

Die Theorie des Coolout | Das Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit in den Pflegeberufen – Belastungen und Umgangsstrategien im Arbeitsalltag

Karin Kersting

Inhaltsübersicht

Einleitung	1
1. Personalmangel und Zeitdruck in der Pflege bei gleichzeitig steigenden pflegefachlichen Anforderungen	3
2. Der unauflösbare Widerspruch in den Anforderungen an Auszubildende und Pflegende – Coolout in der Pflege	4
2.1 Die Coolout-Studien im Überblick	5
2.2 Die Kälteellipse - ausgewählte Reaktionsmuster	7
3. Was ist zu tun? Ein Modell zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs	14
3.1 Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Modells – der unauflösbare Widerspruch	15
3.2 Aufbau des Modells zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs (ReWi-Modell)	16
4. Das Reflexionsmodell der Coolout-Theorie im Zusammenhang mit dem Konzept des Kohärenzgefühls der Salutogenese	21
5. Zusammenfassung und Ausblick	24
Literatur	25

Einleitung

In der Einführung dieses Bandes skizzieren die Herausgeber*innen Transformationsprozesse der Arbeit mit ihren Belastungen und Herausforderungen für die Gesundheit der Arbeitenden bis hin zu Überforderungskrankheiten: Forderungen nach Leistungssteigerungen und Effizienz, aber auch mangelnde Anerkennung und strukturelle Probleme wie Beschleunigung, Verdichtung und Intensivierung von Arbeitsprozessen. Über die Forderung nach Selbststimmung würde die Verantwortung von Gelingen und Misslingen von Arbeitsprozessen den einzelnen Menschen zugeschoben, so die Herausgeber*innen. Anders formuliert: Von den Menschen wird etwas verlangt, was sie unter dem herrschenden Druck in der Arbeitswelt nicht oder kaum verwirklichen können, ohne womöglich selbst Schaden zu nehmen. Zugleich wird die Lösung zur Bewältigung dieser Situation über die Forderung nach Selbstbestimmung wiederum den einzelnen Menschen zugewiesen. Daraus resultierende Fragen der Herausgeber*innen nach salutogenen, Resilienz

fördernden Faktoren, Anerkennung, Sinngebung, Unterstützungsmöglichkeiten werden in diesem Beitrag anhand der hohen Anforderungen an Pflegende aufgegriffen. Im Fokus steht dabei die Verstrickung der Pflegenden in den unauflösbaren Widerspruch zwischen hohem pflegefachlichem Anspruch und der Funktionalität innerhalb der ökonomischen Zwänge im Pflege- und Gesundheitsbereich, die die Verwirklichung des geforderten Anspruchs systematisch verhindert. Im ersten Kapitel werden die Versorgungsrealität in der Pflege und die steigenden fachlichen Anforderungen skizziert. Im zweiten Kapitel wird die Coolout-Theorie vorgestellt. Mit dieser induktiv aus qualitativen Studien entwickelten Theorie wird die Unauflösbarkeit des Widerspruchs in den Anforderungen an Pflegende beschrieben. Es wird erläutert, wie sie den Widerspruch in ihrem Alltag wahrnehmen und mit welchen Deutungen und Strategien sie ihn aushalten können. Das dritte Kapitel greift die Frage auf, was angesichts der herrschenden Bedingungen in der Pflege und des unauflösbaren Widerspruchs zu tun ist. Als eine Antwort wird ein auf der Basis der Coolout-Theorie entwickeltes Reflexionsmodell vorgestellt. Mit diesem theoretisch fundierten und praxisnah anzuwendenden Modell können Auszubildende und Pflegende in dem Spannungsfeld des Arbeitsalltags unterstützt werden und zugleich lernen, einen Blick auf die Notwendigkeit und auch Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme zu richten. Das vierte Kapitel stellt einen Bezug zur Salutogenese von Antonovsky her. Das Konzept des Kohärenzgefühl mit seinen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit wird in einen Zusammenhang gebracht mit dem Reflexionsmodell und mit der Frage verbunden, inwieweit über das Reflexionsmodell Einfluss auf das Kohärenzgefühl genommen werden kann.

