



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN  
GESUNDHEITS- UND  
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



# Fallrekonstruktionen als eine Form der Qualitätssicherung in professionalisierbaren Handlungsfeldern

*von Hannes Ummel*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS  
REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER

2. JAHRGANG  
ISSN 1610-7268

7

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen <sup>®</sup> oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 11. März 2005

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·  
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Abstract

### Reconstructive Analysis of Field Observations as a Basis for Determining the Quality of Professional Activities

The popular concept of quality control takes on new shades of meaning when transposed from its original field, the market economy, to a human-service field like medical care. What determines »good-quality« service in nursing? How can standards be determined; how can the service be measured? And finally: Is it possible to apply some of the strategies and instruments traditionally used to determine quality to existing or newly emerging institutional structures? This presentation attempts to answer these three central questions by examining the logic of common interactions within the everyday practice of nursing. Specifically, the study is based on a reconstructive analysis of field notes made in a Swiss surgical clinic.

The reconstructive analysis of a bedside nursing scene leads to suggestions for quality control in three dimensions:

1. Professionalisation: Reconstructive methodology and practice (Ulrich Oevermann) offer new approaches to evaluation. These qualitative strategies help to examine the integration of role and personality, i. e. distance and empathy to the patients, which is considered one of the core aspects of professionalised nursing. Team interpretations (nurses and scientists) of field notes and other records are suggested. This non-bureaucratic evaluation promotes at the same time a professional *habitus*, which integrates theory and practice without reducing the complexity of everyday practice.
2. Evaluation: A different notion of evaluation is suggested: The analysis of decisions displays systematically the conditions and alternatives in a given situation. Together, they form the framework for the discussion that determines whether the professional service was of good or less good quality. The discussion about failure or success in nursing practice therefore is part of evaluation. The members of the interpreting team must try to find a consensus of what means quality *in this specific case*.
3. »Invasive research«: Reconstructive research supports professional practice. The analysis helps to focus on the critical situations, when the problem solving routines fail. This could lead to a peer-based evaluation of practical problems. The professional rather than the bureaucratic discourse would then guarantee the quality of the service.

---

---

## Schlagworte

- Rekonstruktive Forschung
  - Professionalisierung
  - Pflegeforschung
  - Evaluation
  - Qualitätskontrolle
  - qualitative Analysis
  - professionalisation
  - nursing science
  - evaluation
  - quality management
- 
- 

## Über den Autor

Geb. 1965, Studium der neueren deutschen Literatur, der Linguistik und der Soziologie an der Universität Bern. Promotion 2000, in Jena (bei Prof. Dr. B. Hildenbrand), zum Thema der Berufsbiographien von Männern in der Pflege. Zur Zeit Forschungsassistent und Dozent für Soziologie in der bernischen Lehrerbildung. Schwerpunkte in Forschung und Lehre: Professionalisierung, Biographie, Geschlecht. Aktuelles Forschungsprojekt 2005: »Die Fallwerkstatt. Ort der Reflexion für Studierende und Lehrpersonen«.

Kontakt: Hannes Ummel, Dr. phil., Pädagogisches Ausbildungszentrum NMS Bern, Lehrerinnen- und Lehrerbildungsinstitut auf Hochschulstufe, Waisenhausplatz 29, CH-3011 Bern, [fallwerkstatt@bluewin.ch](mailto:fallwerkstatt@bluewin.ch), Tel. +41 (0)31 310 85 05.

# Inhaltsverzeichnis

1 Die Pflege als Profession?	2
2 Professionalisierbar? Professionalisiert? – Überprüfung an der Empirie	3
3 Institutionalisierung von Rekonstruktionen des Pflegehandelns in Form angeleiteter Team-Interpretationen	6
4 Professionalisierung als Qualitätssicherung	6
5 Evaluation als Qualitätssicherung	7
6 Interventionsforschung als Qualitätssicherung	8
Literatur	8

