann müssen sie sich mal in die Lage versetzen, sie liegen da im Bett und werden da so [mit Zigarettenrauch; A.G.] angehaucht. (-) Ich finde es schrecklich.“ (IP)

Nicht nur in Verteilungsentscheidungen, in denen es um die konkurrierenden Ansprüche und Bedürfnisse von Bewohner:innen geht, können die eigenen Überzeugungen und Präferenzen in unreflektierter Form unmittelbare Priorität haben. So kann es das Ziel sein, die bewährten institutionellen Abläufe und Routinen umzusetzen, da dies zu einer persönlichen Befriedigung führt:

> „Und (-) ich bin nun mal eine, (--) die (-) ranhaut und sieht, das machen wir alles schön fertig“ (IP).

Und je nach Situation werden die eigenen Bedürfnisse und Ansprüche auch aktiv gegenüber empfundener Missachtung verteidigt:

> „Ich muss ja auch viel arbeiten, ich sage: Das mache ich so nicht. Und das wissen sie auch ganz genau, dass die das mit mir nicht mehr machen dürfen. Oder dass ich mir das nicht bieten lasse.“ (IP)

Durch das hohe Autonomieempfinden fühlen sich die Pflegenden in diesem Entscheidungsmodus dazu sowohl berechtigt als auch ermächtigt.

Begünstigende Bedingungen

Ein ermächtigtes Entscheidungshandeln wird vor allem durch ein **einseitiges, unreflektiertes Pflegeverständnis** begünstigt, bei dem in Verteilungssituationen in hoher emotionaler Involviertheit vor allem die eigenen Wünsche und Präferenzen – unter anderem durch deren Übertragung auf Bewohner:innen – als besonders wichtig und legitim betrachtet werden. Diese Haltung kann auf **mangelnder Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft** beruhen. Es ist zu vermuten, dass vor allem eine berufliche Qualifikation einem ermächtigten Entscheidungshandeln entgegenwirkt, wenn im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung das eigene Handeln kritisch reflektiert wird. Diese kritische Selbstreflexion muss auch bei langjähriger beruflicher Tätigkeit nicht automatisch erfolgen – im Gegenteil könnte langjährige Berufserfahrung bei fehlender Selbstkritik eher zu größerer Selbstsicherheit führen. Diese entweder erworbene oder grundsätzlich stark **ausgeprägte Selbstsicherheit** trägt – in Verbindung mit hohem emotionalem Engagement – ebenfalls zu ermächtigtem Entscheidungshandeln bei.

> „Das lasse ich mir nicht gefallen. (---) Das sind ja Zwei-Schicht-Systeme, Klassensysteme. Nee, also dann sage ich: Hier, bis hierhin und nicht weiter. Dann sage ich Stopp. (--) Das lasse ich mir nicht gefallen. Und die andere Kollegin, die traut sich das nicht zu sagen, aber / <<imitiert die Kollegin> Oh, und ich weiß nicht> Ich sage: Dann gehen wir beide zusammen ins Büro. Ich sage: Ich werde das schon sagen. (--) Ich habe da keine Angst vor der.“ (IP)

In dieser Passage kommt zum Ausdruck, dass die Interviewperson anders als ihre Kollegin bereit ist, ihre Überzeugungen auch energisch gegen Widerstände zu vertreten.[150] Diese selbstsichere Haltung kann auch als Form der Selbstsorge interpretiert werden.

Stellenwert der Selbstsorge

Im ermächtigten Entscheidungshandeln hat die individuelle Selbstsorge grundsätzlich einen eher **hohen Stellenwert**. „Klare Grenzen" (IP) werden durch die Pflegenden dort gesetzt, wo die Gefahr besteht, dass die eigenen Bedürfnisse und Präferenzen beeinträchtigt werden. Dies kann gegenüber der Leitungsebene,[151] Angehörigen[152] und Kolleg:innen erfolgen. Im folgenden Fall grenzt sich eine Pflegehilfskraft gegenüber einer Beschwerde eines Angehörigen ab:

> „Also ich selber für **mich** entscheide das so, dass ich sage: (-) Bitte fahren Sie mal eine Station höher. Ich sage: Dort ist die (--) Stationskraft. Ich sage: Bitte (-) wenden Sie sich an die. Und dann rufe ich an. Ich sage: Es kommt gleich jemand, ich sage: Beschwerde. Und dann bin ich die los, weil (-) ich halte mich da raus, ich werde den Teufel tun, da was zu sagen. Mache ich nicht." (IP)

Bei dieser Abgrenzung spielt auch eine Rolle, was die Pflegenden als ihren vertraglich vereinbarten Aufgabenbereich betrachten und entsprechend bereit sind, zu tun oder nicht zu tun. Das Setzen von Grenzen als Form der Selbstsorge kann auch gegenüber Bewohner:innen erfolgen, wenn diese entweder als ungerechtfertigt beurteilte Ansprüche erheben (IP, oben zitiert) oder sogar körperlich übergriffig werden (IP).

Die individuelle Selbstsorge kann, zum Beispiel durch längeres Arbeiten oder Kürzung der eigenen Pause, **zeitweilig vernachlässigt** werden. Dies erfolgt dann, wenn die Pflegenden situativ entscheiden, dass eine andere Maßnahme gerade eine höhere Priorität hat (s. IP, oben zitiert). Diese punktuelle Zurückstellung eigener Erholungsbedürfnisse kann allerdings nicht als generelle Tendenz zur Vernachlässigung der Selbstsorge gewertet werden. Denn sie beruht auf dem Wunsch, durch den persönlichen Einsatz eine **besonders gute Pflege** zu leisten, auch im Vergleich zu den Kolleg:innen („kein anderer da eigentlich auch drauf achtet", IP). Eine wiederholte Missachtung der eigenen Bedürfnisse oder eine fehlende Anerkennung der eigenen Leistung, die durch hohes persönliches Engagement geprägt ist, kann als Enttäuschung erlebt werden:

---

[150] „ich bin eigentlich so, merken Sie auch selber, ich lasse mir nicht viel gefallen." (IP)

[151] „Und da ärgere ich mich manchmal sehr, sehr drüber, ich will eigentlich ein Gespräch jetzt haben, ich suche das Gespräch mit (-) der Heimleitung, und äh / dass ich das so nicht mehr möchte, dass ich mir das nicht mehr gefallen lasse." (IP)

[152] „Und sie wurde richtig pampig, die hat eine Kollegin so angepfiffen, ehrlich, und da habe ich gesagt: So / (-) ich sage: Jetzt mal Ruhe hier. Erstmal, Ihre Mutter liegt hier. Ich sage: Es wird hier nicht so rumgeschrien." (IP)

> „Da wird kein Wort drüber verloren, nicht mal ein: ‚Dankeschön, Mensch, das hast du aber toll gemacht.'" (IP)[153]

Anders als beim überwältigten Entscheidungshandeln sind die Pflegenden aber durchaus in der Lage, sich gegen als ungerechtfertigt erachtete Benachteiligung selbstbewusst zur Wehr zu setzen.

Reflexions- und Kritikfähigkeit

Wie schon thematisiert resultiert ein ermächtigtes Entscheidungshandeln vor allem aus einer unreflektierten Haltung der Fokussierung auf eigene Präferenzen in Verteilungssituationen. Entsprechend gering ausgeprägt ist die Fähigkeit von Pflegekräften in diesem Entscheidungsmodus, das eigene Handeln kritisch zu reflektieren. Da die Pflegenden ihre Entscheidungen als gerechtfertigt und nachvollziehbar betrachten (s. IP, oben zitiert), sind sie eher **unzugänglich gegenüber Kritik**. Auch eine kritische Bewertung der institutionellen Rahmenbedingungen findet, wenn überhaupt, eher in Bezug auf die eigenen Arbeitsbedingungen statt. Diese werden als bewährte Abläufe und **Arbeitsroutinen** grundsätzlich **eher unreflektiert akzeptiert** und mitgetragen („abarbeiten", IP), allerdings anders als beim konformistischen Entscheiden nur, wenn damit eigene Vorstellungen einer guten Pflege realisiert werden können: „Aber (-) wir haben Zeit in der Pflege, eigentlich solange wie wir möchten." (IP)

Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen

Die mangelnde Unterscheidung zwischen eigener Perspektive und Perspektive der Bewohner:innen führt dazu, dass im ermächtigten Entscheidungshandeln kein wirksamer Versuch unternommen wird, in einer anwaltschaftlichen Rolle die individuellen Bedürfnisse der Bewohner:innen zu ermitteln. Indem sie davon ausgehen, dass die eigenen Empfindungen und Einstellungen auch von Bewohner:innen geteilt werden, übertragen Pflegende im ermächtigten Entscheidungsmodus ihre eigenen Präferenzen auf andere. Daher sind sie in diese Entscheidungen auch sehr stark emotional involviert. Verbunden mit hohem Autonomiegefühl kann dies leicht zu **Bevormundung und Paternalismus** gegenüber den Bewohner:innen führen.

> „da habe ich dann auch mal ein Machtwort gesprochen und habe gesagt: Sie sind ja auch selber schuld, sie wollen nicht hören jetzt, wenn es wehtut" (IP).

Die (fachliche) Einschätzung der jeweils richtigen Maßnahmen wird dabei auch gegen die möglichen Präferenzen der Bewohner:innen durchgesetzt. Sie sind „selber schuld", wenn sie sich gegen diese Einschätzung wehren. Auf der anderen Seite kann es durch eine mangelnde Reflexion

[153] „Sie machen Ihre Arbeit, ich meine, ich mache sie gut, aber gelobt werden Sie nie. **Nie**. Die sehen immer nur das Geld und den Profit, den die machen." (IP)

und Einfühlung in individuelle Bedürfnisse der Bewohner:innen auch zu einer **Verdinglichung** (Schniering 2021) kommen, in der Bewohner:innen ausschließlich und in abwertender Art als Aufgabe und nicht als Individuen betrachtet werden:

> „Zwölf Bewohner habe ich gerissen bis halb elf." (IP)

In der Bewertung der Berücksichtigung der Autonomieansprüche der Bewohner:innen kommen hier auch wieder die weiter oben thematisierten, unreflektierten Verteilungsprinzipien zum Tragen: Unter anderem durch Bevorzugung von besonders sympathischen Bewohner:innen („Lieblinge", IP) oder Bewohner:innen, die es aus Sicht der Pflegenden „verdient" (IP) haben, oder der Benachteiligung von eher unsympathischen Personen, die sogar „meckern" oder „starrsinnig" (IP) sind, werden die individuellen Autonomieansprüche der Bewohner:innen missachtet.

7.2.4. Autokratisches Entscheiden

Kurzbeschreibung

Autokratisch entscheidende Pflegende erheben die aus ihrem (fachlichen) Urteil heraus als richtig bewerteten Kriterien und Maßnahmen in einer autonomen Entscheidung zur vorrangigen Norm. Autokratisches Entscheiden erfolgt dabei in einer eher zweckrationalen Haltung in emotionaler Abgrenzung zur konkreten Verteilungssituation: Vorrangiges Ziel in Verteilungssituationen ist dabei, möglichst eine als qualitativ angemessen beurteilte Versorgung aller Bewohner:innen sicherzustellen. Dabei kann, unter anderem durch fehlende Selbstreflexion, die für professionelles Pflegehandeln elementare Perspektive der Bewohner:innen aus dem Blick geraten.

Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Autokratie bedeutet aus dem Griechischen übersetzt „Alleinherrschaft". Laut Duden ist Autokratie die „unumschränkte Staatsgewalt in der Hand eines einzelnen Herrschers" (Duden Online 2024). Übertragen auf eine Pflegeeinrichtung wird ein autokratisches Entscheiden vor allem dadurch bestimmt, dass eine Pflegekraft für konkrete pflegerische Verteilungsentscheidungen festlegt oder einem Team vorgibt, wie die verfügbaren Ressourcen verteilt werden müssen und dabei ihre Maßstäbe als fachlich unwiderlegbar erlebt und darstellt: „Ich bin eine Fachkraft, (-) ich kann das einschätzen." (IP) Tatsächlich sind es in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich Pflegefachkräfte, bei denen in Verteilungssituationen ein autokratisches Entscheiden festgestellt werden kann. Mit einer Ausnahme haben diese sechs Interviewpersonen keine offizielle Leitungsfunktion.

In Verteilungsentscheidungen bezieht sich das Autonomiegefühl von Pflegenden vor allem auf die Fähigkeit, **frei über Ressourcen verfügen** zu können. Unter anderem kann dies in der Beschreibung des Umgangs mit Zeitressourcen deutlich werden:

> „und dass man wirklich so wenig wie möglich da jetzt, sage ich jetzt mal, ja, (-) schnell machen will, sondern da Zeit für die Bewohner hat, um sie vernünftig zu versorgen“ (IP).

Den Pflegenden steht die Zeit als institutionelle (Personal-)Ressource in mehr oder weniger großem Umfang zur Verfügung, um sie nach den eigenen Vorstellungen einer „vernünftig[en]“ Versorgung einzusetzen. Auch wenn die Zeit- und Personalressourcen durch einen kurzfristigen Personalausfall knapp sind, beschreiben sie eine hohe Entscheidungsautonomie, wie sie diese knappe verfügbare Zeit verteilen:

> „Tatsache war, normal sind wir morgens in der Pflege zu dritt (-) bei unseren 20 Leuten, das hört sich jetzt sehr gut an, aber wenn einer sich natürlich krankmeldet, heißt das, diese sechs Leute, die Personen, die die Pers- / Pflegekraft pflegen muss, müssen ja auf die anderen beiden verteilt werden. Das heißt also, ein Drittel der Arbeit muss (--) dann noch // *[I: Zusätzlich.]* // von zwei Leuten gestemmt werden. (-) Das heißt sehr viel Eile, sehr viel (---) ja, gut organisieren. Wer wird jetzt zuerst (-) versorgt, wen können wir vielleicht ein bisschen (-) nach hinten schieben? Ja, und das muss dann schnell entschieden werden“ (IP).

Indem die Pflegenden ihre Personalressourcen „gut organisieren“ und in der Ablaufplanung Bewohner:innen „verteil[en]“ und „ein bisschen nach hinten schieben“, können sie die Versorgung aller Bewohner:innen sicherstellen. Die Verteilungsentscheidung wird dabei im Wesentlichen durch die autokratisch entscheidenden Pflegenden alleine getroffen, auch wenn sie sich mit ihrem Team zur Aufgabenverteilung absprechen:

> „Wenn wir jetzt jemanden, wie gesagt, einen Sterbenden oder Schwerstkranken oder (-) irgendetwas, dann hätte ich anders entschieden. (-) Aber da alles so eigentlich so aussah, dass alles in ruhigen Bahnen und ohne Zwischenfälle verlief (4) haben wir gemeinsam das so entschieden. Ich natürlich in erster Linie, aber nur in Absprache.“ (IP)

Dieses Vorgehen der alleinigen Entscheidung erfolgt zunächst vermutlich durch die **Rolle als Pflegefachkraft**, die Entscheidungsmöglichkeiten über den Einsatz des verfügbaren Personals beinhaltet:

> „eine **Fach**kraft, die ist ja hier, sag ich mal, dann (-) umringt von Pflege**hel**fern, also der all**ei**nige Entscheidungstreffende“ (IP).

Allerdings bringt diese Rolle nicht automatisch ein hohes Autonomiegefühl mit sich: Die Interviewperson in diesem Zitat berichtet sonst nur von Situationen, in denen sie eher konformistisch entscheidet.

Wie auch im konformistischen Entscheidungshandeln orientieren Pflegende sich im autokratischen Entscheidungshandeln an **institutionellen (Qualitäts-)Vorgaben** und den bewährten Routinen, die aber grundsätzlichen den eigenen Qualitätsansprüchen entsprechen und durch die hohe Entscheidungsautonomie und „Machtstellung" (IP) der Pflegenden in Verteilungssituationen bei Bedarf **modifiziert** werden können:

> „Das sind einfach Prioritäten, die man dann setzt. Und wenn man eben dann nicht so häufig in dem Apparat drinsteckt, in dem Team, dann ist da auch einmal eine Fehlentscheidung in der Priorität getroffen, aber (-) immer nach bestem Wissen und Gewissen, glaube ich, (-) handle ich dann." (IP)

Interessant ist hier, dass durchaus die Möglichkeit einer „Fehlentscheidung" gesehen wird, diese aber mit dem Blick auf die Notwendigkeit der aktiven Prioritätensetzung nicht nur in Kauf genommen, sondern als prinzipiell gerechtfertigt betrachtet wird („nach bestem Wissen und Gewissen"). Durch die aktive Rolle in Entscheidungssituationen ist auch denkbar, dass institutionelle Vorgaben und Routinen durch autokratisch entscheidende Pflegende (mit-)entwickelt werden, auch wenn diese keine Leitungsfunktion besitzen.

Neben der mehr oder weniger freien Entscheidung über die Ressourcenverteilung scheint zusätzlich eine als hoch bis überlegen eingeschätzte **Fachkompetenz** zu einem hohen Autonomiegefühl beizutragen. Dabei scheint weniger die Rolle oder Qualifikation, sondern vor allem die unter Umständen langjährige Berufserfahrung[154] zu einer hohen Sicherheit in Entscheidungen beizutragen:

> „da würde ich sofort, (-) rufe ich sofort den Notarzt, ganz klar. Aber das weiß man dann, (-) naja, nach über 25 Jahren." (IP)

> „Naja, (--) ((lacht)) ich wusste eigentlich sofort, was zu tun ist" (IP).

Aus dieser Verbindung von Selbstsicherheit im Handeln sowie dem Gefühl, über die institutionellen Zeitressourcen selbst in herausfordernden Situationen mehr oder weniger frei verfügen zu können, zieht der autokratische Entscheidungstyp ein hohes Autonomiegefühl.

Emotionales Engagement

Ein solches hohes Autonomiegefühl alleine reicht aber noch nicht aus, um den autokratischen Entscheidungstyp angemessen zu charakterisieren. Denn gerade in komplexen Verteilungssituationen sind Sicherheit und Vertrauen in die eigene Fachexpertise sowie ein gewisser Entscheidungs- oder Verteilungsspielraum eine notwendige Voraussetzung, um gute Entscheidungen treffen zu können. Wesentlich für das autokratischen Entscheidungshandeln ist daher die **ausge-**

[154] „*I: Hm (---) und ähm (--) was hast du in dieser Situation vielleicht als hilfreich erlebt?* IP: Meine Erfahrung" (IP).

prägte emotionale Abgrenzung, die in den Deutungs- und Handlungsmustern der Pflegenden im autokratischen Entscheidungshandeln zum Ausdruck kommt.

> „Und da war es dann so, (-) dass dann (-) die Situation ganz gut gehändelt werden konnte, weil die Schülerin war gerade bei mir da hinten zugange. Und (--) dann (--) konnten wir halt auf diesen Notfall auch adäquat dort reagieren.“ (IP)

Die Interviewperson beschreibt hier in einer gewissen Nüchternheit gerade in Anbetracht einer durchaus komplexen Notfallsituation, dass „die Situation ganz gut gehändelt werden konnte“. Auch an anderen Stellen wird über die Notfallsituation rein sachlich berichtet:

> „Und dann konnte man auch dementsprechend gleich reagieren. Also das war eigentlich kein Problem.“ (IP)

Diese Abgrenzung lässt sich dabei nicht allein durch eine gewisse notwendige Distanz begründen, die in der stationären Langzeitpflege durch die institutionelle Verantwortung für mehrere Bewohner:innen gleichzeitig erforderlich ist. Vielmehr erfolgt die emotionale Abgrenzung **durch Verzicht auf das Einlassen auf die Perspektive der Bewohner:innen**. Stattdessen wird in Berichten über Verteilungssituationen als Erfolgskriterium etwa betont, dass der geplante Ablauf – eventuell mit zeitlichen Verzögerungen – eingehalten werden konnte:

> „Also erstmal ein Teil, die sind ja ganz normal, (-) im normalen Rhythmus versorgt worden und (--) denen ist das nicht großartig aufgefallen, weil wir darauf ge**achtet** haben, dass die, die sich jetzt beschweren **könnten**, dass die halbwegs in ihrem Rahmen zeitlich gepflegt wurden.“ (IP)

Zentrales Kriterium der hier beschriebenen Priorisierung ist, dass die Bewohner:innen trotz Zeitdrucks „ganz normal, (-) im normalen Rhythmus versorgt“ werden. Die von der Interviewperson als wichtig betrachteten pflegerischen Aufgaben werden nach und nach entsprechend der durch die Pflegenden eingeschätzten Priorität abgearbeitet. In der Beschreibung wird dabei nicht thematisiert, was die Bewohner:innen wirklich möchten, sondern vor allem, dass die Pflegenden alles „gut organisieren“ (IP). Entsprechend beschränkt sich der „wichtigere“ Teil der Pflege oft auf eher bewohner:innenferne Tätigkeiten:

> „IP: Meine Arbeit auch an die weitergeben.
> *I: Und was würde das für Sie bedeuten?*
> IP: Dass ich mehr Zeit habe auch so um wichtigere Sachen, also um auch diesen ganzen Papierkram, den man vormittags erledigen muss. (--) Genau.“ (IP)

Emotionale Abgrenzung geht im autokratischen Entscheidungshandeln daher oft auch mit einem eher technisch-funktionalen und **zweckrational** geprägten Pflegeverständnis einher (s. Abschnitt 6.3.4.3.2).

Verteilungskriterien

Autokratisches Entscheidungshandeln ist vor allem darauf gerichtet, auch in anspruchsvollen Verteilungssituationen durch eine aktive, effektive Planung **institutionelle Abläufe** und damit die Sicherheit (und Zufriedenheit) aller Bewohner:innen gleichermaßen sicherzustellen.

> *„I: Und (---) was haben Sie in dieser Situation als besondere Herausforderung empfunden?*
> IP: (3) Den Menschen gerecht zu werden. (--) In dem/ in der zeitlichen Verzögerung trotzdem so gerecht werden, dass wir es halbwegs, (-) ja, mit den Mahlzeiten, mit den Lagerungsplänen, die wir ja haben, die Vorgaben, (-) dass das alles so halbwegs (--) funktioniert.
> *I: Was bedeutet für Sie genau gerecht werden?*
> IP: Gerecht werden bedeutet, (-) ja, dass die Menschen ihren/ (--) sagen wir, in einem Rahmen ihren gewohnten Ablauf haben." (IP)

Selbst wenn dies nicht in vollem Umfang möglich ist, scheint es doch zentral, „dass das alles so halbwegs (--) funktioniert." Durch emotionale Abgrenzung erleben sich die Pflegenden weniger in einer individuellen Fürsorge-Verantwortung, sondern eher in einer **Verantwortung als Dienstleister** gegenüber Kund:innen.[155] Ziel dieser, auch als Form einer einseitigen, überindividuellen Gerechtigkeitsorientierung interpretierbaren, professionellen Verantwortung ist es, allen Bewohner:innen (verstanden als Kund:innen) gegenüber **qualitativ angemessene Pflegeleistungen** gemäß den vertraglichen Vereinbarungen zu erbringen, so dass sie „in einem Rahmen ihren gewohnten Ablauf haben". Und auch schriftliche Dokumentation kann als Richtwert dienen, um eine qualitativ angemessene Pflege sicherzustellen:

> „die Pflegeplanung, wo halt drin vermerkt ist, was ich bei wem machen muss und wie muss ich individuell auf ihn eingehen. Sei es durch Sturzgefährdung oder (---) halt Kontrakturenprophylaxe oder (--) ja, diese Dinge, halt." (IP)

Statt zu versuchen, im direkten Kontakt mit den Bewohner:innen deren Wünsche und Bedürfnisse zu ermitteln, nutzt die Interviewperson hier die Pflegeplanung und hierbei vor allem eher standardisierte Prophylaxe-Maßnahmen dazu, „individuell auf [die Bewohner:innen] ihn ein[zu]gehen". Beschwerden der Bewohner:innen sind demnach ein Hinweis, dass dieses Ziel der „normal[en]" (IP) Versorgung nicht erreicht wurde, und es hat hohe Priorität, diese Beschwerden durch entsprechende Priorisierung in Verteilungsentscheidungen zu vermeiden (s. auch Abschnitt 6.5.1.1).

[155] Diese Verantwortung kann auch als Belastung erlebt werden (s. Abschnitt 6.3.4.3.2).

Begünstigende Bedingungen

Das weitgehende Ausblenden der individuellen Perspektive der Bewohner:innen in einer einseitigen Abhängigkeits- und Fürsorgebeziehung durch emotionale Abgrenzung im autokratischen Entscheiden resultiert eventuell daraus, dass diesem Aspekt eine gewisse **Unplanbarkeit** und Notwendigkeit der (zusätzlichen) Flexibilität innewohnt. Dies steht der im autokratischen Entscheiden zentralen Bedeutung der Planung und dem Einhalten eines möglichst „normalen Rhythmus“ (IP) entgegen.

Oft verbunden mit dieser Haltung ist ein allgemeines, **eher technisch-funktional geprägtes Pflegeverständnis** (s. Abschnitt 6.3.4.3.2), in dem Entscheiden eher als Problemlösung verstanden wird und eine kritische Reflexion des eigenen Handelns und Entscheidens sowie dessen institutioneller Rahmenbedingungen eine untergeordnete oder keine Rolle spielt. Ebenfalls begünstigend können die bereits angesprochene Überzeugung der eigenen **Fachkompetenz** sowie eine grundsätzlich **hohe Selbstsicherheit** wirken.

Auch wenn bei Weitem nicht jede Leitungsperson in Verteilungssituationen autokratisch entscheidet, begünstigt auch die herausgehobene Rolle einer **Leitungsperson** sowie ihre Aufgabe, institutionelle Anforderungen unter anderem der Sicherheit, der qualitativ angemessenen Pflege und des effizienten Personaleinsatzes zu vertreten und in Verteilungsentscheidungen umzusetzen, ein eher emotional distanziertes und gleichzeitig autonomes und damit zumindest tendenziell autokratisches Entscheidungshandeln.

Stellenwert der Selbstsorge

Autokratisch entscheidende Pflegende sind vor allem durch ihre Haltung der emotionalen Abgrenzung in der Regel in der Lage, eine **gute Selbstsorge** sicherzustellen („Aber ich lasse das nicht so nahe an mich ran“, IP). Auch in herausfordernden Situationen ist es ihnen oft möglich, innerlich ruhig zu bleiben, die jeweilige Situation aus einer eher **distanzierten Perspektive** zu überblicken und zu beurteilen und daraufhin eine Entscheidung zu treffen:

> „Wenn wir jetzt jemanden, wie gesagt, einen Sterbenden oder Schwerstkranken oder (-) irgendetwas, dann hätte ich anders entschieden. (-) Aber da alles so eigentlich so aussah, dass alles in ruhigen Bahnen und ohne Zwischenfälle verlief (4) haben wir gemeinsam das so entschieden.“ (IP)

Nicht immer gelingt es den Pflegenden in Verteilungssituationen, ihre aus ihrer Sicht legitime Selbstsorge zu realisieren („Ja, so meine Zeit, meine freie/ meine Pause ordne ich da unter“, IP). Diese Unterordnung der eigenen Bedürfnisse unter situative, institutionelle Erfordernisse erfolgt aber immer im Rahmen von klaren Grenzen:

> „Sonst müsste ich Überstunden machen hintenraus, und da habe ich keine Lust mehr zu." (IP)

Die ausgeprägte emotionale Distanz beim autokratischen Entscheiden wirkt, verbunden mit der durch hohe Autonomie erlebten Legitimation, den eigenen Interessen und Bedürfnissen bewusst Geltung verschaffen zu können, als aktiver Selbstschutz im Sinne der Selbstsorge. Damit scheint es dem autokratischen Entscheidungstyp besser als jedem anderen Entscheidungstyp zu gelingen, die **eigenen Bedürfnisse als legitime Ansprüche** in Verteilungssituationen zu berücksichtigen.

Reflexions- und Kritikfähigkeit

Durch die Verbindung eines selbstsicheren Vertrauens in die eigene Fach- und Entscheidungskompetenz mit hohem Autonomiefühl sehen sich autokratisch entscheidende Pflegende auch in komplexen Situationen zu guten Entscheidungen in dem Sinne in der Lage, dass diese Entscheidungen ihr vorrangiges Ziel der Sicherung oder Wiederherstellung der „normalen" (IP) institutionellen Abläufe erreichen und auch Selbstsorge-Bedürfnisse dabei in der Regel umgesetzt werden können. Entsprechend scheint für Pflegende im autokratischen Entscheidungshandeln **wenig Anlass** zu bestehen, dieses Handeln **kritisch zu reflektieren**. Ausgeblendet wird dabei, dass durch die einseitige (Gerechtigkeits-)Orientierung auf die Sicherstellung einer institutionell garantierten, angemessenen Versorgung individuelle Präferenzen und Perspektiven der Bewohner:innen kaum zur Geltung kommen können. Die **institutionellen Rahmenbedingungen** des eigenen Handelns können dagegen durchaus kritisch in dem Sinne beurteilt werden, ob sie dazu beitragen, dass die Pflegenden gute, autonome Entscheidungen treffen können oder ob sie die Entscheidungsautonomie eher einschränken.

> „Das sind alles so Dinge, die/ (---) da würde ich mir weniger Diskussionszeit wünschen, sondern einfach, dass ich die Kompetenz als Fachkraft habe, zu sagen, das geht jetzt nicht." (IP)

In diesem Beispiel versteht sich die Interviewperson als grundsätzlich sehr entscheidungskompetent, wird aber durch die Notwendigkeit der Diskussion (hier mit den Angehörigen) immer wieder daran gehindert, ihre Entscheidungsautonomie in vollem Umfang durchzusetzen.

Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen

Wie schon weiter oben ausgeführt, spielen im autokratischen Entscheidungshandeln durch die weitgehende emotionale Abgrenzung zur individuellen Perspektive der Bewohner:innen die Bedürfnisse und Wünsche einzelner Bewohner:innen, die über eine allgemeine und standardisierte Zufriedenheit hinausgehen, eine eher untergeordnete Rolle. Entsprechend können

dabei auch **individuelle Ansprüche** von Bewohner:innen auf Wahrung ihrer Autonomie **nur begrenzt oder gar nicht wahrgenommen** und damit zumindest potenziell missachtet werden.

7.2.5. Flexibel-reflexives Entscheiden

Kurzbeschreibung

Flexibel-reflexives Verteilungsentscheiden ist zunächst ein autonomes Entscheiden, das sich in einem bewussten oder intuitiven Abwägungsprozess vollzieht. Die eigene **Entscheidungsautonomie** wird allerdings **eingeschränkt** durch die Berücksichtigung sowohl der situativen Rahmenbedingungen als auch der Autonomieansprüche der Bewohner:innen. Die zugrundeliegende Haltung erfordert eine selbstkritische **Reflexion und Relativierung** der eigenen Fachexpertise. Bezogen auf das **emotionale Engagement** werden Verteilungsentscheidungen **in einer situativen, flexiblen Abwägung** getroffen: Einerseits müssen in (begrenzter) emotionaler Involviertheit individuelle Fürsorge-Bedürfnisse und Interessen einzelner Bewohner:innen berücksichtigt werden. Andererseits handeln Pflegende aber auch in emotionaler Abgrenzung im Bewusstsein ihrer institutionell bedingten Verantwortung für die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen aller Bewohner:innen. Eigene Bedürfnisse der Pflegenden können dabei situationsabhängig zurückgestellt, allerdings nicht vollständig missachtet werden, da die Reflexivität die Berücksichtigung auch der Bedürfnisse der Pflegenden erfordert.

Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit

Vor allem in alltäglichen Verteilungssituationen ist flexibel-reflexives Entscheidungshandeln geprägt durch eine **hohe Autonomie** in der Verteilung von Ressourcen, wobei die Zeit wie auch in anderen Handlungstypen als übergreifende Ressource eine zentrale Rolle spielt (s. Abschnitt 6.3.6): „und dann haben wir/ dann **können** wir uns die Zeit nehmen." (IP) Das Gefühl, sich Zeit „nehmen" zu können, beruht unter anderem darauf, dass Pflegenden im institutionellen Kontext durch ihre Rolle eine gewisse Freiheit in der Ressourcenverteilung zugesprochen wird – zuweilen ausdrücklich verstärkt durch einen aktiven Rückhalt der Vorgesetzen (s. Abschnitt 6.3.1.5). Zudem scheint auch eine grundsätzlich als angemessen erlebte Personalbesetzung und damit Verfügbarkeit von zeitlichen Ressourcen nötig zu sein, um flexibel-reflexive Verteilungsentscheidungen treffen zu können.[156]

[156] In allen Verteilungssituationen, in denen ein flexibel-reflexives Entscheidungshandeln zum Ausdruck kam, berichten die Interviewpersonen von einer im Alltag eher guten Personalbesetzung, auch wenn diese zeitweise zum Beispiel durch plötzlichen Personalausfall reduziert ist.

Trotz eines grundsätzlichen institutionellen und rechtlichen Rahmens können gewisse **Entscheidungsspielräume** durch „nehmen“ und „abzwacken“ (IP) bis hin zu spielerischem „Tricksen“ (IP) flexibel genutzt und im Einzelfall auch eine „**minimale** Regel außer Kraft“ (IP) gesetzt werden, um die verfügbaren Zeitressourcen nach von den Pflegenden festgelegten Prioritäten zu verteilen:

> „Also (-) die Zeiten, die man dann da ja noch **hat**, die kann man wieder woanders dann gut einsetzen.“ (IP)

Schriftliche, **institutionelle Vorgaben** wie Ablauf- oder Duschpläne[157] werden in ihren Vorteilen vor allem für unerfahrene und neue Kolleg:innen wahrgenommen, für das eigene Handeln und Verteilen aber als zu unflexibel bewertet („kann man nicht irgendwie nach einem bestimmten Schema gehen“):

> „Ja, also wir haben Dienstabläufe, ne, wo ganz/ (-) ich sage jetzt mal ganz (--) wirklich ganz oberflächlich/ (--) Daran kann man sich so langhangeln. Aber/ (--) Also man **kann** nach diesem Dienst laufen, wenn (--) alles gut läuft. Also wenn die Bewohner so sind, wie sie immer sind, total entspannt, dann kann man wirklich so/ das so nach und nach abarbeiten. Aber da es ja jeden Tag anders ist (---) sind diese/ Ja oder Ablaufpläne, genau Ablaufpläne heißen die. (--) Die geben wir eigentlich nur den neuen Kollegen in die Hand so als (-) so Richtlinie oder Leitlinie, dass sie halt so ein bisschen wissen, aber im Grunde genommen (---) kann man nicht irgendwie nach einem bestimmten Schema gehen. (-) Also ich/ also ich kann das nicht, und viele andere können das auch nicht, (-) und das kann man auch nicht. Also ich kann jetzt nicht sagen: ‚Also **jetzt** kriegen alle 15 Bewohner im Erdgeschoss Kaffee.‘ (---) Ja, (--) zwei müssen aber jetzt erst mal auf das Klo. Also (-) ne, also man kann damit ein bisschen arbeiten, indem man halt so eine Richtlinie hat, aber wenn man halt lange dabei ist, dann interessieren einen die Zettel nicht. Ne?“ (IP)

Die Interviewperson sieht hier durchaus eine Berechtigung für vorgegebene Richtlinien für die Pflege. Anders als im konformistischen Entscheiden, in dem diese Abläufe unkritisch übernommen werden („nach einem bestimmten Schema gehen“) oder im autokratischen Entscheidungshandeln, in dem eine Abweichung von als sinnvoll betrachteten „Leitlinien“ negativ bewertet und nach Möglichkeit vermieden wird, „interessieren einen die Zettel nicht“ oder nur soweit, wie sie für noch unerfahrene Kolleg:innen oder in der Einarbeitung als „Richtlinie“ dienen. Denn schematische Ablaufpläne scheitern spätestens dann, wenn nicht „alles gut läuft“, und das passiert aus Sicht der Interviewperson „jeden Tag“.

Der flexibel-reflexive Umgang mit den zeitlichen Ressourcen erfolgt im Pflegealltag mit einer großen Sicherheit, die vor allem auf dem **Bewusstsein der eigenen Erfahrung und Qualifikation** beruht:

---

[157] „feste Ablaufpläne“ (IP); „feste Duschtage“ (IP).

> „Und halt selber, dass ich einfach ausgebildet bin und also ich (-) eigentlich schon finde, dass ich das richtig einschätzen kann, (-) ne? Also, ich weiß schon, was ich/ wonach ich gucken muss. Es gibt einem dann ja schon auch Sicherheit, (-) ne, dass man selber ausgebildet ist.“ (IP)

Das berufliche Fachwissen und Können ermöglicht es Pflegenden, sowohl in Alltags- als auch in Notfallsituationen schnell und souverän zu reagieren:

> „Und das ist halt so dann so Maßnahmen, die man halt auch so einfach auch entscheiden **kann**, ohne dass man groß jetzt mit dem Arzt telefonieren muss.“ (IP)

Dabei kann die eigene Einschätzung durchaus auch gegen **Widerstände** verteidigt und durchgesetzt werden, allerdings eher gegenüber Kolleg:innen (IP), Leitungspersonen oder auch medizinischem Personal: „Also nur weil sie Ärztin ist, heißt das jetzt nicht, dass wir alles stehen und liegen lassen müssen“ (IP).[158]

Eine flexibel-reflexive Entscheidung scheint jedoch nicht gegen den Widerstand von Bewohner:innen durchgesetzt zu werden. Denn anders als beim ermächtigten und autokratischen Entscheidungstyp wird ihre eigene Autonomie durch die Pflegenden **nicht als primäre Handlungsnorm absolut gesetzt**. Vielmehr sind sie sich in einer grundsätzlich kritischen Haltung gegenüber ihrem beruflichen Handeln und Entscheiden bewusst, dass ihre situative Einschätzung auch falsch sein kann, unter anderem da der pflegerische Alltag nie vollständig kontrollierbar ist. Dies wird noch deutlicher beim Umgang mit Menschen mit Demenz:

> „Und (-) die habe ich in Rollstuhl gesetzt und hatte da dann noch auch überlegt, ja, war das jetzt so schlau, aber (-) so durcheinander, wie die ist, lieber nicht heute am Rollator. So, Ende vom Lied war, (-) sie ist aufgestanden und dann lag sie auf dem Fußboden.
> *I: Aus dem Rollstuhl ist sie aufgestanden?*
> IP: Genau. So. Ja, wunderbar habe ich gedacht. (--) ((atmet tief ein)) Ja, also das war dann so ein bisschen/ ne, hättest du sie doch vielleicht klapprig am Rollator laufen lassen, dann wäre es vielleicht nicht passiert, weil den Rollstuhl fand sie auch doof. So. Ne? Da wollte sie auch raus anscheinend, weil sonst wäre sie **nicht** aufgestanden. Aber das ist halt auch immer dieses Abwägen, ne? Mal geht es auch wieder gut, (-) mal nicht. Und gut, sie hat sich nichts getan, und (---) wenn sie aufstehen will, darf sie aufstehen.“ (IP)

Die Interviewperson wägt in der konkreten Situation verschiedene Handlungsoptionen gegeneinander ab, die aus ihrer Sicht beide fachlich rechtfertigbar sind. Sie entscheidet sich für die scheinbar sicherere Option, auch wenn sie unsicher bleibt, ob diese Option die bessere ist („hatte da dann noch auch überlegt, ja, war das jetzt so schlau“). Sie muss letztlich feststellen, dass sie in

[158] Dreimal werden in den Interviews herausfordernde Verteilungssituationen durch Ärzt:innen ausgelöst, die ohne Voranmeldung zur Visite kommen und einfordern, dass die Pflegenden sie sofort unterstützen: „Also ich habe da ganz oft schon meine Grenze gesehen, wenn dann (-) Leute, also Ärzte vor allen Dingen, eben auch Ärzte kommen, die dann glauben, sobald sie kommen, wird alles in der Einrichtung stehen- und liegengelassen und sie sind (--) Priorität Nummer eins.“ (IP, ähnlich zwei weitere IP)

diesem Fall falsch entschieden hat. Auch, wenn sie die Situation im Nachhinein als „ganz schön blöd“ (IP) bewertet, ist die Pflegende doch mit ihrer Entscheidung grundsätzlich zufrieden, da sie nach bestem Gewissen und fachlich korrekt entschieden hat, da sie nicht wissen konnte, wie die Bewohnerin reagiert. Und vor allem akzeptiert die Interviewperson, dass die Bewohnerin bei allen Sicherheitsbedenken letztlich nicht in ihrer Autonomie eingeschränkt werden sollte („und (---) wenn sie aufstehen will, darf sie aufstehen“). Entsprechend wird die Entscheidungsautonomie und fachliche Expertise der Pflegenden im flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln dadurch relativiert, dass **Perspektiven und Ansprüche der Bewohner:innen** Berücksichtigung finden müssen.