1. Personalmangel und Zeitdruck in der Pflege bei gleichzeitig steigenden pflegfachlichen Anforderungen

In den letzten Jahrzehnten gab es zunehmend empirische Untersuchungen, Statistiken und Erfahrungsberichte über die Versorgungsrealität im Gesundheits- und Pflegebereich. Dokumentiert sind damit über die Zeit ein Mangel an Pflegepersonal, hohe Belastungen des Personals und desolate Zustände in der pflegerischen Versorgung kranker und alter Menschen.

So schreibt etwa die Arbeitnehmerkammer Bremen als Herausgeberin eines Kooperationsprojektes mit der Hans Böckler Stiftung und der Arbeitskammer Saarland, dass der Fachkräftemangel in der Pflege unumstritten sei.

„Die Arbeitsbelastung sowohl in der Langzeit- als auch in der Krankenpflege ist dementsprechend hoch, die Arbeitszufriedenheit schlecht. ... Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen ist der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen und die Frühberentung von Pflegekräften.“¹

Ursachen für ein Ausscheiden aus dem Beruf sind demnach vor allen Dingen hoher Zeitdruck und zu wenig Personal, eine schlechte Arbeitsorganisation und ein Zurückbleiben hinter den eigenen fachlichen Ansprüchen.² Rudat verweist hinsichtlich von Ausbildungsabbrüchen in der Pflege auf internationale Studien und fasst zusammen.

„So fühlten sie [die Auszubildenden, Anmerkung KK] sich schlecht vorbereitet und erhielten zu wenig Hilfe bei der Bewältigung [von emotional belastenden Situationen, Anmerkung KK]. Auch sie stellten ihre eigene Kompetenz und die Fähigkeit eine gute Pflegekraft zu sein in Frage. Darüber hinaus konfrontierte sie das hohe Arbeitspensum mit der Herausforderung, die Pflegeempfänger nicht zu Objekten werden zu lassen.“³

Zugleich steigen die Anforderungen an professionelles pflegfachliches Handeln. Die Entwicklung der Pflegewissenschaft, die Professionalisierungsdiskussionen und -bestrebungen der letzten Jahrzehnte finden Eingang in Ausbildungsreformen. Zuletzt zeigt sich das im aktuellen PflBG (Pflegeberufegesetz) mit entsprechender PflAPrV (Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung) und

¹ Arbeitnehmerkammer Bremen 2022:7f.

² Arbeitnehmerkammer Bremen 2022:7ff. Vgl. auch DAK 2024; Familiara 2025; Göhler 2024; Hans-Böckler-Stiftung 2024, Mohan/Reichardt 2023, Pflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) 2025; ver.di 2022.

³ Rudat 2024:49. Wenngleich dies im Einzelnen für Deutschland noch nicht erhoben wurde, ist es denkbar, dass diese Befunde auch hier tendenziell zutreffen. Als Gründe für einen Ausbildungsabbruch werden in Deutschland allgemeiner formuliert die Arbeitsbelastungen/Arbeitsbedingungen sowie die Praxiseinsätze selbst genannt. (Rudat 2024: 49). Vgl. das zu auch ver.di 2022: ohne Seiten.

dem bundesweiten Rahmenlehrplan nach § 53 PflBG.⁴ Pflege soll nach dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse auf der Grundlage einer professionellen Ethik erfolgen.

„Die Absolventinnen begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen, evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen“.⁵

Sie sollen „fachbezogenes und -übergreifendes Wissen verknüpfen, vertiefen, kritisch prüfen und in Handlungszusammenhängen anwenden“ können. Somit seien sie in der Lage, alle anfallenden Aufgaben des Berufsbildes zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen. Der Gesetzgeber verspricht sich durch eine bessere Nutzung pflegewissenschaftlichen Wissens und durch eine Zunahme und Ausweitung anzubahnender Kompetenzen in der Ausbildung die Sicherstellung und Verbesserung der pflegerischen Versorgung.⁶ Wie aber kann dieser hohe Anspruch verwirklicht werden, wenn zu wenig Personal und Zeit zu beklagen sind. Eine Änderung der Ausbildung kann die Qualität der Pflege nur unmaßgeblich verbessern, weil die Rahmenbedingungen in der Praxis unzureichend bleiben.⁷ Dafür steigt der Druck auf die Auszubildenden und Pflegenden. Sie müssen sich dem Tempo, der Nötigung zum schnellen Arbeiten, dem Druck der Kolleg*innen anpassen und zugleich wissenschaftliche Theorien und Konzepte anwenden können.