---

---

## 1 Die Pflege als Profession?

Folgt man einer auch in aktuellen soziologischen Studien immer noch nachwirkenden Bestimmung dessen, was Professionen wie den Arzt, den Anwalt, den Pfarrer von gewöhnlichen Berufen unterscheidet (die jeweiligen weiblichen Pendanten sind meistens nicht mitreflektiert...), so kommt man schnell auf Kriterien wie: ein hoher Grad an Autonomie in der Bestimmung und Kontrolle der Berufsausbildung und -ausübung; ein relativ hohes Mass an gesellschaftlichem Prestige; hohes Einkommen; akademische Ausbildung; die Beherrschung eines komplexen Expertenwissens und insbesondere die Erfüllung zentraler gesellschaftlicher Werte (z. B. Hartmann 1972, Sprondel 1972). Wenn es um Statusansprüche und Machtallokation, um Einflusschancen und die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgattungen geht, mag dieser konstituententheoretische Zugang Analyse-Möglichkeiten eröffnen. Wenn es hingegen um die Qualität der psycho-sozialen Dienstleistung geht, greift dessen begriffliches Rüstzeug nicht. Es verunmöglicht es sogar eher, die Spezifik des Handlungsproblems zu erkennen, auf das Professionen bezogen sind. Fast unweigerlich geraten Berufe wie jene der Sozialarbeit, des Lehrens oder der Pflege zudem in eine defizitäre Optik, in der es ihnen bestenfalls zum Status einer ›Semiprofession‹ reicht.

Hier setzt die auf Handlungsstrukturen orientierte Professionalisierungstheorie Ulrich Oevermanns an (Oevermann 1996)<sup>1</sup>. Grundlegend unterschieden werden muss demnach professionalisierbares von nicht professionalisierbarem beruflichen Handeln. Zweitens

---

<sup>1</sup>Für einen Überblick über die Stränge der Professionalisierungstheorie vgl. Combe/Helsper (1996). Im Beitrag von Ulrich Oevermann in diesem Band (Oevermann 1996) bleibt die Weiterung der allgemeinen Professionalisierungsproblematik auf das Feld der Pflege leider Ankündigung.

kann für den Fall des professionalisierbaren Handelns der Frage nachgegangen werden, ob es in seinem Vollzug professionalisiert oder nicht-professionalisiert ist. Professionalisierbare Handlungsfelder sind solche, die strukturell, also von der Entscheidungsstruktur des Handlungsproblems her, das sie bearbeiten, nach der Integration von diffusen und spezifischen Anteilen verlangen.

Die theoretische Unterscheidung hat ihre Entsprechung in der Ende der 90er Jahre in Deutschland hektisch sich vollziehenden Akademisierung der Pflege. Doris Schaeffer diagnostizierte die Situation damals folgendermassen (und es scheint doch so, als ob diese Gefahren auch heute nicht gebannt seien): »So vollzieht sich in der Praxis jüngst beispielsweise statt einer Anhebung des Qualifikationsniveaus eine rasch fortschreitende Dequalifizierung (am deutlichsten beobachtbar in der ambulanten Pflege). Statt einer Überwindung der eng gesteckten Grenzen des Pflegehandelns und der Implementation eines weitergefassten, wissenschaftlich fundierten Selbst- und Aufgabenverständnisses droht die Reduktion auf eben jene »handwerklichen« und instrumentellen Funktionen, die mit der Etablierung der Studiengänge überwunden werden sollte. Setzt sich diese Entwicklung fort, steht zu befürchten, dass das Ziel einer Optimierung des Pflegehandelns und der Patientenversorgung gegenüber den Rationierungstendenzen vollends ins Hintertreffen gerät (Schaeffer 1998, 4)«. Die Frage ist also, ob die Pflege unter den akademisierten Bedingungen ihre Professionalisierung betreiben kann. Eine Begrifflichkeit, die Statusverbesserung und Formalisierung der Wissensbestände *an sich* schon als Schritte zur Professionalisierung setzt, verkennt, dass jenes weitgefasste, wissenschaftsfundierte Selbstverständnis für eine hohe Qualität komplexer pflegerischer Leistungen unabdingbar ist.