Wie auch im Zitat oben gelingt es den Interviewpersonen in den beschriebenen Verteilungssituationen häufiger nicht für sie zufriedenstellend, allen wahrgenommenen, aus ihrer Sicht legitimen Ansprüchen in herausfordernden Verteilungssituationen gerecht zu werden. Im Rückblick auf eine solche Situation beschreibt eine Interviewperson:

> „Also es war (-) wirklich eine (-) ganz blöde Situation, weil ich halt alleine war und da auch noch nicht so diese Erfahrung hatte, wie ordne ich mir das jetzt so, dass eigentlich jeder zufrieden ist, aber (--) trotzdem irgendwie versorgt ist, aber ich trotzdem alles irgendwie so schaffe.“ (IP)

Durch Umstände wie **ungünstige Rahmenbedingungen** oder fehlende Erfahrung kann die eigene Entscheidungsautonomie demnach als sehr beschränkt erlebt werden. Trotz dieser Unsicherheit kann das Entscheidungshandeln von Pflegenden dann (noch) als flexibel-reflexiv beschrieben werden, wenn sowohl die Bemühung deutlich wird, eine autonome Entscheidung zu treffen, als auch das Ziel beschrieben wird, einen Ausgleich zwischen den Ansprüchen aller Bewohner:innen in dem Sinne zu schaffen, „dass es einfach wirklich für **alle** gut ist.“ (IP) Im Abschnitt zu Verteilungskriterien wird näher ausgeführt, wie dieser Ausgleich im flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln zu verstehen ist. Zunächst ist aber zu beachten, wie im flexibel-reflexiven Entscheiden eine Balance zwischen emotionaler Abgrenzung und emotionaler Involviertheit erreicht werden kann.

Emotionales Engagement

Im flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln sind Pflegende grundsätzlich in der Lage und bereit dazu, sich emotional auf die jeweiligen Verteilungssituationen in ihrer Einzigartigkeit einzulassen (**emotionale Involviertheit**):

> „Also, kein Tag ist wie der andere, sage ich mal so. (-) Es ist immer wieder neu ((lacht)). Und auch die Bewohner haben immer wieder (-) mal andere Sachen, die nicht so sind wie

> den Tag davor, (-) aber (--) ich denke mir immer, es sind einfach Menschen, ich bin auch nicht jeden Tag gleich.“ (IP)

In einer hohen **Flexibilität** („total flexibel“, IP) sowie einer gewissen **persönlichen Anteilnahme** stellen sich die Pflegenden dabei auf die wahrgenommenen Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner:innen ein. Diese emotionale Involviertheit kommt besonders in Notfallsituationen zum Ausdruck, die ohnehin emotional aufgeladen sind:

> „Es ist für mich eigentlich eher **negativer** Stress, ne, weil ich halt sehe, wie es ihm geht und ich kann aber gar nicht **so** viel helfen, ne? Weil was weiß ich, Verdacht auf einen Herzinfarkt oder so was, habe ich immer das Gefühl, ich kann ja gar **so** viel machen, wie ich gern/ Ich würde ihm das gern wegnehmen, (-) ne, diese Luftnot und die Brustschmerzen und man sagt dann, ne: ‚Alles in Ordnung, die sind gleich da, die sind schon auf dem Weg.‘ (-) Man würde am liebsten einfach schnipsen (-) und ihm geht es gut. (-) Und das geht nicht.“ (IP)

Die Interviewperson kennt den betroffenen Bewohner schon länger und empfindet Mitleid und eine gewisse Hilflosigkeit in Anbetracht dessen, dass sie ihn zwar beruhigen, ihm aber nicht wirklich helfen kann. Sie erlebt diese Situation als belastenden, „negative[n] Stress“, wird davon aber nicht überwältigt, sondern reflektiert, dass sie nicht mehr tun kann als sie bereits macht und bleibt dadurch handlungsfähig.

In dieser Selbstreflexion zeigt sich trotz emotionaler Involviertheit gleichzeitig eine gewisse **emotionale Abgrenzung**. Diese wird noch deutlicher, wenn Verteilungsentscheidungen weniger eindeutig eine Priorität nahelegen:

> „Wo man dann alleine ist, wir sind im Nachtdienst auch alleine (-) und da weiß man dann manchmal nicht: Wo soll ich jetzt zuerst hin? Also ich weiß, ich muss meine Runde zu Ende machen, aber der Bewohner braucht da unten jetzt im Moment die Aufmerksamkeit, weil er (-) ja, auffällig einfach ist in seinem Verhalten und nicht weiß, was er / wie er (-) damit umgehen soll, sagen wir mal so, wo ich aber weiß im Hinterkopf, ich muss meine Runde zu Ende machen. So. Und (-) wenn das dann da unten schon mal eine halbe Stunde dauert mit ihm mal eben das Gespräch zu führen oder was auch immer, ihn zu (-) deeskalieren oder wie auch immer, ist das schon (-) nicht ganz so einfach.“ (IP)

In der Verteilungssituation muss die Interviewperson abwägen zwischen den Ansprüchen der Bewohner:innen in ihrem Verantwortungsbereich, die im Rahmen der „Runde“ versorgt werden müssen, sowie einem einzelnen Bewohner, der beruhigt werden muss. In einer gewissen emotionalen Involviertheit kann sie wahrnehmen und nachvollziehen, dass der einzelne Bewohner einen berechtigten Anspruch auf ihre Aufmerksamkeit hat. Gleichzeitig ist ihr aber auch „im Hinterkopf“ bewusst, dass auch die anderen Bewohner:innen einen legitimen Anspruch auf Versorgung haben. Ihr ist klar, dass sie nicht alle Ansprüche gleichzeitig erfüllen kann und erlebt die Situation als „nicht ganz so einfach“. Durch die emotionale Abgrenzung, die auch für sie selbst

eine gewisse Ruhe mit sich zu bringen scheint, ist sie trotz der sehr herausfordernden Situation („da weiß man dann manchmal nicht: Wo soll ich jetzt zuerst hin?“) in der Lage, eine Entscheidung zu treffen:

> „Ja, ich nehme mir die Zeit für die Bewohner, so gut wie es geht / oder für den einen Bewohner jetzt in dem Fall, so gut es geht, um (-) ihn kurz zu / kurz zu besänftigen und dann aber auch weiter zu gehen und dann später noch mal wieder zu ihm zu schauen. So. Also man muss schon die Zeit da abzwacken (-) so ein bisschen. (-) Für mich selber, wie gesagt, ist es dann klar, versuche ich **innerlich** nur diesen Stress zu lassen. Aber man weiß ja, dass man das trotzdem irgendwie nach außen strahlt. (--) Ja.“ (IP)

Durch eine emotionale Abgrenzung von den unmittelbaren Bedürfnissen des einzelnen Bewohners („so gut wie es geht“) und der anschließenden Fokussierung auf ihre anderen Verpflichtungen („und dann aber auch weiter zu gehen“) sowie einer bewussten Unterdrückung der eigenen Anspannung („**innerlich** nur diesen Stress zu lassen“) kann die Interviewperson mit Blick auf ihre Aufgabe im institutionellen Kontext eine abgewogene, rational nachvollziehbare Entscheidung treffen. Im Folgenden werden die dabei zum Tragen kommenden Verteilungskriterien näher ausgeführt.

Verteilungskriterien

Wie in der oben beschriebenen Verteilungssituation bereits deutlich wird, sind es beim flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln vor allem zwei Prinzipen gerechter Verteilung, die zum Tragen kommen und häufig auch gegeneinander abgewogen werden müssen: Hohe Priorität in Verteilungssituationen hat beim flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln die größtmögliche Berücksichtigung und Sicherstellung der **individuellen Präferenzen und Bedürfnisse der Bewohner:innen**. Grundsätzlich wird damit zunächst eine Pflege angestrebt, die sich weniger an institutionell vorgegebenen Rhythmen und Strukturen, sondern an den Alltagsgewohnheiten der Bewohner:innen orientiert:

> „Hm (---) Ja gut, wenn man an den Menschen denkt oder den Bewohner in dem Fall, ist natürlich, weil man will eigentlich (-) den Alltag mit den Bewohnern ja zusammen (-) gestalten, erleben, wie auch immer, dass man ja jetzt nicht wirklich sagt, dieses typische Heimleben ist: Man steht morgens auf, man versorgt die pflegerisch, dann wird gefrühstückt, dann dies und jenes, sondern dass man wirklich einfach / dass ein normaler Lebensalltag entsteht, sagen wir mal so. Das (-) würde ich mir für die Bewohner auch wünschen. Dass das einfach / (--) Ja.“ (IP)

Die Orientierung der Pflege am **„normale[n] Lebensalltag“** der Bewohner:innen erfordert eine hohe Flexibilität und Autonomie im Umgang mit den verfügbaren Zeitressourcen.[159] Ziel dabei ist, „sich so die Zeit für die Bewohner zu nehmen, wie der Bewohner halt auch braucht.“ (IP) Neben der Ermöglichung einer alltagsähnlichen, flexiblen Normalität kann es dabei auch um den **Schutz der Autonomie und Würde** der Bewohner:innen gegenüber Paternalismus und als ungerechtfertigt erachteten Übergriffen gehen:

> „Also weil ich finde es einfach auch, es hat auch ein bisschen was mit Würde zu tun. Also ich möchte jetzt auch nicht, dass mein Arzt (-) mich untersucht, <<lachend> während ich auf dem Klo sitze.> Also das passt einfach nicht. Und da ist dann halt für mich der Bewohner halt ganz klar im/ (--) im Vordergrund.“ (IP)

Dieser hohe Stellenwert der Berücksichtigung und des Schutzes der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner:innen („der Bewohner halt ganz klar im/ (--) im Vordergrund“; s. Abschnitt 6.3.4.3.1) kann auch als **Fürsorge-Orientierung** (s. Abschnitt 6.3.4.3.1) verstanden werden, die im Sinne leichter Fürsorge und anders als im ermächtigten Entscheiden deutlich zwischen eigenen und fremden Bedürfnissen differenziert:

> „so, das / oder die Bewohner das brauchen, so, nicht wir als Pflegekräfte“ (IP).

In der Entscheidungstypologie (s. Abbildung 9) drückt sich diese Orientierung als Pfeil in Richtung emotionaler Involviertheit aus, hier verstanden als Einlassen auf den Einzelfall.
Eine Orientierung an individueller, pflegerischer Fürsorge-Verantwortung steht im institutionellen Kontext der stationären Langzeitpflege immer wieder in Konflikt mit der Verantwortung, die die Pflegenden im Sinne der gerechten Ressourcenverteilung und dem Interessenausgleich unter allen Bewohner:innen als Gruppe tragen:

> „Da muss ich dann auch immer gucken, dass ich alle (-) im Überblick habe“ (IP).

Diese, auch als **Gerechtigkeitsorientierung** zu verstehende Ausrichtung wird in der Entscheidungstypologie in Abbildung 9 durch den Pfeil in Richtung der emotionalen Abgrenzung dargestellt. Der Anspruch auf die angemessene Berücksichtigung der Interessen und Ansprüche aller Bewohner:innen wird als mindestens genauso legitim wie der Anspruch auf individuelle Befriedigung von Bedürfnissen Einzelner erlebt:

> „Weil man hat im Hinterkopf, die anderen Bewohner wollen ja aber genauso versorgt werden“ (IP).

[159] „Das ist immer situationsbedingt, was gerade los ist, ne? Das kann ich ja vorher nicht sagen, (-) wenn es jemand schlecht geht, dann ist die Doku mir gerade egal.“ (IP)

Vor allem in anspruchsvollen Verteilungssituationen unter Zeitdruck wird entsprechend die **flexible, situative Abwägung zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsorientierung** als große Herausforderung oder als „Spagat" (IP) beschrieben (s. auch Ausführungen zu „Gleichzeitigkeit" in Abschnitt 6.3.6):

> „Wo man dann alleine ist, wir sind im Nachtdienst auch alleine (-) und da weiß man dann manchmal nicht: Wo soll ich jetzt zuerst hin? Also ich weiß, ich muss meine Runde zu Ende machen, aber der Bewohner braucht da unten jetzt im Moment die Aufmerksamkeit" (IP).

Bei Weitem nicht immer gelingt diese Abwägung in den berichteten Entscheidungssituationen zur Zufriedenheit der Interviewpersonen. In diesem Sinne kann der flexibel-reflexive Entscheidungstyp auch als ein **Ideal** verstanden werden, das Pflegende in Verteilungssituationen anstreben, aber nicht unbedingt erreichen. In diesem idealen Verteilungshandeln werden allgemeine, institutionelle Routinen und Richtlinien danach relativiert, inwieweit sie im jeweiligen Einzelfall für die größtmögliche Wahrung der Sicherheit und Autonomie der Bewohner:innen dienlich erscheinen. Aber auch die eigene Fachexpertise und Entscheidungsautonomie sowie eigene Emotionen und Präferenzen werden in Verteilungssituationen zwar in der Regel wahrgenommen und können damit auch berücksichtigt werden. Diese Faktoren spielen aber im situativen Urteil als normatives Entscheidungskriterium gegenüber dem Wohl und der Sicherheit der Bewohner:innen eine untergeordnete Rolle.

Begünstigende Bedingungen

Grundsätzlich können alle in Unterkapitel 6.3 als förderlich identifizierten, intervenierenden Entscheidungsbedingungen zu einem flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln beitragen. Auf der individuellen Ebene, die ja bei der Betrachtung des Entscheidungshandelns auf der Mikroebene wesentlich ist, scheint neben einem **eher bewohner:innenorientierten Pflegeverständnis** (s. Abschnitt 6.3.4.3.1) vor allem eine längere **Berufserfahrung** (s. Abschnitt 6.3.4.2) allgemein begünstigend zu sein, um eher flexibel-reflexive Entscheidungen zu treffen, denn „wenn man halt lange dabei ist, dann interessieren einen die Zettel nicht." (IP) Vor allem in herausfordernden Situationen ermöglicht Berufserfahrung eine gewisse Ruhe und Gelassenheit durch das Bewusstsein, auch schon in anderen, eventuell ähnlichen Situationen handlungsfähig geblieben zu sein.[160] Auch ein **Vertrauen** in die eigene Qualifikation und Fachkompetenz kann zu dieser Ruhe und dem Gefühl der Handlungsautonomie beitragen:

[160] Im Umkehrschluss beschreibt eine Interviewperson eine Situation, in der ihr genau diese Erfahrung noch fehlte: „Also das war so, wo so viel von mir (-) auf einmal erwartet worden ist, was ich eigentlich auch erfahrungstechnisch noch nicht so drauf hatte." (IP)

> „Und halt selber, dass ich einfach ausgebildet bin und also ich (-) eigentlich **schon** finde, dass ich das richtig einschätzen kann, (-) ne? Also, ich weiß schon, was ich/ wonach ich gucken muss. Es gibt einem dann ja schon auch Sicherheit, (-) ne, dass man selber **aus**gebildet ist. Das macht einen ja schon viel, viel sicherer, als wenn ich jetzt (-) einfach von Tuten und Blasen keine Ahnung hätte. (-) Ne?“ (IP)

Diese sichere, gelassene Grundhaltung ist außerdem Voraussetzung für intuitives Handeln, das vor allem in komplexen Verteilungssituationen die Berücksichtigung verschiedener Rahmenbedingungen und Anforderungen innerhalb kürzester Zeit ermöglicht. Ausbildung und längere Berufserfahrung sind zudem für die im Folgenden noch thematisierte, für flexibel-reflexives Entscheiden zentrale **Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie Reflexion der Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns** ein zwar nicht notwendiger, aber doch förderlicher Faktor (s. Abschnitt 6.3.4). Neben der Berufserfahrung gibt es verschiedene begünstigende Faktoren, die eher im Bereich allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale liegen. So erleichtert Pflegenden eine grundsätzlich **positive Einstellung zu und Freude an flexiblem Arbeiten und Entscheiden**[161] flexibel-reflexive Entscheidungen zu treffen.

Stellenwert der Selbstsorge

Wie schon thematisiert, wird flexibel-reflexives Entscheiden in der ständigen selbstkritischen Abwägung zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsansprüchen als eher „anstrengend“ (IP) erlebt und beschrieben.[162] Gerade in Notfallsituationen wird dieses Erleben von **physischer und psychischer Belastung** („eher **negativer** Stress“, IP) häufig nicht nach außen gezeigt, um gegenüber Bewohner:innen und Kolleg:innen Sicherheit und Ruhe auszustrahlen („Die verlassen sich auf mich, dass ich weiß, was ich tue“, IP; „versuche ich **innerlich** nur diesen Stress zu lassen“, IP).
Das zum Teil intensive Erleben negativer Emotionen wird auch dadurch begünstigt, dass sich die Pflegenden in der herausfordernden Verteilungssituationen nicht immer ausreichend emotional abgrenzen und gleichzeitig einen hohen Anspruch an ihr eigenes Handeln stellen, dem sie nicht immer gerecht werden können („du **kannst** es nicht mehr (--) gerecht machen, dass es einfach wirklich für **alle** gut ist“, IP). Selbst wenn sie aus ihrer Perspektive richtig gehandelt haben, erleben sie **Unzufriedenheit und „ein schlechtes Gewissen“** (IP, ähnlich weitere IP), da sie aus

[161] „Weil ich selber auch persönlich so ein Mensch bin, (--) der nicht so ein strukturiertes, geordnetes, (-) ja, eingefahrenes Leben hat“ (IP); „Ja, ich bin/ ich/ (-) mir fällt das in so einem Moment leicht, (-) mich auf viele Sachen gleichzeitig zu konzentrieren, ohne dabei irgendwie die Geduld zu verlieren. Oder (-) das spornt mich an, irgendwie motiviert mich das, ich brauche das auch manchmal so ein bisschen, um zu wissen, (--) dass ich (-) gearbeitet habe.“ (IP)
[162] Als anstrengend wird auch beschrieben, „dass man noch so viel Stress im Hintergrund hat, was alles noch erledigt werden muss“ (IP) und „dass man so viel gleichzeitig machen musste“ (IP).

ihrer Sicht zwar richtig gehandelt haben, durch eine Dilemmasituation aber aus ihrer Sicht wichtige Dinge rationieren mussten.
Grundsätzlich äußern Interviewpersonen, die mehrfach von Situationen berichten, in denen sie flexibel-reflexiv entscheiden, eher Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation:

> „Also so wie es jetzt ist, fühle ich (-) mich eigentlich wohl von der Arbeit auch her." (IP)

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sie die eigenen Bedürfnisse im Sinne der Selbstsorge im Arbeitsalltag berücksichtigen können. Auch die hohe wahrgenommene Entscheidungsautonomie scheint dabei zur grundsätzlich spürbaren Zufriedenheit der Interviewpersonen beizutragen, die dann wieder die Arbeitssituation und die Zufriedenheit der Bewohner:innen positiv beeinflusst:

> „Wenn man selber halt (-) flexibel arbeitet und auch so (--) relativ ruhig und entspannt ist, das überträgt sich ja auf die ganzen Bewohner" (IP).

In Verteilungssituationen werden die **eigenen Bedürfnisse** zwar häufig nicht priorisiert, aber doch als Entscheidungskriterium **wahrgenommen** und so gut wie möglich berücksichtigt. Wird es in der Gesamtbewertung der Situation aber als notwendig erachtet, können diese Bedürfnisse situativ zurückgestellt oder zumindest zeitweise ignoriert werden:

> „In dem Moment (--) muss man (-) sich schon überlegen: (--) Gehe ich das Risiko ein, dass ich heute/ Risiko in Anführungszeichen/ dass ich selbst heute nicht pünktlich Feierabend mache? Ist es mir/ ist es mir das **wert** (--) oder will ich **selber** pünktlich hinaus? Man stellt die Bedürfnisse der Menschen, für die man zuständig ist, über seine eigenen, wenn man sich dafür entscheidet: Ich (-) gehe **nicht** pünktlich, es dauert halt so lange, wie es dauert." (IP)

Solange dies nur punktuell und im Rahmen einer grundsätzlich eher förderlichen Arbeitsumgebung geschieht, scheint den Pflegenden eine gute Balance zwischen Für- und Selbstsorge zu gelingen. Es ist aber davon auszugehen, dass es vor allem bei längerfristig als herausfordernd erlebten institutionellen Bedingungen unter anderem im Leitungsverhalten (s. Abschnitt 6.3.1.5) oder in der Personalbesetzung (s. Abschnitt 6.3.1.4) den Pflegenden zunehmend schwerer fällt, ihre Selbstsorge-Ansprüche und -Bedürfnisse auch in alltäglichen Verteilungsentscheidungen zu berücksichtigen:

> „Also, ich gehe/ gehe dann nach Hause, und mir tut das Herz weh (--) so, wenn ich dann unterbesetzt bin mal, (-) ne? Weil ich einfach weiß, dass ich nicht **allen** gerecht werden kann, (-) und das ist schwierig." (IP)

Reflexions- und Kritikfähigkeit

Wie schon die Bezeichnung „flexibel-reflexiver Entscheidungstyp“ deutlich macht, schließt dieser neben einer situativen Flexibilität und Abwägung zwischen emotionaler Involviertheit und emotionaler Abgrenzung sowie zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsorientierung gleichzeitig immer auch eine (selbst-)kritische Reflexion des pflegerischen Entscheidungshandelns im institutionellen Kontext ein.

Zunächst müssen Pflegende im flexibel-reflexiven Entscheiden in der Lage sein, ihre **fachliche Expertise sowie ihre Handlungs- und Entscheidungsautonomie** selbstbewusst wahrzunehmen und anzuwenden. Diese Fähigkeiten müssen aber zu Gunsten der Sicherstellung von Autonomie und Würde der Bewohner:innen als oberster Priorität im pflegerischem Verteilungshandeln **begrenzt und relativiert** werden. Denn flexibel-reflexives Entscheidungshandeln in der stationären Langzeitpflege sollte darauf ausgerichtet sein, wie „die Bewohner das brauchen, so, nicht wir als Pflegekräfte“ (IP). Daher ist der flexibel-reflexive Entscheidungstyp zwar in Abbildung 9 bei einer eher hohen Entscheidungsautonomie, allerdings nicht bei einem maximalen Gefühl der Autonomie verortet.

Zusätzlich erfordert flexibel-reflexives Entscheidungshandeln die Fähigkeit, sich zwar kritisch, aber doch konstruktiv mit den zunehmend durch Objektivierung und Ökonomisierung geprägten **Rahmenbedingungen der Pflege** auseinanderzusetzen. Denn diese erschweren oder verhindern oft die flexible Abwägung und vor allem die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und schränken die Entscheidungsautonomie der Pflegenden ein:

> „Es ist schon anstrengend, weil man wie gesagt im Hinterkopf hat: Man hat noch mehr Aufgaben zu erledigen, gerade im Nachtdienst. (---) Und es ist / ja, man hat gelernt einfach damit, (-) ja, so blöd wie es / zu **leben**, sage ich jetzt mal. Also man **kennt** es nicht anders. Die Situationen in der Pflege gibt es einfach (-) nicht anders.“ (IP)

Diese Auseinandersetzung sollte aber nicht, wie es im Zitat anklingt, zu Frustration und Abstumpfung führen, denn dies kann zu einem zunehmenden Gefühl der Heteronomie und entsprechender (ungünstiger) Veränderung des individuellen Entscheidungshandelns beitragen. Vielmehr lassen sich, wie in Unterkapitel 6.3 gezeigt werden konnte, zahlreiche dieser Rahmenbedingungen positiv beeinflussen.

Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen

Nicht zuletzt, weil die Perspektive der Bewohner:innen im flexibel-reflexiven Entscheiden eine hohe Priorität hat, werden auch die **Autonomieansprüche** der Bewohner:innen in Verteilungsentscheidungen **in der Regel berücksichtigt** – und zwar, so gut dies die gegebenen Rahmenbedingungen ermöglichen.

> „weil ich sehr froh darüber bin, dass der Bewohner sich regulieren konnte, und man mit kleinen Gesten, eine **minimale** Regel außer Kraft setzen, einen Tag für einen Menschen retten kann.“ (IP)

Häufig stellen die Pflegenden dazu auch die eigenen Bedürfnisse zurück. Zusätzlich verhindert auch eine selbstkritische Bewertung und Relativierung der eigenen Fachexpertise und Entscheidungsautonomie, dass eigene Präferenzen und Einschätzungen überbewertet oder sogar absolut gesetzt werden und damit zu paternalistischer Missachtung der Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner:innen führen.

7.3. Zusammenfassung

Nachdem in Kapitel 6 ausgehend von der Struktur des Kodierparadigmas eine gegenstandsfundierte Analyse der komplexen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Strukturen pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege erfolgte, konnte in diesem Kapitel anhand der Analyse der Entscheidungssituationen der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass das Entscheidungshandeln von Pflegenden in herausfordernden Verteilungssituationen durch spezifische Handlungs- und Deutungsmuster geprägt ist. Diese Muster lassen sich in Form einer Typologie mit fünf Idealtypen abbilden (s. Abbildung 9 und als Übersicht in Tabelle 4 in Anhang 3), die durch die zentralen Merkmale des emotionalen Engagements und der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit bestimmt werden. Mit Hilfe der Entscheidungstypologie lässt sich das Phänomen der pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der empirischen Wirklichkeit des Untersuchungsfeldes darstellen, strukturieren und hinsichtlich des jeweils zugeordneten Typs charakterisieren.

In der idealtypisch zugespitzten Charakterisierung der fünf Entscheidungstypen wurde deutlich, dass die Typen des überwältigten und konformistischen (Nicht-)Entscheidens sowie des ermächtigten und autokratischen Entscheidens zahlreiche Aspekte aufweisen, die sich eher ungünstig auf die von der Entscheidung betroffenen Bewohner:innen, die Einrichtung oder die entscheidenden Pflegenden selbst auswirken. Auf der anderen Seite kann mit dem flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln ein auch in den empirischen Daten der vorliegenden Untersuchung nachweisbares Muster beschrieben werden, das eine im normativen Sinne gute pflegerische Verteilungsentscheidung ermöglicht. Entsprechend kommen in der in diesem Kapitel dargestellten Entscheidungstypologie neben deskriptiven vor allem normative Perspektiven auf Entscheidungshandeln zum Tragen. Dieser normative Gehalt der Typenbildung ermöglicht eine Bewertung konkreter Verteilungsentscheidungen anhand eines komplexen Maßstabes, der flexibel-reflexives Entscheiden als

optimalen und damit im Sinne professionellen Pflegehandelns anzustrebenden Entscheidungstypus in der stationären Langzeitpflege identifiziert.
Wie in den Typenbeschreibungen von Unterkapitel 7.2 aufgegriffen, lassen sich spezifische Bedingungen identifizieren, die das Handeln nach bestimmten Entscheidungstypen begünstigen. Sofern das flexibel-reflexive Entscheidungshandeln als wünschenswert anerkannt wird, da es gute Verteilungsentscheidungen ermöglicht (s. Unterkapitel 9.3), ergibt sich daraus eine Argumentation für die Herstellung eben jener Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die für flexibel-reflexive Entscheidungen als förderlich identifiziert wurden, einerseits auf der Ebene des institutionellen Rahmens von Entscheidungen, auf den Unterkapitel 9.2 näher eingeht, und andererseits auf der Ebene der pflegepädagogischen Implikationen, die Unterkapitel 9.4 fokussiert.

8. Diskussion der Ergebnisse

Zunächst fasst Unterkapitel 8.1 zusammen, welche wesentlichen, neuen Erkenntnisse sich aus der in dieser Arbeit entwickelten Theorie in Bezug auf die in Kapitel 2, 3 und 4 ausgeführte theoretische und empirische Forschung ergeben. Unterkapitel 8.2 thematisiert kritisch Gehalt und Begrenzungen der im Rahmen dieser Untersuchung entwickelten Theorie der pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege bezüglich der gewählten Methoden, des Datenmaterials und der Schlussfolgerungen, die durch die Anwendung der Methoden gezogen werden.

8.1. Kernaussagen und empirischer Erkenntnisgewinn

8.1.1. Zeit als zentrale Ressource der Pflege

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Zeit als materielle, quantitativ messbare Ressource und gleichzeitig immaterielles, qualitativ wertvolles Gut in Form von Aufmerksamkeit und Zuwendung bei Verteilungsentscheidungen in der Pflege eine zentrale Rolle spielt (s. Abschnitt 6.3.6). Ihre **grundsätzliche quantitative Knappheit** und begrenzte Vermehrbarkeit (s. Abschnitt 6.2.1) führt in Verbindung mit ihrer **oft existenziellen Bedeutung** für die pflegebedürftigen Bewohner:innen dazu, dass Pflegende in der stationären Langzeitpflege, aber auch in anderen Settings der Pflege, vor der alltäglichen Herausforderung stehen, dieses als qualitativ wertvoll erlebte, konditionale Gut situationsangemessen zu verteilen. Verschärft wird die Situation der grundsätzlichen Knappheit der zentralen Ressource Zeit vor allem durch politisch-gesellschaftliche Entwicklungen des zunehmenden Personalmangels (s. Unterkapitel 2.2 und 2.3), der über lange Zeit als gering erlebten gesellschaftlichen Anerkennung vor allem der Altenpflege (IP; vgl. Rothgang et al. 2020) sowie der zunehmenden Ökonomisierung und Objektivierung der

Pflege (s. Unterkapitel 2.2 und Abschnitt 3.2.4.2). Diese Entwicklungen und deren Auswirkungen auf den Pflegealltag werden auch von den für die vorliegende Arbeit befragten Pflegenden als deutlich spürbar geschildert (s. Abschnitt 6.2.2 und 6.3.6).

Trotz der beschriebenen Knappheitssituation sowie einer Frustration durch die erlebte geringe Anerkennung ihres Berufsfeldes und ihrer Kompetenzen beschreiben mehrere der befragten Pflegenden ein **hohes Selbstbewusstsein und Verantwortungsgefühl** in der eigenständigen Ressourcenverteilung („Zeit geben"; s. Abschnitt 6.3.6; vgl. auch Abschnitt 6.4.2). Sie nutzen dabei die vorhandenen **Entscheidungsspielräume**, die in der stationären Langzeitpflege als eher ärzt:innenfernem Bereich besonders hoch sind (u. a. Hielscher et al. 2013; Isfort et al. 2018; „Pflegende als Gate-Keeper für den Zugang zu Ärzt:innen in der stationären Langzeitpflege", Slettebø et al. 2010, vgl. Unterkapitel 2.4).

Den ständigen und zunehmenden Mangel an Zeitressourcen bei gleichzeitig hoher professioneller Entscheidungsverantwortung erleben Pflegende als erhebliche Belastung: In einer ständigen **Diskrepanz und Gleichzeitigkeit** der beruflichen Anforderungen (s. Abschnitt 6.3.6) sind Pflegende für mehrere von ihnen abhängige Bewohner:innen gleichzeitig zuständig und müssen zwischen deren wahrgenommenen, individuellen Bedürfnissen abwägen. Zusätzlich beschreiben sie einen entweder konkreten (s. Abschnitt 6.3.1.5) oder eher diffusen (s. Abschnitt 6.3.1.1) institutionellen, ökonomisch geprägten Druck, ihre Arbeit in der vorgegebenen Zeit zu erledigen:

> „Es war schon (.) ne Herausforderung, diesen Spagat irgendwie hinzukriegen" (IP; vgl. Skirbekk et al. 2017).

Die dauerhaft erlebte Diskrepanz der Anforderungen bringt die ständige Notwendigkeit mit sich, die verfügbaren Zeitressourcen möglichst sinnvoll und gerecht zu verteilen – ein alltägliches, **herausforderndes Abwägen** und „[T]ricksen" (IP). Vor allem in Notfallsituationen schildern die Pflegenden den oben beschriebenen Effekt der **Gleichzeitigkeit** als besonders prägend, da er ihnen praktisch Unmögliches abverlangt:

> „daher musste ich an drei Orten gleichzeitig sein, und das gelang mir an diesem Tag nicht." (IP; vgl. Dunger et al. 2019 in Abschnitt 4.2.5)

Vor allem in solchen Situationen extremer Zeitknappheit, aber oft auch im pflegerischen Alltag, gelingt es den Pflegenden nicht, die ihnen zur Verfügung stehende Zeit nach ihren eigenen Qualitätsansprüchen einzusetzen, auch wenn von einigen der entscheidenden Pflegenden zusätzliche Zeitressourcen durch die **Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse** aktiviert werden (s. Abschnitt 6.4.4.2). Sie sehen sich gezwungen, als notwendig und sinnvoll erachtete Pflegemaßnahmen zu rationieren (s. Abschnitt 6.5.2). Dieses Phänomen der impliziten Rationierung lässt sich auch in zahlreichen anderen empirischen Studien nachweisen (s. Abschnitt 4.2.2). Sowohl die

Vernachlässigung der Selbstsorge als auch implizite Rationierung selbst kann auf Dauer zu emotionaler und physischer Erschöpfung führen (s. Abschnitt 6.3.6 und 6.5.3, vgl. Abschnitt 4.2.6.2). Die besondere Bedeutung der Ressource Zeit zeigt sich demnach sowohl mit dem Blick auf den bestehenden und zunehmenden quantitativen Mangel daran – vor allem bedingt durch voraussichtlich weiter problematische Personalsituation in der Pflege (s. Unterkapitel 2.3 und Abschnitt 6.3.1.4). Der Umgang mit dieser ständigen, zum Teil erheblichen Zeitknappheit stellt für die Pflegenden eine hohe physische und emotionale Belastung dar. Gleichzeitig besitzen Pflegende vor allem in der stationären Langzeitpflege eine hohe Entscheidungsautonomie in der Verteilung der ihnen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen (s. Unterkapitel 2.4 und Abschnitt 6.2.3). Diese Verteilungsautonomie bezieht sich sowohl auf den quantitativen Aspekt der Zeit als knappe Ressource (Wer erhält wieviel Zeit?) als auch auf den qualitativen Aspekt der Zeit als wertvolles Gut (Wer erhält welche Aufmerksamkeit und Zuwendung?). Die Verbindung bestehender und voraussichtlich zunehmender quantitativer Knappheit der Zeitressourcen mit hoher Entscheidungsautonomie in der Verteilung dieser Ressourcen verdeutlicht, wie relevant das Thema der Verteilungsentscheidungen (nicht nur) in der stationären Langzeitpflege ist und zukünftig sein wird. Dies deckt sich auch mit der zunehmenden Zahl an Forschungsarbeiten zu diesem Thema auch für das Setting der Langzeitpflege (vgl. Ludlow et al. 2021 und Abschnitt 4.3).

Wenig bekannt ist bisher zum Erleben und zum situativen Bewältigen dieser herausfordernden Verteilungssituationen (vgl. Chiappinotto et al. 2022 und Abschnitt 4.2.5) sowie zu Voraussetzungen für gute Verteilungsentscheidungen. Zum Schließen dieser Forschungslücke soll vor allem die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung entwickelte Entscheidungstypologie (s. Kapitel 7) beitragen, die sowohl Muster des Erlebens und Deutens von Verteilungssituationen beschreibt als auch mit dem flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln einen normativen Anspruch an die situationsangemessene Verteilung von verfügbaren (Zeit-)Ressourcen formuliert.

Der folgende Abschnitt stellt zunächst die wesentlichen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit dazu dar, wie sich bestimmte institutionelle sowie individuelle Rahmenbedingungen förderlich oder hinderlich auf pflegerische Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege auswirken können.

8.1.2. Rahmenbedingungen von pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

8.1.2.1. Personalsituation

Auf der institutionellen Mesoebene beeinflusst der ökonomisch und zweckrational geprägte Entscheidungsrahmen der gesellschaftlichen und politischen Makroebene in Form von Pflegegraden

und damit verbundenen **Personal- und Zeitvorgaben** die Pflege spürbar (s. Unterkapitel 2.2 und Abschnitt 3.2.4.2). Diese institutionellen Vorgaben, von den befragten Pflegenden unter anderem versinnbildlicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als eher diffus wirksamer Kontroll- und Machtinstanz (Abschnitt 6.3.1.1), geben vor allem in herausfordernden Verteilungssituationen oft keine konkreten Arbeitsabläufe und Entscheidungskriterien vor (Hielscher et al. 2013; s. Abschnitt 6.3.1.3). Vielmehr können sie als unkonkrete, institutionelle Erwartung verstanden werden, gegenüber denen sich die Pflegenden auf verschiedene Art und Weise verhalten müssen (Luhmann 2019: 330; s. Abschnitt 3.1.4.3).

Die institutionellen Personal- und Zeitvorgaben prägen die Arbeit von Pflegenden im Alltag und insbesondere in Verteilungssituationen: Der **ständige Zeitdruck**, der von vielen der befragten Pflegenden wahrgenommen und beschrieben wird (s. Abschnitt 6.3.6) und auch empirisch nachgewiesen werden kann („quantitative Arbeitsbelastung", Simon et al. 2005: 14f.), führt dazu, dass viele Pflegende mit hohem Engagement und unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse (s. Abschnitt 6.4.4.2) versuchen, ihre Aufgaben „trotzdem irgendwie" (IP) ohne größere Abstriche zu bewältigen (vgl. auch Kumbruck 2010; Erwartungsdruck, s. Abschnitt 3.1.4.2). Einige Pflegende reagieren auf den Zeitdruck aber auch, in dem sie entweder freiwillig oder erzwungen (Heteronomie, s. Abschnitt 6.4.3) ihre Aufgaben eher funktional abarbeiten und dabei individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner:innen weitgehend ignorieren (s. Abschnitt 6.5.3). Diese Reaktion lässt sich auch in anderen empirischen Studien nachweisen: Bei Zeitmangel werden in der stationären Langzeitpflege besonders oft zeitaufwändige Pflegeaufgaben wie Gespräche rationiert, die dem Wohlbefinden der Bewohner:innen dienen, während eher funktionale Maßnahmen wie Prophylaxen, deren Rationierung ein Gesundheitsrisiko darstellen könnten, eher selten weggelassen werden (s. Abschnitt 4.3). Während einige Pflegende in Anbetracht alltäglicher, impliziter Rationierung Mitleid und Schuldgefühle äußern, kommt bei einigen eine zunehmende Resignation und Abstumpfung zum Ausdruck (s. Abschnitt 4.2.6.2; s. auch Abschnitt 6.5.3). In dieser Hinsicht decken sich die in dieser Untersuchung erhobenen Daten mit den Erkenntnissen aus der Forschung, dass der zunehmende ökonomische Druck einer funktionalen **Verrichtungsorientierung** Vorschub leistet (u. a. Friesacher 2008; Wingenfeld 2017).

Der Wunsch nach „mehr Personal" zieht sich durch viele der Interviews, wobei Berufserfahrung und Zuverlässigkeit der zusätzlichen „Köpfe" (IP) im Vergleich zur Qualifikation eine größere Rolle zu spielen scheinen (s. Abschnitt 6.3.1.4 und 6.3.2.2). Die befragten Pflegenden wünschen sich dabei sowohl eine allgemein bessere Personalbesetzung, aber vor allem **flexible Personalkapazitäten** in Notfallsituationen oder bei plötzlichem Personalausfall. In diesen herausfordernden Verteilungssituationen beschreiben Pflegende, dass sie „keine Kapazität" (IP)

für flexibles Handeln und Entscheiden besitzen, wobei dieses Erleben natürlich auch aus mangelnder Entscheidungskompetenz resultieren kann. Die Problematik der fehlenden Flexibilität durch plötzliche auftretende, höhere Anforderungen bei gleichbleibenden Personalressourcen in der Pflege lässt sich allerdings auch an anderer Stelle belegen, jedoch bisher nur für den klinischen Bereich („nicht mehr kompensierbare Arbeitsspitzen", Braun et al. 2014, s. Abschnitt 4.2.3). Die vorliegende Untersuchung kann nachweisen, dass diese Arbeitsspitzen auch in der stationären Langzeitpflege sowohl durch plötzliche Not- und Zwischenfälle, als auch durch Personalausfall auftreten können (s. Abschnitt 6.3.5) und damit herausfordernde Verteilungssituationen ausgelöst werden.

Auf politischer Ebene wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen, um vor allem die Personalsituation in der Pflege zu verbessern (s. Unterkapitel 2.3). Ob und wann diese Maßnahmen für die Pflegenden spürbar werden, ist – gerade in Kombination mit den gleichzeitig kontinuierlich weiter steigenden Bedarfen – bisher nicht abzusehen. Es bleibt fraglich, ob mit diesen Maßnahmen den beschriebenen zweckrationalen „Transformationen" (Remmers 2010) im Selbstverständnis der Pflege entgegengewirkt werden kann.