2. *Der unauflösbare Widerspruch in den Anforderungen an Auszubildende und Pflegenden – Coolout in der Pflege*

Der Pflegealltag ist bestimmt von einem unauflösbaren Widerspruch in den Anforderungen an Pflegenden⁸: Es ist faktisch nicht möglich, den formulierten Anspruch einer theoriefundierten, an den individuellen Patienten*innen ausgerichteten professionellen Pflege unter den herrschenden Arbeitsbedingungen zu verwirklichen. Patientenorientierung wird trotz aller angestrebten Kompetenzen und ethischen Reflexionen nicht, nur manchmal, hin und wieder, oder nur zufällig in der geforderten Weise verwirklicht, denn sie wird systematisch durch die Bedingungen verhindert.

⁴ BMG 2017, BMG 2018, bibb 2020, Kersting, 2019, Kersting 2024c.

⁵ BMG 2018:57.

⁶ BMG 2018:2.

⁷ Kersting 2019.

⁸ Damit sind gleichermaßen praktisch Pflegenden, Auszubildende und Studierende der Pflege, Praxisanleiter*innen, Pflegepädagog*innen und Pflegeleitende gemeint.

Das konstituiert den Ausbildungs- und Pflegealltag, führt zu alltäglichen moralischen Konfliktsituationen, Belastungen und zur moralischen Desensibilisierung.⁹

2.1 Die Coolout-Studien im Überblick

Mit den Coolout-Studien wird seit Mitte der 90ziger Jahre dazu geforscht. Der Ursprung der Studien liegt in der älteren Kritischen Theorie mit Bezugnahme auf Adorno und Horkheimer. Die zentrale Frage der Studien ist: Wie halten Menschen alltägliche moralische Konfliktsituationen aus, bei denen es um widersprüchliche gesellschaftliche Anforderungen geht? Die Antwort lautet: durch „Bürgerliche Kälte“. Diesen Begriff prägten Theodor W. Adorno, Max Horkheimer mit ihren gesellschaftskritischen Analysen. (Adorno 1994a, 1994b, Adorno/Horkheimer 1994, Gruschka 1994) Andreas Gruschka hat auf dieser Basis ab 1995 an der Universität Essen ein Forschungsprojekt zu moralischen Krisenerfahrungen in Kindheit und Jugend durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Interviews mit über 200 Proband*innen geführt.¹⁰ Die konkreten Inhalte der Interviews wechselten dabei je nach Altersgruppe der Befragten und deren moralischen Konfliktsituationen. Strukturell waren diese Konflikte jedoch identisch: Immer ging es um Situationen, in denen ein Verhalten gemäß einer postulierten Norm im Widerstreit zu den Bedingungen des Alltags stand. Die transkribierten Interviews wurden mittels Objektiver Hermeneutik in Interpretationsgruppen ausgewertet und die identifizierten Reaktionen als Muster beschrieben. Im Fortgang des Projektes wurde eine Graphik erarbeitet, mit der eine Entwicklungslogik der Reaktionsmuster verdeutlicht werden kann. Weil die Konflikte strukturidentisch sind, ist eine Verallgemeinerung sowohl der Ergebnisse der Altersgruppen der Proband*innen als auch der verschiedenen Normkonflikte möglich. Die Studie habe ich 1996 auf den Bereich der Pflege ausgeweitet und Auszubildende und examinierte Pflegekräfte in das Projekt einbezogen. Der für die Pflegeproband*innen relevante moralische Konflikt resultiert aus dem normativen Postulat einer patientenorientierten Pflege gemäß dem pflegefachlichen Anspruch und die an die Pflegenden herangetragene Forderung nach funktionalen Verhaltensweisen in der Pflegepraxis. Mit Rückgriff auf die Metapher der Kälte lässt sich erklären, wie Menschen das

⁹ Kersting 2019, 2022a, 2024a.