## 2 Professionalisierbar? Professionalisiert? – Überprüfung an der Empirie

Professionalisierbares Handeln vereint sich widersprechende Handlungslogiken und Beziehungsformen. Was bedeutet das für die berufliche Praxis? Einerseits umfasst sie funktional-spezifische Anteile. Sie antwortet auf einen Fächer klar abgrenzbarer, routinierter Erwartungen, ist also rollenförmig und an Leistungen orientiert. Andererseits ist professionalisierbares Handeln diffus insofern, als es immer auch auf das Gegenüber als ganze Person bezogen ist. In der Praxis wird es immer auch Momente geben, in denen jedes Thema ohne Begründungsverpflichtung kommunizier- und verhandelbar ist. Empathie, »entgrenzte« Gespräche, Trost und Zuspruch, Ärger und Aggressivität: diese Formen emotionalen Involviertseins sind nicht einfach die historische Erblast und Kehrseite von Professionalität, sondern genau dann integrativer Teil des professionalisierten Handelns, wenn sie nicht – etwa auf der Basis eines traditionellen weiblichen Selbstverständnisses – naiv »ausagiert«, sondern kontrolliert auf die spezifischen Anteile des Berufs abgestimmt werden. Das Arbeitsbündnis, in das sich Professioneller und Klient begeben, ist geprägt

dadurch, dass diese sich grundsätzlich widersprechenden Seiten zu einer spannungsvollen Passung gebracht werden<sup>2</sup>.

An einer alltäglichen Szene aus einer medizinischen Klinik eines Grosskrankenhauses lässt sich die Strukturproblematik idealtypisch rekonstruieren. So sollte sich bestimmen lassen, ob wir es mit professionalisierbarem Handeln zu tun haben. Wir geben im folgenden die *Ergebnisse* einer Sequenzanalyse wieder, also nicht die Sequenzanalyse selber, die in ihrem Verlauf nur mit grossem sprachlichem Aufwand nachzuvollziehen ist<sup>3</sup>.

Frau E. muss zu Testzwecken Blut entnommen werden, weil sie 1987 Blut bekommen hat, das vielleicht HIV-verseucht war. Die Patientin sagt: »Wenn ich AIDS habe, dann springe ich über die Westviertelbrücke.« Krankenschwester Erika Rutschi ›hört sie ab‹ und sagt dann: »Das verstehe ich, solche Gedanken kommen einem, da muss man sich damit auseinandersetzen.« Später im Korridor sagt Erika Rutschi, sie werde das dem Arzt berichten, der müsse dann entscheiden, wieviel und was man ihr allenfalls sagen solle. Auskünfte über Diagnosen seien Sache des Arztes. Die Krankenschwester spreche dann wiederholt mit dem Patienten um herauszufinden, wie er die Diagnose in seine Sprache übersetzt (z. B. »der Tumor«, »das Ding«). Die Krankenschwester kommuniziere mit ihm auf dieser Ebene und versuche, ihn an den unumgänglichen Befund zu gewöhnen.

Die Krankenschwester nimmt sich Zeit, um auf die harsch vorgetragene Angst der Patientin einzugehen. Sie bedient sich dabei unterschiedlicher Register diffusen Handelns: Zunächst hört sie zu, oder wie der Pflegejargon latent aggressiv formuliert: ›hört sie ab‹. Sodann antwortet sie auf die Notlage der Patientin, indem sie emotionales Verständnis signalisiert. Als zweites versucht die Krankenschwester, die Situation zu entdramatisieren: Das ist normal, was Ihnen widerfährt, sie brauchen sich dessen nicht zu schämen. Schliesslich ruft sie zu einer aktiven, rationalen und realitätsoffenen Haltung auf.

Die Krankenschwester praktiziert die diffuse Grundhaltung »Ich höre zu, was immer jetzt auch kommt«. Sie ›hilft‹ der Patientin, indem sie die Todesängste empathisch nachvollzieht, sich darauf interaktiv einlässt. Sie begegnet der Patientin im begrenzten Rahmen als ganze Person, für ihre Ratschläge ist sie deswegen auch persönlich verantwortlich. In ähnlichen Szenen im KRANKENHAUS war etwa auch zu beobachten, dass Pflegenden die Patienten an Händen, Armen oder Schultern berührten, um sie zu trösten – und dass sie derart belastende Szenen im Stationszimmer weinend ihren Kolleginnen berichteten. Kurz gesagt: Die Krankenschwester bewegt sich hier klar auf der Seite der funktional un-spezifischen Handlungs- und Beziehungsanteile, und zwar vielleicht mit innerer Distanz, in der Interaktion aber ungebrochen durch rollenförmige Elemente (Anbieten prof. Hilfe durch einen Therapeuten oder Pfarrer, Rückgriff auf formale Techniken der ›Begleitung‹ oder ›Beratung‹).