8.1.2.2. Pflegeorganisation

Die empirischen Daten der vorliegenden Untersuchung liefern einige Hinweise darauf, dass Verteilungsentscheidungen auf der institutionellen Mesoebene durch **kleinere, auch räumlich kompakte Pflegeeinheiten** erleichtert werden können (s. Abschnitt 6.3.1.2): Kolleg:innen sind in der Nähe und können im Sinne von flexiblen Personalkapazitäten (s. Abschnitt 8.1.2.1) auch in Notfallsituationen leichter erreicht werden, um Aufgaben zu übernehmen und damit zu entlasten. Bei plötzlichen Zwischenfällen ist es außerdem leichter, sich spontan untereinander abzusprechen und gemeinsam zu entscheiden, was in der Situation wichtig und weniger wichtig ist und wer welche Aufgabe übernimmt (s. Abschnitt 6.3.2.1). Im Sinne einer gemeinsamen Prioritätensetzung ist dies auch aus ethischer Perspektive vorteilhaft (vgl. Habermas 1995, s. Abschnitt 3.1.1). Neben der leichter zugänglichen praktischen Unterstützung durch Kolleg:innen scheint die räumliche Nähe und Möglichkeit der kurzfristigen Absprache die entscheidenden Pflegenden auch emotional von ihrer hohen Entscheidungsverantwortung zu entlasten, vor allem, wenn gleichzeitig die Leitung als präsent und unterstützend beschrieben wird (s. auch Abschnitt 8.1.2.4). In kleineren Einrichtungen oder Bereichen sind außerdem die Laufwege kürzer, die von mehreren Interviewpersonen aus größeren Einheiten als physisch belastend beschrieben werden („das sind halt weite Wege [*I: Hm*], die halt (-) mich auch sehr schlauchen", IP; s. Abschnitt 6.3.1.2). Vor allem aber sind die Pflegekräfte in kleinen Pflegeeinheiten für eine klar definierte und begrenzte Anzahl von

Bewohner:innen verantwortlich. Dies ermöglicht es den Pflegenden, diese Bewohner:innen mit ihren individuellen pflegerischen Anforderungen und emotionalen Bedürfnissen besser zu „kennen“ (IP) und auch in Verteilungssituationen mehrere Bewohner:innen gleichzeitig „im Blick“ zu behalten (IP; s. Abschnitt 6.3.1.2). Mit diesem Überblick können die Pflegenden leichter und auf besserer Grundlage bewerten, welche Maßnahmen – je nach beruflichem Selbstverständnis – situativ eine besonders hohe Priorität haben sollten. Grundsätzlich kommt bei allen Interviewpersonen aus kleineren Einrichtungen oder Bereichen zum Ausdruck, dass sie im Vergleich zu Pflegenden aus größeren Pflegeeinheiten die Zusammenarbeit als grundsätzlich positiv und unterstützend bewerten („familiär“, IP).

Das quantitative Verhältnis von Pflegenden und zu Pflegenden ist zwar grundsätzlich bestimmt durch den Personalschlüssel, allerdings sind hierbei verschiedene organisatorische Ausgestaltungen in der Zuordnung der Verantwortung des Personals für die Bewohner:innen möglich und kommen auch in den Interviews zum Ausdruck (s. Abschnitt 6.3.1.3). Ohne aus den erhobenen Daten ein bestimmtes **pflegerisches Organisationsmodell** besonders empfehlen zu können, sollte die Organisation doch auf der Grundlage der bereits oben geschilderten Erkenntnisse zu kleineren Pflegeeinheiten so strukturiert werden, dass einzelne Pflegende möglichst nicht die Verantwortung für sehr weitläufige, „wuchtig[e]“ (IP) Bereiche – zum Beispiel über mehrere Stockwerke hinweg – übernehmen müssen. Auch die allein zu tragende Verantwortung für viele Bewohner:innen gleichzeitig ist gemäß den Interviews als nachteilig einzuschätzen. Denn spätestens bei Notfällen kommt es dadurch besonders oft zu praktisch unlösbaren Widersprüchen zwischen der Versorgung des eigenen, umfangreichen und womöglich zusätzlich räumlich weitläufigen Verantwortungsbereiches und der gleichzeitigen Verantwortung für die intensive Betreuung und Versorgung Einzelner in besonderen Krisensituationen (s. Abschnitt 6.3.5.1).

Da sie bei pflegerischen Verteilungsentscheidungen eine zentrale Rolle spielen, diskutiert der folgende Abschnitt ausführlich die Bedeutung von festgelegten Arbeitsabläufen und bewährten Routinen in Verteilungssituationen. Hierzu wird vor der eigentlichen Frage, ob feste Routinen und Ablaufpläne Verteilungsentscheidungen erleichtern können, zunächst kurz zusammengefasst, warum auch das Befolgen von vorgegebenen institutionellen Routinen in dieser Arbeit als Entscheidung bewertet wird.

8.1.2.3. Routinen und Ablaufpläne

Entsprechend der weit gefassten Entscheidungsdefinition der vorliegenden Arbeit sind zielgerichtete Handlungen nur dann keine Entscheidungen, wenn in ihrer Umsetzung nur eine einzige zweckmäßige Option existiert und die Handlung ansonsten als gescheitert betrachtet werden

würde (Pritzlaff 2006, s. Abschnitt 3.1.3.2). Bei der Umsetzung von institutionellen Routinen in der Pflege ist dies aber nicht der Fall: Bewährte Stationsroutinen können zwar im Sinne der Konformität als institutionelle Erwartungen freiwillig oder unfreiwillig befolgt werden (Heteronomie, s. Abschnitt 6.4.3; konformistisches oder überwältigtes (Nicht-)Entscheiden, s. Abschnitt 7.2.1 und 7.2.2). Durch die grundsätzlich gegebene Kontingenz und damit Zukunftsoffenheit jeder Situation besteht aber immer auch die Option, von den Routinen abzuweichen oder sich ihnen bewusst zu widersetzen. Zumindest retrospektiv können den entscheidenden Pflegenden auch noch weitere Handlungsoptionen deutlich werden, die ihnen innerhalb der konkreten Verteilungssituation nicht bewusst waren (Luhmann 2019, s. Abschnitt 3.1.3.2 und 3.1.4.3). In diesem Sinne kann und sollte auch das freiwillige oder unfreiwillige Umsetzen von expliziten institutionellen Vorgaben oder impliziten Routinen in der Pflege als **echtes Verteilungsentscheiden** bewertet werden, das von den Pflegenden zumindest zum Teil verantwortet werden muss.

Als organisatorische Maßnahmen auf der institutionellen Mesoebene der Pflege könnten möglichst konkrete, institutionelle Vorstrukturierungen der Arbeit durch schriftlich fixierte explizite **Ablaufpläne** oder eher praktisch überlieferte, implizite **Stationsroutinen** eine Entlastung von Pflegenden in Verteilungssituationen darstellen, denn sie bieten eine gewisse **Handlungssicherheit** („Stabilität innerhalb von Komplexität“, Mantovan et al. 2020, s. Abschnitt 4.2.2): Im Anschluss an Oevermann (2001/2002) können Routinen auch als bewährte Handlungs- und Deutungsmuster verstanden werden, die aus Krisenerfahrungen entstehen und die erfolgreiche Bewältigung des beruflichen Alltags ermöglichen. Sie entlasten im Pflegealltag davon, immer wieder Einzelentscheidungen treffen und darüber hinaus zumindest potenziell begründen können zu müssen, warum so und nicht anders entschieden wurde („ostentive aspect“, Feldmann/Pentland 2003, s. Abschnitt 3.1.4.3). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen nahe, dass diese institutionellen Routinen sowohl in Form der von anderen (erfahrenen) Pflegenden übernommenen, bewährten Handlungsmuster als auch der institutionell erstellten, expliziten Ablaufpläne vor allem **für neue und unerfahrene Pflegende** eine wichtige Orientierung und damit Unterstützung im Handeln und Entscheiden bieten können („Daran kann man sich so langhangeln“, IP; s. auch Abschnitt 6.3.1.3.1).

Vor allem feste Ablaufpläne werden von mehreren der befragten Pflegenden allerdings eher ambivalent betrachtet: Neben der beschriebenen Orientierungsfunktion für unerfahrene Kolleg:innen werden diese Pläne und Routinen vor allem **bei Zwischenfällen** als **unflexibel** und „stur“ (IP) erlebt, da sie die Entscheidungsautonomie der Pflegenden einschränken. Entsprechend äußern vor allem Pflegende, die sich auch sonst als eher autonom entscheidend darstellen, dass sie es schätzen, sich nicht „stur“ an feste Ablaufpläne halten zu müssen und damit einen großen Ent-

scheidungsspielraum zu besitzen (IP; s. Abschnitt 6.4.2). Hohe Flexibilität ermöglicht aus Sicht dieser Pflegenden ein entspannteres und selbstbestimmteres Arbeiten. Allerdings bewerten auch sie, dass Pläne und Strukturen vor allem in Zeiten hoher Arbeitsbelastung Orientierung und Sicherheit bieten können (s. Abschnitt 6.3.1.3.2).

In diesem Sicherheitsgefühl liegt aber auch eine **Gefahr von Routinen und festen Ablaufplänen**, denn nie können sie in der Kontingenz und Komplexität von Verteilungssituationen alle erforderlichen und sinnvollen Handlungen vorgeben. Vielmehr werden vor allem implizite, überlieferte Routinen durch ihre Anwendung von den Pflegenden immer wieder aktualisiert und bei Bedarf situativ angepasst und damit aktiv gestaltet („performative aspect", Feldman/Pentland 2003, s. Abschnitt 3.1.4.3; Luhmann 2019). Arbeiten Pflegende zum Beispiel bei Personalmangel durch unbesetzte Stellen längerfristig unter eher defizitären Umstanden, wird dies kaum als manifeste Krisensituation wahrgenommen, die eine bewusste Entscheidung erforderlich macht, von Routinen abzuweichen (Oevermann 2001). Vielmehr werden die bisher bewährten Routinen nach und nach und fast unmerklich so angepasst und **qualitativ und quantitativ reduziert**, dass sie ein scheinbar normales „Weiterarbeiten"[163] ermöglichen. Die dabei mögliche erlebte Diskrepanz zwischen eigenem Anspruch an gute Pflege und der Pflegerealität wird dann entweder als überwältigend beschrieben (überwältigtes (Nicht-)Entscheiden, s. Abschnitt 7.2.2) oder in emotionaler Abgrenzung konformistisch ignoriert und hingenommen (konformistisches (Nicht-)Entscheiden, s. Abschnitt 7.2.1). In beiden Fällen können die angepassten, im Wesentlichen auf technisch-funktionale pflegerische Verrichtungen reduzierten Routinen aber als Handlungsrechtfertigung dienen, da im Sinne der Heteronomie nicht selbst entschieden werden kann oder muss (s. Abschnitt 6.4.3).

Die unreflektierte, aber auch die bewusste Umsetzung von Routinen kann zur **Missachtung der individuellen Bedürfnisse einzelner Bewohner:innen** führen (s. Unterkapitel 7.2.1 und 7.2.2). Dies lässt sich bezogen auf den klinischen Bereich auch durch die Studie von Abdelhadi et al. (2020) stützen, in der die Bedürfnisse der Patient:innen in als „Routinefällen" erlebten Situationen eher wenig Berücksichtigung finden. Erst bei einer Irritation oder dem Scheitern der bewährten Routinen wird ein Prozess des bewussten Abwägens ausgelöst (ebd.: 2165f.). Mantovan et al. (2020) können zudem nachweisen, dass ein starres Festhalten an bewährten Stationsroutinen zu einer verstärkten Funktionspflege und damit geringerer Patient:innenorientierung führt (ebd.: 6, s. Abschnitt 4.2.2 und 4.2.3).

[163] „Sie müssen ja irgendwie weiterarbeiten" (IP).

Eine Interviewperson beschreibt, dass auch für plötzlichen Personalausfall zumindest ein inoffizieller Plan existiert, **welche Aufgaben weggelassen** werden können („Und diese Pläne, die nicht existieren, funktionieren auch Eins A (-) in dem Moment dann", IP). Eine solche Vorgabe zu konkreten Rationierungsentscheidungen (hier: Baden weglassen) könnte im Sinne von expliziten, institutionellen Vorgaben für bestimmte, häufig auftretende Belastungs- oder Krisensituationen wie plötzlichem Personalausfall, medizinischen Notfällen oder Visite von Ärzt:innen, die Mikroebene der Pflege von der alleinigen Verantwortung für **Bedside Rationing** entlasten (Greiner 2011; s. Abschnitt 3.1.6.3). Allerdings ist zu vermuten, dass diese **institutionellen Rationierungspläne** – wenn sie überhaupt existieren – weder schriftlich fixiert und offiziell durch die Leitung legitimiert noch in einem gemeinsamen Austausch entwickelt oder zumindest besprochen wurden. Als inoffizielle, oft mündlich überlieferte Vorgaben bringen sie damit die Gefahr der oben beschriebenen Verfestigung defizitärer Routinen mit sich. Durch die fehlende, offizielle Legitimation durch die institutionelle Mesoebene entsteht eine Art Verantwortungsdiffusion: Die Pflegenden berufen sich im Sinne der „Zurechnungsverschiebung" (Luhmann 2019: 330) auf inoffizielle, aber von der Leitungsebene offensichtlich geduldete Rationierungspläne und geben damit ihre persönliche Verantwortung ab, während die Leitungsebene selbst ebenfalls keine offizielle Verantwortung für schwierige Rationierungsentscheidungen der Mikroebene übernimmt.

Um als Entlastung und Unterstützung erlebt zu werden, sollten **institutionelle Handlungsvorgaben** wie Ablaufpläne oder Notfallpläne daher so gestaltet sein, dass sie zwar **konkret genug** sind, um als offizielle und durch die Leitungsebene legitimierte Handlungsleitlinie vor allem für unerfahrene Pflegende wirksam zu sein. Es müssen aber gleichzeitig ebenfalls durch die Leitungsebene legitimierte und im Austausch mit den Pflegenden definierte **Entscheidungsspielräume** bestehen bleiben, damit Pflegende in Verteilungssituationen im Sinne des flexibel-reflexiven Entscheidens (s. Abschnitt 7.2.5) von diesen Leitlinien begründbar abweichen können. Damit wird verhindert, dass feste Handlungsvorgaben Entscheidungen des konformistischen Typs fördern, da diese in ihrer fehlenden situativen Flexibilität unter anderem die Risiken für das Bewohner:innen-Outcome erhöhen.

Idealerweise sollten diese Vorgaben sowohl auf der Grundlage eines **offenen institutionellen Dialogs** in der Auseinandersetzung mit den ethischen Implikationen verschiedener Verteilungskriterien entwickelt als auch regelmäßig auf ihre praktische Umsetzbarkeit und Unterstützungsfunktion hin überprüft und entsprechend angepasst werden. Durch solche institutionell gestützten Diskussionsprozesse könnte die kritische Auseinandersetzung mit Routinen und expliziten Vorgaben im Sinne des transformierenden Handelns (Oevermann 2001; s. Abschnitt 3.1.3.2) die

Chance für einen **Diskurs über pflegeethische Fragestellungen** unter anderem zu Verteilungsgerechtigkeit sowie eine **Sensibilisierung** für die Herausforderungen und Widersprüche der pflegerischen Arbeit bieten.

8.1.2.4. Rolle der Leitung

In der Auseinandersetzung mit der Bedeutung institutioneller Routinen schien wiederholt die Rolle von Leitungspersonen bei Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege auf. In der Forschungsliteratur finden sich dazu bisher keine spezifischen Ergebnisse. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde von den Interviewpersonen die Leitung[164] allerdings mehrfach als entweder unterstützender oder zusätzlich belastender Faktor bei Verteilungssituationen beschrieben (s. Abschnitt 6.3.1.5). Dieser Abschnitt fasst daher die Erkenntnisse zur Rolle von Leitungspersonen in Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege zusammen und diskutiert sie.

Leitungspersonen in der stationären Langzeitpflege können Pflegende vor allem dadurch unterstützen und entlasten, dass sie den ökonomischen Druck auf die institutionelle Mesoebene nicht unreflektiert an die Mitarbeitenden auf der Mikroebene weitergeben. Insbesondere bei herausfordernden Verteilungsentscheidungen, die oft mit der Zurückstellung von gerechtfertigten Ansprüchen der Bewohner:innen bis hin zur impliziten Rationierung verbunden sind und von Pflegenden als sehr belastend erlebt werden (s. Unterkapitel 4.2 und 6.5), sollten Leitungspersonen den auf der Mikroebene entscheidenden Pflegenden **emotionalen Rückhalt und praktische Rückendeckung** bieten, da dies als günstige Rahmenbedingung für autonomere Entscheidungstypen (s. Abschnitt 6.4.2) und idealerweise flexibel-reflexives Entscheiden anzusehen ist.

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, kann dies vor allem durch die Entwicklung und konkrete Explikation von hilfreichen und ethisch reflektierten **Handlungsroutinen** für verschiedene Alltags- und Notfallsituationen erfolgen. Gleichzeitig sollte den auf der Mikroebene entscheidenden Pflegenden eine hohe Flexibilität und damit **Entscheidungsautonomie** gewährt werden, von diesen institutionellen Vorgaben situativ begründbar abzuweichen (s. Abschnitt 8.1.2.3). Voraussetzungen hierfür sind ein grundsätzliches **Vertrauensverhältnis** sowie emotionale und praktische **Nähe** der Leitung gegenüber den Pflegenden (s. Abschnitt 6.3.1.5). Diese Nähe kann es den Pflegenden zumindest in manchen, nicht durch extremen Zeitdruck geprägten Situationen ermöglichen, sich mit der Leitung zu beraten und sie dadurch direkt in die Entscheidung einzubeziehen. Leitungspersonen können auch praktisch unterstützen, indem sie punktuell mitarbeiten

[164] Hierbei wurde meist nicht näher bestimmt, ob es sich um Einrichtungsleitungen, Pflegedienst- oder Bereichsleitungen handelte.

und damit die verfügbaren Zeitressourcen bei Belastungsspitzen erweitern (s. besonders Fußnote 115 auf S. 188). Damit, aber auch durch emotionale Unterstützung und Rückendeckung bei Beschwerden oder bei möglichen rechtlichen Konsequenzen, können Leitungspersonen eine konkrete **Mit-Verantwortung** für herausfordernde Verteilungs- und insbesondere Rationierungsentscheidungen auf der Mikroebene übernehmen. Damit können sie gleichzeitig aktiv eine **Vorbildfunktion für flexibel-reflexives Entscheiden** übernehmen (s. Unterkapitel 7.2.5). In längerfristigen Mangelsituationen unter anderem durch Personalausfall sollten Leitungspersonen zudem **transparent kommunizieren** und idealerweise mit den Mitarbeitenden diskutieren, wie eine notwendige, zeitlich begrenzte Rationierung von Pflegemaßnahmen erfolgen sollte. Auch hierbei muss den Pflegenden allerdings für Einzelfälle Spielraum gegeben werden, situativ zu entscheiden, was für die Bewohner:innen gerade wichtig ist.

Leitungspersonen in der stationären Langzeitpflege sollten in ihrer **Steuerungs- und Vorbildfunktion** also Spielräume für Mitsprache und autonomes Entscheiden eröffnen und in schwierigen Fällen die Pflegenden durch Verantwortungsübernahme emotional und praktisch unterstützen. Die in Interviews positiv bewertete Maßnahme von Leitungspersonen, bei Personalausfällen selbst in der direkten Versorgung der Bewohner:innen einzuspringen, sollte m. E. jedoch nur begrenzt als Entlastungsstrategie genutzt werden, da hier die Gefahr der Selbstausbeutung der Leitungsperson besteht, die dies dann ihren Mitarbeiter:innen vorlebt und so Risiken für die Selbstsorge der Pflegenden vergrößert. Schließlich sollten Leitungspersonen ein professionelles Pflegeverständnis (s. Abschnitt 3.2.5) sowie in Verteilungssituationen ein flexibel-reflexives Entscheidungshandeln (s. Unterkapitel 7.2.5) vorleben, um damit die Pflegenden zu ermutigen, ihre Entscheidungsspielräume kreativ und an den situativen Bedürfnissen der Bewohner:innen orientiert zu nutzen und sie damit in ihrer eigenen Entscheidungskompetenz zu stärken. Dies scheint vor allem mit Blick auf die im folgenden Abschnitt diskutierten Qualifizierungserfordernisse in der stationären Langzeitpflege sinnvoll und notwendig.

8.1.2.5. Zusammenarbeit und Qualifikationsmix

Zur Bedeutung der Zusammenarbeit bei Verteilungsentscheidungen gibt es vor allem für die stationäre Langzeitpflege bisher wenig Erkenntnisse: Zwei Reviews (Mantovan et al. 2020; Chiappinotto et al. 2022, s. Abschnitt 4.2.3) weisen für den klinischen Bereich nach, dass eine gute Zusammenarbeit dabei helfen kann, implizite Rationierung zu vermeiden. Wie genau dies erfolgt und welche Formen der Zusammenarbeit besonders vorteilhaft sind, lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Aus den Interviews der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass vor allem die **täglichen Übergaben** eine wichtige Funktion besitzen, da sie ermöglichen, sich einen Überblick über die

aktuellen Rahmenbedingungen (unter anderem Personalbesetzung und Anforderungen der Bewohner:innen) zu verschaffen und die Arbeit entsprechend gemeinsam zu planen und zu verteilen. Damit wird auch die Verantwortung für die Versorgung der Bewohner:innen verteilt, was für die hauptverantwortlichen Pflegefachkräfte eine Entlastung darstellen kann. Zusätzlich haben vor allem bei ungeplanten Not- und Zwischenfällen auch **kurze, zusätzliche Absprachen**, fachliche Beratungen (hilfreiche Funktion von Beratung mit erfahrenen Kolleg:innen, Nibbelink/Brewer 2017, s. Abschnitt 4.2.3) und spontane Arbeitsdelegation eine entlastende Funktion (s. Abschnitt 6.3.2.1). Entsprechend scheint es besonders problematisch, wenn Übergaben nur noch verkürzt oder gar nicht mehr stattfinden (IP) oder durch weite Laufwege kurzfristige Absprachen mit den Kolleg:innen zur Beratung und Delegation nur bedingt möglich sind (s. Abschnitt 6.3.1.2 und 8.1.2.2).

Neben Gelegenheiten zur Absprache kommt in den Interviews zum Ausdruck, dass es für ein Erleben von Entlastung von hoher, individueller Entscheidungsverantwortung im Alltag und in Verteilungssituationen notwendig ist, dass sich die Pflegenden **gegenseitig vertrauen** und das Gefühl haben, sich sowohl auf die Absprachen als auch auf die Kompetenz der Kolleg:innen **verlassen zu können**. Neben der praktischen Entlastung von fachlichen Aufgaben scheint eine gute Zusammenarbeit auch zur **emotionalen Entlastung** der entscheidenden Pflegenden beitragen zu können, die vor allem in sehr herausfordernden Situationen wichtig ist, um Handlungs- und damit Entscheidungsfähigkeit zu bewahren (s. Abschnitt 6.3.2.2). Um diesen Entlastungseffekt zu stärken, sollten Leitungspersonen zum einen die kontinuierliche Entwicklung der Kompetenz aller Pflegenden durch Aus-, Fort- und Weiterbildung ermöglichen. Zum anderen erscheint es sinnvoll, dass auf institutioneller Ebene auch psychosoziale Maßnahmen initiiert und unterstützt werden, die die Vertrauensverhältnisse im Team stärken.

Bezogen auf den Qualifikationsmix spielt in der stationären Langzeitpflege vor allem die Zusammenarbeit mit **Pflegehilfskräften** eine wichtige Rolle in Verteilungsentscheidungen; oft übernehmen diese einen Großteil der bewohner:innennahen Versorgung (Hielscher et al. 2013; s. Unterkapitel 2.2). Die gesetzlich vorgegebene Steigerung der Anzahl und damit auch des Anteils vor allem von ausgebildeten Pflegehilfskräften nach § 113c SGB XI kann daher zu einer Entlastung in herausfordernden Verteilungssituationen beitragen, da mehr (ausgebildete) Personen („Köpfe“, IP) vor Ort sind, an die Pflegetätigkeiten delegiert werden können. Wie allerdings in der vorliegenden Arbeit deutlich wird, ist dafür bei den Pflegehilfskräften ein Mindestmaß an fachlicher und praktischer Handlungskompetenz erforderlich, das es ihnen ermöglicht, die (Durchführungs-)Verantwortung für die an sie delegierten Aufgaben zu übernehmen (s. Abschnitt 6.3.2.1 und 8.1.2.1). Zur Handlungskompetenz von Pflegehilfskräften zeigte sich in der vorliegenden

Untersuchung, dass die zwei in das Sample einbezogenen Hilfskräfte bei ähnlich langer Berufserfahrung eine erhebliche **Heterogenität** bezüglich ihrer Vorqualifikation und Entscheidungskompetenzen aufweisen (s. Abschnitt 6.3.4.1). Durch die bisher nicht bundeseinheitlich geregelten Qualifikationsvorgaben vor allem zur Ausbildung auf Hilfskraftniveau, aber auch durch fehlende gesetzliche Mindestvorgaben zur Qualifikation von nicht ausgebildeten Hilfskräften, ist davon auszugehen, dass sich diese Heterogenität in vielen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland wiederfindet.

Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, können gut qualifizierte und kompetente Pflegehilfskräfte eine **wichtige Personalressource** in Verteilungssituationen darstellen. In ihrem direkten, pflegerischen Kontakt zu den Bewohner:innen verteilen sie auch selbst und eigenständig wichtige Ressourcen (Knopp-Sihota et al. 2015, s. Unterkapitel 4.3). Bisher erfolgt dies zum Teil unter unklaren rechtlichen Bedingungen (Verschwimmen der Verantwortungsbereiche, s. Abschnitt 6.3.2.3). Entsprechend sollten erforderliche Entscheidungskompetenzen, Bildungsmaßnahmen und Verantwortungsbereiche von Pflegehilfskräften für gute Verteilungsentscheidungen im Rahmen weiterer Untersuchungen näher analysiert und Unterstützungspotenziale identifiziert werden (s. Unterkapitel 9.4).

Bisher kaum eine Rolle für die direkte Versorgung von Bewohner:innen spielen in der stationären Langzeitversorgung in Deutschland **akademisch qualifizierte Pflegende** (für den klinischen Bereich vgl. Darmann-Finck 2016). Auch zu ihrer Bedeutung für Verteilungs- und Rationierungsentscheidungen gibt es bisher keine eindeutigen Erkenntnisse (s. Abschnitt 4.2.3). Ausgehend davon, dass eine wissenschaftliche Berufsqualifikation unter anderem mit einem höheren Grad an (Selbst-)Reflexion verbunden sein sollte, dürften Pflegende mit akademischem Abschluss idealerweise in besonderem Maße in der Lage sein, im Sinne von flexibel-reflexivem Entscheidungshandeln kompetente Entscheidungen auch in hochkomplexen Verteilungssituationen zu treffen, die – so zeigt die vorliegende Arbeit – in allen Bereichen der Pflege auftreten können. Die Qualifikation der entscheidenden Pflegenden ist hierbei nur ein Aspekt für kompetente Verteilungsentscheidungen und muss unter anderem durch Berufserfahrung ergänzt werden (s. Unterkapitel 6.3.4.2). Im Rahmen von pflegerischen Organisationsformen wie der Primären Pflege (Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini 2007), die einen Qualifikationsmix von akademisch qualifizierten Pflegenden, dreijährig qualifizierten Pflegefachkräften und (ausgebildeten) Pflegehilfskräften vorsehen, könnten Pflegende mit akademischem Abschluss ihre stärker wissenschaftlich begründete Perspektive einbringen, um pflegerische Verteilungsentscheidungen in geteilter Verantwortung fachlich kompetent und ethisch reflektiert zu treffen.

8.1.2.6. „Zeitintensive“ Bewohner:innen

In Bezug auf die Bewohner:innen zeigen sich deutliche Parallelen zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und der bestehenden empirischen Forschung zu Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege: Simmons et al. (2012) weisen nach, dass Bewohner:innen mit besonders zeitaufwändigen Pflegebedarfen oft verzögert, nicht ausreichend oder punktuell gar nicht versorgt werden (s. Unterkapitel 4.3). In der vorliegenden Arbeit wird darüber hinaus deutlich, dass die Bewertung von Bewohner:innen als „zeitintensiv“ (zwei IP) im Zusammenhang mit Verteilungssituationen weiter differenziert werden kann (s. Abschnitt 6.3.3.1):

Ein hoher Zeit- und Versorgungsaufwand kann zum einen durch einen plötzlichen **Not- oder Zwischenfall** entstehen. Hierunter fällt im Rahmen der empirischen Daten dieser Arbeit unter anderem herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz, aber auch medizinische Notfälle. Für diese punktuell auftretenden, zeitaufwändigen Anforderungen nehmen sich die befragten Pflegenden relativ viel Zeit, oft auf Kosten anderer Bewohner:innen (s. Abschnitt 6.5.1.2). Dabei scheinen ihnen auch die Priorisierungs- und damit oft verbundenen Rationierungsentscheidungen in diesen Fällen eher leicht zu fallen (s. Abschnitt 6.4.2.2).

Anders scheint dies bei Bewohner:innen mit **stabil hohem Pflegeaufwand** u. a. für Körperpflege, Mobilisation oder das Anreichen von Nahrung zu sein. Die empirische Forschung zeigt, dass vor allem diese zeitaufwändigen Tätigkeiten besonders häufig rationiert werden (Dhaini et al. 2017; Ludlow et al. 2021, s. Abschnitt 4.2.2). Mit dieser Einordnung von Bewohner:innen als „zeitintensiv“ oder zeitaufwändig könnten entsprechend der Studie von Hunter/Dahlke (2013) auch weitere Stigmatisierungen wie „schwer“ oder „verwirrt“ einhergehen, die zu einer schlechteren Versorgung führen können (s. Abschnitt 4.2.4). Entsprechend gibt es auch in den in dieser Untersuchung erhobenen Verteilungssituationen Hinweise darauf, dass Bewohner:innen, deren Versorgung als aufwändig beschrieben wird, längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen oder nicht qualitativ angemessen versorgt werden – oft wird diese Benachteiligung dadurch verstärkt, dass diese Bewohner:innen sich eher selten beschweren (s. Abschnitt 6.5.1.1). Diese Rationierungsentscheidungen scheinen viele Interviewpersonen auch schwerer zu belasten als Entscheidungen in Notfallsituationen (s. Abschnitt 6.5.3).

Im Setting der stationären Langzeitpflege, in der viele der pflegebedürftigen Menschen (auch) demenziell erkrankt sind, erscheinen die beschriebenen Erkenntnisse besonders problematisch, denn diese Menschen scheinen besonders häufig von Stigmatisierung und impliziter Rationierung betroffen zu sein. Entsprechend sollten die inhärente Unplanbarkeit und Komplexität der Versorgung von Menschen mit Demenz (Evers 2012), aber auch Vorurteile und Stigmatisierungen von Menschen mit höheren Pflegebedarfen sowie die Erkenntnisse zur besonderen Gefahr der implizi-

ten Rationierung für diese Personengruppe zum Beispiel im Rahmen von Bildungsangeboten thematisiert und reflektiert werden (s. Abschnitt 9.4.2).

8.1.2.7. Individuelle Voraussetzungen Pflegender

Auch wenn Faktoren wie **Qualifikation, Position und Berufserfahrung** als Teilaspekte von Handlungs- und Entscheidungskompetenz (Erpenbeck/Rosenstiel 2007; s. Abschnitt 3.1.5.1) sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Erleben und Handeln in pflegerischen Verteilungssituationen haben, lassen sich doch – ähnlich wie durch andere empirische Untersuchungen (u. a. Nibbelink/Brewer 2017; Chiappinotto et al. 2022, s. Abschnitt 4.2.3) – auch durch die vorliegende Arbeit wenige Rückschlüsse dazu ziehen, welche Relevanz diese Faktoren in Verteilungssituationen haben. Dies liegt unter anderem an dem kleinen Sample, aber auch daran, dass die Entscheidungskompetenz und beschriebene Performanz in den hier untersuchten Verteilungssituationen immer ein Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren wie Qualifikation, Rolle, allgemeiner Berufserfahrung, Erfahrung im konkreten Arbeitsbereich, Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen sowie verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen zu sein scheint. Zusätzlich beeinflussen auch die Art der Situation sowie die situativen Rahmenbedingungen, wie die Pflegenden sich verhalten und wie sie dies erleben, bewerten und ex post berichten.

Aus der Entscheidungstypologie lassen allerdings Hinweise ableiten, für welche begünstigenden Bedingungen auf individueller Ebene ein prägender Zusammenhang mit einem bestimmten **Entscheidungstypus** vermutet werden kann: In den Interviews kommt etwa zum Ausdruck, dass vor allem geringe Berufserfahrung oft mit einem Gefühl der Unsicherheit verbunden ist, was eher ein überwältigtes Entscheiden begünstigt (s. Abschnitt 7.2.2). Beim konformistischen Entscheiden kommt dieses Unsicherheitsgefühl hingegen kaum zum Ausdruck, denn das eigene Handeln wird durch die Orientierung an institutionellen Routinen legitimiert. Daher scheint für den konformistischen Entscheidungstyp vor allem eine geringe Reflexionsfähigkeit begünstigend (s. Abschnitt 7.2.1). Der ermächtigte Entscheidungstyp ist besonders durch die Empfindung von Sicherheit in einer Entscheidung geprägt – hier durch die Orientierung an dein eigenen, subjektiven Überzeugungen. Daher ist auch hier geringe Reflexionsfähigkeit ein prägendes Element (s. Abschnitt 7.2.3). Beide Entscheidungstypen scheinen mehr oder weniger unabhängig von der Berufserfahrung in der Pflege aufzutreten. Für die geringe Reflexionsfähigkeit kann hingegen ein Zusammenhang mit mangelnder Aus- und Weiterbildung angenommen werden, in deren Rahmen auch das eigene Pflegeverständnis kritisch reflektiert würde. Im autokratischen Entscheidungstyp schließlich vereinen sich häufig sowohl eher hohe Qualifikation als auch längere Berufserfahrung, die beide zu einem Gefühl der ausgeprägten Fach- und damit Entscheidungskompetenz beitragen.

Auch eine Führungsposition mit entsprechender Entscheidungslegitimation dürfte autokratisches Entscheiden begünstigen (s. Abschnitt 7.2.4).

Anders als zu den oben genannten Aspekten eröffnet die vorliegende Untersuchung weitergehende Erkenntnisse dazu, dass und wie das **individuelle Pflegeverständnis** der entscheidenden Pflegenden in Verteilungsentscheidungen zur Geltung kommt und diese beeinflusst: Wie in Unterkapitel 3.2 theoretisch hergeleitet, kann sich dieses Verständnis von guter oder professioneller Pflege zwischen den Polen eines eher technisch-funktionalen oder eines eher bewohner:innenorientierten Pflegeverständnisses bewegen.

Pflegende mit einem eher **technisch-funktionalen Pflegeverständnis** sehen ihre Aufgabe vor allem im erfolgreichen Umsetzen von vorgegebenen oder durch sie selbst festgelegten Abläufen und bewährten Routinen sowie in der Sicherstellung einer regelgerechten Versorgung. Sie beschreiben Pflegearbeit eher als zweckrationales Dienstleistungsverhältnis und betonen dabei zum Teil ihre medizinisch-technischen Kompetenzen – körpernahe Pflegetätigkeiten wie Mobilisation oder Körperpflege werden eher abwertend beschrieben (s. Abschnitt 6.3.4.3.2). Diese Bewertung von pflegerischen Aufgaben schlägt sich auch in der Priorisierung von pflegerischen Maßnahmen in Verteilungssituationen nieder. Als besonders wichtig und damit prioritär werden Aufgaben im medizinisch-technischen Bereich („die fachbezogenen Dinge“, IP) oder Aufgaben zur Sicherstellung einer „regulär[en]“ Versorgung (IP) bewertet.

In den untersuchten herausfordernden Verteilungssituationen grenzen sich Pflegende mit technisch-funktionalem Pflegeverständnis häufig emotional von individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Emotionen einzelner Bewohner:innen ab und fokussieren eher auf das Wohlergehen und die Sicherheit der Gruppe aller Bewohner:innen, für die sie verantwortlich sind. **Emotionale Abgrenzung** ist dabei zwar oft mit einem technisch-funktionalen Pflegeverständnis verbunden, wird aber in den beschriebenen Entscheidungssituationen auch durch andere Faktoren bedingt (s. Abschnitt 7.1.2).

Als eine Ausprägung des emotionalen Engagements in Verteilungssituationen, das in der vorliegenden Arbeit als bestimmend für das Entscheidungshandeln identifiziert und als eines von zwei Merkmalen der Entscheidungstypologie genutzt wurde, kann emotionale Abgrenzung in einer ethischen Perspektive auch als Ausdruck einer stärkeren **Gerechtigkeitsorientierung** gedeutet werden (s. Abschnitt 3.2.4.1). Diese löst sich von den Bedürfnissen einzelner Bewohner:innen und richtet den Fokus auf die Ansprüche der Gruppe aller Bewohner:innen, für die eine Pflegekraft verantwortlich ist. Ziel ist hierbei, durch rational nachvollziehbare Verfahren wie Ablaufpläne, medizinische Dringlichkeit oder bewährte Stationsroutinen oder einen möglichst rationalen Abwägungsprozess der verschiedenen Einzelinteressen eine möglichst gerechte Verteilung der

Ressourcen sicherzustellen. Bei solchen Objektivierungsversuchen besteht aber auch die Gefahr, dass die individuellen Bedürfnisse der von der Entscheidung Betroffenen aus dem Blick geraten. Auch kann eine Abwägung der Interessen aller nur bis zu einem gewissen Grad aus einer Position der emotionalen Abgrenzung erfolgen.

Pflegende mit einem eher **bewohner:innenorientierten Pflegeverständnis** legen ihren Fokus stärker auf die individuelle Fürsorge für jede:n einzelne:n der Bewohner:innen, für die sie verantwortlich sind. Ihr Ziel ist es, die Bewohner:innen zu „kennen" (IP) und so individuell und flexibel auf ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können. Entsprechend haben auch in Verteilungssituationen mit hohem Zeitdruck Tätigkeiten im psychosozialen Bereich wie Gespräche und „Zuwendung" (IP) einen hohen Stellenwert. Oft werden hierbei auch die eigenen Bedürfnisse zu Gunsten der Bewohner:innen zurückgestellt. Bewohner:innenorientiert Pflegende lassen sich auch in herausfordernden Verteilungssituationen emotional stärker auf die gegebene Situation und die Bedürfnisse und unter Umständen negativen Emotionen der Bewohner:innen ein und lassen sich davon affizieren („einlassen", IP; „eingehen", IP, s. Abschnitte 6.3.4.3.1 und 7.1.2).

Diese Perspektive der **emotionalen Involviertheit** ermöglicht im Sinne einer **Fürsorgeorientierung** die Wahrnehmung und damit auch Berücksichtigung der individuellen Präferenzen und Bedürfnisse der von den Pflegenden abhängigen Bewohner:innen. Durch diese emotionale Nähe können Pflegende Verteilungssituationen als individuelle Krisen der von den Entscheidungen (besonders) betroffenen Bewohner:innen wahrnehmen und diese auch emotional unterstützen. Ziel dabei ist, die größtmögliche Autonomie der Bewohner:innen sicherzustellen (Oevermann 2002, s. Abschnitt 3.1.3.2 und 3.2.3). Bei einer einseitigen Fürsorgeorientierung kann allerdings die Gerechtigkeitsperspektive im Sinne des Ausgleichs berechtigter (Autonomie-)Ansprüche aller Bewohner:innen sowie institutioneller Anforderungen aus dem Blick geraten.

Aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit zur Bedeutung des individuellen Pflegeverständnisses lässt sich schließen, dass sowohl eine einseitige Bewohner:innen- und Fürsorgeorientierung, als auch eine ausgeprägte, technisch-funktionale und gerechtigkeitsorientierte Fokussierung des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegenden eher nicht zu guten Verteilungsentscheidungen im Sinne des **flexibel-reflexiven Entscheidens** in der stationären Langzeitpflege beitragen. Hierzu ist vielmehr erforderlich, Fürsorge- und Gerechtigkeitsperspektive in Verteilungssituationen gleichzeitig wahrzunehmen und situativ abzuwägen, welche Perspektive konkret Vorrang haben sollte, ohne die jeweils andere dabei auszublenden (u. a. Rosenberger 2014, Greiner 2011, Remmers 2000, s. Unterkapitel 3.2.4.1 und 7.2.5).

8.1.3. Strategien pflegerischer Verteilungsentscheidungen

8.1.3.1. Intuitive Entscheidungsprozesse

Für Entscheidungsstrategien in Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege lässt sich aus der vorliegenden Untersuchung unter anderem ableiten, dass mit zunehmender Komplexität und vor allem Zeit- und damit Handlungsdruck im Sinne von Akutsituationen (Kirkevold 2002, s. Abschnitt 3.1.4.3) die **intuitive Anwendung von Heuristiken** im Sinne der Mustererkennung (s. Abschnitt 3.1.4.4.3) eine wesentliche Rolle spielt, um die dort zu berücksichtigenden, vielfältigen und oft gegensätzlichen Interessen, Erwartungen, Rahmenbedingungen sowie die eigenen Einstellungen und Präferenzen überhaupt erfassen zu können (s. Abschnitt 6.4.2.2). Gerade die situativen Bedürfnisse der Bewohner:innen lassen sich dabei auch ohne Zeitdruck nicht objektiv und eindeutig ermitteln, da sie sich einer Standardisierbarkeit und rationalen Nachvollziehbarkeit entziehen. Vielmehr erfordert professionelles Pflegehandeln ein auch sinnlich-leiblich geprägtes Eingehen auf die Situation und das subjektive Erleben der betroffenen Bewohner:innen (s. Abschnitt 3.2.3). Unter Zeitdruck scheint dies praktisch unmöglich zu sein, vor allem, da in fast allen pflegerischen Verteilungsentscheidungen mehrere pflegebedürftige Menschen von der Entscheidung potenziell betroffen sind und entsprechend von der:dem entscheidenden Pflegenden berücksichtigt werden müssen.