¹⁰ Die Proband*innen waren Kindergartenkinder, Schüler*innen der Primarstufe, Sekundarstufe I und II, Studierende und junge arbeitslose Personen. Sie wurden zu verschiedenen Normkonflikten in pädagogischen Institutionen und im außerpädagogischen Bereich befragt (z.B. Solidarität mit dem Schwachen, Mündigkeit, Allgemeinbildung versus der Funktionslogik in pädagogischen Institutionen (Konkurrenz- und Leistungsprinzip, Selektionsfunktion), vgl. dazu Kersting 2022a: 315ff, Gruschka, Pollmanns Leser 2021).

Spannungsfeld von normativen Ansprüchen und gesellschaftlichen Funktionen, die diesen Ansprüchen entgegenstehen, so aushalten, dass sie ihre moralische Integrität wahren und handlungsfähig bleiben können. (Gruschka 1994, Gruschka/Pollmanns/Leser 2021, Kersting 2022a, Kersting 2024a.) Ab 2007 wurden im Rahmen von Lehrforschungsprojekten an der HWG Ludwigshafen die Studien auf Praxisanleiter*innen, Pflegepädagog*innen und Pflegeleitende übertragen und weitere Auszubildende befragt. Bislang wurden über 100 Personen aus dem Bereich der Pflege zu diesem unauflösbaren Widerspruch befragt. Dabei konnten bisher 14 Reaktionsmuster identifiziert werden, die erklären, wie Pflegende, Auszubildende, Lehrende, Anleitende, Leitende diesen Widerspruch in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern deuten und aushalten.¹¹ Die Ergebnisse der Coolout-Studien zeigen, dass alle Strategien erlernen, mit denen sie mehr oder weniger widerstandslos Verletzungen des pflegefachlichen Anspruchs im Alltag hinnehmen können. Dabei geht es nicht um eine eklatante, dramatische Verletzung des Anspruchs, die sofort zum Protest führte. Es geht vielmehr um die häufige Verletzung im scheinbar Kleinen, eine vom Inhalt her tendenziell tolerierbar Regelverletzung, die nicht direkt Widerstand mobilisiert, die eher unscheinbar und insofern eher harmlos im Alltagsablauf erscheint. Gerade die Alltäglichkeit, die fehlende Besonderheit der Normverletzung birgt eine Normalitätstendenz, die zum Maßstab für Normalität selbst gesetzt wird.¹² Diese Normalitätstendenz strukturell regelverletzender Abläufe ist Teil des Pflegealltags, sie ist konstitutiv für den beruflichen Alltag und damit ist sie auch konstitutiv für berufliche Sozialisation.

Pflegende lernen es, sich unempfindlich zu machen gegenüber dem Widerspruch in den an sie gestellten Anforderungen. Sie machen dies in einer Weise, die sie befähigt, grundsätzlich an dem hohen pflegefachlichen Anspruch festzuhalten und ihn zugleich zu unterlaufen. Sie schützen sich damit vor den widersprüchlichen Anforderungen, die an sie gestellt werden und stabilisieren so jedoch nahezu unmerklich die bestehenden Verhältnisse. Wie das konkret aussieht, wird hier beispielhaft an einigen Reaktionsmuster (synonym Deutungsmuster) beschrieben.

¹¹ Insgesamt wurden bisher 16 Reaktionsmuster identifiziert, davon 14 im Bereich der Pflege. Zwei Muster wurden nur in den oben beschriebenen pädagogischen Studien gefunden. Sie sind in der Graphik der Kälteellipse kursiv gekennzeichnet.

¹² Oevermann 1999: 257; Kersting, 2022: 93.

2.2 Die Kälteellipse - ausgewählte Reaktionsmuster

Die Reaktionsmuster werden in der Graphik der Kälteellipse dargestellt, wobei die Anordnung der Muster in der Ellipse Unterscheidungen hinsichtlich einer Zunahme des Reflexionsniveaus verdeutlichen. Damit lässt sich eine Entwicklungslogik aufgezeigt:

- vom naiven Zugang, bei dem der Widerspruch in den Anforderungen gar nicht erkannt wird,
- über eine (gleichsam ohnmächtige) Hinnahme in der Praxis,
- über engagierte Versuche der praktischen Auflösung des Widerspruchs mit unterschiedlichen Strategien
- bis hin zu einer Einsicht in die Unauflösbarkeit des Widerspruchs.¹³