<sup>2</sup> Das ist beileibe nicht der erste Versuch einer ›Strukturbestimmung‹ pflegerischen Handelns. Z. B. Doris Schaeffer hat sich mit Oevermanns allgemeiner Professionalisierungstheorie und der Gefahr einer Therapeutisierung des Arbeitsbündnisses ebenfalls auf qualitativ-empirischem Weg auseinandergesetzt (Schaeffer 1992 a).

<sup>3</sup> Zur Veranschaulichung der Sequenzanalyse als Technik s. z. B. Oevermann (1988). Das vorliegende Beispiel stammt aus einer Untersuchung zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarkts (Heintz/Nadai/Fischer/Ummel 1997).

Dann geht die Krankenschwester aus dem Zimmer und schliesst die Tür hinter sich.

Jetzt im Korridor wechselt sie scheinbar bruchlos in den Modus funktions-spezifischen Handelns: Die in der Not der Verzweiflung und wahrscheinlich unter dem Siegel der Verschwiegenheit anvertraute Angst erscheint nun plötzlich als Symptom, für das eine bestimmte Stelle in der institutionellen Hierarchie zuständig sei. Stellt der Körper der Patientin im diffusen Akt den Weg zum Gemüt dar, so wird er nun zum unfreiwilligen Sender von Symptomen *für* die verschiedenen Dienste der Klinik: die ganzheitliche Sicht weicht dem funktionalistischen Körper- und Psyche-Bild. Aus der Äusserung wird eine Information, die im Fundus an formalem und erfahrenem Wissen der Krankenschwester verortet wird. Verantwortung übernimmt sie innerhalb ihrer Schwesternrolle.

Daraus resultiert eine Arbeitsteilung, die das Selbstverständnis der Pflegenden im Kern trifft: Wenn die Mitteilung der Diagnose Sache des Arztes sei, dann schreibt die Krankenschwester ihm zu, dass er allein Subjekt des Arbeitsbündnisses sein kann. Ist sie im diffusen Handlungsmodus tendenziell die Hermeneutin des Patientenleidens, so bestimmt sie jetzt, im Flur des KRANKENHAUSES, ihre Aufgabe als eine sekundäre: die wissenschaftliche Diagnose muss im Sprachgebrauch der Patientin verankert werden. Sie ist also die Hermeneutin des Arztes. Und zwar mobilisiert sie die ganze Kunst ihrer empathischen Gefühlsarbeit dafür, den Patienten an sein Schicksal zu gewöhnen. Damit wendet sie sich um 180 Grad: weg von der Suche nach Potentialen für die Bewältigung eines Krisenzustandes, hin zu Überlegungen, wie ein potentielles psychisches Ungleichgewicht an die Erfordernisse der KRANKENHAUS-Normalität angepasst werden kann. Damit schützt sie den Arzt vor Auseinandersetzungen, ebenso aber die Organisation, die beeinträchtigt oder gar ausser Betrieb gesetzt werden könnte.

Die Szene verdeutlicht mithin die historisch gewachsene, spannungsgeladene Situation, in welche die moderne, also die kulturell bürgerliche, Krankenschwester durch den heteronomen Verberuflichungsprozess, die Einbettung in die Institution der Medizin und in die Grossorganisation Krankenhaus geraten ist: Einerseits ist sie Funktionsträgerin auf beiden Ebenen, gleichzeitig soll sie *qua* informeller Zuschreibungen, wie sie historisch im Weiblichkeitsprofil der Krankenschwester verankert sind, kompensatorisch und als Gegenwelt die notwendige emotional stützende Beziehung schaffen.