Viele Interviewpersonen berichten in den Entscheidungssituationen dieser Untersuchung davon, dass sie trotz – oder vielleicht gerade wegen – der großen Komplexität einer Verteilungssituation „einfach nur“ (IP) gehandelt haben. Ohne einen Prozess des Nachdenkens oder eine bewusste geistige Anstrengung beginnen sie laut ihren Schilderungen direkt mit dem Handeln (s. Abschnitt 6.4.2.2). Dieses Handeln ohne vorheriges, bewusst erlebtes Nachdenken und Abwägen von Optionen kann auch als intuitives Entscheiden bezeichnet werden. Wie auch sonst zum Erleben von Verteilungsentscheidungen, gibt es zum Erleben von intuitiven Entscheidungsprozessen in der Pflege bisher kaum empirische Erkenntnisse (s. Abschnitt 4.2.5).[165] Mit Blick auf die in Abschnitt 3.1.5.2.2 beschriebenen grundsätzlichen Funktionsweisen von intuitivem Handeln fokussieren sich Pflegende beim intuitiven Entscheiden auf die Situation in ihrer komplexen Gesamtheit („Fokalbewusstsein“, Neuweg 2020). Sowohl das vorher bereits vorhandene intuitive Wissen der Pflegenden als auch ihre aktuellen Wahrnehmungen werden im Hintergrundbewusstsein automatisch verarbeitet (ebd.). Das intuitive „System 1“ (Kahneman 2012, s. Abschnitt 3.1.4.4.1) arbeitet dabei extrem schnell und effektiv, unter anderem durch die Nutzung der bereits

[165] Die in Abschnitt 4.2.5 angeführte Studie von Dunger et al. (2019) thematisiert zwar am Rande auch das Erleben von herausfordernden Entscheidungen, es handelt sich aber nicht um typische Verteilungsentscheidungen und die Art der Entscheidung (intuitiv oder bewusst) wird nicht beschrieben.

oben erwähnten Fähigkeit zur Mustererkennung. Diese ist allerdings **fehleranfällig**, da sie bestimmte Reize nicht unbedingt so verarbeitet, dass die Ergebnisse rational sinnvoll und situationsangemessen sind: So können als unpassend bewertete Wahrnehmungen unbewusst ausgeblendet oder bestimmte Reize (im Sinne von Vorurteilen) in der Wahrnehmung besonders dominant bewertet werden (Kahneman 2012). Allerdings ist auch ein bewusster Analyse- und Verarbeitungsprozess anfällig für Fehler – und dabei deutlich langsamer. Entsprechend werden Heuristiken in der vorliegenden Arbeit im Anschluss an Dijksterhuis (2010) und Gigerenzer (2007) vor allem in komplexen Verteilungssituationen als einzige Möglichkeit bewertet, eine weitgehend umfassende Gesamtbeurteilung der Situation und entsprechende, sinnvolle Handlungsoptionen im Sinne eines praktischen Urteilens in kürzester Zeit zu erreichen. Voraussetzung dafür ist eine **gelassene Grundhaltung** (Neuweg 2020: 195, s. Abschnitt 3.1.5.2.2). Entsprechend berichten vor allem solche Interviewpersonen von der beschriebenen, „einfachen" intuitiven Erfassung der Situation, die insgesamt hohe Selbstsicherheit sowie Vertrauen in die eigene professionelle Handlungskompetenz besitzen (s. Abschnitt 6.4.2.2). Dies drückt sich vor allem in autokratischem, aber auch in flexibel-reflexivem oder ermächtigtem Entscheidungshandeln aus (s. Abschnitt 7.2).

Obwohl es eine schnelle und holistische Erfassung der Gesamtsituation ermöglicht, hat das individuelle, intuitive Urteilen in pflegerischen Verteilungsentscheidungen den Nachteil, dass die entscheidenden Pflegenden zumindest während ihres Handelns nicht erklären und begründen können, warum sie so und nicht anders entscheiden. Dies zeigt sich selbst in der retrospektiven Beschreibung der Situation in den Interviews („ich wusste eigentlich sofort, was zu tun ist", IP). Intuitive Verteilungsentscheidungen sind damit einer kritischen Reflexion selbst nachträglich schwer zugänglich. Sie unterliegen der Nicht-Verbalisierbarkeit und Nicht-Formalisierbarkeit impliziten Wissens sowie **impliziter Blindheit** (Neuweg 2020, s. Abschnitt 3.1.5.2.3). Dies ist umso problematischer, als die Forschung zeigt, dass auch in der stationären Langzeitpflege implizite Rationierung alltäglich auftritt (Ludlow et al. 2021, s. Unterkapitel 4.3). Auch in den in dieser Arbeit beschriebenen Entscheidungssituationen kommt es – zum Teil vergleichbar mit den Ergebnissen verschiedener Studien – zu impliziter Rationierung, die auf der Seite der Bewohner:innen vor allem zu Wartezeit und Unzufriedenheit, aber auch zu Pflegefehlern, bei den Pflegenden vor allem zu Frustration bis zu Apathie sowie körperlicher und emotionaler Erschöpfung und Schuldgefühlen führt (s. Abschnitt 6.5.1.3 und 6.5.3). Durch die beschriebene Unzugänglichkeit intuitiven Handelns für eine kritische Reflexion werden diese Rationierungsentscheidung womöglich nicht als solche erkannt und ihre zugrunde liegenden Verteilungskriterien entziehen sich einer kritischen Beurteilung und Rechtfertigung.

8.1.3.2. Bewusste Abwägung und Reflexion

Die Ausführungen im vorigen Abschnitt verdeutlichen unter anderem, dass vor allem in hochkomplexen Verteilungsentscheidungen unter Zeitdruck wie bei medizinischen Notfällen die **kritische Reflexion des eigenen, intuitiven Handelns** während der Situation (reflection-in-action, Schön 1983. Abschnitt 3.1.5.2.3) **kaum möglich** ist. Gleichzeitig sind genau dies oft Situationen, in denen die von der Entscheidung Betroffenen von den verteilten Ressourcen existenziell abhängig sind (s. Abschnitt 3.1.6). Durch die mangelnde Reflexion können hierbei auch eindeutig ungerechte Verteilungskriterien wie Sympathie oder höherer Zeitaufwand der Bewohner:innen unkritisch zur Anwendung kommen. Daher sollten (nicht nur) diese komplexen und oft als für die entscheidenden Pflegenden herausfordernd und belastend beschriebenen Verteilungssituationen retrospektiv durch ein bewusstes Innehalten und Nachdenken im Anschluss an das Handeln – zum Beispiel durch kollegiale Beratung – reflektiert werden (reflection-on-action, ebd., s. Abschnitt 3.1.5.2.3). Dadurch können unter anderem Beurteilungsfehler durch Heuristiken („biases“, Kahneman 2012; Kahneman/Tversky 1982) erkannt, als implizites Wissen re-integriert und für die Zukunft eher vermieden werden („Wechselspiel von Analyse und Integration“ nach Polanyi 1966; Neuweg 2020, s. Abschnitt 3.1.5.2.3).

Eine **bewusste Abwägung** innerhalb von Entscheidungssituationen wird in Entscheidungssituationen der vorliegenden Arbeit vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sich die Interviewpersonen als bewusst und aktiv Entscheidende auch gegenüber ihren Kolleg:innen positionieren:

> „Ich habe es für mich so entschieden, habe gesagt: Das geht nicht.“ (IP; s. Abschnitt 6.4.2).

Alternativ erfolgt in einigen der beschriebenen Entscheidungssituationen, vor allem, wenn diese sich eher als „problematische Situationen“ zum Beispiel durch Personalausfall durch Krankheit darstellen (Kirkevold 2002, s. Abschnitt 3.1.4.3), die Verteilungsentscheidung als **gemeinsame Abwägung** von möglichen Handlungsoptionen, oft im Rahmen der Übergabe. Solche gemeinsamen Abwägungen ermöglichen es, verschiedene Perspektiven in die Beurteilung der gegebenen Situation einzubeziehen. Entsprechend können sowohl die Übergabe als auch weitere Absprachen während herausfordernder Entscheidungssituationen (s. Abschnitt 6.3.2.1) eine korrektive und perspektiverweiternde Funktion im Sinne des **reflection-in-action** (Schön 1983, s. Abschnitt 3.1.5.2.3) besitzen und sind damit ein wichtiger Baustein, um unter anderem unbewusster, impliziter Rationierung entgegenzuwirken (s. Abschnitt 8.1.2.2). Das bewusste gemeinsame Nachdenken und Abwägen von alternativen Handlungsoptionen ermöglicht zudem eine gezielte Abweichung von überlieferten Stationsroutinen, die sonst eventuell unkritisch weitergeführt werden, obwohl sie für die konkrete Situation eigentlich nicht adäquat sind (s. Abschnitt 8.1.2.3).

Zusammenfassend zeigen sich für komplexe pflegerische Verteilungsentscheidungen vor allem unter hohem Zeitdruck viele Vorteile von intuitivem Entscheiden (s. Abschnitt 8.1.3.1). Allerdings sollte man dabei der Gefahr ungerechter Verteilung durch problematische Heuristiken und Vorurteile ebenso vorbeugen wie der unkritischen, impliziten Rationierung durch implizite Blindheit – entweder durch eine begleitende (reflection-in-action) oder nachträgliche (reflection-on-action, Schön 1983), kritische Beurteilung des eigenen Handelns oder durch den bewussten Einbezug verschiedener Perspektiven, zum Beispiel im Rahmen der täglichen Übergabe (s. Abschnitt 8.1.2.5). Beides erfordert von den Pflegenden die Fähigkeit und Bereitschaft zur selbstkritischen Beurteilung ihres Entscheidungshandelns, was unter anderem durch Bildungsmaßnahmen und Angebote zum fachlichen und ethischen Austausch wie kollegiale Beratung oder ethische Fallbesprechungen (s. Unterkapitel 9.4), aber auch durch die Vorbildfunktion von anderen (erfahrenen und) reflektierten Pflegenden oder Leitungspersonen (s. Abschnitt 8.1.2.4) gestärkt werden könnte.

Im Anschluss an die Diskussion der Vor- und Nachteile bewusster und intuitiver Entscheidungsprozesse in pflegerischen Verteilungsentscheidungen fasst der folgende Abschnitt drei zentrale inhaltliche Aspekte der im Rahmen der Entscheidungstypologie in Kapitel 7 entwickelten Typen des Entscheidungshandelns zusammen und diskutiert sie.

8.1.4. Entscheidungstypologie

Die in der vorliegenden Arbeit entwickelte Entscheidungstypologie ermöglicht es, die in der Alltagspraxis der stationären Langzeitpflege getroffenen Verteilungsentscheidungen einem spezifischen Typus des Entscheidungshandelns zuzuordnen und daraus Erkenntnisse unter anderem zu den zugrundeliegenden Verteilungskriterien oder dem Stellenwert der Autonomieansprüche der Bewohner:innen zu gewinnen. Über eine Kategorisierung und analytische Beschreibung hinaus ist hierbei auch eine kritische Bewertung des jeweiligen Entscheidungshandelns möglich.

Wie schon in der Charakterisierung der fünf Idealtypen in Unterkapitel 7.2 zum Ausdruck kommt, gibt es neben den zwei zentralen Merkmalen, die die Typen bestimmen, verschiedene Themen und Kategorien, anhand derer sich die Entscheidungstypen weiter differenzieren und analysieren lassen. In den vorherigen Abschnitten erfolgte dies vor allem zum Umgang mit Routinen und Ablaufplänen (s. Abschnitt 8.1.2.3) sowie zum Verhältnis von Gerechtigkeit und Fürsorge als pflegerischen Verteilungskriterien (s. Abschnitt 8.1.2.7). Die folgenden Abschnitte thematisieren drei weitere Kategorien noch einmal typenübergreifend, die für Verteilungsentscheidungen in der Pflege von besonderer Bedeutung sind und sich in den Typenbeschreibungen in Unterkapitel 7.2

vor allem unter den Überschriften der „wahrgenommene[n] Entscheidungsfreiheit“, dem „Umgang mit [dem] Autonomieanspruch der Bewohner:innen“ und dem „Stellenwert der Selbstsorge“ wiederfinden.

8.1.4.1. Entscheidungsautonomie der Pflegenden

Mit dem Blick auf die Entscheidungstypologie in Abbildung 9 wird deutlich, dass nur ein hohes – aber nicht überhöhtes – Autonomiegefühl zu guten Verteilungsentscheidungen führen kann. Dies ergibt sich daraus, dass es für als gut bewertete Entscheidungen grundsätzlich notwendig ist, dass die Person, die diese Entscheidung trifft, auch bereit und in der Lage dazu ist, die Verantwortung dafür zu übernehmen. Dies ist beim jeweils heteronomen, überwältigten und konformistischen (Nicht-)Entscheiden nicht der Fall, denn beide Typen orientieren sich allein an den von ihnen wahrgenommenen institutionellen Erwartungen und richten ihr Verhalten nach bewährten Routinen und institutionellen Vorgaben aus (s. Abschnitt 8.1.2.3).

Im Anschluss an Luhmann (2019) können beide Entscheidungstypen der **Strategie des Konformität** zugeordnet werden: „Auch eingesehener Unsinn wird mitgemacht, da man anderenfalls als Entscheider auffallen würde“ (Luhmann 2019: 330, s. Abschnitt 3.1.4.3). Beim konformistischen (Nicht-)Entscheiden ist es durch die freiwillige Heteronomie zunächst einmal möglich, dass durch fehlendes (Fach-)Wissen und mangelnde Reflexionsfähigkeit keine Einsicht in das Vorhandensein von möglicherweise ungünstigen Routinen („Unsinn“) besteht. Ist diese Einsicht gegeben, könnte beim konformistischen Typ im Anschluss an Luhmann (2019) auch von einer **Strategie der Zurechnungsverschiebung** gesprochen werden: „Man weicht ab, wenn man die Entscheidung und die Verantwortung für ihre Folgen extern zurechnen kann“ (ebd.: 330). Dabei werden vermutete institutionelle Interessen der Effizienzsteigerung und Gewinnmaximierung weitgehend unkritisch als eigene Haltung und gerechtfertigtes, zentrales Verteilungskriterium übernommen. Durch Zerlegung der Arbeit in einzelne Handgriffe geht auch das Verständnis für übergreifende Qualitätsmaßstäbe verloren.

Die Einsicht in ein prinzipiell ungünstiges Handeln und Entscheiden ist beim überwältigten (Nicht-)Entscheiden als Widerspruchserfahrung sowohl vorhanden als auch im Handeln emotional belastend präsent. Vor allem durch einen überhöhten pflegerischen Fürsorge-Anspruch (schwere Fürsorge, s. Abschnitt 3.2.3) scheint dieser Widerspruch kaum auflösbar zu sein. Die Unterwerfung unter die empfundenen Erwartungen der Einrichtung geschieht daher vermutlich weniger aus der Motivation heraus, nicht als „Entscheider auf[zu]fallen“ oder die Entscheidungsverantwortung bewusst abzuschieben, sondern um wenn schon nicht entscheidungs- dann zumindest handlungsfähig zu bleiben.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass es auch in der Pflege eine zentrale Bedingung für gute Verteilungsentscheidungen sein dürfte, dass die Pflegenden sich als aktiv Entscheidende wahrnehmen und sich mit den von ihnen wahrgenommenen institutionellen Erwartungen (kritisch) auseinandersetzen. Hierzu lässt sich bei den entscheidenden Pflegenden selbst ansetzen, beispielsweise durch Bildungsangebote. Aber auch bestimmte Rahmenbedingungen könnten die Fähigkeit und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme von Pflegenden aktiv stärken – hierbei sollten vor allem bestehende Führungsstrukturen daraufhin überprüft werden, ob sie aktive Mitbestimmung und damit die Übernahme von Mitverantwortung ermöglichen.

Die von Luhmann identifizierte **Strategie der Selektion von Konflikten** (Luhmann 2019: 330) kann eher als aktive und damit autonome Strategie verstanden werden, die vor allem beim ermächtigten und autokratischen Entscheiden in der Auseinandersetzung mit institutionellen Erwartungen zum Tragen kommt. In einem Gefühl der weitgehend uneingeschränkten Entscheidungsautonomie wird genau den Erwartungen widersprochen, die den eigenen Präferenzen entgegenstehen und bei denen man sich von einem Widerstand einen „Nutzen […] oder Prestige" erwartet (ebd.). Während beim ermächtigten Entscheiden aus dem vehementen Widerspruch gegenüber (willkürlich) bestimmten institutionellen Vorgaben ein zusätzliches Autonomie- und Machtgefühl erwächst, ist es beim autokratischen Entscheiden eher ein distanziertes Kalkül, bestimmte Vorgaben zu akzeptieren und anderen, möglicherweise in einer (Selbst-)Darstellung der eigenen Machtposition, zu widersprechen.[166] Vor allem in der autonomen Entscheidung, bestimmten Erwartungen zu entsprechen, könnte bei diesem Entscheidungstyp auch von einer Strategie der Zurechnungsverschiebung ausgegangen werden.

Für die Ermöglichung guter Verteilungsentscheidungen ergibt sich hieraus vor allem, dass durch die oben beschriebenen institutionellen Maßnahmen das Autonomiegefühl von Pflegenden grundsätzlich gestärkt werden sollte, dies aber immer im Bewusstsein und in der kritischen Reflexion der besonderen einseitigen Fürsorge-Beziehung der Pflegenden zu den Bewohner:innen (s. Abschnitt 3.2.3 und Unterkapitel 9.3). Denn in einem übersteigerten Autonomie- und Machtgefühl des ermächtigten und autokratischen Entscheidungshandelns werden die Autonomieansprüche der Bewohner:innen zugunsten der eigenen Wertsetzungen und Präferenzen mehr oder weniger ignoriert. Aber auch im überwältigten und konformistischen (Nicht-)Entscheiden lassen

[166] Diese Beschreibung scheint nahezulegen, dass vor allem Führungskräfte zu autokratischem Entscheiden neigen. Abgesehen davon, dass durch das begrenzte Sample der vorliegenden Arbeit kaum tragfähige Aussagen zum Entscheidungsverhalten von Pflegenden mit Führungsverantwortung getroffen werden können (s. Abschnitt 8.2.2), ist es fraglich, ob sich die Entscheidungstypologie auf Verteilungsentscheidungen von Führungskräften übertragen lässt – vor allem, wenn diese Entscheidungen wie im Datenmaterial der vorliegenden Arbeit eher organisatorische Entscheidungen in der Verteilung von Personalressourcen darstellen, die sich nur indirekt auf die Versorgung der Bewohner:innen auswirken.

sich Tendenzen zu paternalistischem Verhalten nachweisen. Der folgende Abschnitt geht auf diese Erkenntnisse näher ein.

8.1.4.2. Autonomieansprüche der Bewohner:innen

Professionelle Pflege hat, verstanden als stellvertretende Krisenbewältigung in einem einseitigen Abhängigkeitsverhältnis (Oevermann 2001, s. Abschnitt 3.2.2 und 3.2.3), den Anspruch, die Autonomie der Bewohner:innen – und damit auch zunächst urteilsfrei deren mögliche und geäußerte Bedürfnisse – so weit wie möglich zur Geltung zu bringen. Grundsätzlich muss reflektiert werden, dass es für Pflegende immer eine Herausforderung ist und sein muss, die Perspektive der Bewohner:innen zu erkennen und in Entscheidungen zu berücksichtigen. Denn die Bewohner:innen selbst sind oft nur begrenzt in der Lage, ihre Wünsche und Präferenzen sowohl zum Ausdruck zu bringen als auch deren Berücksichtigung aktiv und selbstbewusst durchzusetzen. Durch ein situatives Einlassen auf den Einzelfall, was oft auch mit einer intuitiven, weil komplexeren und weniger auf objektiv messbare und rationale Aspekte fokussierten, Situationsbewertung verbunden ist (s. Abschnitt 3.1.4.4.4, 6.4.2.2 und 8.1.3.1), können Pflegende versuchen, diese Ansprüche der Bewohner:innen zu ermitteln. Auch durch den Einbezug von anderen Pflegenden oder An- und Zugehörigen kann diese Annäherung an die tatsächlichen Präferenzen der Bewohner:innen verbessert werden. Eine objektive Beurteilung, was „die Bewohner brauchen“ (IP), ist aber auch damit nicht erreichbar.

Dieser Anspruch an das pflegerische Entscheiden lässt sich aber sowohl beim **ermächtigten als auch beim autokratischen Entscheidungstyp** feststellen. Dabei beansprucht der autokratische Typ eher eine distanzierte und rationale Bewertung dessen, was die Bewohner:innen situativ benötigen und welche Handlung entsprechen sinnvoll ist. Eine sensible Einlassung erfolgt hierbei eher nicht. Beim ermächtigten Entscheidungstyp ist es eher die als nicht anzweifelbar betrachtete Einfühlung in die situativen Bedürfnisse der einzelnen Bewohner:innen („war für **mich** jetzt einfach der andere Patient (-) vorrangig“, IP). Gleichzeitig wird dabei aber auch sehr deutlich bewertet, welche Ansprüche als gerechtfertigt betrachtet werden und welche bewusst und berechtigt ignoriert werden können:

> „Und dann jetzt mittlerweile bin ich so, dass ich Abstand gewinne und sage: (-) Der kann klingeln, bis dass er schwarz wird, das ist mir egal.“ (IP)

Anders stellt sich die Berücksichtigung der Autonomieansprüche der Bewohner:innen bei den beiden **heteronomen Entscheidungstypen** dar: Durch die erzwungene oder freiwillige Unterwerfung unter die wahrgenommenen institutionellen Erwartungen (s. Abschnitt 8.1.4.1) werden auch dort möglicherweise auftretende paternalistische Strukturen mitgetragen. Während dies

beim konformistischen (Nicht-)Entscheiden vor allem in Form von passiver Akzeptanz (Konformität, Luhmann 2019) hingenommen wird, können paternalistische Tendenzen beim überwältigten Entscheidungstyp auch aus einem einseitigen, schweren Fürsorgeverständnis resultieren.
Eine wesentliche Erkenntnis durch die Entscheidungstypologie ist, dass **alle Entscheidungstypen** mit Ausnahme des flexibel-reflexiven Entscheidens **zu Paternalismus tendieren** können, da sie auf die eine oder andere Weise die individuellen Bedürfnisse der potenziell von einer Verteilungsentscheidung betroffenen Bewohner:innen zu vernachlässigen neigen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass der Einbezug und die konsequente Berücksichtigung der situativen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner:innen als Voraussetzung für gute Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege gelten sollte, da dies der Eigenart der Pflegebeziehung als einseitiger, existenzieller Abhängigkeitsbeziehung Rechnung trägt (s. Abschnitt 3.2.2 und 7.2.5).
Ein weiterer zentraler Aspekt von Verteilungsentscheidungen, der im Rahmen der Entscheidungstypologie nur indirekt abgeleitet werden kann, ist die Bedeutung der Selbstsorge der entscheidenden Pflegenden, sowohl verstanden als grundsätzliches Verteilungskriterium, als auch in Bezug auf die entwickelten Entscheidungstypen. Die Erkenntnisse zur Bedeutung der Selbstsorge der Pflegenden im Rahmen von Verteilungssituationen fasst der folgende Abschnitt zusammen und diskutiert sie.

8.1.4.3. Stellenwert der Selbstsorge

Wie in Abschnitt 4.2.6.2 dargestellt, weisen zahlreiche Studien nach, dass Verteilungs- und insbesondere Rationierungsentscheidungen eine **erhebliche emotionale Belastung** für die Pflegenden darstellen („moral strain and distress“, Vryonides et al. 2015; ähnlich: Suhonen et al. 2018; für das Setting der stationären Langzeitpflege: Dhaini et al. 2017). Dabei werden ausgeprägte Schuldgefühle der Pflegenden gegenüber den Patient:innen geäußert, für die diese verantwortlich sind (Vryonides et al. 2015; Suhonen et al. 2018). Aber auch über eine gewisse Abstumpfung, Frustration und das Gefühl der Fremdsteuerung durch institutionelle, vor allem ökonomisch bedingte Zwänge wird berichtet (Skirbekk et al. 2017; ähnlich Kumbruck 2010).
Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die vorliegende Studie: Da die in den Interviews geschilderten herausfordernden Verteilungsentscheidungen praktisch immer auch die Entscheidung mit sich bringen, Aufgaben später, unter Zeitdruck weniger ausführlich oder gar nicht zu erledigen (s. Abschnitt 6.5.1 und 6.5.2), berichten fast alle Interviewpersonen in diesen Situationen zumindest über eine gewisse emotionale Anspannung, oft aber auch über eine ausgeprägte psychische Belastung, Unzufriedenheit und Frustration (s. Abschnitt 6.5.3). Dieses Erleben emotionaler Belastung scheint unabhängig vom Entscheidungstyp zu existieren – allerdings lassen sich be-

stimmte Ausprägungen dieser Belastung in einen Zusammenhang mit einzelnen Entscheidungstypen bringen und in Bezug zum jeweiligen Stellenwert der Selbstsorge sowie zu anderen, die Selbstsorge Pflegender thematisierenden Pflegetheorien setzen (Schniering 2021, s. Abschnitt 3.2.4.2; Kersting/Meisterernst 2020, Kersting 2019, s. Abschnitt 4.2.6.2):

Die Typen des **ermächtigten, autokratischen und konformistischen Entscheidungshandelns** sind dabei durch eine grundsätzlich eher **gute Berücksichtigung eigener Selbstsorge-Bedürfnisse** bestimmt: So geht eine eher ausgeprägte emotionale Abgrenzung (s. auch Abschnitt 6.4.4.1) wie beim konformistischen und autokratischen Entscheidungstyp zwar oft auch mit dem Erleben von Unzufriedenheit und Erschöpfung einher, dies ist aber bei Weitem nicht so ausgeprägt wie bei den anderen Typen. Während beim autokratischen und ermächtigten Entscheidungstyp die eigenen Bedürfnisse als wichtiges Kriterium in der Entscheidung berücksichtigt und allenfalls zeitweise und aus autonomer Entscheidung zurückgestellt werden, ist beim konformistischen Entscheidungstyp eine gewisse Apathie oder Hinnahme gegenüber der als herausfordernd erlebten Situation erkennbar. Diese Hinnahme kann auch als naive, „fraglose Übernahme“ (Kersting/Meisterernst 2020: 71) im Rahmen der „Reaktionsmuster auf objektiv Kälte verursachende Strukturen“ („Kälteellipse“, Kersting 2019, s. Abschnitt 4.2.6.2) interpretiert werden, in der durch die unreflektierte Wiederholung bewährter Routinen das eigene Handeln gerechtfertigt werden kann. Alternativ weisen auch Reaktionsmuster der „Praktischen Hinnahme“ Parallelen zum konformistischen Entscheidungstyp auf.

Anders als die oben beschriebenen Entscheidungstypen, bei denen die Selbstsorge in Verteilungssituationen auf verschiedene Weise berücksichtigt wird, ist der **überwältigte Entscheidungstyp** vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Selbstsorge durch eine starke emotionale Involviertheit in die Verteilungssituation **vernachlässigt** oder sogar vollständig missachtet wird (s. Abschnitt 6.4.4.2). Verstanden als „zerrissene Fürsorge“ (Schniering 2021: 203ff., s. Abschnitt 3.2.4.2) wird beim überwältigten (Nicht-)Entscheiden schmerzlich erlebt, die umfassenden Bedürfnisse der zu Pflegenden nicht ausreichend befriedigen zu können. Entsprechend ist dieser Entscheidungstyp auch geprägt durch **Schuldgefühle** gegenüber den Bewohner:innen (s. Abschnitt 7.2.2). Bezogen auf die Kälteellipse (Kersting 2019) weist der überwältigte Entscheidungstyp Parallelen zum Reaktionsmuster der „praktischen Hinnahme“ im Sinne einer Opferrolle auf, in der der Widerspruch zwischen dem Wunsch nach umfassender Fürsorge und der als zweckrational und defizitär erlebten Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit zwar schmerzlich wahrgenommen, aber nicht aktiv verändert wird (ebd.: 150).

Beim **flexibel-reflexiven Entscheidungstyp** beschreiben Pflegende wie oben geschildert eine grundsätzliche Anspannung und Belastung in herausfordernden Situationen. Es scheint ihnen aber

zumindest in alltäglichen Verteilungssituationen eine „vorübergehende Balance“ (Schniering 2021: 207ff.) zwischen Fürsorge und Selbstsorge zu gelingen. Dies scheint durch ein grundsätzliches Gefühl der Sicherheit und fachlichen Erfahrung und Expertise erleichtert zu werden:

> „Und halt selber, dass ich einfach ausgebildet bin und also ich (-) eigentlich **schon** finde, dass ich das richtig einschätzen kann, (-) ne? Also, ich weiß schon, was ich/ wonach ich gucken muss. Es gibt einem dann ja schon auch Sicherheit, (-) ne, dass man selber **aus**gebildet ist. Das macht einen ja schon viel, viel sicherer, als wenn ich jetzt (-) einfach von Tuten und Blasen keine Ahnung hätte.“ (IP)

In besonders herausfordernden Verteilungssituationen entscheiden sich die Pflegenden auch im flexibel-reflexiven Entscheiden tendenziell zumindest zeitweise – allerdings eher bewusst und freiwillig – zur Vernachlässigung ihrer Selbstsorgebedürfnisse (s. Abschnitt 7.2.5). Eine Zerrissenheit kommt dabei in den geschilderten Situationen kaum zum Ausdruck. Das eher hohe Belastungserleben im flexibel-reflexiven Entscheidungstyp scheint vor allem daraus zu resultieren, dass der Prozess des schnellen, intuitiven Beurteilens, aber auch des situativ-bewussten, selbstkritischen Abwägens und Reflektierens in hochkomplexen Verteilungssituationen (reflection-in-action, Schön 1983) für sich genommen mental sehr anstrengend zu sein scheint.

Auch wenn im flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln gewisse Parallelen zu Strategien der „praktischen Negation“ (Kersting 2019: 170ff.) gezogen werden können und auch andere Reaktionsmuster im Datenmaterial der vorliegenden Arbeit erkennbar sind, beschreibt die **Theorie der „Reaktionsmuster auf objektiv Kälte verursachende Strukturen“** (Kersting 2019, s. Abschnitt 4.2.6.2) kein grundsätzlich empfehlenswertes pflegerisches Handeln. Vielmehr werden durch alle beschriebenen Strategien die gegebenen, defizitären Rahmenbedingungen der Pflege nicht verändert, sondern im Gegenteil mitgetragen und damit stabilisiert (Kersting/Meisterernst 2020: 70). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann jedoch gezeigt werden, dass viele Pflegende auch in herausfordernden Situationen eine hohe Handlungsautonomie erleben und auf Basis einer hohen pflegerischen Handlungskompetenz in der Lage sind, im Sinne des flexibel-reflexiven Entscheidens gute Entscheidungen zu treffen (s. Unterkapitel 7.2.5). Verbunden mit einer reflexiven, selbstkritischen Haltung können Pflegende m. E. unter entsprechenden Rahmenbedingungen (s. Unterkapitel 8.1.2) problematische Strukturen und Routinen kritisch ansprechen, durch ihr Handeln performativ gestalten und damit zur Ermöglichung einer professionellen Pflege beitragen, ohne dabei eigene Bedürfnisse der Selbstsorge dauerhaft zu ignorieren.

Die **Theorie der Zerrissenheit** von Schniering (2021, s. Abschnitt 3.2.4.2) weist vor allem bezogen auf die Berücksichtigung der Selbstsorge der Pflegenden sowie der Analyse ihrer Involviertheit in Situationen Anknüpfungspunkte und Parallelen zur vorliegenden Untersuchung auf. Das Phänomen der Zerrissenheit scheint aber vor allem im Rahmen des überwältigten Entscheidungs-

handelns aufzutreten, in der die Zerrissenheit dazu führt, dass keine eigenständige Entscheidung getroffen werden kann. Dies könnte unter anderem aus dem Fokus der Theorie der Zerrissenheit auf Konflikte zwischen Selbstsorge und Fürsorge resultieren, während in dieser Arbeit der Untersuchungsschwerpunkt stärker auf dem Abwägen zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsansprüchen in Verteilungsentscheidungen liegt. Auch die besonderen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege könnten dazu führen, dass dort Zerrissenheit von Pflegenden häufiger oder deutlicher erlebt wird als im Setting der stationären Langzeitpflege.

8.1.5. Zusammenfassung

Schwerpunkte der bestehenden empirischen Forschung sind bisher vor allem Ursachen, Einflussfaktoren und vor allem Konsequenzen von Verteilungsentscheidungen in der Pflege, inzwischen auch für das Setting der stationären Langzeitpflege. Hierbei lassen sich zahlreiche Parallelen und Anknüpfungspunkte identifizieren, in denen die vorliegende Untersuchung bestehende Erkenntnisse stützen und zum Teil erweitern kann. Kaum untersucht wurden bisher mentale Prozesse im Entscheidungshandeln sowie das Erleben von Verteilungssituationen (Chiappinotto et al. 2022). Die zentralen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit ermöglichen ein erweitertes Verständnis unter anderem davon, welche Bedeutung die in der Pflege zentrale und knappe Ressource Zeit hat (s. Abschnitt 8.1.1), wie sich bestimmte Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren förderlich oder hinderlich auf Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege auswirken (s. Abschnitt 8.1.2), wie sich mentale Prozesse, verstanden als Entscheidungsstrategien, in diesen Entscheidungen darstellen, und wie diese bewertet werden können (s. Abschnitt 8.1.3). Durch die im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Entscheidungstypologie lassen sich zudem bestimmte Muster des pflegerischen Entscheidungshandels im Untersuchungsfeld der stationären Langzeitpflege beschreiben, die sowohl als deskriptive Analysefolie dienen können als auch eine normative Bewertung verschiedener Verteilungsstrategien zulassen. Bevor Kapitel 9 die aus den beschriebenen Erkenntnissen mögliche Schlussfolgerungen zu verschiedenen thematischen Schwerpunkten präsentiert, diskutieren die folgenden Abschnitte die Reichweite und die theoretischen Limitationen und daraus abgeleitete Forschungsdesiderate der entwickelten Theorie.

8.2. Limitationen und Desiderate der Theorie

8.2.1. Methoden

In der kritischen Reflexion der Theorieentwicklung lässt sich zunächst nach der Gegenstandsangemessenheit und Reichweite der angewendeten Methoden fragen. Die **Grounded Theory**

Methodologie (GTM) wurde gewählt, da sie als qualitative Methode eine besonders (ergebnis-)offene und hypothesengenerierende Perspektive sowohl auf das Forschungsfeld im allgemeinen als auch auf die erhobenen empirischen Daten erlaubt (s. Abschnitt 5.2.1). Zudem ermöglicht sie die Beschreibung und Beurteilung von Verteilungsentscheidungen als subjektiv erlebbare und erlebte Phänomene, in denen Deutungs- und Handlungsmuster Pflegender zum Tragen kommen. Die Analyse und Darstellung dieser Muster ist zentrales Ziel der vorliegenden Untersuchung (s. Unterkapitel 1.2) Die Offenheit der GTM erlaubt auch den Einbezug der Theorie von Pritzlaff (2006) als neben dem Kodierparadigma sowohl Auswertung als auch Ergebnisdarstellung strukturierende theoretische Rahmung.

Anders als beispielsweise die Sequenzanalyse nach Oevermann (2002) fokussiert die Datenanalyse der GTM nach Strauss/Corbin (1996) weniger auf zeitliche, prozesshafte Aspekte, sondern eher auf kausale Zusammenhänge und Rahmenbedingungen eines empirischen Phänomens. Gerade bei der Analyse von Entscheidungsprozessen ist diese **zeitliche Perspektive** jedoch ein wichtiger Zugang zur Beschreibung von Entscheidungshandeln. Durch den beschriebenen Einbezug der Theorie von Pritzlaff (2006) konnte diese Betrachtungsweise als eine von drei Perspektiven auf Entscheiden als Handeln (s. Abschnitt 3.1.4) in die Auswertung eingebracht werden (s. Abschnitt 6.3.5 und Unterkapitel 6.4). Die Anwendung anderer Auswertungsmethoden, etwa der Sequenzanalyse, scheint jedoch geeignet, die Ergebnisse dieser Untersuchung zu erweitern und zu validieren.

Die **Typenbildung** nach Kluge (1999) ermöglicht als Methode eine fokussierte Analyse spezifischer Muster, in denen ein bestimmtes Phänomen – hier pflegerische Verteilungsentscheidungen – im Untersuchungsfeld auftritt. Auch lässt sie neben der Beschreibung eine normative Bewertung dieser im Feld identifizierbaren Typen zu, da durch die idealtypische Steigerung empirisch nur undeutlich vorzufindender Merkmale klarer erkennbar wird, welche Probleme bestimmte Entscheidungsmuster mit sich bringen und wie diese Probleme zu bekämpfen sind. Diese Bewertung ist Grundlage wichtiger Erkenntnisse und Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit, was gute Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege definiert und wie pflegerische Entscheidungskompetenz unter anderem durch pädagogische Maßnahmen angebahnt und gestärkt werden kann (s. u. a. Unterkapitel 9.3 und 9.4).

Um einen Teilschritt der Typenbildung handelt es sich bei der in Abschnitt 5.4.3.3.3 beschriebenen **Methode der quantitativen Bewertung der Entscheidungssituationen**. Es erscheint durchaus problematisch, aus der Verteilung der Entscheidungssituationen nach dieser quantitativen Bewertung direkte Rückschlüsse auf die Existenz von Entscheidungstypen zu ziehen. Denn die quantitative Bewertung von äußerst schwer quantifizierbaren subjektiv-

evaluativen Variablen, die sich nur an bestimmten sprachlichen Markern und Hinweisen in den Fällen festmachen lässt, ist so grob und von subjektiven Einschätzungen der Forscherin geprägt, dass einige konkrete quantitative Bewertungen in einer kritischen intersubjektiven Validierung leicht in Frage gestellt werden können. Unter anderem habe ich lediglich zur besseren grafischen Darstellung die Quantifizierung durch Nutzung von Nachkommastellen so gestaltet, dass jedes Element eine separate Position erhalten hat und dadurch in Abbildung 6 nicht andere Elemente überdeckte. Aufgrund des nur sehr eingeschränkt quantitativen Charakters dieses Auswertungsschritts dient dieser vor allem der Visualisierung der komplexen Datenaggregation in Form von Typen. Diese wiederum fungiert als Instrument der kritischen, datengestützten Reflexion und Validierung der entstehenden Typologie. So konnten etwa Grenzfälle oder schwer einzuordnende Fälle identifiziert werden, die Anpassungen der Typologie notwendig machten. Auch wurden erste Regelmäßigkeiten sowie auffällige Verteilungen sowie besonders prototypische oder extreme Fälle erkennbar, die sich als Grundlage zur (Weiter-)Entwicklung von Idealtypen anboten (s. Unterkapitel 5.3, vgl. Kelle/Kluge 2010: 100f.). Eine kritische Bewertung der Ergebnisse der Entscheidungstypologie als zentrales Element der in dieser Arbeit entwickelten Theorie erfolgt in Abschnitt 8.2.3.2.

Eine wichtige Entscheidung bezüglich der Erhebungsmethoden war die Wahl von **episodischen Interviews** nach Flick (2011, s. Abschnitt 5.4.2.1). Durch offene Erzählaufforderungen werden hierbei ausführliche, narrative Schilderungen von Situationen angestoßen, die einen Nachvollzug des Erlebens und Deutens dieser Situationen ermöglichen. Durch gezielte Nachfragen lässt sich zusätzlich auf bestimmte Themenbereiche fokussieren, die im Vorfeld als für das Untersuchungsfeld möglicherweise relevant bewertet wurden. Durch diese Verbindung ist unter anderem eine Beschreibung und Bewertung der Rahmenbedingungen von Verteilungssituationen möglich, aber durch die narrativen Passagen auch ein tieferer Einblick in ihr Erleben durch die Interviewpersonen. Die Passagen waren vor allem in den ersten Interviews aber eher kurz und oberflächlich (s. Abschnitt 5.4.2.4 und 8.2.2). Diese teilweise Oberflächlichkeit, aber auch die grundsätzliche Wahl eines sprachlichen und damit eher kognitiven und rationalisierenden Zugangs zu Verteilungssituationen schränkt vor allem die Möglichkeit der Analyse bestimmter mentaler Prozesse in Verteilungsentscheidungen ein, hierbei unter anderem intuitive Entscheidungsmodi in der Pflege, zu denen bisher wenig empirische Forschung existiert (s. Abschnitt 6.4.2.2 und 8.1.3.1). Auch die in dieser Arbeit zwar identifizierte, aber durch die geringe Datenbasis nur als Beobachtung beschreibbare initiale Schockreaktion auf Dilemmasituationen (s. Abschnitt 6.4.1, zur Diskussion s. auch 8.2.3.1) ließe sich durch andere Erhebungsmethoden besser fokussieren.