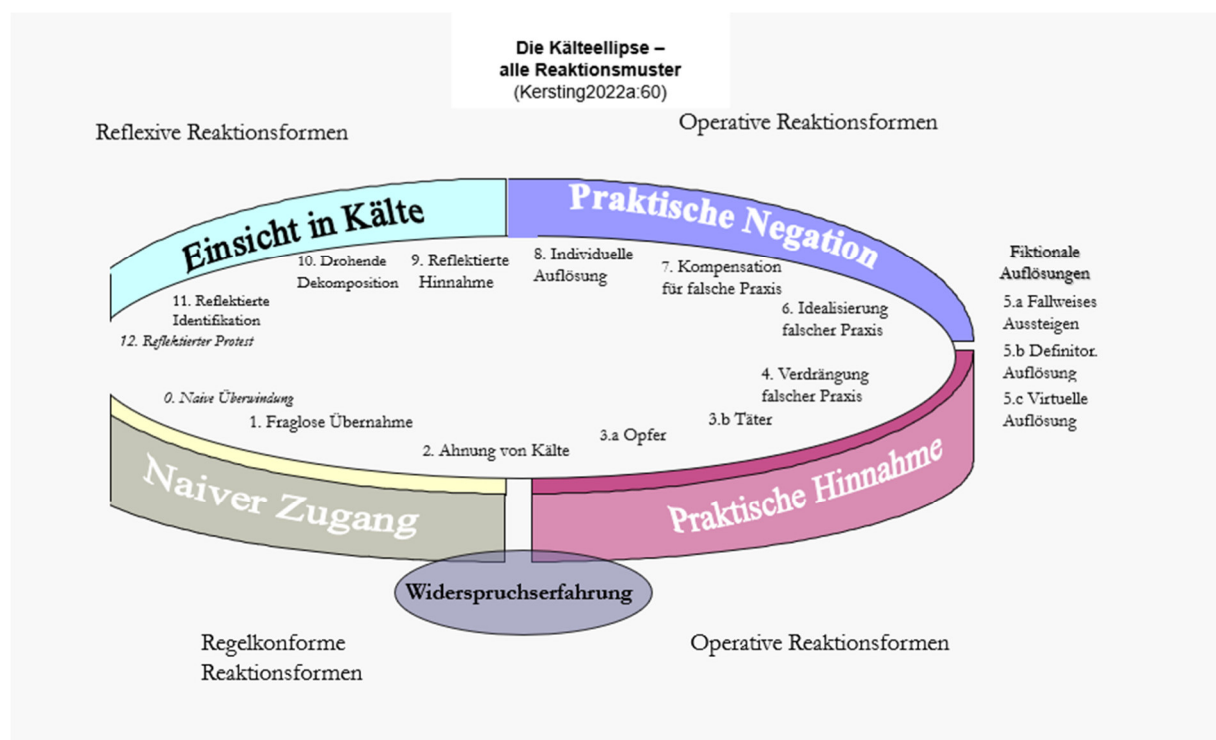


Abbildung 1: Kälteellipse (eigene Darstellung)

Naiver Zugang

Es gibt Reaktionsmuster, die einen naiven Zugang widersprüchlichen Situation im Alltag zeigen z. B. *Fraglose Übernahme objektiv Kälte verursachender Strukturen*. Hierbei wird der Widerspruch in

¹³ Die nachfolgenden Beschreibungen der Reaktionsmuster sind Zusammenfassungen aus Kersting 2016, Kersting 2022, Kersting 2024.

den Anforderungen gar nicht erkannt. Vielmehr werden beide Seiten des Widerspruchs als Einheit wahrgenommen, welche die Praxis bestimmt. Die Bedingungen des Alltags werden als legitim angesehen und fraglos als richtig akzeptiert. Wie selbstverständlich fügen sich Pflegende im Alltag den Regeln der Praxis, so wie sie sie erleben. Die Einsicht in die Notwendigkeit der Funktionalität und dem schnellen Arbeiten gehört ebenso dazu wie das Wissen um den pflegefachlichen Anspruch. Dabei stehen die Pflegenden dem hohen Anspruch keineswegs gleichgültig gegenüber, sie erkennen aber überhaupt nicht, dass dieser im Alltag nicht erfüllt wird und dies innerhalb der vorgegebenen Strukturen auch nicht möglich ist. Sie zeigen kein Bewusstsein für die widersprüchliche Beziehung zwischen dem, was ist, und dem, was sein soll.