Entscheidend ist die Tür. Sie ist das Ding, das den Wechsel zwischen spezifischen und diffusen Beziehungsanteilen trennt. Die Krankenschwester *switcht* zwischen den beiden Handlungslogiken. Jene Verschränkung zwischen ihnen, die der bedrohten Patientin verbindliche, tragbare Zukunftsentwürfe unter Wahrung ihrer Integrität ermöglicht, ist somit erschwert, wenn nicht gar unterbunden. Die Trennung macht aus dem diffusen Handeln ein verbales Händchenhalten, aus den funktional-spezifischen Anteilen ein blosses Patienten*handling*. In Termini der handlungsstrukturellen Professionalisierungstheorie: dieses Pflegehandeln ist nicht professionalisiert. Es ist aber durchaus auf struktureller Ebene professionalisierbar, gedankenexperimentell kann in diesem Beispiel eine gelungene Verschränkung von diffusen und rollenförmigen Anteilen entworfen werden. Das wäre an anderer Stelle im Detail aufzuzeigen, wie im übrigen auch die praxisreflexiven Weiterbildungsmöglichkeiten einer solchen Analyse, etwa hinsichtlich von Bewertungen der diffusen Beziehungsanteile, die auf Geschlechterstereotypen bauen. Zu Fragen ist insbesondere nach den Möglichkeiten, in solchen Alltagssituationen Ressourcen für ein vielleicht auch

nur passageres Arbeitsbündnis zwischen Krankenschwester und Patientin zu mobilisieren, das beidseitig autonom geschlossen wird und sich nicht von jenem des Arztes ableitet.

### **3 Institutionalisation von Rekonstruktionen des Pflegehandelns in Form angeleiteter Team-Interpretationen**

Die kurze Zusammenfassung der Ergebnisse sollte verdeutlichen, in welcher Art Probleme pflegerischen Handelns zugänglich werden, wenn man sich methodisch an die Sequenzanalyse und theoretisch an die handlungsstrukturelle Professionalisierungstheorie hält. Der Weg zu diesem Ziel eröffnet viele Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Selbstverständigung mit dem Ziel der Habitusbildung, sowohl für Studierende wie für Praktikerinnen. Methodologie, Methodik fallrekonstruktiver Analyse sollen hier nicht diskutiert werden, hingegen skizzieren wir kurz das Konzept einer angeleiteten, gemeinschaftlichen Team-Interpretation (vgl. dazu Ummel/Scheid/Wienke 2005). Eine Möglichkeit besteht darin, Szenen und Episoden des Alltags als Erinnerungsprotokolle von Berufsleuten oder angehenden Berufsleuten erheben zu lassen, um sie sodann gemeinsam mit Studierenden und erfahrenen Praktikern zu analysieren. Dabei werden gemeinsam zunächst Handlungsoptionen in Entscheidungssituationen entworfen, dann deren Implikationen und Konsequenzen bedacht. Bei dieser ›angeleiteten Sequenzanalyse‹ ist es unerlässlich, dass der Fokus des Gelingens/Scheiterns des Arbeitsbündnisses gesetzt wird. Dafür hat der nicht-involvierte, aussenstehende Gesprächsleiter, der zugleich Methodenexperte ist, besorgt zu sein. Erwünschtes und Vermeidbares sollen am konkreten Fall ausgewiesen, diskutiert und Möglichkeiten der Verallgemeinerung benannt werden, ohne dass normative Vorannahmen die Reflexion von Praxis beeinträchtigen. Gütekriterien pflegerischen Handelns, letztlich die Qualität der Pflegedienstleistung, kommen so wie von selbst zur Diskussion – zugleich müssen sie immer zuerst am Konkreten ausformuliert werden: Was heisst es hier, in dieser Situation, professionalisiert zu handeln? Der stringente Bezug auf einen im Text intersubjektiv zugänglichen Fall verhindert eine technokratische Subsumtion unter abstrakte Kategorien ›richtigen‹ Handelns. Fallrekonstruktionen eignen sich aus diesem Grund grundsätzlich nicht als bürokratisches oder effizienzorientiertes Kontrollinstrument. Dafür sind sie in hohem Masse qualitätssichernd im Sinn der Kompetenzsteigerung und der Bewusstmachung der »blinden Flecken« in Wahrnehmung und Handeln.