Einen solchen Zugang könnte die Methode der **teilnehmenden Beobachtung** bieten, in der die Forschenden konkrete Situationen im Untersuchungsfeld miterleben, sie dadurch möglicherweise besser nachvollziehen und sich darauf beispielsweise im Nachhinein im Rahmen von ethnografischen Interviews mit den entscheidenden Pflegenden beziehen können. Hierbei könnte auch stärker auf emotionale und körperlich-leibliche Aspekte dieser Situationen eingegangen werden. Auf teilnehmende Beobachtungen wurde für die vorliegende Arbeit verzichtet, da sie den Fokus eher auf die breite Exploration eines (unbekannten) Untersuchungsfeldes legen und der Fokus dieser Untersuchung auf dem Erleben und Deuten von Verteilungssituationen lag. Auch bringt sie verschiedene methodische Probleme mit sich, unter anderem die möglicherweise fehlende Distanz der Forschenden zum Untersuchungsfeld und den dort handelnden Personen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021). Durch eine entsprechende Ausrichtung der episodischen Interviews konnten trotz der beschriebenen Einschränkungen auch emotionale und evaluative Aspekte der Interviewpersonen in der Auseinandersetzung mit herausfordernden Verteilungssituationen berücksichtigt werden. Für weitere Forschungen, eventuell auf der Grundlage und in kritischer Auseinandersetzung mit den in dieser Arbeit entwickelten Entscheidungstypen, könnte teilnehmende Beobachtung im Untersuchungsfeld der stationären Langzeitpflege, aber auch in anderen Pflegesettings (s. Abschnitt 8.2.2) fruchtbar sein.

Als weitere methodische Limitation der entwickelten Theorie thematisiert der für diese Arbeit entwickelte Interviewleitfaden nicht gezielt das berufliche Selbstverständnis, die persönlichen Vorerfahrungen der Interviewpersonen mit komplexem Entscheiden oder berufliche Prägungen, deren Bedeutung für Entscheidungskompetenz bisher unklar sind (s. Abschnitt 8.1.2.7). Durch stärker **narrativ ausgerichtete Erhebungsmethoden**, die zusätzlich stärker auf die oben beschriebenen emotional-evaluativen Aspekte eingehen können, ließen sich diese Aspekte näher untersuchen.

Durch die Wahl von **Einzelinterviews** können auch Aspekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie des Einflusses der Zusammenarbeit auf Verteilungsentscheidungen nur beschränkt auf die subjektive Sicht der interviewten Pflegenden untersucht werden. Die vorliegende Arbeit kann zeigen, dass beide Aspekte im institutionellen Kontext der stationären Langzeitpflege eine wichtige Rolle spielen. Eine Ergänzung von Einzelinterviews mit Gruppeninterviews, in denen beispielweise gezielt in der Praxis beobachtete Entscheidungssituationen im Team reflektiert werden, könnten zu einem tieferen Verständnis dieser Einflussfaktoren beitragen.

Ein Diskussionspunkt in der qualitativen Forschung ist die **Bedeutung von theoretischem Vorwissen** und sein womöglich verzerrender Einfluss auf die empirische Datenerhebung und Auswertung (s. Abschnitt 5.2.1). Durch meine Diplomarbeit (Greiner 2011) hatte ich vor allem zum

Thema der Verteilungsgerechtigkeit ein umfangreiches theoretisches Vorwissen, das unter anderem als Forschungsmotivation und -anlass in den Forschungsprozess eingeflossen ist. Dies kann als eine Verengung einer möglichst offenen, unvoreingenommenen methodischen Herangehensweise an das empirische Datenmaterial bewertet werden. Verstanden als sensibilisierende Konzepte (s. Abschnitt 5.2.2) konnten meine theoretischen Vorkenntnisse in Verbindung mit einer konsequenten Offenheit im Forschungsprozess m. E. allerdings vor allem in der Phase des axialen und selektiven Kodierens zu einem vertieften Verständnis der im Datenmaterial enthaltenen Konzepte und Zusammenhänge beitragen. Insofern betrachte ich die entwickelte Theorie als im Sinne der GTM empirisch gegründet, aber gleichzeitig eingebettet in verschiedene theoretische und empirische Rahmungen, die zum Teil ihrerseits durch die vorliegende Arbeit fundiert und erweitert werden können.

8.2.2. Daten

Neben grundsätzlichen methodischen Limitationen der vorliegenden Untersuchung begründen auch deren praktische Anwendungen und damit verbundene methodische Entscheidungen gewisse Beschränkungen und sich daraus ergebende weitere Forschungsdesiderate.

Zunächst kann zur kritischen Bewertung der Datenbasis der vorliegenden Arbeit festgestellt werden, dass die Interviews mit den 16 Pflegenden zwischen 2017 und 2018 geführt wurden. Entsprechend können rechtliche, politische und gesellschaftliche **Entwicklungen seit Ende 2018** nicht in die Schilderungen der Interviewpersonen einfließen. Da, abgesehen von der Zeit der Corona-Pandemie, Kontinuitäten die Praxis der stationären Langzeitpflege bestimmen, lassen sich die berichteten Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf Verteilungsentscheidungen verallgemeinern und damit auch auf die aktuelle Situation der Pflege übertragen. In der Darstellung der Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege wurden auch aktuelle Entwicklungen dargestellt und reflektiert (s. Kapitel 2).

Des Weiteren gestaltete sich, wie schon in Abschnitt 5.4.2.2 ausführlich beschrieben, die Erhebung der empirischen Daten als Grundlage der entwickelten Theorie deutlich schwieriger als erwartet. Die durch die Schwierigkeiten bei der Akquise von Interviewpersonen bedingten, längeren Zeitspannen zwischen den einzelnen Interviews erwiesen sich allerdings als vorteilhaft für das **theoretische Sampling**, in dem konkrete Entscheidungen zu Einbezug und Ausschluss bestimmter Variablen getroffen wurden. Nachdem in Abschnitt 5.4.2.3 die Schritte zur Bildung des Samples und das Sample selbst ausführlich beschrieben wurden, erläutert und diskutiert dieser Abschnitt die Relevanz der gewählten Variablen sowie Beschränkungen in der Zusammenstellung der Stichprobe und daraus folgende mögliche Forschungsansätze im Einzelnen.

Qualifikation der Interviewpersonen

Kernzielgruppe der vorliegenden Untersuchung sind **dreijährig qualifizierte Pflegefachkräfte**, da vor allem sie die Verantwortung für Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene der stationären Langzeitpflege besitzen (s. Unterkapitel 2.4) und diese Entscheidungen oft auch selbst treffen und – in Zusammenarbeit mit dem Team – praktisch umsetzen. Die Gruppe der dreijährig qualifizierten Pflegenden ist im Sample daher mit 12 Personen verhältnismäßig stark vertreten. Entsprechend besitzen die in dieser Untersuchung entwickelten Erkenntnisse für diese Gruppe die stärkste Evidenz. Da in der stationären Langzeitpflege Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen oft eng zusammenarbeiten, und da davon auszugehen ist, dass alle diese Personen Verteilungsentscheidungen treffen, sind im Sample der vorliegenden Arbeit auch zwei Pflegehilfskräfte sowie zwei Leitungspersonen vertreten.

Durch die Auswertung der leider nur von einer Leitungsperson stammenden Entscheidungssituationen wurde deutlich, dass **Leitungspersonen** eventuell mit einem anderen Fokus untersucht werden sollten: Sie treffen ebenfalls (nicht nur) für die Bewohner:innen relevante Verteilungsentscheidungen, es ist aber zu vermuten, dass sich diese weniger auf das Priorisieren oder implizite Rationieren von Pflegemaßnahmen auf der Mikroebene im direkten Kontakt mit den Bewohner:innen beziehen, sondern eher auf organisatorische Entscheidungen der Zuteilung von Personal- und Zeitressourcen auf bestimmte Pflegeeinheiten und Gruppen von Bewohner:innen. Ob hierbei auch die für Verteilungssituationen in der direkten Versorgung von Bewohner:innen identifizierten Entscheidungsmuster und -typen zum Tragen kommen, konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht beantwortet werden. In Abschnitt 8.1.2.4 wurde allerdings bereits dargestellt, dass Leitungspersonen einen relevanten Einfluss auf Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene besitzen. Eine nähere Untersuchung der Bedeutung von Leitungspersonen, die sowohl selbst Verteilungsentscheidungen (auf der Mesoebene) treffen als auch als Mitverantwortliche für die Gestaltung von institutionellen Rahmenbedingungen und die Entwicklung des Personals gute Entscheidungen ermöglichen können, scheint ein vielversprechender weiterführender Forschungsansatz zu sein.

Auch der Einbezug der **Pflegehilfskräfte** in das Sample erwies sich als grundsätzlich sinnvoll, und ihre besondere Perspektive auf Verteilungssituationen ist in der Auswertung dezidiert thematisiert worden (s. Abschnitt 6.3.2.3). Abschnitt 8.1.2.5 weist darauf hin, dass eine umfangreichere Betrachtung der Perspektive der Pflegehilfskräfte sowohl als Entscheidende als auch als Kolleg:innen und Unterstützungspotenzial in Verteilungssituationen für die weitere Untersuchung von Verteilungsphänomenen fruchtbar wäre – alleine schon, da Pflegehilfskräfte jetzt schon und

zukünftig verstärkt eine wichtige Rolle in der Pflege und Versorgung der Bewohner:innen in der stationären Langzeitpflege spielen (s. Abschnitt 2.2). Allerdings sollte hierbei insbesondere die ausgeprägte Heterogenität in Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen der Pflegehilfskräfte berücksichtigt werden, die in der Praxis vorfindbar ist. In einer zukünftig angestrebten Vereinheitlichung der Qualifikationsvorgaben sollte auch die durch die vorliegende Arbeit gestützte Erkenntnis berücksichtigt werden, dass Pflegehilfskräfte (jetzt schon) alltägliche und für die Bewohner:innen wichtige Verteilungs- sowie implizite Rationierungsentscheidungen treffen (Knopp-Sihota et al. 2015, s. Abschnitt 4.3 und 8.1.2.5).

Da für die vorliegende Untersuchung keine Interviewperson mit **akademischer Pflegequalifikation** gewonnen werden konnte, lassen sich auf der Grundlage der Datenbasis dieser Arbeit keine Aussagen zur Bedeutung akademisch qualifizierter Pflegender in Verteilungsentscheidungen machen – in der m. E. notwendigen Identifikation und Entwicklung möglicher zukünftiger Einsatzbereiche dieser Personengruppe in der stationären Langzeitpflege sollten auch Fragen der dazu erforderlichen Entscheidungskompetenzen für die gute und gerechte Verteilung existenzieller Ressourcen berücksichtigt werden.

Pflegesetting

Das in der vorliegenden Arbeit analysierte Untersuchungsfeld ist die **stationäre Langzeitpflege**, der sich auch stationäre Behindertenhilfe sowie Tagespflege zuordnen lassen, die daher im Sample auch einbezogen wurden. Diese Fokussierung erfolgte, da Pflegende im Setting der stationären Langzeitpflege anders als im akutklinischen Bereich auch medizinische Entscheidungen häufig allein treffen müssen und sie anders als im ambulanten Setting für mehrere Bewohner:innen gleichzeitig verantwortlich sind (s. Kapitel 2). Entsprechend beziehen sich die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit im Wesentlichen auf dieses Setting und hierbei besonders auf die klassische, stationäre Altenpflege.

Auch wenn im Sample eine Interviewperson aus der **ambulanten Pflege** aufgenommen wurde, erfolgte dies als Fallkontrastierung, um Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Verteilungssituationen herausarbeiten zu können. Sowohl auf theoretischer Ebene (s. Abschnitt 2.1) als auch im empirischen Datenmaterial dieser Arbeit (s. Abschnitt 6.3.1.6) lassen sich diese Unterschiede nachweisen und begründen sich vor allem durch die in der ambulanten Pflege stärker strukturierten Zeitvorgaben und Tourenplanungen, die die pflegerische Verteilung von Zeitressourcen beeinflussen. Allerdings treten auch in der ambulanten Pflege herausfordernde Verteilungssituationen auf, in denen die Zeitressourcen (zu) knapp sind, um die zu pflegenden Menschen nach den Ansprüchen der Pflegenden zu versorgen (Schniering 2021). Viele der für Vertei-

lungssituationen in der stationären Langzeitpflege identifizierten Einflussfaktoren und Verteilungsstrategien scheinen auch in der ambulanten Pflege die Verteilung der Zeitressourcen zu bestimmen. Auch wenn sich die entwickelte Theorie nicht uneingeschränkt auf das Setting der ambulanten Pflege übertragen lässt, könnte unter anderem untersucht werden, inwieweit die hier entwickelten Entscheidungstypen auch in der ambulanten Pflege nachgewiesen werden können.
Auch die Übertragung der Ergebnisse auf die **Tagespflege**, in der die Beschäftigung und Tagesstrukturierung im Vergleich zur pflegerischen Versorgung im Vordergrund steht (Stronczek et al. 2023) und die sich damit auch strukturell zum Teil vom oben beschriebenen, klassisch-stationären Setting unterscheidet, ist nur begrenzt möglich: Während im ebenfalls in das Sample einbezogene Setting der stationären Behindertenhilfe mehrere pflegetypische Verteilungssituationen auftraten, konnte die Tagespflege zumindest bei der Entwicklung der Entscheidungstypologie nicht berücksichtigt werden, da dort von keiner Verteilungssituation berichtet wurde (s. Abschnitt 5.4.3.3.3).

Alter der Interviewpersonen

Auch wenn das Durchschnittsalter der Befragten 40 Jahre beträgt und sich damit im Bereich des mittleren Lebensalters bewegt, sind im Sample keine Pflegenden zwischen 36 und 53 Jahren vertreten. Eine mögliche Erklärung dieser relativ großen Lücke in der Altersverteilung der Interviewpersonen liegt eventuell in der mir gegenüber geäußerten Interviewmotivation der befragten Pflegenden: Mehrere der jüngeren Pflegenden mit wenig Berufserfahrung erklärten mir vor dem Interview, dass sie an der Untersuchung mit der Hoffnung teilnehmen, dass sich noch während ihrer Berufstätigkeit an verschiedenen Mangelsituationen etwas verändert.[167] Aber auch ältere Pflegende mit längerer Berufserfahrung zeigten eine hohe Bereitschaft, über ihre Erfahrungen im Pflegealltag zu berichten. Ebenfalls nur als Hypothese gehe ich davon aus, dass bei den älteren Befragten weniger die Hoffnung auf eine mittelfristige Verbesserung ihrer Arbeitssituation bestand, sondern die Befragten meine Thematik als relevant betrachteten und mir über ihre vielfältigen Erfahrungen zu herausfordernden Verteilungssituationen erzählen wollten.
Durch eine Ausweitung des Untersuchungsfeldes auf Pflegende in der in dieser Arbeit eher **unterrepräsentierten mittleren Alterskohorte** könnte unter anderem das Thema der Doppelbelastung von Familie und Beruf und deren Auswirkung auf die berufliche Selbstsorge stärker in den Fokus rücken. Vorläufig ist aber davon auszugehen, dass das Sample der vorliegenden Arbeit eine

[167] Aus forschungsethischen Gründen habe ich den Interviewpersonen deutlich gemacht, dass meine Untersuchung zwar ein wichtiges Thema beleuchtet, aber nicht zum Ziel hat, konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu begleiten oder zu fördern.

Übertragung ihrer Ergebnisse auch auf Personen in der nicht repräsentierten Alterskohorte ermöglicht.

Trägerschaft

Acht der 14 verschiedenen Einrichtungen, die im Sample vertreten sind, sind kirchliche Träger, was vor allem aus der Weitervermittlung bereits akquirierter Interviewpersonen aus kirchlichen Einrichtungen resultierte. Gleichwohl konnten, letztlich durch Zufall, alle drei Trägerarten (kirchlich, privat und freigemeinnützig) im Sample abgebildet werden. Unterschiede zwischen Trägerarten im Hinblick auf Verteilungsentscheidungen lassen sich durch diese Untersuchung allerdings nicht ermitteln. Um zu klären, ob die Art des Trägers, beispielsweise durch unterschiedliche Pflegeorganisation oder Führungskultur, einen relevanten Einfluss auf Verteilungssituationen hat, müsste in weiteren Untersuchungen der Fokus stärker auf diese Aspekte gelegt werden, beispielsweise durch Interviews mit Leitungspersonen.

Größe der Pflegeeinrichtung

Auch bei der Größe der Einrichtung konnte ich zumindest zu Beginn der Erhebungsphase nicht aktiv variieren, und es ist eher dem Zufall geschuldet, dass am Ende eine relativ große Bandbreite an Einrichtungsgrößen im Sample vertreten ist. Dass die Einrichtungsgröße sich als **relevanter Faktor** für Verteilungsentscheidungen herausstellen konnte und dabei kleinere Einrichtungen einen Vorteil gegenüber großen, auch architektonisch weitläufigen Einrichtungen zu haben scheinen (s. Abschnitt 6.3.1.2 und Unterkapitel 8.1.2.2), ist vermutlich auch der breiten Variation der einbezogenen Einrichtungsgrößen zu verdanken. Es wäre zu prüfen, ob durch bestimmte Maßnahmen, wie etwa andere Zuschnitte der Zuständigkeitsbereiche, diese Vorteile auch in großen Pflegeeinrichtungen zum Tragen kommen könnten.

Ein Zusammenhang von Einrichtungsgröße und vorherrschendem Entscheidungstyp wurde bewusst nicht geprüft, um eine für die Entwicklung von Entscheidungstypen wichtige Trennung zwischen Typ und Person sicherzustellen. Gute Verteilungsentscheidungen im Sinne des flexibel-reflexiven Entscheidens wurden im Rahmen der für diese Arbeit erhobenen Interviews aber sowohl in kleineren als auch in größeren Einrichtungen geschildert. In weiteren Untersuchungen könnte dieser Faktor stärker berücksichtigt werden.

Geschlecht der Interviewpersonen

Mit fünf männlichen Befragten sind diese im Sample im Vergleich zur Geschlechterverteilung im Berufsfeld Pflege[168] etwas überrepräsentiert, was vermutlich der Teilnehmendenakquise über Empfehlungen geschuldet ist. Bestimmte, genderspezifische Muster der Verteilung konnten nicht identifiziert werden, waren aber auch nicht der Fokus der vorliegenden Untersuchung. Hierzu wäre eine weiterführende Forschung zu genderspezifischen Entscheidungsstrategien erforderlich, eventuell über das Feld der Pflege hinaus.

Berufserfahrung der Interviewpersonen

Auch wenn hierzu nur Tendenzen erkennbar waren, hat sich die einschlägige Berufserfahrung der Interviewpersonen stärker noch als die Qualifikation als relevanter Einflussfaktor in Verteilungsentscheidungen gezeigt (s. Abschnitt 6.3.4.2 und 8.1.2.7). Im Sample wurde hierzu daher gezielt variiert und eine relativ gute Repräsentation verschiedener Berufserfahrungen in einer Spanne zwischen einem und 40 Jahren erreicht. Da die Berufserfahrung nur eine von verschiedenen, in dieser Untersuchung schwer voneinander abgrenzbaren, individuellen Faktoren darstellt, die das Erleben von Verteilungsentscheidungen beeinflussen, wäre eine gezielte Untersuchung dieser Faktoren zum Beispiel durch biographisch-narrative Methoden zielführend. Sie würde zudem weiterführende und stärker empirisch fundierte Aussagen zu Ansätzen zur (Weiter-)Entwicklung von Entscheidungskompetenz ermöglichen, als es der vorliegenden Untersuchung möglich ist (s. Unterkapitel 9.4).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass durch die 16 Interviews eine für die qualitative Fragestellung sowie den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit **angemessene theoretische Sättigung** erreicht wurde, die in der Lage ist, zahlreiche Phänomene und Zusammenhänge im Untersuchungsfeld darzustellen und zu erklären. Dennoch zeigen sich verschiedene Grundlagen für weiterführende Erhebungen mit anderem Fokus.

Der letzte Abschnitt dieses Unterkapitels thematisiert die Einschränkungen bei der Interpretation der empirischen Daten bezogen auf das Kodierparadigma und die Typologie als den zwei zentralen Elementen der entwickelten Theorie und zeigt Ansatzpunkte für weitere Forschung auf.

[168] 2021 waren 80 Prozent der Beschäftigten in der Pflege Frauen (BfA 2022: 10).

8.2.3. Interpretationen

8.2.3.1. Kodierparadigma

Abgeleitet von der Entscheidung für ein **qualitatives Forschungsdesign** ermöglicht die vorliegende Untersuchung mit dem Kodierparadigma (s. Kapitel 6 und Abbildung 7) eine dichte, analytische Beschreibung von Zusammenhängen und Einflussfaktoren bezogen auf das zentrale Phänomen der pflegerischen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege. Diese Erkenntnisse beruhen auf der subjektiven Perspektive der dort arbeitenden und entscheidenden Pflegenden. Mit Hilfe der in Kapitel 5 und Abschnitt 8.2.1 dargestellten Methoden lassen sich diese Einzelperspektiven abstrahieren und eine Theorie als nachvollziehbare Geschichte entwickeln, die in der Lage ist, das zentrale Phänomen in seinem Vorkommen in der pflegerischen Praxis aufzuzeigen und mehr oder weniger umfassend zu erklären (s. Abschnitt 5.2.2).

Keine Aussagen sind dabei zu den **objektiven Wirkungen** bestimmter Faktoren, zu kausalen Zusammenhängen oder zur Häufigkeit von Phänomenen möglich. Während im Rahmen dieser Arbeit beispielweise ein deutlicher Hinweis auf einen förderlichen Einfluss kleinerer Pflegeeinheiten oder Einrichtungen auf pflegerische Verteilungsentscheidungen aufgezeigt werden konnte, könnte darauf aufbauend durch validierte, quantitative Fragebögen zu Vorkommen und Einflussfaktoren von impliziter Rationierung auch in der stationären Langzeitpflege (s. Unterkapitel 4.3) ein objektiver Zusammenhang zwischen Größe der Einrichtung oder Pflegeeinheit zur Häufigkeit und Art von impliziter Rationierung untersucht werden. Vor allem zu den Konsequenzen von Verteilungs- und Rationierungsentscheidungen sind demnach durch den gewählten Forschungsansatz nur sehr begrenzte Aussagen möglich – dies ist aber auch nicht Ziel der entwickelten Theorie. Denn während es inzwischen durch quantitative Forschung zahlreiche Erkenntnisse zu Vorkommen, Häufigkeit und Auswirkungen von Priorisierung und Rationierung gibt, ist bisher wenig bekannt darüber, wie und warum Pflegende rationieren, wie sie diese Entscheidungen erleben und welche Einflussfaktoren und Muster dabei eine Rolle spielen. Hierzu kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Wie schon in Abschnitt 8.1.3 diskutiert lassen sich in Verteilungsentscheidungen zwei grundsätzliche Entscheidungsstrategien des bewusst-deliberativen und des intuitiven Urteilens unterscheiden, die sich sowohl qualitativ für pflegerische Verteilungsentscheidungen bewerten lassen, als auch durch bestimmte Entscheidungsauslöser eher bedingt oder behindert werden. Vor allem **intuitive Entscheidungsprozesse** sind dabei besonders schwer analysierbar, da sie in ihrer Eigenart der Nicht-Verbalisierbarkeit (s. Abschnitt 3.1.5.2) auch in den Entscheidungssituationen der vorliegenden Untersuchung durch die Interviewpersonen nur bedingt und oft durch den Versuch der nachträglichen Rationalisierung des Entscheidungshandelns beeinflusst beschrieben werden kön-

nen. Diese Einschränkung zeigt sich besonders bei der Identifikation der Reaktionsmuster des initialen Schocks, die von den Interviewpersonen entweder als innerlich durcheinander oder erstarrt-ambivalent geschildert werden (s. Abschnitt 6.4.1). Diese Muster scheinen vor allem bei Dilemmasituationen aufzutreten, sind aber auch allgemeiner bei plötzlichen, sehr belastenden Vorfällen als erste Schockreaktion denkbar. Ob die Unterscheidung dieser zwei Muster allein auf der nachträglichen Beschreibung, oder auch auf dem Erleben in der Situation beruht, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit nicht feststellen. Es lässt sich zusammenfassen, dass intuitive Entscheidungsprozesse vor allem in komplexen, pflegerischen Verteilungssituationen und wahrscheinlich auch darüber hinaus bei allen komplexen pflegerischen Entscheidungen eine wichtige Rolle spielen (s. Abschnitt 8.1.3.1). Ihre weitergehende Untersuchung erfordert aber eine Fokussierung auf diese Prozesse sowie andere methodische Ansätze.

8.2.3.2. Typologie

Die Bildung von **empirisch gegründeten Idealtypen** nach Kluge (1999, s. Abschnitt 5.3.3) kann in gewisser Weise als Widerspruch in sich verstanden werden. Zum einen soll die Typologie aus dem Datenmaterial heraus entwickelt werden und unter anderem durch die Nutzung von prototypischen Fällen dicht an der empirischen Realität bleiben. Zum anderen ist auch eine vom empirischen Material abstrahierte, zugespitzte theoretische Konstruktion von Idealtypen im Anschluss an Weber (1904) möglich (s. Abschnitt 5.3.2). Diese zwei Varianten der Typenbildung spiegeln sich auch in der in dieser Untersuchung entwickelten Entscheidungstypologie wider: Die Typen des überwältigten, konformistischen, ermächtigten und autokratischen Entscheidungshandels zeigen sich zwar auch in entsprechenden Häufungen der empirischen Fälle, werden aber in der grafischen Darstellung (s. Abbildung 9) und Charakterisierung als theoretisch begründete Verbindung der maximalen Ausprägungen der zwei Merkmale des emotionalen Engagements und der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit konstruiert. Dagegen ergibt sich der Typ des flexibel-reflexiven Entscheidens zunächst vor allem phänomenologisch aus der empirischen Häufung der Fälle in einem Bereich des mittleren emotionalen Engagements und einer hohen, aber nicht maximalen Ausprägung der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit. Positionierung und Charakterisierung dieses Idealtyps ergeben sich dann allerdings auch als eine zwar empirisch gegründete, aber auch theoriegeleitete Konstruktion. Hierbei dient die in Unterkapitel 3.2 und zusammenfassend in Abschnitt 3.2.5 entwickelte Theorie professionellen Pflegehandelns als normative Folie der Beschreibung des flexibel-reflexiven Entscheidungshandels als professionellem Entscheiden und Voraussetzung für gute Verteilungsentscheidungen. Dieser normative Anspruch begründet

sowohl die Position als auch die Darstellung der Flexibilität im emotionalen Engagement durch Pfeile in beide Richtungen der y-Achse.

Auch wenn dies für die Typenbildung nicht unbedingt erforderlich ist, wäre es für die Ausarbeitung der Typen des überwältigten und ermächtigten Entscheidungshandelns hilfreich gewesen, **zusätzliche prototypische Fälle** nutzen zu können. Beide Typen stützen sich vor allem auf Verteilungssituationen aus je einem Interview. Eine empirische Validierung der entwickelten Entscheidungstypologie durch weitere empirische Forschungsarbeiten wäre daher vor allem zu diesen zwei Typen wünschenswert.

Ein zentrales Merkmal der in dieser Untersuchung entwickelten Entscheidungstypen ist, dass sie als **situative Handlungstypen**, nicht als stabile Persönlichkeitstypen verstanden werden müssen, die durch äußere Rahmenbedingungen, aber auch durch mehr oder weniger stabile Merkmale der entscheidenden Pflegenden beeinflusst sind. Pflegende können demnach unter verschiedenen Rahmenbedingungen, aber auch durch die Entwicklung von Entscheidungskompetenz, Verteilungssituationen verschieden erleben und deuten und dadurch zu verschiedenen Entscheidungstypen neigen. Die fünf entwickelten Typen sind als „Vergleichsmaßstab" (Kluge 1999: 64) zu verstehen. Sie sollen konkretes Verteilungshandeln nicht vollständig beschreiben, sondern vielmehr „als Mittel zur Erkenntnis des Einzelfalls" (ebd., s. Abschnitt 5.3.2) dienen. Dies rechtfertigt auch die Bildung von Typen, für die in der empirischen Erhebung nur wenige, prototypische Fälle identifiziert werden können.

Im Anschluss an Kuckartz (2020) lässt sich die **Qualität** von „am Reißbrett entworfen[en]" (ebd.: 799) Idealtypen vor allem dadurch bestimmen, dass sie die Realität so beschreiben und erklären, dass sich daraus sinnvolle Schlussfolgerungen und Maßnahmen ableiten lassen (s. auch Abschnitt 5.3.2). Wie unter anderem im Fazit zusammengefasst, ist dies mit der entwickelten Theorie und insbesondere durch die Entscheidungstypologie möglich – allerdings ist die entworfene Typologie nur eine mögliche Darstellungsweise der in Verteilungssituationen vorfindlichen Entscheidungsmuster. Denkbar wäre etwa die Wahl anderer Merkmale, was auch in der mehrfachen Überarbeitung der Typologie deutlich wurde (s. Abschnitt 5.4.3.3.2). Die letztlich gewählten Merkmale mit ihren Dimensionen treffen m. E. am besten die zwei Faktoren, die das pflegerische Entscheidungserleben und -handeln wesentlich prägen und aus denen sich sinnvolle, deskriptive und normative Erkenntnisse ableiten lassen.

Ebenfalls als Erkenntnisfolie sinnvoll, aber auch potenziell anders vorstellbar ist der **wahrgenommene Entscheidungsspielraum** (s. Abschnitt 7.1.3 und Abbildung 8). In einer mathematischen Betrachtung der Typologie als Koordinatensystem ist dieser Spielraum inkorrekt dargestellt, da er allein abhängig ist von der wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit auf der x-Achse. In dieser

Arbeit wird er allerdings als hermeneutisches Mittel verwendet, um zu verdeutlichen, dass der wahrgenommene Entscheidungsspielraum mit zunehmendem Autonomiegefühl größer wird, da mehr Wahloptionen möglich und umsetzbar scheinen und ab einem – nicht klar abgrenzbaren, da vermutlich individuell unterschiedlichen – Grad des Heteronomiegefühls keine Entscheidungsfreiheit mehr erlebt wird.

In der **Charakterisierung der Entscheidungstypen** wurden neben den zwei bestimmenden Merkmalen fünf weitere Kategorien und Themenbereiche gewählt, um die Typen zu beschreiben, aber auch im normativen Sinn bezüglich ihrer Vor- und Nachteile zu bewerten und zu vergleichen. Der Stellenwert der Selbstsorge und der Umgang mit Autonomieansprüchen der Bewohner:innen begründen sich vor allem durch die Auswertung der qualitativen Daten, in denen diese Aspekte als Kategorien im Entscheidungshandeln aufscheinen. Die Aspekte der Verteilungskriterien, der Reflexions- und Kritikfähigkeit und der begünstigenden Bedingungen sind vor allem theoretisch hergeleitet, zeigen sich aber auch in den empirischen Daten. Sie könnten daher als etwas spekulativer bewertet werden. Zusätzlich wären auch weitere Differenzierungsmerkmale der fünf Typen denkbar, die den Fokus zum Beispiel auf mögliche bevorzugte Entscheidungsstrategien (intuitiv oder deliberativ) legen könnten. Diese Bevorzugungen lassen sich aber in den empirischen Daten nicht feststellen.

Die Wahl eines **qualitativen Forschungsdesigns** mit einer Datenerhebung über episodische Interviews bedingt neben den in Abschnitt 8.2.3.1 ausgeführten Limitationen in der Analyse der komplexen Zusammenhänge des Phänomens der pflegerischen Entscheidungen, die im Kodierparadigma dargestellt werden, auch für die Reichweite und Aussagekraft der Entscheidungstypologie gewisse Begrenzungen. Zunächst sind die Daten aus den episodischen Interviews immer als subjektive Selbstbeschreibungen und -deutungen zu verstehen, in denen auch die im Rahmen der Typologie identifizierten und charakterisierten Handlungs- und Deutungsmuster in Verteilungssituationen zum Tragen kommen. Diese Muster sind zwangsläufig subjektiv, müssen daher auch als solche erforscht werde und sind quantitativen Analysen nur schwer zugänglich.

Ausgehend von den im Rahmen der vorliegenden Theorie und damit auch der Entscheidungstypologie entwickelten Hypothesen sind allerdings **weiterführende quantitative Analysen** denkbar: So könnten Zusammenhänge zwischen bestimmten Rahmenbedingungen und dem Auftreten eines bestimmten Entscheidungstyps untersucht werden. Auch könnte festgestellt werden, ob sich die theoretisch hergeleitete Bevorzugung des flexibel-reflexiven Entscheidungstyps durch statistisch bessere Outcomes für Bewohner:innen und Pflegende empirisch bestätigen lässt. Dies ermöglicht sowohl eine quantitative Validierung der Entscheidungstypen und untermauert die Bedeutung bestimmter individueller und institutioneller Voraussetzungen für gute Verteilungsent-

scheidungen. Aber auch eine Bewertung bestimmter institutioneller Faktoren wie Personalmix und -besetzung könnte durch einen Mixed-Methods-Ansatz (Kelle 2022) verstärkt werden.

8.2.3.3. Übergreifende Aspekte

Die entwickelte Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege bezieht sich ausschließlich auf individuelles Entscheidungshandeln. Während der Einfluss der Zusammenarbeit im Team in der dem Entscheidungshandeln nach Pritzlaff (2006) vorgelagerten Phase der Präferenzbildung (s. Abschnitt 3.1.3.2) als wichtiger, intervenierender Faktor herausgearbeitet wird, bleibt offen, ob sich die Theorie und hierbei auch die individuellen Entscheidungstypen auch auf **Formen des gemeinsamen Entscheidens** (Pritzlaff 2006: 127ff.) übertragen lassen. Mit Blick auf die hohe Bedeutung der inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit in der stationären Langzeitpflege wäre diese Perspektive eine wertvolle Erweiterung der Forschung zu Verteilungsentscheidungen (s. Unterkapitel 9.5).

Auch lassen sich wenig belastbare Aussagen zur **Übertragbarkeit** der Theorie jenseits der Randbereiche der Untersuchung treffen, hierbei vor allem ambulante Pflege betreffend (s. Abschnitt 6.3.1.6 und 8.2.2), treffen. Dies könnte auch die Pflege im Krankenhaus betreffen, in der davon auszugehen ist, dass Ärzt:innen zwar einen größeren Einfluss auf pflegerische Verteilungsentscheidungen haben, aber auch dort die Pflege die Verantwortung für die Verteilung für Patient:innen wichtiger Ressourcen besitzt und dabei auch priorisieren und rationieren muss (s. Unterkapitel 4.2). Ähnlich wie in der stationären Langzeitpflege gibt es auch im klinischen Setting bisher wenig Erkenntnisse zum Erleben von Verteilungsentscheidungen und dabei auftretenden Handlungs- und Deutungsmustern. Über den Bereich der professionellen Pflege hinaus ließe sich fragen, ob auch in anderen sozialen Arbeitsfeldern, auf die sich die Strukturlogik professionellen Handelns nach Oevermann (2001/2013) bezieht, Verteilungsentscheidungen unter ähnlichen Bedingungen getroffen werden und damit eine Übertragung verschiedener Erkenntnisse der vorliegenden Theorie möglich sein könnte.

Ebenfalls ein Forschungsdesiderat ist die Frage, mit welchen **Vermittlungsstrategien** man beruflich Pflegende und Pflegelernende unterstützen kann, gute Verteilungsentscheidungen im Sinne von flexibel-reflexivem Entscheiden zu treffen. Aus der im Rahmen dieser Untersuchung entwickelten Theorie lassen sich jedoch neben Erkenntnissen zu Ermöglichungsbedingungen und Merkmalen guter Verteilungsentscheidungen auch pädagogischen Ansätze zur Entwicklung von Entscheidungskompetenz ableiten, die Unterkapitel 9.4 im Rahmen des Fazits vorstellt.

9. Fazit

9.1. Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

Die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet: Welche Deutungs- und Handlungsmuster kommen bei Verteilungsentscheidungen von beruflich Pflegenden in der stationären Langzeitpflege zum Ausdruck? Diese Frage wird beantwortet durch die Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege, die auf Basis einer qualitativen Untersuchung mit Hilfe der Methodologie der Grounded Theory (GTM) entwickelt wurde. Die Theorie setzt sich aus den Erkenntnissen des Kodierparadigmas (Abbildung 7 auf Seite 167) sowie der Typologie des Entscheidungshandelns Pflegender (Abbildung 9 auf Seite 257) zusammen.

Die **Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen** in der stationären Langzeitpflege bietet auf der Grundlage der theoretischen Auseinandersetzung mit Entscheidungshandeln zunächst eine Definition, was im pflegerischen Kontext als Entscheidung verstanden werden kann und was als „reine Handlung“ keine Entscheidung ist. Dabei kommt im Anschluss an Pritzlaff (2006) eine eher weite **Entscheidungsdefinition** zum Tragen, in der auch Routinen und intuitive Bauchentscheidungen als Entscheidungen verstanden werden können (s. Abschnitt 3.1.3.3). Ebenfalls auf Grundlage der Anwendung der Theorie zum Entscheidungshandeln von Pritzlaff (2006) wird in der vorliegenden Arbeit ausführlich dargestellt, wie sich das Entscheidungshandeln Pflegender aus den **drei Perspektiven** der materiellen Wahl, des zeitlichen Entschlusses und des normativen Urteilens darstellen und analysieren lässt: Konfrontiert mit Verteilungsherausforderungen als Auslöser von Entscheidungshandeln treffen Pflegende eine materielle Wahl zwischen verschiedenen Optionen des Handelns und Nicht-Handelns. Diese Wahl beruht auf einer normativen Bewertung der Gesamtsituation im situativen Urteil und wird durch einen Entschluss als Handlung oder Äußerung performativ realisiert. Bei Verteilungssituationen in der Pflege kommen dabei auch Aspekte zum Tragen, die sie von anderen pflegerischen Entscheidungssituationen unterscheiden (s. Abschnitt 3.1.6).

Die entwickelte Theorie beschreibt des Weiteren auf der Grundlage des Kodierparadigmas der GTM nach Strauss/Corbin (1996, s. Abschnitt 5.2.3) die komplexen **Ursachen, Bedingungen, Kontexte, Umsetzungsstrategien und Wirkungen** von Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege und mit gewissen Einschränkungen auch in anderen pflegerischen Settings (s. Kapitel 6, zur kritischen Diskussion s. Abschnitt 8.2.3.1). Aus diesen Erkenntnissen lassen sich unter anderem gezielte Maßnahmen ableiten, um Pflegende in herausfordernden Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege zu unterstützen und gute Entscheidungen zu ermög-

lichen. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln 9.2 und 9.3 zusammenfassend dargestellt (s. auch Abschnitt 8.1.2).

Darüber hinaus bietet die Theorie mit der **Typologie pflegerischen Entscheidungshandelns** in der stationären Langzeitpflege (s. Kapitel 7) auf Grundlage der empirisch begründeten Typenbildung nach Kluge (1999) eine Beschreibung und Bewertung der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege in herausfordernden beruflichen Verteilungssituationen. Das Entscheidungshandeln Pflegender in diesen Situationen ist demnach vor allem dadurch geprägt, wie stark sie eigene Emotionen im Entscheidungshandeln wahrnehmen und berücksichtigen und sich damit in Bezug auf die Situation entweder eher emotional abgrenzen oder involvieren. Zudem ist ihr Entscheidungshandeln wesentlich beeinflusst davon, wie sehr die Pflegenden in der gegebenen Verteilungssituation bereit sind und sich in der Lage fühlen, eine autonome Entscheidung zu treffen. Durch die Verbindung dieser das pflegerische Entscheidungshandeln prägenden Merkmale ergeben sich fünf Typen des Entscheidungshandelns Pflegender, verstanden als Deutungs- und Handlungsmuster in herausfordernden Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege, die zu einem erweiterten Verständnis des bisher kaum erforschten Erlebens dieser Entscheidungen (s. Abschnitt 4.2.5) beitragen. Der Typ des **überwältigten (Nicht-)Entscheidens** ist bestimmt durch eine ausgeprägte emotionale Involviertheit in Verbindung mit einem Gefühl der (unfreiwilligen) Heteronomie. Ebenfalls durch Heteronomie geprägt – allerdings eher freiwillig – ist der Typ des **konformistischen (Nicht-)Entscheidens**, der sich zusätzlich durch starke emotionale Abgrenzung auszeichnet. Der Typ des **ermächtigten Entscheidens** besitzt eine hohe emotionale Involviertheit bei einem ausgeprägten Gefühl der Autonomie. Dieses Gefühl bestimmt auch den Typ des **autokratischen Entscheidens**, allerdings in Verbindung mit starker emotionaler Abgrenzung. Der fünfte Typ des **flexibel-reflexiven Entscheidens** besitzt dagegen ein hohes, aber nicht maximal ausgeprägtes Autonomiegefühl sowie ein mittleres emotionales Engagement, das sich in Verteilungssituationen situativ flexibel zwischen emotionaler Involviertheit und Abgrenzung bewegt (s. Unterkapitel 7.2 und Abbildung 9). Über eine Beschreibung dieser Muster hinaus bieten die fünf Entscheidungstypen auf Basis einer normativen, theoretischen Herleitung professionellen Pflegehandelns (s. Unterkapitel 3.2) Ansatzpunkte zur **kritischen Beurteilung der Typen** und ihrer Charakteristika (s. Unterkapitel 7.2, Abschnitt 8.1.4 und Tabelle 4 in Anhang 3). Mit dem Typ des flexibel-reflexiven Entscheidens wird dabei ein Entscheidungstyp vorgestellt, der normativ als anzustrebender **Typ professionellen Pflegehandelns in Verteilungssituationen** verstanden werden kann und zu guten Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege beiträgt (s. Unterkapitel 9.3, zur kritischen Diskussion s. Abschnitt 8.2.3.2).