Das auf den ersten Blick erstaunlich erscheinende an diesem Reaktionsmuster, nämlich die durchaus formulierte Forderung nach der Erfüllung des Anspruchs und das vermeintliche Gelingen, werden erst plausibel, wenn man dabei im Blick hat, dass das, was an Normverwirklichung erlebt und auch angestrebt wird, bereits funktional gebrochen und deshalb kompatibel mit den Bedingungen ist. So schildern die Befragten zum Beispiel Situationen, in denen wenig Personal für eine Vielzahl von pflegebedürftigen Patienten zuständig ist und sie heben dabei hervor, dass sie sich trotz großem Zeitdruck immer um die Patienten „gekümmert“ haben und sie „nicht hingelassen haben“. In dem Begriff „kümmern“ ist für sie die Verwirklichung des pflegefachlichen Anspruchs aufgehoben. Die Praxis wird so gedeutet, dass der Anspruch, oder das, was die Pflegenden dafür halten, im Alltag als erfüllt angesehen wird. Pflegende sind so in das Regelwerk und die Gepflogenheiten der Arbeitsweisen eingebunden, dass sie unreflektiert reproduzieren, was sie im täglichen Leben erleben. Alle anderen Reaktionsmuster setzen eine *Widerspruchserfahrung* voraus. Das heißt, Pflegende machen die Erfahrung, dass von ihnen etwas verlangt wird, was sie nicht ohne weiteres erfüllen können, auch wenn sie dies wollen: Die Kommunikation beispielsweise mit einer Patientin, die an einer Aphasie leidet, bedarf der Zeit genauso, wie die Begleitung sterbender Patient*innen nicht zwischen ‘Tür und Angel’ möglich ist. Mit schnellem Arbeiten lässt sich das nicht in Einklang bringen. Auf die Erkenntnis, dass nicht eingelöst wird, was Pflegende in der Ausbildung als fachlich korrekte Pflege erlernen, folgt, dass sie mit ihren subjektiven Urteilen die Zumutungen des Alltags nun nicht mehr fraglos hinnehmen können. Eine Sensibilität für die Verletzung des Anspruchs führt dazu, dass sie neue Deutungen für die Bewältigung des konflikthaften Alltags lernen müssen. Sie können und müssen sich nun bewusst zum Widerspruch verhalten. Hinter diese bewusste Widerspruchserfahrung können sie nicht mehr zurückfallen.

Alle weiteren Reaktionsmuster sind als operative Reaktionsformen zu bezeichnen, weil mit ihnen unmittelbar auf den erkannten Widerspruch geantwortet wird. Hier sind weitere Unterschiede zwischen den Mustern festzustellen.

Praktische Hinnahme

Eine Sichtweise besteht darin, dass der erkannte Widerspruch in den Anforderungen im Alltag praktisch hingenommen werden muss. Auf diese Erkenntnis reagieren die Pflegenden wiederum unterschiedlich. Während die Pflegenden bei einem Muster sich im Bewusstsein ihrer Hilflosigkeit der Übermacht der Verhältnisse fügen, darunter leiden und sich selbst als Opfer der Strukturen sehen, sichern sie sich bei dem anderen Muster durch Anpassung ihren Vorteil, auch wenn dies auf Kosten anderer geht.