### **4 Professionalisierung als Qualitätssicherung**

Wie das Analysebeispiel zeigt, heisst fallrekonstruktive Evaluation grundsätzlich zunächst, dass anhand eines Protokolls geprüft wird, ob und in welcher Art die im Feld wirksamen deprofessionalisierenden Kräfte neutralisiert werden konnten. Die als Team-Interpretationen institutionalisierten fallrekonstruktiven Analysen befördern zudem einen



professionellen Habitus in mindestens zwei Hinsichten. Insofern als jeder der Beteiligten gezwungen ist, sein Wissen und Vorwissen am Fall zu explizieren, werden Vorverständnisse der Diskussion ausgesetzt und routinisierte Problemlösungsstrategien befragt. Wissenschaft wird also zur Prüfung von Praxiskonzepten genutzt. Aber auch das umgekehrte gilt: Biographische oder berufspraktische Erfahrungen widerlegen oder differenzieren die wissenschaftlichen Konzepte und testen sie auf ihre Reichweite. Im Idealfall kommt es zu einer engen Verschränkung von Theorie und Praxis. Zweitens fördert das quasi-therapeutische Durcharbeiten der eigenen (aber auch der fremden) Entscheidungsstrukturen die blinden Flecken in der Wahrnehmung zu Tage. Rekonstruktive Verfahren entfalten dann ihre volle Wirkung, wenn die Handlungskompetenz erhöht werden soll (und bringen dann wenig, wenn es um die effiziente und saubere Verrichtung einfacher Pflegehandlungen geht). Insofern als Fallrekonstruktionen das tatsächliche, realisierte Handeln vor dem Hintergrund der nichtrealisierten Möglichkeiten begreifen, sind sie gewissermassen Motoren zur systematischen Erzeugung von Handlungsalternativen. Die folgenreiche Entscheidung muss letztlich vom Praktiker selber gefällt werden. Damit ist auch einer szientifischen ›Deformation‹ von Praxis vorgebeugt. Angeboten werden Diagnosen, nicht Lösungen. Die gemeinschaftlich-kollegiale Analyse sozial-natürlicher Protokolle sichert also Qualität, indem sie die Handlungskompetenzen von Praktikern erweitert.

## 5 Evaluation als Qualitätssicherung

Die gemeinschaftliche Protokollanalyse ist Evaluation insofern, als sie Möglichkeiten, Bedingungen und Grenzen professionalisierten Handelns aufzeigt. Und das heisst wie schon gesagt oft, dass die Integration von diffusen und spezifischen Beziehungsanteilen überprüft wird. Evaluationen als Mittel der Qualitätsmessung müssen der Struktur des Gegenstandes angemessen sein. D. h. wo die professionalisierte Leistung eingeschätzt werden soll, muss die Evaluation in der Lage sein, die prekäre Balance zwischen rollenförmigem und diffusem Handeln zu erfassen. Eine nicht-standardisierbare ›Leistung‹ ist mit nicht-standardisierenden Methoden zu messen. Umgekehrt gilt natürlich auch, dass einfache, rollenförmige Leistungen durchaus quantifizierend evaluiert werden können. Im Konzert qualitativer Verfahren für die Beforschung professionalisierten Handelns kommt den rekonstruktiven Verfahren eine besondere Stellung zu: Ethnographische oder *grounded theory*-Analysen gewähren Einblick in die Lebenswelt eines Klienten und seine subjektiven Perspektiven, respektive in die ungeschriebenen Regeln sozialer Welten und Organisationen. Sie setzen aber nicht bei der Struktur professionellen Handelns an. Die eigentliche und genuine Leistung sequenzanalytischer Evaluation liegt dagegen in der Praxisreflexion, d. h. in der minutiösen Prüfung der beruflichen Kernanforderungen und der jeweils fallspezifischen Antworten darauf. Fallrekonstruktive Verfahren dienen nicht der Exploration und nicht der Hypothesengenerierung, sondern der Reflexion von Praxis.