In den folgenden drei Unterkapiteln werden die **normativen Schlussfolgerungen** aus der Verbindung der theoretischen und empirischen Forschungsstände zu pflegerischen Verteilungsentscheidungen mit den empirischen Ergebnissen dieser Arbeit aus drei Perspektiven dargestellt: Zuerst fasst Unterkapitel 9.2 die Rahmenbedingungen pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege im Hinblick darauf zusammen, welche Faktoren maßgeblich dazu beitragen können, gute Verteilungsentscheidungen in diesem Setting zu ermöglichen. Anschließend arbeitet Unterkapitel 9.3 auf Grundlage des im Rahmen der Entscheidungstypologie identifizierten flexibel-reflexiven Entscheidungshandelns die wesentlichen Merkmale guter pflegerischer Verteilungsentscheidungen heraus. Schließlich formuliert Unterkapitel 9.4 mögliche pädagogische Ansätze zur Entwicklung von pflegerischer Entscheidungskompetenz in Verteilungssituationen und darüber hinaus.
Abschließend stellt Unterkapitel 9.5 zentrale, in Unterkapitel 8.2 identifizierte Desiderate der vorliegenden Untersuchung vor, die Ansatzpunkte für weitere Forschung zu Verteilungsentscheidungen bieten können.

9.2. Ermöglichungsbedingungen guter Verteilungsentscheidungen

Auf der **gesellschaftlich-politischen Makroebene** ist es vor allem der gesetzliche und finanzielle Rahmen für die Ausgestaltung der **Personalausstattung** in der stationären Langzeitpflege, der Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene stark beeinflusst. Denn er bestimmt nicht nur, wie viel und welches Personal in den Einrichtungen eingesetzt werden muss und welche zeitlichen Ressourcen entsprechend für Verteilungssituationen zur Verfügung stehen (s. Abschnitt 8.1.2.1). Durch die Ausrichtung gesetzlicher Vorgaben auf rationale, quantitative Begründ- und Messbarkeit von pflegerischen Maßnahmen tragen diese auch zu einer zunehmenden **Objektivierung und Ökonomisierung** des Pflegealltags bei (Friesacher 2008, s. Abschnitt 3.2.4.2). In Verteilungssituationen zeigt sich dies in einer Tendenz zur Rechtfertigung einer technisch-funktionalen Pflege als Sicherstellung und Abarbeiten von bewährten, eher verrichtungsorientierten Routinen statt eigenständiger Verteilungsentscheidungen (s. Abschnitt 6.3.4.3.2 und 6.4.3). Um gute Verteilungsentscheidungen zu treffen, stehen Pflegende damit vor der alltäglichen Herausforderung, diesen zweckrationalen Logiken, aber auch den Ansprüchen der gerechten Verteilung von Ressourcen, eine Perspektive der individuellen Fürsorge als advokatorischem Handeln im Sinne der Bewohner:innen entgegenzusetzen und zwischen institutionellen und individuellen Ansprüchen abzuwägen (s. Abschnitt 3.2.4.1 und 6.3.4.3.1). Unterstützend wäre hier eine stärkere **gesellschaftlich-politische Anerkennung** der komplexen, multidimensionalen Anforderungen pflegerischen Handelns sowie der „Fürsorge-Verantwortung“ (Remmers 2000: 186), die Pflegende in

diesem Handeln für pflegebedürftige Menschen übernehmen (s. auch Abschnitt 6.2.2). Als einen wichtigen Schritt in diese Richtung kann die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017 verstanden werden, der stärker die psychosozialen Aspekte der Pflege sowie das Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbstständigkeit von zu Pflegenden in den Fokus rückt (Wingenfeld/Büscher 2017).

Für die **institutionelle Mesoebene** lässt sich zeigen, dass vor allem **überschaubare und räumlich begrenzte Pflegebereiche** gute Verteilungsentscheidungen zu erleichtern scheinen. Diese sind abhängig von baulichen Gegebenheiten (u. a. kurze Laufwege, wenig Treppen), aber auch von der Planung der Pflege und der organisatorischen Verteilung der Verantwortung. Pflegende profitieren dabei in Verteilungssituationen davon, wenn sie einen guten Überblick über die Bewohner:innen haben, für die sie verantwortlich sind, denn das „Kenne[n]“ (IP) der Bewohner:innen ermöglicht die Einschätzung möglicher pflegerischer Bedarfe sowie darüber hinaus den Einbezug ihrer individuellen, situativen Bedürfnisse. In räumlich überschaubaren Pflegeeinheiten sind auch **spontane Absprachen und kurzfristige Delegation** von Aufgaben leichter umsetzbar, die gerade bei ungeplanten Zwischenfällen die Bewältigung von herausfordernden Verteilungssituationen erleichtern (s. Abschnitt 8.1.2.2).

Eine besondere Rolle für pflegerische Verteilungsentscheidungen spielen sowohl explizite, institutionelle **Ablaufpläne und Vorgaben**, aber auch implizite, bewährte **Routinen** (s. Abschnitt 8.1.2.3). Beide bieten vor allem unerfahrenen Pflegenden eine gute Orientierung und damit eine gewisse Entlastung von ständigen, situativen Entscheidungen auf der Grundlage eines begrenzten Wissens und Könnens. Durch die unreflektierte Umsetzung bewährter Abläufe und Routinen richtet sich das Pflegehandeln aber nicht nur, wie oben bereits beschrieben, am eher technisch-funktionalen Abarbeiten einzelner Verrichtungen aus. Vielmehr kann das Festhalten an starren Plänen und Routinen unter zunehmend defizitären Rahmenbedingungen zu einer kontinuierlichen Reduktion und Degeneration vor allem impliziter Routinen führen, bis diese auch die Missachtung der Ansprüche der Bewohner:innen rechtfertigen. Diese Gefahr ist insbesondere für den konformistischen Entscheidungstyp feststellbar (s. Abschnitt 7.2.1). Für gleichbleibend gute Verteilungsentscheidungen ist daher ein reflektierter und flexibler, situationsangemessener Umgang mit Ablaufplänen und Routinen erforderlich.

Idealerweise wird dieser kritische und flexible Umgang mit institutionellen, expliziten Vorgaben und impliziten Routinen durch die verantwortlichen **Leitungspersonen** aktiv unterstützt. Diese können darüber hinaus den Anstoß für einen offenen Diskurs zum Umgang mit knappen (Personal-)Ressourcen geben und auf dieser Grundlage verbindliche Regeln und Leitlinien für verschiedene Szenarien festlegen. In ihrer Steuerungs- und Vorbildfunktion können sie in oder nach Ver-

teilungssituationen die Pflegenden in ihren Entscheidungen unterstützen und vor allem bei besonders herausfordernden Rationierungsentscheidungen eine Mitverantwortung übernehmen, um die einzelnen Pflegenden zu entlasten (s. Abschnitt 8.1.2.4).

Auch die **Zusammenarbeit des Pflegeteams** beeinflusst maßgeblich, ob gute Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege möglich sind (s. Abschnitt 8.1.2.5): Auf der Basis des gegenseitigen Vertrauens auf Kompetenz und Zuverlässigkeit der Kolleg:innen, unterstützt durch entsprechende pflegerische Organisationsformen, können in herausfordernden Situationen Aufgaben effizient und schnell aufgeteilt werden, so dass sich die Mitarbeitenden auf ihre jeweiligen Verantwortungsbereiche und Aufgaben fokussieren können. Einen besonderen Stellenwert scheint hierbei die **tägliche Übergabe bei Schichtwechsel** zu besitzen. Sie bietet einen strukturellen Rahmen, in dem sich das Team praktisch ritualisiert einen gemeinsamen Überblick über die aktuelle Personalsituation sowie die Situation der Bewohner:innen verschafft, sich bei Bedarf absprechen kann und damit auch auf Zwischenfälle besser vorbereitet ist. Vor allem bei Notfällen sollten die täglichen Übergaben allerdings mit weiteren **kurzen Absprachen** im Team ergänzt werden (s. Abschnitt 6.3.2.1). Neben der Möglichkeit der Delegation von Aufgaben kann der Rückhalt durch das Team darüber hinaus zu einer emotionalen Entlastung Pflegender in herausfordernden Verteilungssituationen beitragen (s. Abschnitt 6.3.2.2).

Eine besondere Herausforderung in Verteilungssituationen stellt die bisher sehr heterogene Qualifikation der **Pflegehilfskräfte** dar, die in der stationären Langzeitpflege viele Aufgaben im bewohner:innennahen Bereich übernehmen (s. Unterkapitel 2.2). Verstanden als mehr oder weniger flexible Personal- und damit Zeitressource (s. Abschnitt 8.1.2.1) besitzen Pflegehilfskräfte ein erhebliches Entlastungspotenzial in Verteilungssituationen. Dieses Potenzial wird aber im Sinne von guten Verteilungsentscheidungen nur wirksam, wenn die Pflegehilfskräfte durch ihre berufliche Handlungskompetenz (u. a. Qualifikation und Berufserfahrung) in der Lage sind, (delegierte) pflegerische Aufgaben eigenständig und fachlich angemessen zu übernehmen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen darüber hinaus nahe, dass Pflegehilfskräfte unabhängig von ihrer Qualifikation im Pflegealltag nicht nur delegierte Aufgaben umsetzen, sondern in ihrem Verantwortungsbereich auch eigenständig herausfordernde Verteilungsentscheidungen treffen müssen (s. Abschnitt 6.3.2.3). Um gute Verteilungsentscheidungen treffen zu können, müssen Pflegehilfskräfte dabei, genau wie Pflegefachkräfte, in der Lage sein, verschiedene Erwartungen, Interessen und Ansprüche wahrzunehmen und zwischen ihnen reflektiert abzuwägen, (s. Abschnitt 8.1.2.5).

Auf der **Mikroebene des Verteilungshandelns** wird zunächst deutlich, dass hier die Gefahr der Stigmatisierung und Vernachlässigung von Bewohner:innen besteht, die von den Pflegenden als

besonders **„zeitintensiv“** (IP) oder aufwändig in der täglichen Versorgung wahrgenommen werden. Mehrere empirische Studien zeigen, dass besonders langwierige Pflegemaßnahmen wie die Mobilisation oft rationiert werden (s. Abschnitt 4.2.2 und Unterkapitel 4.3). Entsprechend ist davon auszugehen, dass Bewohner:innen mit hohem Pflegebedarf und entsprechend hohem Zeitaufwand überdurchschnittlich oft von impliziter Rationierung betroffen sind (s. Abschnitt 8.1.2.6). Entsprechend ist es wichtig, dass sich Pflegende dieser Gefahr bewusst sind und sich selbstkritisch mit ihren eigenen Vorurteilen auseinandersetzen.

Auch andere, in der Regel unbewusste **Präferenzen und Haltungen** der Pflegenden können Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene präformieren, indem sie in Verteilungssituationen die Bewertung dessen beeinflussen, was besonders hohe Priorität haben sollte und was verschoben oder weggelassen werden kann. Neben dem individuellen **Pflegeverständnis**, dass sich durch ein Spektrum zwischen bewohner:innenorientierter und technisch-funktionaler Ausrichtung beschreiben lässt, kann auf der Grundlage der Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung der **Grad des emotionalen Engagements** als zentraler Einflussfaktor auf Verteilungsentscheidungen identifiziert werden. Dieser ist oft verbunden mit dem individuellen Pflegeverständnis, wird aber noch von anderen Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen und institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst. In konkreten Verteilungssituationen geht eine starke emotionale Abgrenzung häufig mit einem einseitigen Fokus auf die Sicherstellung der Stationsroutinen und vorgegebenen Abläufe einher (s. Abschnitt 7.1.2). Verbunden mit einer hohen wahrgenommenen Entscheidungsfreiheit eröffnet emotionale Abgrenzung aber auch den Blick auf Ansprüche gerechter Ressourcenverteilung, die durch rational nachvollziehbare Verteilungsverfahren befriedigt werden können (s. Abschnitt 3.1.6.2). Eine hohe emotionale Involviertheit in die Verteilungssituation ermöglicht dagegen eine stärkere Fokussierung auf die individuellen und situativen Bedürfnisse einzelner Bewohner:innen nach Fürsorge und Aufmerksamkeit in der einseitigen Abhängigkeitsbeziehung der Pflege. In einer Übersteigerung kann sich hohe emotionale Involviertheit unter anderem als unreflektierte und entgrenzte schwere Fürsorge ausdrücken (Friesacher 2008), in der Autonomieansprüche der Bewohner:innen möglicherweise missachtet werden (s. Abschnitt 8.1.4.2).

Erforderlich für gute Verteilungsentscheidungen auf der individuellen Mikroebene der entscheidenden Pflegenden scheint daher eine **Reflexion und Balance der eigenen emotionalen Involviertheit** in herausfordernden Verteilungssituationen zu sein. Dabei sollten im Sinne des flexibel-reflexiven Entscheidens durch situative, auch emotionale Einlassung auf den Einzelfall sowohl individuelle Fürsorge-Ansprüche der Bewohner:innen wahrgenommen und berücksichtigt werden, als auch in einer gewissen emotionalen Abgrenzung institutionelle Erfordernisse und vor

allem die Ansprüche aller Bewohner:innen oder anderer von der Verteilung Betroffener auf gerechte Verteilung.
Das folgende Unterkapitel führt näher aus, wie eine Vermittlung zwischen den Perspektiven und Ansprüchen der Fürsorge und der Gerechtigkeit in Verteilungsentscheidungen möglich ist und welche Bedeutung darüber hinaus die wahrgenommene Entscheidungsautonomie, die individuelle Reflexionsfähigkeit sowie die Selbstsorge der entscheidenden Pflegenden als Merkmale guter Verteilungsentscheidungen besitzen.

9.3. Merkmale guter Verteilungsentscheidungen

Der im Rahmen der Entscheidungstypologie deskriptiv entwickelte Typus des flexibel-reflexiven Entscheidens kann gleichzeitig als normativer Anspruch an gutes Entscheidungshandeln in Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege gedeutet werden. Wie in der Bezeichnung des Typs bereits enthalten, sind es vor allem die **Merkmale der Flexibilität und der Reflexivität**, die diesen Typ pflegerischer Verteilungsentscheidungen bestimmen:
Wie schon in Unterkapitel 9.2 angesprochen zeichnen sich gute pflegerische Verteilungsentscheidungen zunächst durch eine **flexible Abwägung zwischen individuellen Fürsorgebedürfnissen und universellen Gerechtigkeitsansprüchen** der von der Entscheidung betroffenen Bewohner:innen aus (s. Abschnitt 3.1.6.2 und 3.2.4.1). Im individuellen Entscheidungshandeln wird diese realisiert durch ein flexibles, situationsangemessenes Entscheiden zwischen emotionaler Involviertheit, die eher eine Haltung und Perspektive der individuellen Fürsorge ermöglicht („Erste-Person-Perspektive“, Rosenberger 2014: 78) sowie emotionaler Abgrenzung, die den Blick auf die gerechtfertigten Ansprüche aller Bewohner:innen auf gerechte Verteilung der verfügbaren konditionalen Güter eröffnet („Dritte-Person-Perspektive“, ebd.). In der Entscheidungstypologie wird diese Flexibilität beim flexibel-reflexiven Entscheiden grafisch dargestellt durch den Pfeil in beide Richtungen der y-Achse, die das Merkmal des emotionalen Engagements darstellt (s. Abbildung 9). In ihrer maximalen Ausprägung führen sowohl emotionale Abgrenzung als auch emotionale Involviertheit zu problematischen Verteilungsentscheidungen (s. Abschnitte 7.2.1 bis 7.2.4). Im flexibel-reflexiven Entscheidungshandeln sind Pflegende daher in Verteilungssituationen gefordert, sowohl Fürsorge- als auch Gerechtigkeitsansprüche wahrzunehmen und in ihrer Entscheidung situationsangemessen zu berücksichtigen. Zusätzlich hierzu müssen auch noch institutionelle Anforderungen sowie eigene Selbstsorgebedürfnisse (s. Abschnitt 8.1.4.3) in Verteilungsentscheidungen einbezogen werden. Dies erfordert eine selbstkritische, ethische Reflexion der eigenen Entscheidungskriterien (s. Abschnitt 3.1.6.3).

Zusätzlich zur beschriebenen Flexibilität erfordern gute Verteilungsentscheidungen **Reflexivität auf mehreren Ebenen**: Zunächst muss bei jeder flexibel-reflexiven Verteilungsentscheidung in der stationären Langzeitpflege, in der die Bewohner:innen direkt oder potenziell betroffen sind, die eigene, **hohe wahrgenommene Entscheidungsautonomie der Pflegenden** (s. Abschnitt 8.1.4.1) durch die reflektierte Berücksichtigung und größtmögliche Sicherstellung der **Autonomieansprüche der Bewohner:innen** eingeschränkt werden. Hierzu müssen die subjektiven Wünsche und Bedürfnissen der potenziell von der Entscheidung betroffenen Bewohner:innen von den Pflegenden für jeden Einzelfall neu ermittelt werden (s. Abschnitt 3.2.2). Dies wird ermöglicht durch einen sinnlich-leiblich geprägten Zugang professionell Pflegender zu den Bewohner:innen, in dem sie in der durch einseitige Abhängigkeit geprägten Pflegebeziehung eine anwaltschaftliche Rolle einnehmen und damit unter anderem durch Perspektivenverschränkung (Remmers 2000) versuchen, die größtmögliche Autonomie der Bewohner:innen sicherzustellen (s. Abschnitt 3.2.3). Allgemeine Handlungsregeln, Ablaufpläne und Routinen müssen dazu immer kritisch auf ihre Relevanz und Anwendbarkeit im situativen Einzelfall sowie daraufhin überprüft werden, ob sie den Autonomieansprüchen der Bewohner:innen gerecht werden können (s. Abschnitt 8.1.4.2). In der Entscheidungstypologie wird diese situative Flexibilität durch die grafische Verortung des flexibel-reflexiven Typs in Abbildung 9 verdeutlicht: Das flexibel-reflexive Entscheidungshandeln ist zwar durch eine hohe wahrgenommene Entscheidungsfreiheit geprägt, da für gute Verteilungsentscheidungen die gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen und vielfältigen wahrgenommenen Erwartungen (Luhmann 2019) kritisch, flexibel und kreativ gedeutet, angepasst oder ignoriert werden sollten. Die wahrgenommene Entscheidungsautonomie liegt aber nicht bei ihrer maximalen Ausprägung, da die eigenen Präferenzen und Wertsetzungen der Pflegenden im Entscheidungshandeln immer relativiert und eingeschränkt werden müssen durch die situativ ermittelten Bedürfnisse und Autonomieansprüche der Bewohner:innen (s. Abschnitt 3.2.2, 7.2.5 und 8.1.4).

Vor allem für Verteilungsentscheidungen unter erheblichem Zeitdruck, mit potenziell schwerwiegenden Konsequenzen und unter komplexen Rahmenbedingungen und vielfältigen Erwartungen müssen professionell Pflegende in der Lage sein, die **Gesamtsituation intuitiv wahrzunehmen** und auf dieser Grundlage direkt zu handeln (s. Abschnitt 8.1.3.1). Hierzu ist im Sinne der Entscheidungskompetenz ein umfangreiches implizites Wissen und Können erforderlich, was in der komplexen Entscheidungssituation im praktischen Urteilen zum Tragen kommt (s. Abschnitt 3.1.5). Der Prozess des praktischen Urteilens kann auch als implizites Integrieren verstanden werden: Im Vertrauen auf die eigene Intuition konzentriert sich die Pflegekraft in einer gelassenen Grundhaltung auf die Gesamtsituation, erfasst sie dabei als holistisches Ganzes und vertraut

darauf, dass die für eine gute Entscheidung notwendigen Fähigkeiten, Erfahrungen und Wissensbestände intuitiv und „automatisch“ zur Anwendung kommen (Neuweg 2020, s. Abschnitt 3.1.5.2).

Um den zu Beginn beschriebenen Ansprüchen der flexiblen Abwägung zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsansprüchen sowie der reflektierten Einschränkung der eigenen Entscheidungsautonomie im flexibel-reflexiven Entscheiden in Verteilungssituationen gerecht werden zu können, müssen Pflegende auf einer **weiteren Ebene der Reflexivität** in der Lage sein, nicht nur situationsangemessen intuitive, schnelle Entscheidungen zu treffen, sondern über einen Automatismus hinaus während oder nach der Situation ihr **konkretes Handeln und Entscheiden bewusst zu reflektieren**. Innerhalb der Verteilungssituation sind es dabei oft wahrgenommene Irritationen, die eine Weiterführung des intuitiven Handels erschweren oder verunmöglichen. Flexibel-reflexiv entscheidende Pflegende sind in diesen Situationen gefordert, kurz innezuhalten und sich mehr oder weniger bewusst zu fragen – oder noch besser im Sinne des Einbezugs verschiedener Perspektiven mit Kolleg:innen kurz darüber auszutauschen (s. Abschnitt 8.1.2.5) – ob das eigene intuitive Handeln und Entscheiden im Sinne der oben genannten Ansprüche sinnvoll und situationsangemessen ist oder modifiziert werden sollte (reflection-in-action, Schön 1983). Zusätzlich hierzu sollten Pflegende jenseits des akuten Handlungs- und Entscheidungsdrucks der Verteilungssituation diese nachträglich (selbst-)kritisch zu beurteilen versuchen (reflection-on-action, Schön 1983, s. Abschnitt 3.1.5.2.3).

Diese die pflegerische Arbeit begleitende und bestimmende, ständige Reflexion des eigenen (Verteilungs-)Handelns im Sinne des Konzepts des **„reflective practitioner“** (Schön 1983; Rolfe 1997, s. Abschnitt 3.2.5) ermöglicht auch, der Gefahr der impliziten Blindheit und damit der Verfestigung falscher Praktiken und unangemessener, starrer Handlungsroutinen entgegenzuwirken. Hierbei können sowohl individuelle Faktoren wie das eigene (mangelnde) Wissen und Können oder möglicherweise ungünstige oder ungerechte Einstellungen und Verteilungskriterien reflektiert werden, um diese bei Bedarf anzupassen und weiterzuentwickeln. Mögliche Ansätze hierzu werden im folgenden Unterkapitel 9.4 vorgestellt. Aber auch die oft widersprüchlichen Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns (s. Abschnitt 3.2.4) sowie das Belastungserleben der Pflegenden (s. Abschnitt 8.1.4.3), die in den Verteilungssituationen zur Geltung kommen, sollten in diese kritische Reflexion einbezogen werden. Denn nur unter Rahmenbedingungen, die auch gewisse Entscheidungsoptionen und -spielräume tatsächlich eröffnen, können Pflegende tatsächlich gute Verteilungsentscheidungen treffen. Auch in der nachträglichen Reflexion kann ein Austausch mit anderen Pflegenden oder sogar anderen Berufsgruppen wertvoll und Ausgangspunkt für die gemeinsame Weiterentwicklung der (institutionellen) Rahmenbedingungen des Entschei-

dens sein (s. Unterkapitel 9.2). In jedem Fall erfordert diese bewusste Auseinandersetzung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Verteilungssituation die Fähigkeit zu analytisch-deliberativen, rationalen Denk- und Entscheidungsprozessen (s. Abschnitte 3.1.4.4.4, 6.4.2.1 und 8.1.3.2).

Mit der normativen Deutung des in der vorliegenden Untersuchung identifizierten flexibel-reflexiven Entscheidungstyps ergeben sich Ansatzpunkte für eine **Erweiterung eines professionellen Pflegeverständnisses** im Rahmen von Verteilungssituationen in der stationären Langzeitpflege. Zu der auch in anderen pflegerischen Entscheidungshandlungen relevanten Notwendigkeit der selbstkritischen Begrenzung der eigenen Entscheidungsautonomie sowie einer professionellen, reflexiven Grundhaltung des „reflective practitioner" auf einer breiten Basis aus expliziten, explizierbaren und impliziten Wissens- und Könnensbeständen tritt für gute Verteilungsentscheidungen im institutionellen Kontext (nicht nur) der stationären Langzeitpflege die Notwendigkeit hinzu, zwischen legitimen Fürsorge- und Gerechtigkeitsansprüchen der potenziell Betroffenen flexibel abzuwägen.

Nachdem dieses Unterkapitel die zentralen inhaltlichen Merkmale guter Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege aus dem Typus des flexibel-reflexiven Entscheidens abgeleitet hat, kann das folgende Unterkapitel 9.4 verschiedene Methoden beschreiben, wie Entscheidungskompetenz als Grundlage für gute (Verteilungs-)Entscheidungen in der Pflege entwickelt werden könnte und welche Inhalte dabei vermittelt werden sollten.

9.4. Entwicklung von Entscheidungskompetenz: Pädagogische Implikationen

Wie in Abschnitt 3.1.5.1 ausgeführt, wird **Entscheidungskompetenz** im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden als eine Verbindung von Urteilsfähigkeit und Willensfreiheit, die in situativen praktischen Urteilen als **wiederholte erfolgreiche Performanz** praktisch sichtbar und wirksam wird (Klieme/Hartig 2008). Im praktischen Urteilen erfassen und bewerten entscheidungskompetente Pflegende die jeweils gegebene Situation als Einheit und greifen dabei intuitiv auf verschiedene Fähigkeiten sowie bewusste und implizite Wissens- und Erfahrungsbestände zurück. Die Fähigkeit zur (zumindest teilweisen) Explikation des impliziten Wissens ermöglicht darüber hinaus eine kritische Analyse und Reflexion des eigenen Handelns und beugt damit Fehlern vor, die im Sinne der impliziten Blindheit durch unkritisch übernommenes, implizites Erfahrungswissen erlernt wurden. Entsprechend benötigen entscheidungskompetente Pflegende unter anderem eine hohe Kontextsensitivität, eine breite implizite Wissensbasis sowie die Fähigkeit zur Mustererkennung und zur Selbstreflexion (Rosen et al. 2008: 216f., s. Abschnitt 3.1.5.1).

9.4.1. Methoden

In pflegerischen Verteilungssituationen lässt sich **Entscheidungskompetenz aus wiederholtem, flexibel-reflexivem Entscheidungshandeln** (s. Unterkapitel 9.3) ableiten. Das praktische Urteilen erfolgt in diesen oft durch Zeitdruck und hohe Komplexität geprägten Situationen vor allem durch eine schnelle, intuitive Gesamtwahrnehmung und Beurteilung möglichst aller relevanten Aspekte der Situation, die im Handeln realisiert wird. Um diese hochkomplexen, intuitiven Kompetenzen aufzubauen scheinen zunächst vor allem **implizite Lern- und Vermittlungsprozesse** sinnvoll zu sein (s. Abschnitt 3.1.5.3.2).

Dies kann als **arbeitsgebundenes Lernen** am (späteren) Arbeitsplatz unter anderem durch das Beobachten und Unterstützen von erfahrenen Pflegenden und Expert:innen und anschließendes gemeinsames Reflektieren der Beobachtungen erfolgen (Dehnbostel 2007). Vor allem bezogen auf Verteilungsentscheidungen, in denen oft keine einzig richtige Lösung existiert, sondern vielmehr schnell zwischen verschiedenen, situativ mehr oder weniger angemessenen Handlungsoptionen abgewogen und priorisiert werden muss, kann es für Auszubildende und Berufsanfänger:innen hilfreich sein, zu erleben, dass auch erfahrene Pflegende in diesen schwierigen Situationen nicht immer (sofort) wissen, was zu tun ist. Beim arbeitsgebundenen Lernen sollten sich die Anforderungen in ihrer Komplexität kontinuierlich steigern (vgl. Benner 2017), da eine vorzeitige, direkte Konfrontation mit multidimensionalen Verteilungssituationen überfordernd sowie ein Risiko für die von der Entscheidung Betroffenen wäre. Allerdings zeigt die vorliegende Arbeit, dass Verteilungsentscheidungen Teil des pflegerischen Berufsalltags sind. Entsprechend ist davon auszugehen, dass Pflegende schon in der Ausbildung solche Situationen erleben und nicht immer eine zeitnahe und ausreichende Unterstützung und Austauschmöglichkeit durch entscheidungskompetente Pflegende haben.

Daher ist es wichtig, dass Lernende frühzeitig in geschützten und lernförderlichen, aber gleichzeitig möglichst realitätsnahen Lernumgebungen (Hogarth 2010, s. Abschnitt 3.1.5.3.2) über **arbeitsorientiertes Lernen** (Dehnbostel 2007) erste Erfahrungen mit herausfordernden (Verteilungs-)Situationen machen können. Hierbei bieten sich verschiedene Methoden des **situierten Lernens** an (u. a. Holoch 2002, Darmann-Finck 2020). Sie ermöglichen eine Verbindung von impliziten und expliziten Lern- und Vermittlungsprozessen, in dem neben der Auseinandersetzung mit realen oder realitätsnahen beruflichen Situationen sowohl das eigene Handeln als auch die beruflichen Rahmenbedingungen professionellen Handelns diskutiert und kritisch reflektiert werden können (reflection-on-action, Schön 1983; s. Abschnitt 3.1.5.3.1).

Ein besonders großes Potenzial für das Erlernen von flexibel-reflexivem Entscheiden könnte dabei m. E. der **dritte Lernort** (Ertl-Schmuck 2013)[169] als die beschriebenen Lernformen ergänzender, praktischer Simulations- und Übungsraum besitzen: Über die in ihrer Komplexität dem Lernstand angemessene Simulation von Verteilungssituationen könnte gezielt auch die Entscheidungskompetenz von Pflegenden gefördert werden. In einem geschützten Rahmen, der trotzdem Zeitdruck und emotionale Belastung einer realen, herausfordernden Verteilungssituation vermitteln sollte, lernen Pflegende hier, über die intuitive Einschätzung der Situation ein flexibel-reflexives, praktisches Urteil auf der Basis ihrer Wissens- und Könnensbestände zu treffen. Neben der Entlastung vom Druck, durch falsches Entscheiden womöglich Bewohner:innen zu gefährden, kann die **nachträgliche Reflexion** unter anderem mit Hilfe von Videos intensiver und fokussierter erfolgen, als dies in der beruflichen Praxis möglich wäre. Wichtig in der Planung solcher Simulationen wäre, dass auch in der simulierten Verteilungssituation verschiedene sinnvolle Handlungsoptionen erkennbar sind, zwischen denen die Lernenden im Rahmen eines situativen, praktischen Urteilens abwägen müssen. Ziel sollte entsprechend nicht die Identifikation einer einzig richtigen Handlungsoption sein, sondern der Umgang damit, dass mehrere sinnvolle Optionen existieren und die Lernenden beurteilen und nachträglich begründen müssen, was in dieser Situation die von ihnen gewählte Option sein könnte und welche Handlungen priorisiert werden sollten. Bei steigender Komplexität könnten auch Verteilungssituationen simuliert werden, in denen sich Aspekte wie die möglichen Handlungsoptionen, situative Anforderungen, Bedürfnisse der Betroffenen oder mögliche Auswirkungen verschiedener Handlungsoptionen weniger eindeutig zeigen und eine stärker **intuitive Gesamtbeurteilung** einer Verteilungssituation unter Unsicherheit (Braun/Benz 2015; s. Abschnitt 3.1.1) erforderlich ist – dies wäre m. E. allerdings eher im Rahmen von Fachweiterbildungen oder eines Studiums angemessen. In jedem Fall erleichtert das regelmäßige Üben von flexibel-reflexivem Entscheiden in sicheren Lernumgebungen es, in realen, herausfordernden (Verteilungs-)Situationen trotz hoher Anspannung die für das intuitive Urteilen und Handeln notwendige **gelassene Grundhaltung** (s. Abschnitt 3.1.5.2.2) beizubehalten.

Diese und andere Formen situierten Lernens können damit gezielt die Erprobung und Reflexion bestimmter Aspekte pflegerischer Verteilungsentscheidungen ermöglichen. Sie bilden aber nie die Komplexität der Realität ab und sollten daher mit den oben beschriebenen arbeitsgebundenen

[169] „Als dritter Lernort wird hier ein institutionell klar definierter und von den beiden anderen Lernorten abgegrenzter Teil des beruflichen Lernens bezeichnet, der bewusst zwischen dem schulischen und dem betrieblichen Lernen angesiedelt ist – mit dem Ziel, eine Integration des theoretischen (schulischen) und des praktischen (betrieblichen) Lernens herzustellen." (Landwehr 2002: 43)

Lernformen sowie eher expliziten Vermittlungsprozessen (s. Abschnitt 3.1.5.3.1) ergänzt und verschränkt werden.

9.4.2. Inhalte

Bei der arbeitsgebundenen und arbeitsorientierten Vermittlung von Entscheidungskompetenz ist vor allem ein offener, selbstkritischer Umgang der erfahrenen Pflegenden, Expert:innen und Pflegelehrenden mit dem **„Nicht-Wissen“** (Friesacher 2008: 264) in Bezug auf die Widerständigkeit pflegerischen Handelns gegenüber Standardisierung und Objektivierung (s. Abschnitt 3.2.2) erforderlich. Besonders relevant wäre hierbei auch eine Thematisierung des **Umgangs mit impliziten Routinen und expliziten, institutionellen Vorgaben** wie festgelegten Ablaufplänen. Diese stellen vor allem für die Lernenden und weniger erfahrenen Pflegenden zunächst eine wichtige Orientierungshilfe dar, sollten aber von Anfang an in ihrer Begrenzung und der Gefahr der Förderung einer rein zweckrational-funktionalen Pflege kritisch diskutiert werden (s. Abschnitt 8.1.2.3).

Ebenfalls thematisiert werden sollten die vielen pflegerischen Verteilungssituationen inhärenten, **widersprüchlichen Anforderungen** zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsansprüchen der Bewohner:innen im institutionellen Kontext der stationären Langzeitpflege, die sich trotz aller Professionalität nicht vollständig auflösen lassen. Sowohl einem einseitigen Verständnis von Pflege als liebevoller, schwerer Fürsorge (s. Abschnitt 3.2.3) und einer unreflektierten, starken emotionalen Involviertheit in Verteilungssituationen (s. Abschnitt 7.1.2 und 8.1.4.3), als auch einem einseitig technisch-funktionalen, verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in ausgeprägter emotionaler Abgrenzung (s. Abschnitt 3.2.4.2 und 6.3.4.3.2) könnte durch die vor allem nachträgliche, gemeinsame Reflexion dieser Widersprüche im Verteilungshandeln entgegengewirkt werden.

In der Beobachtung und nachträglichen Reflexion[170] von flexibel-reflexivem Entscheidungshandeln können Pflegende erleben, dass die erfahrenen und entscheidungskompetenten Pflegenden trotz hohem Zeitdruck, herausfordernden Rahmenbedingungen und emotionaler Belastung handlungsfähig bleiben, indem sie situative **Entscheidungsspielräume** erkennen und flexibel nutzen. Entsprechend der im Rahmen der Merkmale guter Verteilungsentscheidungen in Unterkapitel 9.3 thematisierten notwendigen Begrenzung der eigenen Entscheidungsautonomie sollte deutlich werden, dass gute (Verteilungs-)Entscheidungen zwar einen autonomen, selbstbewussten und kreativen Umgang mit institutionellen Erwartungen, Routinen und Ablaufplänen erfordern, wich-

[170] Gerade in anspruchsvollen Verteilungssituationen besteht keine Gelegenheit für explizite Vermittlungsmethoden „in der Situation“ wie das „laute Denken“ oder das „reflection-in-action“ als kurzes Heraustreten und explizite Reflektieren der Situation (s. Abschnitt 3.1.5.3.1 und 9.3).

tigstes Entscheidungskriterium in einem professionellen Verständnis der Pflege als situativer, stellvertretender Krisenbewältigung (Oevermann 2002) sowie in einer anwaltschaftlichen „Fürsorge-Verantwortung“ (Remmers 2000: 186, s. Abschnitt 3.2.5) aber immer die größtmögliche **Sicherstellung der Autonomieansprüche der Bewohner:innen** sein muss (s. Abschnitt 8.1.4.2). Auch andere wichtige Aspekte von pflegerischen Verteilungsentscheidungen, die in der vorliegenden Untersuchung dargestellt und diskutiert werden, wie die Bedeutung der Selbstsorge in Verteilungssituationen (s. Abschnitt 8.1.4.3), die Risiken impliziter Rationierung und pflegerischer Vorurteile (s. Unterkapitel 4.2), die Vorteile und Grenzen impliziten Wissens (s. Abschnitt 3.1.5.2 und 8.1.3.1) oder die kritische Reflexion der gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen von Verteilungssituationen (s. Abschnitt 8.1.2 und 9.2) kommen selbst in alltäglichen Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege zum Tragen. Im Rahmen von Fort- und Weiterbildung sowie regelmäßigen oder anlassbezogenen Beratungsformen könnten diese Themen kontinuierlich gemeinsam bearbeitet und diskutiert werden und damit Ansatzpunkte zur (Weiter-)Entwicklung von Entscheidungskompetenz bieten.[171]

9.5. Ausblick

Eins der ursprünglichen Motive für die vorliegende Untersuchung war es, die theoretisch entwickelte Hypothese meiner Diplomarbeit (Greiner 2011), dass der Zwang zur Rationierung in Form des für die Medizin bereits als Bedside Rationing bekannten und untersuchten Phänomens der impliziten Rationierung auch in der stationären Langzeitpflege regelmäßig auftritt, zu bestätigen und erweitert zu analysieren. Auf Grund der Verschiebung des Untersuchungsfokus auf das Erleben und Handeln in alltäglichen Verteilungssituationen und der damit bewusst gewählten qualitativen Ausrichtung dieser Arbeit lassen sich zwar Anzeichen zum Vorkommen von Bedside Rationing auch im Setting der stationären Langzeitpflege erkennen, ein quantitativer Nachweis zu seiner Verbreitung ist allerdings hier nicht möglich (s. Unterkapitel 8.2).

Allerdings wurden in den vergangenen Jahren auf Basis verschiedener validierter Instrumente zur quantitativen Untersuchung von impliziter Rationierung in der Pflege zahlreiche Studien durchgeführt, die unter anderem für die stationäre Langzeitpflege im deutschsprachigen Raum gesicherte Erkenntnisse sowohl zu Vorkommen und Häufigkeit, als auch zum Einfluss bestimmter Rahmenbedingungen, Nutzung bestimmter Priorisierungs- und Rationierungskriterien und Folgen

[171] Zumindest bezogen auf die kritische Bewertung und Veränderung von pflegerischen Vorurteilen lässt sich die Wirksamkeit einer solchen Reflexion durch empirische Erkenntnisse nachweisen (Thirsk et al. 2022; s. Abschnitt 4.2.4). Allerdings gibt es zu vielen der angesprochenen Themen bisher kaum tragfähige empirische Erkenntnisse zur Wirksamkeit pädagogischer Interventionen.

impliziter Rationierung erbracht haben (s. Unterkapitel 4.2 und 4.3). Implizite Rationierung stellt demnach in der stationären Akut- und Langzeitpflege nicht nur ein Alltagsphänomen dar, das schwerwiegende Konsequenzen sowohl für zu Pflegende als auch für Pflegende haben kann (s. Abschnitt 4.2.6 und Unterkapitel 6.5), sondern scheint in seiner Prävalenz noch weiter zuzunehmen (für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz: Renner et al. 2022, s. Unterkapitel 4.3). Entsprechend sollte sowohl die quantitative als auch die **qualitative Forschung zu Rationierungsentscheidungen** auch in anderen pflegerischen Settings ausgeweitet werden, da der Forschungsfokus bisher weiterhin eher bei klinischen Settings liegt.

Konkrete Forschungslücken zum **subjektiven Erleben** von Verteilungsentscheidungen von Pflegenden (Chiappinotto et al. 2022, s. Abschnitt 4.2.5) hilft die vorliegende Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege zu schließen, indem sie zu einer Erklärung beiträgt, wie das Entscheiden und Handeln in herausfordernden Verteilungssituationen in diesem Setting grundsätzlich strukturiert ist (s. Abschnitt 8.1.3), welche **Rahmenbedingungen** sich förderlich und hinderlich auf Verteilungsentscheidungen auswirken können (s. Abschnitt 8.1.2) und welche **Handlungs- und Deutungsmuster** dabei zum Ausdruck kommen (s. Kapitel 7). Zudem leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Beschreibung von **intuitiven Entscheidungsprozessen**, zu denen bisher wenig Forschungsarbeiten für den Bereich der Pflege existieren (Darmann-Finck 2020: 124). Da diese in der Pflege vor allem bei komplexen Verteilungsentscheidungen unter Zeitdruck eine wichtige Rolle spielen (s. Abschnitt 8.1.3.1), sollte hierzu weitere sowohl qualitative als auch quantitative Forschung betrieben werden.