## 6 Interventionsforschung als Qualitätssicherung

Rekonstruktive Forschung, die sich derart in den Dienst der professionellen Habitusbildung stellt, ist ›klinisch‹, weil sie die Praxis genau dort fokussiert und befragt, wo deren ›naturwüchsige‹ Problemlösungsstrategien in die Krise geraten. Sie kann zu einer forschungsbasierten, evaluativen Supervision führen. Das hat einen ›Nebeneffekt‹, der auch den Professionspolitikerinnen gelegen kommen könnte: kollegiale Kontrolle und ein professionsethisch gestützter Diskurs sind die Garanten für die Qualität der Dienstleistung. Damit ist *eine* Basis gewonnen für die Integrität einer berufsständischen Autonomie, oder anders gesagt: gegen eine Bürokratisierung der Praxis, sei sie nun durch Entwicklungen in der Pflege selbst verursacht oder von aussen in sie hineingetragen. Für eine Evaluationsforschung, die sich als praxisorientierte klinisch-soziologische Befragung der Handlungsstrukturen versteht, hiesse dies, dass sie sich aus der Umklammerung durch Legitimationszwänge so weit lösen können müsste, dass das Handeln selbst unvoreingenommen reflektiert werden kann. Schliesslich stellen Team-Interpretationen ein Ausbildungs- und Weiterbildungsinstrument dar, das pflegerischem Handeln nicht ein monokausales, unilineares Wirkungsverständnis zugrundelegt, sondern sich zur Komplexität bekennt, d. h. sie in angemessener Form einer methodischen Überprüfung zugänglich macht.

Die drei Aspekte zusammenfassend lässt sich sagen, dass Fallrekonstruktionen...

- ... einen empirisch-analytischen Mechanismus der Integration von Theorie und Praxis in Aus- und Weiterbildung verankern;
- ... die komplexitätsbewahrende, kollegial-supervisorische Nachprüfung des Gelingens und Scheiterns professionalisierten Handelns garantieren;
- ... in Krisen der professionellen Praxis im Sinn einer Hilfe zur Selbsthilfe intervenieren und gleichzeitig einen Wissensfundus über Praxis-Probleme sowie deren Lösungsmöglichkeiten anlegen.

Professionalisierung in Aus- und Weiterbildung, supervisorische Reflexion von Praxis sowie Intervention über Forschung stellen drei Aspekte der Qualitätssicherung dar, die von Fallrekonstruktionen realisiert werden können.

### Literatur

- Beck, C. e. a. (2000), Fallarbeit in der universitären LehrerInnenbildung. Professionalisierung durch fallrekonstruktive Seminare? Opladen
- Combe, A./Helsper, W. (Hg.) (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.
- Hartmann, Heinz (1972), Arbeit, Beruf, Profession, in: Luckmann, T./Sprondel, W. (Hg.), Berufssoziologie, Köln, 36-52.

- Heintz, B./Nadai, E./Fischer, R./Ummel, H. (1997), Ungleich unter Gleichen: Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes, Frankfurt/M.
- Oevermann, U. (1988), Eine exemplarische Fallrekonstruktion zum Typus versozialwissenschaftlicher Identitätsformation, in: Brose, H.G./Hildenbrand, B. (Hg.), Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende. Biographie und Gesellschaft, Bd. 4, Opladen, 243-286.
- Oevermann U. (1996), Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe/Helsper (1996), 70-182.
- Ohlhaver, F./Wernet A. (Hg.) (1999), Schulforschung – Fallanalyse – Lehrerbildung. Diskussionen am Fall. Opladen.
- Schaeffer, D. (1998), Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld IPW.
- Schaeffer, D. (1992 a): Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radtke, O. (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leverkusen, 200-229.
- Schaeffer, D. (1992 b): Stand und Perspektiven qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern.
- Sprondel, W. (1972), »Emanzipation« und »Professionalisierung« des Pflegeberufs. Soziologische Analyse einer beruflichen Selbstdeutung, in: Pinding, Maria (Hg.), Krankenpflege in unserer Gesellschaft, 17-26.
- Ummel, H./Scheid, C./Wienke, I. (2005), Fallrekonstruktionen als Mittel der Professionalisierung, Publ. in Vorb. in: Beiträge zur Lehrerbildung 1/2005.
- Ummel, H. (2004), Männer in der Pflege. Berufsbiographien im Umbruch, Bern.
- Ummel, H. (2004), Was sind das für Männer? In: NOVA (Publikationsorgan des Schweizer Berufs- und Fachverbands der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege), 5/2004, 28-30.
- Ummel, H. (2001), Andere Männer im ›anderen‹ Beruf? Umbrüche und Persistenzen im beruflichen Geschlechts-Selbstverständnis von Pflegern. In: Döge, P./Meuser, M. (Hg.), Männlichkeit und soziale Ordnung. Neuere Beiträge zur Geschlechterforschung. Opladen, 159 - 182.