Durch ähnliche qualitative Studien in **anderen Pflegesettings**, etwa in der ambulanten Pflege, könnte evaluiert werden, inwieweit sich die entwickelte Theorie und dabei vor allem die Entscheidungstypologie und der normative Anspruch des flexibel-reflexiven Entscheidens als Teil professionellen Pflegehandelns in Verteilungssituationen, auf diese Settings übertragen lässt. Dies würde auch zu einer kritischen Überprüfung und zur Validierung einzelner Elemente der Theorie beitragen. Aber auch eine Übertragung der Theorie auf **andere soziale Handlungsfelder** jenseits der Pflege könnte sich als fruchtbar erweisen. Die in dieser Arbeit herangezogene Theorie des Entscheidungshandelns von Pritzlaff (2006) könnte darüber hinaus auch für die Forschung zu anderen **Entscheidungsprozessen** in der Pflege gewinnbringend sein und bietet zudem Hinweise zur Bedeutung und Funktion **kollektiver Entscheidungsformen**, die auch für die Pflege fruchtbar gemacht werden könnten (s. Abschnitt 8.1.2.5, 8.2.3.3 und 9.3).

Auch für die **stationäre Langzeitpflege** gibt es noch zahlreiche Fragen zu Verteilungsentscheidungen, die die vorliegende Arbeit nur unzureichend beantworten kann. Besonders relevant scheint hierbei – auch mit Blick auf die Anforderungen der gesetzlichen Vorgaben der neuen

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI) – die vertiefende Untersuchung der Bedeutung und Auswirkung der Zusammenarbeit von Pflegenden mit verschiedenen Qualifikationen in herausfordernden Verteilungssituationen zu sein. Ansatzpunkte der Forschung könnten hierbei unter anderem die Möglichkeit und Wirkung **pflegerischer Organisationsformen** sein, in denen gemeinsam entwickelte, konkrete und gleichzeitig flexible Szenarien für verschiedene Personalausstattungen und kurzfristigen Personalausfall die Priorisierung und Rationierung in diesen Fällen vorgeben (s. 8.1.2.4 und 9.2). Ebenfalls bisher wenig bekannt ist zu Einsatzmöglichkeiten und Bedeutung **akademisch qualifizierter Pflegender** im Rahmen eines Qualifikationsmixes in der stationären Langzeitpflege und wie diese ihre spezifischen Kompetenzen auch in herausfordernden Verteilungssituationen einbringen könnten. Aufgrund der fehlenden Daten zu dieser Qualifikationsgruppe kann die vorliegende Untersuchung nur wenig zu dieser Frage beitragen. Ebenfalls als einen wichtigen Ansatzpunkt weiterer Forschung kann die vorliegende Arbeit die Bedeutung von **Pflegehilfskräften** herausarbeiten – sie arbeiten in der überwiegenden Zeit im direkten Kontakt mit den Bewohner:innen und treffen dabei, teilweise offenbar auch selbstständig, wichtige Verteilungsentscheidungen. Bisher stellt sich die Qualifikation und Kompetenz der zahlreichen in der stationären Langzeitpflege arbeitenden Pflegehilfskräfte als äußerst inhomogen dar. Unter anderem mit Blick auf ihre – durch die oben angesprochenen gesetzlichen Veränderungen noch zunehmende – Bedeutung für dieses Setting sollte hier m. E. dringend vertiefend erforscht werden, welche Kompetenzen und entsprechenden Qualifikationsanforderungen diese Gruppe besitzen sollte, um sowohl selbst gute (Verteilungs-)Entscheidungen treffen zu können als auch als entlastende Personalressource in Verteilungssituationen wirksam zu werden (s. Unterkapitel 9.2).

Für dreijährig qualifizierte Pflegefachkräfte bietet die vorliegende Theorie unter anderem mit dem Typ des **flexibel-reflexiven Entscheidens** als normativem Anspruch an professionelles Entscheidungshandeln Hinweise und Ansatzpunkte, wie Entscheidungskompetenz in Verteilungssituationen (weiter-)entwickelt werden kann (s. Abschnitt 9.4). Mit Blick auf die oben geschilderten Entwicklungen könnten auf dieser Grundlage auch Qualifizierungsbedarfe sowie bestehende Angebote und Curricula für andere Qualifikationsniveaus geprüft und wenn nötig ergänzt werden.

Zusammenfassend kann die vorliegende Untersuchung zeigen, dass Pflegende aller Qualifikations- und Erfahrungsstufen in der stationären Langzeitpflege und vermutlich auch darüber hinaus alltäglich mit mehr oder weniger komplexen, ethisch und fachlich anspruchsvollen und zum Teil sehr belastenden Verteilungssituationen konfrontiert werden. In diesen Situationen haben die zu pflegenden Menschen berechtigten Anspruch darauf, dass die Pflegenden eine möglichst gute und gerechte Verteilungsentscheidung treffen. Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ent-

wickelte Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege kann zur Beschreibung und Erklärung einiger Aspekte und Phänomene beitragen, die diese Entscheidungen bestimmen. Gleichzeitig bleibt – so konnte gezeigt werden – noch vieles unklar. In Anbetracht dessen, dass pflegerische Verteilungsentscheidungen gleichzeitig Alltagsphänomen und von hoher Relevanz für alle Beteiligten sind, lohnen sich Forschung, Qualifizierung und Diskussion zu diesem Thema.

„There's still much to do; still so much to learn."[172]

---

[172] Star Trek (1988): The Next Generation, Episode 26, "The Neutral Zone" (Zitat von Jean-Luc Picard).

Literaturverzeichnis

Abdelhadi, Nasra; Drach-Zahavy, Anat; Srulovici, Einav (2020): The nurse‘s experience of decision-making processes in missed nursing care. A qualitative study. In: Journal of Advanced Nursing, Band 76, Heft 8, S. 2161-2170

Abt-Zegelin, Angelika (2015): Brauchen wir Priorisierung? Prioritätensetzung in der Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, Band 54, Heft 4, S. 74-77

Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: Journal of the American Medical Association, Band 288, Heft 16, S. 1987-1993

Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; Van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Martin; Bruyneel, Luk; Rafferty, Anne M.; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria Teresa; Tishelman, Carol; Scott, Anne; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schwendimann, René; Heinen, Maud; Zikos, Dimitris; Strømseng Sjetne, Ingeborg; Smith, Herbert L.; Kutney-Lee, Ann (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: British Medical Journal, Band 344, S. 1-14

Alba, Barbara (2018): Factors that impact on emergency nurses’ ethical decision-making ability. In: Nursing Ethics, Band 25, Heft 7, S. 855-866

Albisser Schleger, Heidi; Reiter-Theil, Stella (2007): „Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. In: Ethik in der Medizin, Band 19, Heft 2, S. 103-119

Albisser Schleger, Heidi; Meyer-Zehnder, Barbara; Mertz, Marcel; Reiter-Theil, Stella (2019): Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Berlin: Springer

Arndt, Marianne (2003): Ethik zwischen Macht und Hilflosigkeit. In: Wiesemann, Claudia; Erichsen, Norbert; Behrend, Heidrun (Hrsg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11-29

Aulenbacher, Brigitte; Dammayr, Maria (2014): Krisen des Sorgens. Zur herrschaftsförmigen und widerständigen Rationalisierung und Neuverteilung von Sorgearbeit. In: Dies. (Hrsg.): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 65-76

Aulenbacher, Brigitte; Dammayr, Maria; Riegraf, Birgit (2018): Care und Care Work. In: Böhle, Fritz; Voß, Günter; Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Band 2: Akteure und Institutionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 747-766

Auth, Diana (2013): Ökonomisierung der Pflege - Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: WSI-Mitteilungen, Band 66, Heft 6, S. 412-422

Auth, Diana (2019): Politikfeld „Pflege“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 69, Heft 33-34, S. 4-11

Banning, Maggi (2007): A review of clinical decision making: models and current research. In: Journal of Clinical Nursing, Band 17, Heft 2, S. 187-195

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2008): Principles of biomedical ethics. 6. Auflage. New York: Oxford University Press

Becker, Karina (2016): Loyale Beschäftigte - ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigungsorientierungen in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen. In: Pflege und Gesellschaft, Band 21, Heft 2, S. 145–161

Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1997): Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern u. a.: Huber

Benner, Patricia (2017): Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. 3., unveränderte Ausgabe, Bern: Hogrefe

Bieri, Peter (2006): Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. Frankfurt a. M.: Fischer

Biller-Andorno, Nikola (2001): Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Frankfurt a. M.: Campus-Verlag

Bischoff-Wanner, Claudia (2002): Empathie in der Pflege. Bern: Huber

Böhle, Fritz (2017): Subjektivierendes Handeln. Anstöße und Grundlagen. In: Böhle, Fritz; Baumgärtner, Katrin (Hrsg.): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit. Wiesbaden: Springer, S. 3-34

Borchers, Dagmar (2007): Menschenwürde in der Angewandten Ethik: verzichtbar und unverzichtbar. Ein Versuch, die These von der Verzichtbarkeit des Menschenwürdebegriffs in den Debatten der Angewandten Ethik vor möglichen Missverständnissen in Schutz zu nehmen. In: Sandkühler, Hans Jörg (Hrsg.): Menschenwürde. Philosophische, theologische und juristische Analysen. Frankfurt a. M.: Lang, S. 129-158

Braun, Bernard; Darmann-Finck, Ingrid; Stegmüller, Klaus; Siepmann, Maren; Greiner, Agnes-Dorothee (2014): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Bremen, Fulda [Online: http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf, letzter Zugriff am 28.07.2024]

Braun, Frank; Benz, Patrick (2015): Genese natürlicher Entscheidungsprozesse und Determinanten kluger Entscheidungen. Theoretische und empirische Reflexionen im Spannungsfeld zwischen analytisch-bewusstem und intuitivem Entscheiden. Wiesbaden: Springer

Brause, Michaela; Kleina, Thomas; Cichocki, Martin; Horn, Annett (2013): Gesundheits- und Arbeitssituation von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Pflege und Gesellschaft, Band 18, Heft 1, S. 19-34

Brech, Alexander (2008): Triage und Recht. Patientenauswahl beim Massenanfall Hilfebedürftiger in der Katastrophenmedizin. Ein Beitrag zur Gerechtigkeitsdebatte im Gesundheitswesen. Berlin: Duncker & Humblot

Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG) (2022) [Online: https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremisches-wohn-und-betreuungsgesetz-vom-13-dezember-2022-187119?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d, letzter Zugriff am 29.07.2024]

Bundesagentur für Arbeit (BfA) (2023): Altenpfleger/in. Ausbildungsberuf. In: BERUFENET [Online: https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/9065, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Bundesagentur für Arbeit (BfA) (2024): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. [Online: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=14, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. [Online:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Bundesministerium für Bildung und Forschung; Kultusministerkonferenz (2013): Deutscher DQR-Referenzierungsbericht [Online: https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/deutscher_eqr_referenzierungsbericht.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Bundesregierung (2022): Triage in der Pandemie neu regeln. [Online: https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/intensivmedizin-triage-in-der-pandemie-2078244, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Chiappinotto, Stefania; Papastavrou, Evridiki; Efstathiou, Georgios; Andreou, Panayiota; Stemmer, Renate; Ströhm, Christina; Schubert, Maria; de Wolf-Linder, Susanne; Longhini, Jessica; Palese, Alvisa (2022): Antecedents of unfinished nursing care. A systematic review of the literature. In: BMC Nursing, Band 21, Heft 1, S. 1-24

Collins, Allan; Brown, John Seely; Holum, Ann (1991): Cognitive apprenticeship. Making thinking visible. [Online: https://www.psy.lmu.de/isls-naples/intro/all-webinars/collins/cognitive-apprenticeship.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt, New York: Campus Verlag

Cooke, Alison; Smith, Debbie; Booth, Andrew (2012): Beyond PICO. The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. In: Qualitative Health Research, Band 22, Heft 10, S. 1435-1443 [Online: https://doi.org/10.1177/1049732312452938, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Darmann-Finck, Ingrid; Reuschenbach, Bernd (2013): Entwicklungsstand der Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege. In: Zeitschrift für Evidenzbasierte Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Band 107, Heft 1, S. 23-29

Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas; Greiner, Agnes-Dorothee (2016): Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung [Online: https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/ipp/Abteilungen/Qualifikations-_und_Curriculumforschung/Publikationen/Darmann-Finck_Baumeister_Greiner_2016_Projektbericht_QualifikationsmixInDerStationaerenVersorgungImKrankenhaus.pdf, letzter Zugriff am 28.07.2024]

Darmann-Finck, Ingrid (2020): Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung. In: Hermkes, Rico; Neuweg, Hans Georg; Bonowski, Tim (Hrsg.): Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherungen. Bielefeld: wbv, S. 109-129

Darmann-Finck, Ingrid (2021): Eckpunkte einer interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Hänel, Jonas (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 202-253

Dehnbostel, Peter (2007): Lernen im Prozess der Arbeit. Münster: Waxmann

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (2016): Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft [Online: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme [Online: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Dhaini, Suzanne R.; Zúñiga, Franziska; Ausserhofer, Dietmar; Simon, Michael; Kunz, Regina; De Geest, Sabina; Schwendimann, René (2017): Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. In: Geriatric Nursing, Band 38, S. 33-38

Duden Online (2024) [Online: https://www.duden.de/, letzter Zugriff am 26.07.2024]

Dunger, Christine; Schnell, Martin W.; Bausewein, Claudia (2019): Gleichzeitigkeit und Entscheidungshandeln im pflegerischen Alltag – eine reflexive Grounded Theory Studie unter Einbezug Goffmans Rahmenanalyse. In: Pflege und Gesellschaft, Band 24, Heft 4, S. 331-349

Dijksterhuis, Ap; Nordgren, Loran F. (2006): A theory of unconscious thought. In: Perspectives on Psychological Science, Band 1, Heft 2, S. 95–109

Dijksterhuis, Ap (2010): Das kluge Unbewusste. Denken mit Gefühl und Intuition. Stuttgart: Klett-Cotta

Dreyfus, Hubert L.; Dreyfus, Stuart E. (1986): Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. Oxford: Basil Blackwell

Eggert, Simon; Teubner, Christian (2023): Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Erk, Christian (2015): Rationierung im Gesundheitswesen. Eine wirtschafts- und sozialethische Analyse der Rationierung nach Selbstverschulden. Boston, Berlin: de Gruyter

Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Ertl-Schmuck, Roswitha (2013). Lernwerkstatt. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim, Basel: Juventa, S. 315–335

Ethikkommission der Universität Bremen (2023): Kriterien der Begutachtung [Online: https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/sites/referate/referat06/ethikkommission/Ethik_KritierienderBegutachtung_neu.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Evers, Thomas (2012): Die besondere Ungewissheit im Handeln. Schlüsselprobleme geronto-psychiatrischer Pflegepraxis. In: Darmann-Finck, Ingrid; Görres, Stefan (Hrsg.): ipp Pflegeforschung, Band 3. Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang

Feldman, Martha S.; Pentland, Brian T. (2003): Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. In: Administrative Science Quarterly, Band 48, Heft 1, S. 94-118

Flick, Uwe (2011): Das Episodische Interview. In: Oelerich, Gertrud; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 273-280

Flick, Uwe (2020): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 247-264

Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R unipress

Friesacher, Heiner (2011): Anerkennung und Leiblichkeit. Zwei konstitutive Elemente einer mehrdimensionalen Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege. In: Dederich, Markus; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Weg zu einer nichtexklusiven Ethik. Bielefeld: transcript-Verlag, S. 77-106

Forstmann, Birte U.; Dutilh, Gilles; Brown, Scott; Neumann, Jane; von Cramon, D. Yves; Ridderinkhof, K. Richard; Wagenmakers, Eric-Jan (2008): Striatum and pre-SMA facilitate decision-making under time pressure. In: Proceedings of the National Academy of Sciences, Band 105, Heft 45, S. 17538-17542 [Online: https://doi.org/10.1073/pnas.0805903105, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Fuchs, Christoph (2011): Prioritäten setzen. Gerechte Leistungsverteilung muss offen diskutiert werden. In: Deutsches Ärzteblatt, Band 108, Heft 24, S. 1356-1359

George, Sebastian (2020): Wie wirkt sich Personalleasing auf die Pflegequalität aus? In: Pflegezeitschrift, Band 73, Heft 1-2, S. 67-69

Gerhardt, Uta (1998): Die Verwendung von Idealtypen bei der fallvergleichenden Forschung. In: Jüttemann, Gerd; Thomae, Hans (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim: Beltz, S.193-212

Ghanbaria, Vahid; Ardalana, Ali; Zareiyanc, Armin; Nejatia, Amir; Hanflinge, Dan; Bagheri, Alireza (2019): Ethical prioritization of patients during disaster triage. A systematic review of current evidence. In: International Emergency Nursing. Band 43, S. 126-132

Gigerenzer, Gerd (2007): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Bertelsmann

Gigerenzer, Gerd; Gaissmaier, Wolfgang (2011): Heuristic Decision Making. In: Annual Review of Psychology. Band 62, S. 451–482

Gilligan, Carol (1993): In a different voice. Psychological Theory and Women's Development. 32. Auflage. Cambridge, MA u. a.: Harvard University Press

GKV-Spitzenverband (2014): Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-Rl) [Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien__87b_SGB_XI_final.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Glaser, Jürgen (2006): Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege. Arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 43-58

Glaser, Barney G. (2011): Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 137-161

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2017): The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. 4. Auflage [Original 1967]. London: Routledge

Glick, Shimon M. (2022): The Emotions in Bioethical Decision-making. In: Yale Journal of Biology and Medicine, Band 95, S. 355-358

Greiner, Agnes-Dorothee (2011): Verteilungsgerechtigkeit und Pflege. Ressourcenallokation in der stationären Altenpflege. Berlin: wvb

Gottlieb, Jens; Gwinner, Wilfried; Strassburg, Christian P. (2016): Allokationssysteme in der Transplantationsmedizin. In: Der Internist, Band 57, Heft 1, S. 15-24

Habermas, Jürgen (1973): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Habermas, Jürgen (1992): Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bände, Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Habermas, Jürgen (2004): Freiheit und Determinismus. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Band 52, Heft 6, S. 871-890

Hasseler, Martina; Janda, Constanze; Czaputa, Eileen; Hartleb, Birgit; Ruppert, Sven-Nelson; Weidlich-Wichmann, Uta (2021): Eigenständig handeln in der Langzeitpflege. Erkenntnis aus einem Rechtsgutachten. In: Pflegezeitschrift, Band 74, Heft 10, S. 14-18

Heffels, Wolfgang M. (2003): Pflege gestalten. Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag

Heimgesetz (HeimG) (2001) [Online: https://www.gesetze-im-internet.de/heimg/, letzter Zugriff am 22.07.2024]

Helfferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag

Heller, Andreas; Krobath, Thomas (2010): Organisationsethik – eine kleine Epistemologie. In: Dies. (Hrsg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationethik. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag, S. 43-70

Hendry, Charles; Walker, Anne (2004): Priority setting in clinical nursing practice. Literature review. In: Journal of Advanced Nursing, Band 47, Heft 4, S. 427-436

Henke, Klaus-Dirk (2007): Mittelaufbringung und Mittelverwendung im Gesundheitswesen. In: Medizinische Klinik, Band 102, Heft 5, S. 366-372

Herbig, Britta; Büssing, André; Ewert, Thomas (2001): The role of tacit knowledge in the work context of nursing. In: Journal of Advanced Nursing, Band 34, Heft 5, S. 687-695

Hertwig, Ralph; Hogarth, Robin M.; Lejarraga, Tomás (2018): Experience and Description: Exploring Two Paths to Knowledge. In: Current Directions in Psychological Science, Band 27, Heft 2, S. 123-128

Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine; Blass, Kerstin (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag

Hirsch Hadorn, Gertrude (1997): Webers Idealtypus als Methode zur Bestimmung des Begriffsinhaltes theoretischer Begriffe in den Kulturwissenschaften. In: Journal for General Philosophy of Science, Band 28, S. 275-296

Hirt, Julian; Nordhausen, Thomas (2022): Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche. In: Nordhausen, Thomas; Hirt, Julian: RefHunter. Systematische Literaturrecherche. [Online: https://refhunter.org/research_support/rechercheprotokoll/, letzter Zugriff am: 07.08.2024]

Hogarth, Robin M. (2005): Deciding Analytically or Trusting Your Intuition? The Advantages and Disadvantages of Analytic and Intuitive Thought. In: Betsch, Tilmann; Haberstroh,

Susanne (Hrsg.): The routines of decision making. Mahwah, New Jersey: Erlbaum, S. 67-82

Hogarth, Robin M. (2010): Intuition: A Challenge for Psychological Research on Decision Making. In: Psychological Inquiry, Band 21, Heft 4, S. 338–353

Holoch, Elisabeth (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen Situierten Lernens für die Pflegeausbildung. Bern: Huber

Honneth, Axel (2003): Umverteilung als Anerkennung. Eine Erwiderung auf Nancy Fraser. In: Honneth, Axel; Fraser, Nancy (2003): Umverteilung oder Anerkennung. Eine politisch-philosophische Kontroverse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 129-224

Honneth, Axel (2012): Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Hunter, Kathleen F.; Dahlke, Sherry Ann (2023): Fast thinking: How unconscious bias and binary language contribute to rationing of care to older persons. In: International Journal of Older People Nursing, Band 18, Heft 3, S. 1-10

Hurst, Samia A.; Slowther, Anne-Marie; Forde, Reidun; Pegoraro, Renzo; Reiter-Theil, Stella; Perrier, Arnaud; Garrett-Mayer, Elizabeth; Danis, Marion (2006): Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing. Data from Europe. In: Journal of General Internal Medicine, Band 21, Heft 11, S. 1138-1143

Hülsken-Giesler, Manfred (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V&R Unipress

International Council of Nurses (ICN) (2021): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Genf: ICN - International Council of Nurses [Online: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf, letzter Zugriff am 30.07.2024]

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) [Online: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2018.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Jahncke-Latteck, Änne-Dörte (2010): Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege. Entstehungskontexte und Merkmale intuitiven Handelns [Online: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000118293, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Kahneman, Daniel; Tversky, Amos (1982): Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases In: Kahneman, Daniel; Slovic, Paul; Tversky, Amos (Hrsg.): Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases. Cambridge: Cambridge University Press, S. 3-20

Kahneman, Daniel (2012): Thinking, Fast and Slow. London: Penguin Books

Kahneman, Daniel; Lovallo, Dan; Sibony, Olivier (2019): A Structured Approach to Strategic Decisions. Reducing errors in judgment requires a disciplined process. In: MIT Sloan Management Review, Band 60, Heft 3, S. 67-73

Kalánková, Dominika; Kirwan, Marcia; Bartoníčková, Daniela; Cubelo, Floro; Žiaková, Katarína; Kurucová, Radka (2020a): Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. In: Journal of Nursing Management, Band 28, Heft 8, S. 1783-1797

Kalánková, Dominika; Suhonen, Riitta; Stolt, Minna; Kurucová, Radka; Katajisto, Jouko; Žiaková, Katarína; Gurková, Elena (2020b): Psychometric testing of perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) . In: Journal of Advanced Nursing, Band 76, Heft 6, S. 1469-1482

Kalisch, Beatrice J.; Williams, R. Arthur (2009): Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. In: The Journal of Nursing Administration, Band 39, Heft 5, S. 211-219

Kane, Robert (2011): Rethinking Free Will: New Perspectives on an Ancient Problem. In: The Oxford Handbook of Free Will, 2. Auflage, Oxford: Oxford University Press [Online: https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399691.003.0019, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Keil, Geert (2013): Willensfreiheit. Berlin [u. a.]: de Gruyter

Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag

Kelle, Udo (2011): „Emergence“ oder „Forcing“? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader. Wiesbaden: VS Verlag, S. 235-260

Kelle, Udo (2022): Mixed Methods. In: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 163-177

Kersting, Karin (2019): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, 5. Auflage. Frankfurt a. M.: Mabuse

Kersting, Karin; Meisterernst, Sabine (2020): In Widersprüchen denken lernen. In: Die Schwester Der Pfleger, Band 59, Heft 8, S. 70-73

Kersting, Wolfgang (2000): Theorien der sozialen Gerechtigkeit. Stuttgart: J.B. Metzler

Kirkevold, Karin (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Huber

Klie, Thomas; Isfort, Michael; Rischard, Pablo; Hüsken, Johann-Moritz (2023): Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. AGP Sozialforschung/Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) [Online: https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW_2022.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Klieme, Eckhard; Hartig, Johannes (2008): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: Prenzel, Manfred; Gogolin, Ingrid; Krüger, Heinz-Hermann (Hrsg.): Kompetenzdiagnostik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. Sonderheft 8, 2007. Wiesbaden: VS Verlag, S. 11-32

Kluge, Susann (1999): Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag

Knoll, Rebecca; Kellerer, Jan Daniel (2022): Einfluss des Manchester Triage Systems auf relevante Outcomes. In: Pflegezeitschrift, Band 75, Heft 3, S. 54-57

Knopp-Sihota, Jennifer A.; Niehaus, Linda; Squires, Janet E.; Norton, Peter G.; Estabrooks, Carole A. (2015): Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes. A cross-sectional survey of health care aides. In: Journal of Clinical Nursing, Band 24, S. 2815-2825

Kochinka, Alexander (2010): Beobachtung. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag, S. 449-461

Kohlen, Helen; Kumbruck, Christel (2008): Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). (artec-paper, 151). Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). [Online: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-219593, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Kohlen, Helen (2011): Care-Praxis und Gerechtigkeit. Das konkrete Andere in Medizin und Pflege. In: Dederich, Markus; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Weg zu einer nichtexklusiven Ethik. Bielefeld: transcript Verlag, S. 217-231

Kostka, Ulrike (2008): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin: Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und Theologische Ethik. Basel: Schwabe

Kozlowski, Desirée; Hutchinson, Marie; Hurley, John; Rowley, Joanne; Sutherland, Joanna (2017): The role of emotion in clinical decision making. An integrative literature review. In: BMC Medical Education, Band 17, Heft 1, S. 1-13

Kraft, Stephanie; Drossel, Matthias (2019): Untersuchung des sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Erlebens von Pflegekräften in stationären Krankenpflegeeinrichtungen – Eine qualitative Analyse. In: HeilberufeScience, Band 10, Heft 3-4, S. 39-45 [Online: https://doi.org/10.1007/s16024-019-0327-9, letzter Zugriff am 30.07.2024]

Kuckartz, Udo (2020): Typenbildung. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 795-812

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2020): Computergestützte Analyse qualitativer Daten (CAQDAS). In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 813-834

Kumbruck, Christel (2010): Das Erleben von Wertschätzung und Anerkennung in Pflegeeinrichtungen. In: Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: Lit Verlag, S. 209-234

Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Das Ethos fürsorglicher Praxis/Care im Streit um Anerkennung. In: dies. (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: Lit Verlag, S. 11-38

Kumbruck, Christel; Senghaas-Knobloch, Eva (2019): Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität. Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege. In: Böhle, Fritz; Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Impulse für kritische Arbeitsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 131-165

Landwehr, Norbert (2002): Der dritte Lernort. In: Egger, Peter; Goetze, Walter; Gonon, Philipp; Landolt, Hermann; Landwehr, Norbert; Gresele, Anita; Kübler, Silvia; Marty, Res; Renold, Ursula (Hrsg.): Der dritte Lernort. Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung. Bern: h.e.p. Verlag, S. 37-72.

Laux, Helmut; Gillenkirch, Robert M.; Schenk-Mathes, Heike Y. (2018): Entscheidungstheorie. 10. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer

Lilie, Ulrich; Beer, Wolfgang; Droste, Edith; Giebel, Astrid (2018): Würde und Selbstbestimmung sichern. Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung sterbender alter Menschen [Kongressband: Palliative Praxis in der Stationären Altenpflege 2016]. Esslingen: der hospiz verlag

Lindblom, Charles E. (1965): The science of „muddling through“. In: Zald, Mayer N. (Hrsg.): Social Welfare Institutions. A Sociological Reader. New York: John Wiley and Sons, S. 214-229

Link, Jürgen (2006): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 3. ergänzte und überarbeitete Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Lübbe, Weyma (2001): Veralltäglichung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin. In: Ethik in der Medizin, Band 13, S. 148-160

Ludlow, Kristiana; Churruca, Kate; Mumford, Virginia; Ellis, Louise A.; Testa, Luke; Long, Janet C.; Braithwaite, Jeffrey (2021): Unfinished Care in Residential Aged Care Facilities. An Integrative Review. In: The Gerontologist, Band 61, Heft 3, S. e61-e74

Luhmann, Niklas (2019): Allgemeine Theorie organisierter Sozialsysteme. In: Lukas, Ernst; Tacke, Veronika (Hrsg.): Schriften zur Organisation. Band 2. Wiesbaden: Springer VS, S. 219-235

Luhmann, Niklas (2000): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Lumer, Christoph (1999): Gerechtigkeit. In: Sandkühler, Hans Jörg (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie. Hamburg: Meiner, S. 464-470

Mannino, Adriano (2021): Wen rette ich – und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit. Ditzingen: Reclam Verlag

Mantovan, Franco; Muzzana, Chiara; Schubert, Maria; Ausserhofer, Dietmar (2020). “It’s about how we do it, not if we do it”. Nurses’ experiences with implicit rationing of nursing care in acute care hospitals. A descriptive qualitative study. In: International Journal of Nursing Studies, Band 109, S. 1-9

Manzeschke, Arne (2011): Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses. In: Ethik in der Medizin. Band 23, Heft 4, S. 271-282

Marckmann, Georg; Strech, Daniel (2009): Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, Band 55, Heft 1, S. 15-27

Mayring, Philipp (2020): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 495-512

Melin-Johansson, Christina; Palmqvist, Rebecca; Rönnberg, Linda (2017): Clinical intuition in the nursing process and decision-making. A mixed-studies review. In: Journal of Clinical Nursing, Band 26, Heft 23-24, S. 3936-3949

Messer, Melanie (2013): Shared decision-making - kein Thema für die Pflege? Ein internationaler Überblick. In: Pflegewissenschaft, Band 15, Heft 5, S. 261-267

Mey, Günter; Mruck, Katja (2009): Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In: Kempf, Wilhelm; Kiefer, Marcus (Hrsg.): Forschungsmethoden der Psychologie. Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik. Berlin: Regener, S. 100-152

Mey, Günter; Mruck, Katja (2010): Interviews. In: Dies. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag, S. 423-435

Mey, Günter; Mruck, Katja (2011): Grounded-Theory-Methodologie. Entwicklung, Stand, Perspektiven. In: Dies. (Hrsg.): Grounded Theory Reader. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag

Meyer, Markus; Meschede, Miriam (2016): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2015. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Schwerpunkt: Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer, S. 251-454

Millette, Brenda E. (1994): Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. In: Western Journal of Nursing Research, Band 16, Heft 6, S. 660-674

Mischo-Kelling, Maria Angelika; Schütz-Pazzini, Petra (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern: Huber

Morley, Georgina; Grady, Christine; McCarthy, Joan; Ulrich, Connie M. (2021): Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. In: Hastings Center Report, Band 50, Heft 3, S. 35-39

Myllykangas, Markku; Ryynänen, Olli-Pekka; Lammintakanen, Johanna; Isomäki, Veli-Pekka; Kinnunen, Juha; Halonen, Pirjo (2003): Clinical management and prioritisation criteria. Finnish experiences. In: Journal of Health Organization and Management, Band 17, Heft 5, S. 338-348

Nelson, September T.; Flynn, Linda (2015): Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. In: Geriatric Nursing, Band 36, Heft 2, S. 126-130

Neuweg, Georg Hans (2015): Das Schweigen der Könner. Gesammelte Schriften zum impliziten Wissen. Münster: Waxmann

Neuweg, Georg Hans (2018): Implizites Wissen als Forschungsgegenstand. In: Rauner, Felix; Grollmann, Philipp (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 3. Auflage. Bielefeld: wbv, S. 713-720

Neuweg, Georg Hans (2020): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster, New York: Waxmann

Nibbelink, Christine W.; Brewer, Barbara B. (2018): Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. In: Journal of Clinical Nursing, Band 27, Heft 5-6, S. 917-928

OECD (2005): The OECD health project. Long-term Care for older people. Paris: OECD [Online: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Oevermann, Ulrich (2001): Die Struktur sozialer Deutungsmuster - Versuch einer Aktualisierung. In: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, Band 2, S. 35-82

Oevermann, Ulrich (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung [Online: http://d-nb.info/98034252x/34, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Oevermann, Ulrich (2013): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller-Hermann, Silke (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 119-147

Palese, Alvisa; Navone, Elena; Danielis, Matteo; Vryonides, Stavros; Sermeus, Walter; Papastavrou, Evridiki (2020): Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. In: Journal of Advanced Nursing, Band 77, Heft 2, S. 565-582

Pfister, Hans-Rüdiger; Jungermann, Helmut; Fischer, Katrin (2017): Die Psychologie der Entscheidung. Heidelberg: Springer

Polanyi, Michael (1966): The Tacit Dimension. New York: Doubleday

Primc, Nadia (2020): Der Umgang mit Ressourcenknappheit in der Pflege. Reichweite und Grenzen individueller Verantwortung unter Knappheitsbedingungen. In: European Journal for Nursing History and Ethics, Band 2, Heft 2, S. 124-144

Prinz, Wolfgang (2004): Kritik des freien Willens. In: Psychologische Rundschau, Band 55, Heft 4, S. 198-206

Pritzlaff, Tanja (2006): Entscheiden als Handeln. Eine begriffliche Rekonstruktion. Frankfurt, New York: Campus Verlag

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2021): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Berlin: De Gruyter Oldenbourg

Rabe, Marianne (2007): Fürsorge und Selbstsorge als ethische Grundorientierungen der Pflege. In: Wessel, Karl-Friedrich; Skupin, Olaf; Bekel, Gerd; Diesner, Thomas (Hrsg.): Selbstsorge. Wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Dimensionen. Bielefeld: Kleine Verlag, S. 35-47

Rabe, Marianne (2013): Organisation als Rahmen moralischen Handelns im Gesundheitswesen. In: Ethik in der Medizin, Band 25, Heft 4, S. 285-286

Rawls, John (1971): A theory of justice. Cambridge, London: Harvard University Press

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

Remmers, Hartmut (2003): Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik. In: Wiesemann, Claudia; Erichsen, Norbert; Behrend, Heidrun (Hrsg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 47-70

Remmers, Hartmut (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer Erklärungsskizze. In: Kreutzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V&R Unipress, S. 33-66

Remmers, Hartmut (2012): Rationierung und Altersdiskriminierung. In: Berner, Frank; Rossow, Judith; Schwitzer, Klaus-Peter (Hrsg.): Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag, S. 339-368

Renner, Anja; Ausserhofer, Dietmar; Zúñiga, Franziska; Simon, Michael; Serdaly, Christine; Favez, Lauriane (2022): Increasing implicit rationing of care in nursing homes. A time-series cross-sectional analysis. In: International Journal of Nursing Studies, Band 134, S. 1-9

Riedel, Annette; Lehmeyer, Sonja; Monteverde, Settimio (2022): Ethikbildung in der Pflege. Strukturelle Besonderheiten und didaktische Implikationen der Pflegeausbildung. In: Ethik in der Medizin, Band 34, Heft 3, S. 387-406

Riedel, Annette; Lehmeyer, Sonja; Elsbernd, Astrid (2011): Einführung von ethischen Fallbesprechungen – ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren. Lage: Jacobs Verlag

Riedel, Annette (2012): Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. In: Ethik in der Medizin, Band 25, Heft 1, S. 1-4

Rinderspacher, Jürgen P.; Herrmann-Stojanov, Irmgard; Pfahl, Svenja; Reuyß, Stefan (2009): Zeiten der Pflege. Eine explorative Studie über individuelles Zeitverhalten und gesellschaftliche Zeitstrukturen in der häuslichen Pflege. Münster: LIT Verlag

Rolfe, Gary (1997). Beyond Expertise: Theory, Practice and the Reflective Practitioner. In: Journal of Clinical Nursing, Heft 6, S. 93-97

Rooddehghan, Zahra; Parsa Yekta, Zohreh; Nasrabadi, Alireza N. (2016): Ethics of rationing of nursing care. In: Nursing Ethics, Band 25, Heft 5, S. 1-10

Rosen, Michael A.; Salas, Eduardo; Lyons, Rebecca; Fiore, Stephen M. (2008): Expertise and Naturalistic Decision Making in Organizations. Mechanisms of Effective Decision Making. In: Hodgkinson, Gerard P.; Starbuck, William H. (Hrsg.): The Oxford Handbook of Organizational Decision Making. Oxford: Oxford University Press, S. 211-230

Rosenberger, Michael (2014): Der Sorge eine Zukunft geben. Ethik und Gerechtigkeit von Care in Krisenzeiten. In: Aulenbacher, Brigitte; Dammayr, Maria (Hrsg.): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 77-91

Roth, Gerhard (2007): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Preuß, Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. In: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.) [Online: https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2020/barmer-pflegereport-2020.pdf, letzter Zugriff am 25.07.2024]

Roselli, Lucia Reis Peixoto; de Almeida, Adiel Teixeira (2022): Use of the Alpha-Theta Diagram as a decision neuroscience tool for analyzing holistic evaluation in decision making. In: Annals of Operations Research [Online: https://doi.org/10.1007/s10479-021-04495-1, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Royer, Isabelle; Langley, Ann (2008): Linking Rationality, Politics, and Routines in Organizational Decision Making. In: Hodgkinson, Gerard P.; Starbuck, William H. (Hrsg.): The Oxford Handbook of Organizational Decision Making. Oxford: Oxford University Press, S. 250-270

Ryle, Gilbert (1949): The concept of mind. New York: Routledge

Saar, Lili; Unbeck, Maria; Bachnick, Stefanie; Gehri, Beatrice; Simon, Michael (2021): Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review. An observational study. In: International Journal of Nursing Studies, Band 122, S. 1-10

Scheele-Schäfer, Jutta (2002): Leitung/Führung – Pflege, Qualitäts- und Personalmanagement in ambulanten Pflegediensten. In: Herold, Eva Elisabeth (Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Band 3. Hannover: Schlütersche, S. 481-704

Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (2003): Shared Decision-Making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (Hrsg.): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa, S. 11-22

Scheunemann, Leslie P.; White, Douglas B. (2011): The Ethics and Reality of Rationing in Medicine. In: CHEST, Band 140, Heft 6, S. 1625-1632

Schimank, Uwe (2005): Die Entscheidungsgesellschaft. Komplexität und Rationalität der Moderne. Wiesbaden: VS Verlag

Schnell, Martin W. (2002): Leiblichkeit – Verantwortung – Gerechtigkeit – Ethik. Vier Prinzipien einer Theorie des bedürftigen Menschen. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern: Huber, S. 9-22

Schnell, Martin W.; Schulz, Christian (2010): Der Experte und das Irrationale. Ethische Überlegungen zum Status des Expertenwissens in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, Band 15, Heft 1, S. 64-77

Schnell, Martin W.; Dunger, Christine (2018): Forschungsethik. Informieren, reflektieren, anwenden. 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag

Schniering, Stefanie (2021): Sorge und Sorgekonflikte in der ambulanten Pflege. Eine empirisch begründete Theorie der Zerrissenheit. Baden-Baden: Nomos

Schön, Donald Alan (1983): The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. New York: Basic Books

Schöne-Seifert, Bettina; Buyx, Alena M.; Ach, Johann S. (Hrsg.) (2006): Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn: Mentis Verlag

Schramme, Thomas (2002): Bioethik. Frankfurt a. M.: Campus-Verlag

Schubert, Maria; Glass, Tracy R.; Clarke, Sean P.; Schaffert-Witvliet, Bianca; De Geest, Sabina (2007): Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. In: Nursing Research, Band 56, Heft 6, S. 416-424

Schubert, Maria; Ausserhofer, Dietmar; Desmedt, Mario; Schwendimann, René; Lesaffre, Emmanuel; Li, Baoyue; De Geest, Sabina (2013): Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – A cross sectional study. In: International Journal of Nursing Studies, Band 50, Heft 2, S. 230-239

Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise. Wiesbaden: Springer

Schwerdt, Ruth (2002): Interpersonalität in der Pflege. Konzeptionelle, empirische und philosophische Grundlagen. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern: Huber, S. 109-135

Schwerdt, Ruth (2005): Die Bedeutung ethischer und moralischer Kompetenz in Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen über pflegerische Interventionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 4, S. 249-255

Searle, John R. (2004): Freiheit und Neurobiologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Sedlmeier, Peter (2005): From Associations to Intuitive Judgment and Decision Making: Implicitly Learning from Experience. In: Betsch, Tilmann; Haberstroh, Susanne (Hrsg.): The routines of decision making. Mahwah, New Jersey: Erlbaum, S. 83-99

Selting, Margret; Auer, Peter; Barth-Weingarten, Dagmar; Bergmann, Jörg; Bergmann, Pia; Birkner, Karin; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Deppermann, Arnulf; Gilles, Peter; Günthner, Susanne; Hartung, Martin; Kern, Friederike; Mertzlufft, Christine; Meyer, Christian; Morek, Miriam; Oberzaucher, Frank; Peters, Jörg; Quasthoff, Uta; Schütte, Wilfried; Stukenbrock, Anja; Uhmann, Susanne (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 10, S. 353-402 [Online: http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf, letzter Zugriff am 18.08.2024]

Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie, Band 18, Heft 2, S. 221-243

Sermeus, Walter; Aiken, Linda H.; Van den Heede, Koen; Rafferty, Anne Marie; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria Teresa; Busse, Reinhard; Lindqvist, Rikard; Scott, Anne P.; Bruyneel, Luk; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schubert, Maria; Schoonhoven, Lisette; Zikos, Dimitrios (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. In: BMC Nursing, Band 10, Heft 1, S. 1-9

Simon, Herbert A. (1956): Rational choice and the structure of the environment. In: Psychological Review, Band 63, Heft 2, S. 129-138

Simon, Herbert A. (1997): Models of Bounded Rationality. Empirically Grounded Economic Reason. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press

Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. [Online: https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Simmons, Sandra F.; Durkin, Daniel W.; Rahman, Anna N.; Choi, Leena; Beuscher, Linda; Schnelle, John F. (2012): Resident Characteristics Related to the Lack of Morning Care Provision in Long-term Care. In: The Gerontologist, Band 53, Heft 1, S. 151-161

Singer, Wolf (2004): Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbeschreibung: Zwei konfliktträchtige Erkenntnisquellen. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Band 52, Heft 2, S. 235-255

Skirbekk, Helge; Hem, Marit Helene; Nortvedt, Per (2017): Prioritising patient care. The different views of clinicians and managers. In: Nursing Ethics, Band 25, Heft 6, S. 746-759

Slettebø, Åshild; Kirkevold, Marit; Andersen, Berit; Pedersen, Reidar; Halvorsen, Kristin; Nordhaug, Marita; Nortvedt, Per (2010): Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes. A qualitative study. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Band 24, Heft 3, S. 533-540

Smebye, Kari Lislerud; Kirkevold, Marit; Engedal, Knut (2012): How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. In: BMC Health Services Research, Band 12, S. 1-2 [Online: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-12-241.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Sommer, Christina (2004): Fürsorge- und Gerechtigkeitsmoral. Eine interpersonelle Perspektive. Hamburg: Kovač

Sowinski, Christine; Ivanova, Gergana (2014): Stationäre Langzeitpflege. In: Schäffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Beltz Juventa, S. 531-542

Stanford Encyclopedia of Philosophy (2023): Consequentialism [Online: https://plato.stanford.edu/entries/consequentialism/, letzter Zugriff am 23.07.2024]

Star Trek (1988): The Next Generation, Episode 26, “The Neutral Zone”

Star Trek (1991): The Next Generation, Episode 108, “A Matter of Time”

Statistisches Bundesamt (2023a): Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland [Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Statistisches Bundesamt (2023b): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade [Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Statistisches Bundesamt (2023c): Pflegeheime und ambulante Pflegedienste [Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Steinkamp, Norbert L.; Gordijn, Bert (2003): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Neuwied u. a.: Luchterhand

Stemmer, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag

Strauss, Anselm L.; Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. [Orig. 1990], Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union

Strech, Daniel; Synofzik, Matthis; Marckmann, Georg (2008): How physicians allocate scarce resources at the bedside. A systematic review of qualitative studies. In: Journal of Medicine and Philosophy, Band 33, Heft 1, S. 80-99

Stronczek, Martina Katharina; Cruel, Eva; Steiner, Lisa; Latteck, Änne-Dörte, Büker, Christa (2023): Teilstationäre Versorgung im Fokus. Entwicklung wissenschaftsgestützter Impulse zur Gestaltung von Tagespflegen für ältere Menschen. In: Zeitschrift für Evidenzbasierte Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Band 181, S. 88-97

Suhonen, Riitta; Stolt, Minna; Habermann, Monika; Hjaltadottir, Ingibjörg; Vryonides, Stavros; Tonnessen, Siri; Halvorssen, Kristin; Harvey, Clare; Toffoli, Luisa; Scott, P. Anne (2018): Ethical elements in priority setting in nursing care. A scoping review. In: International Journal of Nursing Studies, Band 88, S. 25-42

Tannenbaum, Robert; Schmidt, Warren H. (2009): How to Choose a Leadership Pattern. Harvard Business Review, [Orig. 1958]. 4. Ausgabe

Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg [Online: https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Thirsk, Lorraine M.; Panchuk, Julia T.; Stahlke, Sarah; Hagtvedt, Reidar (2022): Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making. A scoping review. In: International Journal of Nursing Studies, Band 133, S. 1-14

Thompson, Andrew G. H. (2007): The meaning of patient involvement and participation in health-care consultations. A taxonomy. In: Social Science & Medicine, Band 64, Heft 5, S. 1297-1310

Tønnessen, Siri; Nortvedt, Per; Førde, Reidun (2011): Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. In: Nursing Ethics, Band 18, Heft 3, S. 386-396

Universität Bremen (2024): Studiengang Komplexes Entscheiden [Online: https://www.uni-bremen.de/make, letzter Zugriff am 30.07.2024]

Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2016): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. In: Dimensionen Sozialer Arbeit und der Pflege, Band 7. Berlin: De Gruyter Oldenbourg [Online: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110509762/html, letzter Zugriff am 12.09.2024]

Vryonides, Stavros; Papastavrou, Evridiki; Charalambous, Andreas; Andreou, Panayiota; Merkouris, Anastasios (2015): The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. In: Nursing Ethics, Band 22, Heft 8, S. 881-900

Walter, Sven (2016): Illusion freier Wille? Grenzen einer empirischen Annäherung an ein philosophisches Problem. Stuttgart: Metzler Verlag

Ward, Nicholas S.; Teno, Joan M.; Curtis, J. Randall; Rubenfeld, Gordon D.; Levy, Mitchell M. (2008): Perceptions of cost constraints, resource limitations, and rationing in United States intensive care units: results of a national survey. In: Critical Care Medicine, Band 36, Heft 2, S. 471-476

Weber, Max (1904): Die „Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, Band 19, Heft 1, S. 22-87 [Online: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50770-8, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Weber, Max; Winckelmann, Johannes (1964): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie [Orig. 1922]. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Wegner, Daniel M: (2004): Précis of the illusion of conscious will. In: Behavioral and Brain Sciences, Band 27, Heft 5, S. 649-692

Wingenfeld, Klaus (2017): Neue Perspektiven für die ambulante Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, Band 56, Heft 11, S. 72-74

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bielefeld/Osnabrück [Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Wittneben, Karin (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelerndidaktik. Frankfurt a. M.: Peter Lang

Woock, Kristina; Meinert, Nele; Busch, Susanne (2021): Ungeplante Krankenhauszuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer qualitativen Studie. Vortrag auf dem Gesundheitspflege-Kongress 2021 [Online: https://www.gesundheitskongresse.de/hamburg/2021/dokumente/praesentationen/Praesentation_Ungeplante_Krankenhauszuweisungen_aus_stat._Pflegeeinrichtungen.pdf, letzter Zugriff am 07.08.2024]

Zander, Britta; Dobler, Lydia; Bäumler, Michael; Busse, Reinhard (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: Das Gesundheitswesen, Band 76, Heft 11, S. 727-734

Zenz, Cora; Becke, Guido (2020): „Fertig wird man eigentlich nie" – Zeitpraktiken und -wünsche von Pflegekräften zur Interaktionsarbeit. In: Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft, Band 30 [Online: https://doi.org/10.26092/elib/1123, letzter Zugriff am 18.08.2024]

Zúñiga, Franziska; Schubert, Maria; Hamers, Jan P. H.; Simon, Michael; Schwendimann, René; Engberg, Sandra; Ausserhofer, Dietmar (2016): Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. In: Journal of Advanced Nursing, Band 72, Heft 8, S. 1948-1963

Anhänge

Anhang 1 Suchstrategie für die Literaturrecherche

1. Verteilungsentscheidungen von Pflegenden

Datenbank PubMed/Medline

Suchterm: ((Nurs*) AND (Decid* OR Decision* OR «Decision mak*»)) AND ((distibut* OR justice OR alloca* OR «bedside rationing» OR prioritiz* OR «resource allocation*» OR ration*) NOT (Shared)) AND ((booksdocs[Filter] OR casereports[Filter] OR comparativestudy[Filter] OR evaluationstudy[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR multicenterstudy[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter] OR validationstudy[Filter]) AND (fft[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]) AND (2013:2023[pdat]))

Ergebnisse: ohne Filter: 3111, mit Filter: 367, gesucht am 31.05.2023

Auswahl nach Durchsicht der Titel: 20 Ergebnisse (347 ausgeschlossen)

Ausschlusskriterien: falsche Population (Kinder, Ärzt:innen), falsches Phänomen (Entscheidung nicht auf der nicht Mikroebene, keine Verteilungsentscheidung, klinische Studien etc.)

Nach Durchsicht des Volltextes: 12 Ergebnisse (6 ausgeschlossen, auf 2 keinen Zugriff)

Ausschlusskriterien: falsches Alter (Kinder), Zielgruppe (nur Eltern/nur caregivers), falschen Thema ((Pränatale-)Ursache für Behinderungen, Anzahl an Beeinträchtigen generell in Land)

Datenbank CINAHL

Suchterm: (nurs or nurses or nursing) AND rationing of nursing

Filter: Alle Artikel seit 2003, Abstract Available; Exclude Pre-CINAHL; Exclude MEDLINE records; Human; Language: English, German

Ergebnisse: 46, gesucht am 31.05.2023

Auswahl nach Durchsicht des Abstracts: 19 Ergebnisse (17 ausgeschlossen, auf 10 kein Zugriff)

Ausschlusskriterien: falsche Population (Kinder, Ärzt:innen), falsches Phänomen (Entscheidung nicht auf der nicht Mikroebene, keine Verteilungsentscheidung, methodische Artikel), falscher Untersuchungsort (Afrika, China, Australien)

2. Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitpflege

Datenbank PubMed

Suchterm: ((((«Long term car*» OR «elderly car*» OR «geriatric car*» OR «nursing home*») NOT (acute OR hospital* OR clinic* OR ambulant*)) AND (Decid* OR Decision* OR «Decision mak*»)) AND ((distribut* OR justice OR alloca* OR «bedside rationing» OR prioritiz* OR «resource allocation*» OR ration* OR «missed care») NOT (Shared))) AND (Nurs*) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]) AND (2003:2023[pdat])

Ergebnisse: ohne Filter: 91, mit Filter: 42, gesucht am 31.05.2023

Auswahl nach Durchsicht des Abstracts: 5 Ergebnisse (33 ausgeschlossen, 2 kein Zugriff)

Ausschlusskriterien: falsche Population (Ärzt:innen, Bewohner:innen, Angehörige), falsches Phänomen (Entscheidung nicht auf der nicht Mikroebene, keine Verteilungsentscheidung), falsches Setting (ambulante Pflege)

Anhang 2 Übersicht und Zuordnung der Verteilungssituationen

Entscheidungstyp	Fundstelle	Kurzbeschreibung	Wahrg. E.-Freiheit	Emotionales Engagement
autokratisch	IP	Notfall: BW (Bewohner:in) stürzt auf den Hinterkopf	3,0	2,0
autokratisch	IP	Notfall: BW hat einen Schlaganfall, IP setzt Notruf ab	7,5	3,0
autokratisch	IP	Plötzliche Krankmeldung, kein Ersatz	8,0	2,0
autokratisch	IP	Visite im Dienstzimmer, mehrere Personen stören	8,0	3,0
autokratisch	IP	IP ist neu im Haus, organisiert sich mit Kollegin	8,0	1,0
autokratisch	IP	Kurzfristige Vertretung für 2 Krankheitsfälle und 1 Kündigung	9,0	2,0
autokratisch	IP	Notfall: BW bekommt hohes Fieber, kein Arzt erreichbar	9,0	2,0
autokratisch	IP	IP kennt sich nicht aus, muss Prioritäten setzen und macht Fehl	9,0	2,0
autokratisch	IP	Viel Unruhe im Dienstzimmer (Kollegen, BW, Schüler, Arztanruf)	9,5	1,0
autokratisch	IP	kurzfristiger Personalausfall	10,0	1,0
autokratisch	IP	Ärzt:innen kommen zur Visite und wollen volle Aufmerksamkeit	10,0	3,0
autokratisch	IP	IP dokumentiert nicht mehr alles, wenn länger Personalmangel	10,0	3,5
ermächtigt	IP	Angehörige wertet IP ab, IP verweigert Pflege	9,0	10,0
ermächtigt/flexibel-reflexiv	IP	Notfall: BW hat Luftnot, anderer BW muss auf Toilette warten	9,0	8,0
ermächtigt	IP	Zeiteinteilung bei der Morgenpflege	9,5	9,0
ermächtigt	IP	IP mobilisiert BW, während andere "nervende" BW laut ruft	9,5	10,0
ermächtigt	IP	IP weckt BW später, weil diese gern länger schläft	9,5	9,5
ermächtigt	IP	IP ruft für BW mit offenem Bein den Rettungswagen	10,0	9,5
ermächtigt	IP	IP läuft in ihrer Pause mit BW über den Flur (Mobilisation)	10,0	8,5
ermächtigt	IP	IP erklärt, wann sie etwas Besonderes für BW macht	10,0	10,0
flexibel-reflexiv	IP	BW geht auf fremde Station, bleibt bis nach Abendessen	7,0	7,5
flexibel-reflexiv	IP	Verteilung von Zeitressourcen nach Pflegegrad auf alle BW	7,0	4,5
flexibel-reflexiv	IP	Auffälliger BW braucht in der Nacht viel Aufmerksamkeit	7,0	7,0
flexibel-reflexiv	IP	Zwei Krankenhaus (KH)-Entlassungen bei wenig Personal, Überstunden	7,5	5,0
flexibel-reflexiv	IP	Notfall: BW verstirbt, IP muss Kolleg:innen alleine lassen	7,5	7,5
flexibel-reflexiv	IP	Situative Anpassung der Pflege an BW	8,0	7,5
flexibel-reflexiv	IP	Wer darf zuerst ins Bett? Ablauf Abendpflege	8,0	7,0
flexibel-reflexiv	IP	IP beschreibt den Ablauf der Abendpflege	8,0	6,5

Tabelle 3: Übersicht und Zuordnung der Verteilungssituationen

Entscheidungstyp	Fundstelle	Kurzbeschreibung	Wahrg. E.-Freiheit	Emotionales Engagement
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	Abwägen zwischen BW-Wünschen und Vorschriften	8,0	5,0
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	Zeiteinteilung bei der Morgenpflege	8,5	4,5
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	Flexibilität beim Austeilen von Kaffee	8,5	5,0
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	Niedriger Blutdruck, aber keinen Arzt rufen sondern Medis weglassen	9,0	6,0
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	Regelung bei kurzfristigem Personalausfall	9,0	6,0
flexibel-reflexiv	IP [redacted]	BW möchte Nutella, obwohl es abends kein Nutella gibt	9,0	6,5
flexibel-reflexiv/ermächtigt	IP [redacted]	Verwirrter BW verlässt alleine das Haus	8,5	7,5
konformistisch	IP [redacted]	Mit weniger Personal wird Essen am "Fließband" angereicht	1,0	1,0
konformistisch	IP [redacted]	Alltägliche Morgenpflege unter extremen Zeitdruck	1,0	2,5
konformistisch	IP [redacted]	Drei Ärzte kommen gleichzeitig zur Visite	1,0	3,0
konformistisch	IP [redacted]	Vertreter für Pflegehilfsmittel kommt während Mediverteilung	2,0	3,5
konformistisch	IP [redacted]	Übergabe morgens während der Pause	2,0	1,0
konformistisch	IP [redacted]	Grundsätzliches Verhalten bei Personalausfall	2,0	3,0
konformistisch	IP [redacted]	Notfall: BW verschluckt sich, IP muss Anreichen abbrechen	2,5	2,5
konformistisch	IP [redacted]	Notfall: BW erbricht sich, drei BW klingeln, keine Hilfe da	2,5	3,0
konformistisch	IP [redacted]	BW hat Wunde und will Infos, kaum Zeit für ein Gespräch	2,5	4,0
konformistisch	IP [redacted]	Was kann weggelassen werden, wenn wenig Personal da ist?	2,5	2,0
konformistisch	IP [redacted]	Allgemeines Vorgehen bei Zeitmangel	3,0	3,5
konformistisch	IP [redacted]	IP dokumentiert in ihrer Pause	3,0	2,0
konformistisch	IP [redacted]	BW kommt aus KH während der Mediverteilung	3,0	2,0
konformistisch	IP [redacted]	Kurzfristiger Personalausfall, IP alleine	3,0	3,5
konformistisch	IP [redacted]	Verspätete KH-Entlassung, neuer BW, unerfahrene Helferin	3,5	3,0
konformistisch	IP [redacted]	IP "zieht sich raus", wenn medizinische Aufgaben anstehen	3,5	1,5
konformistisch	IP [redacted]	IP kommt zur Arbeit trotz Schmerzen wg. Personalmangel	4,0	2,0
überwältigt	IP [redacted]	Ärztin kommt zur KH-Einweisung während Medigabe	1,5	9,0
überwältigt (?)	IP [redacted]	IP muss mit Schüler Verstorbene versorgen (zum 1. Mal)	2,0	10,0
überwältigt	IP [redacted]	Unterbesetzung durch 2 Personalausfälle, KH-Entlassung	2,0	9,5
überwältigt	IP [redacted]	Keine Zeit mehr für Zuwendung (Duschen, Sterbebegleitung)	2,5	8,0

Anhang 3 Übersicht über Charakteristika der Entscheidungstypen

Entscheidungstyp	Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit	Emotionales Engagement	Verteilungskriterien	Begünstigende Bedingungen	Stellenwert der Selbstsorge	Reflexions- und Kritikfähigkeit	Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen
Konformistisches (Nicht-)Entscheiden	Vollständige, freiwillige Heteronomie, Unterwerfung unter als legitimiert bewertete, weil bewährte, institutionelle Routinen	Starke emotionale Abgrenzung gegenüber den von der Verteilung negativ Betroffenen, insgesamt eher distanziertes, gleichgültiges Erleben des Pflegealltags	Erfolgreiche Umsetzung von institutionellen, eingespielten Routinen auch unter Zeitmangel, gleiche (gerechte) Berücksichtigung aller Bewohner:innen	Langandauernde Frustration und Widerspruchserfahrung (Anspruch und Wirklichkeit), fehlendes (Fach-)Wissen, fehlende Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft, Sozialisierung	Durch Erholung kompensierbare (physische) Anstrengung, insgesamt gute Selbstsorge durch emotionale Abgrenzung, Zufriedenheit bei erfolgreicher Umsetzung der Routinen	Keine Reflexion und Selbstkritik (bewusst oder aus mangelnder Fähigkeit), opportunistisches Mittragen der gegebenen Rahmenbedingungen und Routinen, relativ gleichgültig gegenüber Kritik	Passive Akzeptanz paternalistischer Strukturen, möglicherweise Tendenz zum Zynismus
Überwältigtes (Nicht-)Entscheiden	Vollständige, unfreiwillige Heteronomie durch Widerspruchserfahrung (Anspruch und Realität), Unterwerfung unter institutionelle Routinen, um handlungsfähig zu bleiben	Starke emotionale Involviertheit in herausfordernden Situationen, vor allem gegenüber den als umfassend erlebten Bedürfnissen der Bewohner:innen, intensives Erleben und Mit-Leiden	Eigentlich: Allen gerecht werden, Erfüllen aller Erwartungen Faktisch: Sicherstellung institutioneller Abläufe, um handlungsfähig zu bleiben und Grundversorgung zu gewährleisten	Hoher bis überhöhter Anspruch an berufliche Pflege bei mangelnder Reflexionsfähigkeit, fehlendes (Fach-)Wissen und Berufserfahrung, problematische Rahmenbedingungen	Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, bis hin zur völligen physischen und psychischen Erschöpfung, Schuldgefühle, Frustration, hohe Burnout-Gefahr	Kritik an Verhältnissen und eigenem Handeln, aber kaum Selbstreflexion des einseitigen beruflichen Selbstverständnisses	Bei einseitigem Fürsorge-Verständnis (schwere Fürsorge) Tendenz zum Paternalismus, Mittragen möglicher paternalistischer Strukturen

Entscheidungstyp	Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit	Emotionales Engagement	Verteilungskriterien	Begünstigende Bedingungen	Stellenwert der Selbstsorge	Reflexions- und Kritikfähigkeit	Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen
Ermächtigtes Entscheiden	Gefühl der weitgehend uneingeschränkten Entscheidungsautonomie, eher intuitive Bauchentscheidungen auch gegen Widerstände	Starke emotionale Involviertheit und situativ hohes persönliches, praktisches Engagement, Durchsetzung oder Übertragung subjektiver Überzeugungen und Präferenzen auf die Situation, intensives Gefühlserleben	Gerecht ist, was in der Situation als subjektiv richtig erlebt wird; eher spontane, willkürliche Entscheidungen nach eigener Überzeugung, Übertragung eigener Präferenzen	Unreflektiertes, einseitiges Pflegeverständnis durch Übertragung eigener Bedürfnisse auf Bewohner:innen, geringe Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft, hohe Selbstsicherheit bei gleichzeitig hoher Emotionalität	Grundsätzlich hoher Stellenwert der Selbstsorge durch Durchsetzung eigener Bedürfnisse auch gegen Widerstände, situative Zurückstellung der Selbstsorge für persönliches Engagement	Keine kritische Reflexion der eigenen Haltung, weitgehende Immunität gegenüber Kritik auf Grund von starken persönlichen Überzeugungen; Kritik an Arbeitsbedingungen, aber keine grundsätzliche Reflexion	Durch Ausblendung der Perspektive der Bewohner:innen und Übertragung eigener Überzeugungen ausgeprägter Paternalismus, Gefahr der De-Humanisierung
Autokratisches Entscheiden	Gefühl der weitgehend uneingeschränkten Entscheidungsautonomie in der Ressourcenverteilung zur Umsetzung und Modifikation (institutioneller) Qualitätsansprüche, Gefühl der hohen bis überlegenen Fachkompetenz	Emotionale Abgrenzung vor allem gegenüber der Perspektive der Bewohner:innen, eher zweckrational-distanzierte Wahrnehmung auch von herausfordernden Verteilungssituationen	Gerecht ist, was die Sicherheit (und Zufriedenheit) aller Bewohner:innen (wieder-)herstellt, Sicherstellung der als sinnvoll erachteten institutionellen Abläufe, überindividuelle Verantwortung als Dienstleister	Evtl. Abgrenzung gegen Unplanbarkeit von Fürsorge-Ansprüchen der Bewohner:innen, eher technisch-funktional geprägtes Pflegeverständnis, (überhöhte) Selbstsicherheit und Vertrauen in die eigene Fachkompetenz	Besonders gute Selbstsorge durch distanzierte Perspektive auch in herausfordernden Verteilungssituationen, eigene Bedürfnisse werden dabei als legitimes Kriterium mit berücksichtigt	Eigenes Verteilungshandeln wird in der Regel als erfolgreich bewertet, daher eher keine kritische Selbstreflexion, aber kritische Beurteilung der institutionellen Rahmenbedingungen als hilfreich oder hinderlich	Gefahr des Paternalismus durch begrenzte Wahrnehmung und Berücksichtigung der Perspektive der Bewohner:innen

Tabelle 4: Übersicht über Charakteristika der Entscheidungstypen

Entscheidungstyp	Wahrgenommene Entscheidungsfreiheit	Emotionales Engagement	Verteilungskriterien	Begünstigende Bedingungen	Stellenwert der Selbstsorge	Reflexions- und Kritikfähigkeit	Umgang mit Autonomieanspruch der Bewohner:innen
Flexibel-reflexives Entscheiden	Hohe empfundene Entscheidungsfreiheit durch kreativen, situativ-flexiblen Umgang mit vorhandenen Ressourcen und Vorgaben, reflektiertes Bewusstsein der eigenen Expertise, die durch begrenzte Kontrollierbarkeit der Pflege, ungünstige Rahmenbedingungen und Autonomieansprüche der Bewohner:innen relativiert wird	Bereitschaft zur emotionalen Involviertheit (Einlassen auf den Einzelfall) bei gleichzeitigem Bewusstsein für die eigenen Grenzen sowie institutionelle Anforderungen	Flexible, situative Abwägung zwischen Fürsorge- und Gerechtigkeitsorientierung, begrenzter Einfluss von eigener Fachexpertise und eigenen Präferenzen	Eher bewohner:innenorientiertes Pflegeverständnis, längere Berufserfahrung, Vertrauen in eigene Fachkompetenz, Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie Reflexion der Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns, Freude an flexiblem Arbeiten und Entscheiden	Situativ hohe physische und psychische Belastung und zum Teil negative Emotionen durch (zu) hohe emotionale Involviertheit, eigene Bedürfnisse werden wahrgenommen aber bei Bedarf zeitweise zurückgestellt oder ignoriert, Gefahr der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse	Selbstkritische Reflexion und Relativierung der eigenen Fachexpertise, (konstruktive) Reflexion und Kritik der Rahmenbedingungen, die Verteilungsentscheidungen beeinflussen	Weitgehende Berücksichtigung der Autonomieansprüche der Bewohner:innen unter anderem durch Relativierung der Expertise und Autonomie der Pflegenden

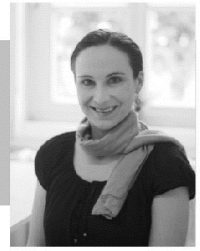
Ich suche Interviewpartner_innen für meine Doktorarbeit!

Mein Name ist Agnes-Dorothee Greiner, ich bin gelernte Altenpflegerin und habe an der Uni Bremen Pflegewissenschaften studiert. Für meine Doktorarbeit möchte ich nun Pflegende aus der Altenpflege befragen, um herauszufinden, welche Erfahrungen sie im Umgang mit den vielen verschiedenen Ansprüchen und Anforderungen in ihrem Arbeitsalltag machen.

Dazu benötige ich Ihre Unterstützung: Wenn Sie als Pflege(fach)kraft auf einer Pflegestation arbeiten und mich an Ihren Erfahrungen teilhaben lassen möchten, würde ich Sie gerne befragen. Ein Interview wird anonymisiert und dauert etwa 60-90 Minuten. Zeit und Ort können wir so absprechen, dass es für Sie möglichst wenig Aufwand bedeutet.

Ich freue mich, wenn Sie mich anrufen oder mir eine Mail schreiben! Und natürlich beantworte ich Ihnen gerne auch weitere Fragen zu meinem Projekt.

Agnes-Dorothee Greiner
[redacted]
Telefon: [redacted]
Mobil: [redacted]



Sie arbeiten als Pflegekraft in der stationären Altenpflege?

Wie sieht Ihr Arbeitsalltag unter den aktuellen Bedingungen aus?

Wie gehen Sie mit den unterschiedlichen Anforderungen um, die an Sie gestellt werden?

Welche Auswirkungen hat dies für Sie und die Bewohnerinnen und Bewohner?

Abbildung 10: Informationsflyer zum Forschungsvorhaben, Stand Januar 2017

Anhang 5 Erklärung zum Datenschutz

Promotionsvorhaben: „Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung“

Erklärung der Forschenden:

Hiermit erkläre ich, Agnes-Dorothee Greiner,
dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird. Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass ich Ihr Interview speichern und auswerten darf.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Auf Wunsch werden die bis dahin erhobenen Daten gelöscht. Aus einer Nichtteilnahme entstehen keine Nachteile.

Das Interview wird als MP3-Datei aufgenommen und anschließend durch mich oder ggf. durch ein Transkriptionsbüro transkribiert. Ich unterliege der Schweigepflicht und bin auf dem Datengeheimnis verpflichtet. Ein beauftragtes Transkriptionsbüro verpflichtet sich zur Verschwiegenheit und zur Löschung der Daten nach erfolgter Transkription.
Die Audiodateien und weitere personenbezogenen Daten werden passwortgeschützt und getrennt von Ihren Kontaktdaten (Name und Adresse) aufbewahrt und nur ich habe Zugang zu den Daten. Kontaktdaten, andere personenbezogene Daten und Audiodateien werden mit Erreichen des Forschungszwecks (Promotion) gelöscht.

_____

(Ort, Datum, Unterschrift)

Kontakt:
Agnes-Dorothee Greiner
[redacted]

Tel: [redacted]

Anhang 6 Einwilligungserklärung

Name der/des Interviewten: _____

Anschrift/Kontakt: _____

_____

_____

_____

Code:

Einwilligungserklärung der/des Interviewten

Hiermit versichere ich, Frau/Herr _____,

dass ich über das Vorgehen - insbesondere zum Datenschutz - bei der Erhebung und Auswertung des Interviews zum Promotionsvorhaben „**Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung**“ informiert wurde und dass die anonymisierte Version des Interviews im Rahmen des im Informationsschreiben genannten Promotionsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden kann.

_____

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anhang 7 Interviewprotokoll

Datum: _____

Ort: _____ **Code:**

Dauer: _____

Jahrgang bzw. Alter: _____ Geschlecht: _____ Familienstand: _____

Qualifikation: _____

Aktuell ausgeübter Beruf: _____

Träger/Größe der Einrichtung: _____

Pflegesetting: _____

Berufserfahrung (ca. in Jahren): _____

Weitere Informationen: _____

Teilnahmemotivation/vom Projekt erfahren über:

_____

_____

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse:

_____

_____

_____

Interviewatmosphäre, personale Beziehung:

_____

_____

_____

Interaktion im Interview:

_____

_____

_____

Störungen, Schwierigkeiten:

_____

_____

_____

Interview-Leitfaden „Verteilungsentscheidungen von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung“, Stand 16.08.2017

Einführung in das Interview

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview Zeit nehmen! Wie wir ja schon besprochen haben, werde ich dieses Gespräch verschriftlichen und im Rahmen meiner Doktorarbeit wissenschaftlich auswerten. Dabei werde ich Ihre persönlichen Daten verfremden, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich ist. Und natürlich verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit über alles, was hier gesprochen wird. Das Gespräch wird etwa eine bis eineinhalb Stunden dauern. Haben Sie noch Fragen dazu?
Dann würde ich Ihnen jetzt gerne mehr zum Thema und Inhalt des Interviews erklären:
In meinem Forschungsprojekt geht es um die Frage, wie Pflegende in der stationären Altenpflege mit den verschiedenen Anforderungen und Ansprüchen in ihrem Arbeitsalltag umgehen. Das möchte ich herausfinden, indem ich mir von Pflegenden Situationen erzählen lasse, in denen sie die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen wie Arbeitsmaterial oder Arbeitszeit nutzen, um den verschiedenen Anforderungen gerecht zu werden.
Fühlen Sie sich über das Projekt ausreichend informiert, oder haben Sie noch Fragen?

<u>Wenn mehr Informationen gewünscht werden:</u>
Pflegende müssen ja bei ihrer Arbeit verschiedenen Anforderungen gerecht werden: Zum Beispiel stellt die Einrichtung bzw. die Leitung bestimmte Anforderungen an die Arbeit von Pflegenden. Dann haben natürlich auch die Bewohnerinnen und Bewohner bestimmte Bedürfnisse und Ansprüche an Pflegende. Und auch Pflegende selber haben Vorstellungen und Ansprüche, wie die Pflege durchgeführt werden soll.

Im Laufe dieses Interviews werde ich Sie mehrfach bitten, mir konkrete Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag zu schildern. Erzählen Sie gerne im Detail, damit vor meinem inneren Auge ein Bild entsteht. Außerdem bin ich ja auch schon ein wenig aus der Praxis raus. Sie dürfen mir dazu alles erzählen, was Ihnen einfällt – es gibt nichts Unwichtiges oder Falsches! Nehmen Sie sich bei Ihrer Erzählung so viel Zeit, wie Sie mögen. Und erzählen Sie so, wie Sie es möchten. Ich kann Fragen jederzeit wiederholen, wenn Sie sie nochmal hören wollen und fragen Sie einfach nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.
Haben Sie sonst noch eine Frage zum Vorgehen oder zum Inhalt des Interviews? [ggf. noch weiter informieren]
Wenn Sie einverstanden sind, würde ich die Aufnahme jetzt starten **(Start)**

Thema 1: Arbeitssituation und berufliche Identität in der stationären Langzeitversorgung		
Inhaltliche Aspekte	**Erzählaufforderungen und Nachfragen (N)**	**Aufrechterhaltungsfragen/optionale Nachfragen**
„Warm-Up“ und thematische Einführung Arbeitssituation in der stat. LZV Ggf. Anknüpfungspunkte für weitere Episoden	*Ich interessiere mich ja für Ihren Arbeitsalltag und Ihr Arbeitsumfeld und möchte mir gerne ein Bild darüber machen.* **Sie erinnern Sie sich bestimmt gut an Ihren letzten Dienst. Können Sie mir einmal erzählen, was Sie dort erlebt haben?** **N: Was war aus Ihrer Sicht besonders positiv?** **N: Und was ist aus Ihrer Sicht nicht so gut gelaufen?** **N: Was unterscheidet Ihren letzen Dienst, von dem Sie mir erzählt haben, von einem typischen Arbeitstag?**	Aufrechterhaltungsfragen: Wie kann ich mir das vorstellen? Was fällt Ihnen noch ein? Können Sie mir das noch ein bisschen genauer erzählen? Zu einem bestimmten Aspekt: Wie kam das? Warum war das aus Ihrer Sicht so? Was ist Ihnen dabei durch den Kopf gegangen? Wie ging es Ihnen damit? Wie haben Sie das empfunden? Können Sie mir das vielleicht noch etwas genauer schildern? Optionale Nachfragen: Wie haben Sie das **Arbeitsaufkommen** an dem Tag empfunden? Können Sie mir mehr zur **Personalsituation** an dem Tag erzählen?

Thema 2: Umgang mit mehreren Anforderungen bei begrenzter Zeit (für direkte Pflege)		
Inhaltliche Aspekte	**Erzählaufforderung und Nachfragen**	**Aufrechterhaltungsfragen/optionale Nachfragen**
Umgang mit gleichzeitigen Anforderungen bei begrenzten zeitlichen Ressourcen Verteilungskriterien und -strategien Individueller Umgang mit hohen Anforderungen Normative Haltung Konsequenzen, Auswirkungen Ggf. Umgang mit Rationalisierung und Rationierung	*Als nächstes möchte ich Sie bitten, sich zurückzuerinnern an eine Situation, bei der Sie bei Ihrer Arbeit mit verschiedenen Anforderungen konfrontiert waren und alles gleichzeitig managen mussten. Erzählen Sie mir alles, was Ihnen zu dieser Situation einfällt und ich frage nach, wenn ich etwas nicht verstehe.* **N: Wie kam es zu der Situation?** **N: Wie kam es dazu, dass Sie so gehandelt haben?** **N: Was ist Ihnen dabei durch den Kopf gegangen?** **N: Was hat Ihr Handeln dabei beeinflusst?** persönliche und berufliche Haltung? Situation und Persönlichkeit der betroffenen Bewohner_innen? äußere Einflüsse (Vorgaben der Einrichtung, Kolleg_innen, Vorgesetzte, Arbeitsvertrag, Angehörige, Stationsablauf …) **N: Was ist dann passiert? Welche Auswirkungen hatte Ihr Handeln?** Wie haben die Betroffenen reagiert? Wie hat Ihr Umfeld reagiert? Wie ging es Ihnen persönlich mit Ihrer Entscheidung? Wo haben Sie da Ihre Grenzen gesehen? Wie geht es Ihnen heute, wenn Sie an die Situation zurückdenken? **N: Was haben Sie in dieser Situation als Herausforderung empfunden?** **N: Und was war aus Ihrer Sicht hilfreich?** **N: Und was hätte Ihnen in dieser Situation noch helfen können?**	Aufrechterhaltungsfragen: Wie war das? Wie haben Sie das gemacht? Wie sind Sie genau vorgegangen? Können Sie mir das noch einmal so schildern, dass ich mir die Situation besser vorstellen kann? Optionale Nachfragen: Wie haben Sie das **Arbeitsaufkommen** zu dem Zeitpunkt erlebt? Wie war die Situation aus Ihrer Sicht **für den Bewohner_für die Bewohnerin?** Optionale Nachfragen (wenn wenig Situationen geschildert werden): **Wenn Sie jetzt einmal <u>allgemein</u> an solche Situationen denken, was sind das für Situationen?** Was kennzeichnet für Sie solche Situationen? Wie gehen Sie mit diesen Situationen um? Wie setzen Sie dabei Prioritäten? Was für Gefühle haben Sie dabei? Wo sehen Sie in solchen Situationen Ihre Grenzen? Wie grenzen Sie sich ab?
	Erzählen Sie mir doch bitte noch von einer weiteren Situation, bei Sie mit vielen Anforderungen gleichzeitig umgehen mussten.	Optionale Nachfrage: **Vielleicht ist Ihnen ein Erlebnis besonders im Gedächtnis geblieben, bei dem Sie mit verschiedenen Aufgaben gleichzeitig konfrontiert waren?**

Thema 3: Einfluss der Rahmenbedingungen der Organisation auf Verteilungsentscheidungen		
Inhaltliche Aspekte	**Erzählaufforderungen/konkrete Fragen**	**Aufrechterhaltungsfragen/mögliche Nachfragen**
Organisatorische Rahmenbedingungen der stationären LZV Bedeutung von Leitlinien, Anweisungen, internen/informellen Absprachen Auswirkungen der Rahmenbedingungen	*Ich würde jetzt gerne mehr über die Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit erfahren. Wenn Sie an die Situationen denken, die Sie mir geschildert haben (wenn Anforderungen von verschiedenen Seiten an Sie gestellt werden, die Sie gleichzeitig managen müssen):* **Wie erleben Sie dabei Ihr Umfeld?** **N: Was wirkt sich eher förderlich aus in solchen Situationen?** **N: Und was empfinden Sie eher als Belastung? Was läuft eher nicht so gut?** Was bedeutet das für Sie persönlich? Welche Auswirkungen hat das für Sie? Welche Auswirkungen hat das auf Ihre Arbeit? Wie wirkt sich das aus Ihrer Sicht auf die Qualität der Pflege aus? Wie nehmen die Bewohner_innen das wahr?	Aufrechterhaltungsfragen: Woran machen Sie das fest? Können Sie das noch genauer beschreiben? Wie kann ich mir das vorstellen? Optionale Nachfragen: Welche Rolle spielen dabei zum Beispiel [Struktur-, Prozess und Ergebnisebene]: Unterstützung/Anweisungen von Vorgesetzen/Leitung Konkrete/explizite Leitlinien der Einrichtung Teamarbeit interne/informelle Absprachen, wie bei Personalmangel oder hohem Arbeitsaufkommen gearbeitet werden soll

Thema 4: Verteilung von Ressourcen jenseits von Zeitdruck und Materialknappheit		
Inhaltliche Aspekte	**Erzählaufforderungen/konkrete Fragen**	**Aufrechterhaltungsfragen/mögliche Nachfragen**
Normative (berufliche) Haltungen Verteilungskriterien	*Als letztes möchte ich Sie bitten, sich eine Ideal-Situation vorzustellen, bei der Sie frei von Zeitdruck und anderen Beschränkungen arbeiten können. Lassen Sie dabei Ihrer Phantasie ruhig freien Lauf!* **N: Was verändert sich in einer solchen Ideal-Situation?** **N: Was machen Sie vielleicht anders?** **N: Was ist Ihnen in einer solchen Situation wichtig?** **N: Wie geht es Ihnen in einer solchen Situation?** **N: Wie sähe in einer Ideal-Situation Ihr Umgang mit verschiedenen Anforderungen aus?**	Aufrechterhaltungsfragen: Können Sie mir das noch genauer erklären? Wie meinen Sie das genau? Wie fühlt sich das an? Optionale Nachfragen: Haben Sie das schon erlebt? Was würden Sie sich für Ihre Arbeit wünschen?

Abschluss:

Liegt Ihnen noch etwas am Herzen, was wir im Laufe des Interviews noch nicht genug thematisiert haben, was Ihnen aber noch wichtig ist? *[Ziel: Mögliche Lücken im Interview aufdecken].* Dann möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen für dieses Gespräch bedanken! **(Ausschalten)**

Anhang 9 Transkriptionskonventionen

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[ ]	Überlappungen und Simultansprechen

Pausen

(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(-)	kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
(--)	mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
(---)	längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
(0.5)	gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer
(2.0)	(Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)

Ereignisse

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen u. Äußerungen
<<lachend> >	Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite
<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Äußerungen

Rezeptionssignale

hm ja nein nee	einsilbige Signale

Betonung

keine Ahnung	Betonung
KEINE Ahnung	Betonung (in den ersten Transkripten)173

Handlungen und Ereignisse mit Reichweite

( )	unverständliche Passage ohne weitere Angaben
(xxx), (xxx xxx)	ein bzw. zwei unverständliche Silben
(solche)	vermuteter Wortlaut
(also/alo) (solche/welche)	mögliche Alternativen
((unverständlich, ca. 3 Sek))	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer
((...))	Auslassung im Transkript

[173] Aus praktischen Erwägungen wurde die Konvention für die Betonung von Wörtern und Wortteilen während der Erhebungsphase geändert (von Betonung durch Kapitälchen auf Betonung durch Fettschreibung). In den angeführten Zitaten wurde die Kennzeichnung der Betonung zu Gunsten der Fettschreibung vereinheitlicht.