Der Dreh- und Angelpunkt des Reaktionsmusters *Opfer der objektiv Kälte verursachenden Strukturen* ist die Erfahrung, dass der für gut und richtig anerkannte normative Anspruch in der Praxis nicht erfüllt, aber trotzdem an ihm festgehalten wird. Die Betroffenen wissen, wie sie sich gemäß dem Anspruch verhalten müssen, und das streben sie auch an. In ihrer Deutung der Konfliktsituation spiegeln sie jedoch Erfahrungen wider, die zeigen, sie können sich nicht darauf verlassen, dass der Anspruch von allen als verbindlich angesehen wird. Sie haben in unterschiedlichen Situationen die Erfahrung gemacht, dass es zu einem Widerspruch zwischen dem anzustrebenden Anspruch und ihrer sozialen Praxis kommt. Diese Situationen werden nicht als Ausnahmen von der Regel gedeutet, sondern es resultiert eine generelle Erwartungshaltung daraus, dass sie sich mit ihren Bemühungen um den normativen Anspruch nicht durchsetzen können, sie gegen die Übermacht der Verhältnisse nichts ausrichten können. In ihrem Bewusstsein bleibt ihnen nichts anderes übrig, als sich den Gegebenheiten anzupassen. Setzen sie auf die Erfüllung des Anspruchs und orientieren sich daran, so scheitern sie im Alltag, weil dieses Verhalten im Praxisalltag keineswegs immer als gewünscht erfahren wird, sie vielfach der Kritik und dem Drängen von Kolleg*innen ausgesetzt sind. Passen sie sich hingegen den Verhältnissen an, weil sie keine andere Möglichkeit sehen, so scheitern sie erneut; dieses Mal, weil sie zu Handlungen genötigt sind, die für Patient*innen von Nachteil sind. Sie müssen eine Missachtung der Norm in ihrer täglichen Praxis nicht nur bei Kolleg*innen hinnehmen, sondern sehen sich gezwungen, selbst so zu handeln. Sie ziehen dabei keine Vorteile aus dem Anpassungsverhalten, bleiben vielmehr in ihrer Opferrolle verstrickt, weil sie die Nachteile ihres Verhaltens nicht mit Gleichgültigkeit, sondern mit Bedauern betrachten. Den Widerspruch können sie nicht auflösen. Diese Erkenntnis führt zu einer ohnmächtigen Hinnahme dessen, was im Alltag

erlebt wird. In seiner subjektiven Wahrnehmung bietet dieses Reaktionsmuster aber dennoch eine Flucht aus der Spannung zwischen Norm und Funktion: Diese Proband*innen stilisieren die Ohnmacht, die sie zum Opfer macht, durch die konsequente Orientierung an der Norm hoch, auch wenn sie machtlos hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung sind. So identifizieren sich mit der Rolle der Schwächeren, die allein nichts gegen die Strukturen ausrichten können. Das führt dazu, dass entgegen dem besseren Wissen, dass die eigene Sicht die richtige ist, innerhalb des Bestehenden verharret wird.

Die Erkenntnis, dass der pflegefachliche Anspruch im Alltag nicht verwirklicht werden kann, ist auch die Grundlage der Deutung, sich selbst als *Täter* innerhalb der Bedingungen des Alltags zu sehen. Während derjenige, der sich selbst als Opfer sieht, sich jedoch subjektiv auf die Seite des Anspruchs 'schlägt', lässt sich derjenige, der sich selbst als 'Täter' sieht, in der Form kalkulierend auf die Praxis ein, als dass er versucht, sich möglichst für ihn vorteilhaft darin zu bewegen. Das wird dadurch erreicht, dass er die Anforderungen, die an ihn gestellt werden, abwägt und hinsichtlich der Vorteile für seine eigene Person beurteilt. Dass dies auf Kosten anderer Personen geht, wird in Kauf genommen. Diese bewusste Billigung der Normverletzung und die aktive Anpassung daran resultieren aus der Erkenntnis, dass er die Situation im Alltag ohnehin nicht zu einer Besseren wenden kann. Obgleich in der Perspektive, selbst 'Täter' zu sein, keine andere Möglichkeit gesehen wird, innerhalb des spannungsreichen Alltags zu bestehen, zeigt sich ein ambivalentes Verhältnis zu dieser Rolle. Denn ihm ist bewusst, dass sich sein Verhalten gegen einen postulierten Anspruch richtet. Er fühlt sich aufgrund der strukturellen Bedingungen im Recht, sich dagegen zu verhalten, weil er sich zu diesem Verhalten genötigt sieht. Zugleich weiß er jedoch auch, dass er angesichts der Tatsache, dass explizit ein pflegefachlicher Anspruch postuliert wird, kein Recht bekommen würde, wenn er versuchte, so seine „schlechte Praxis“ zu rechtfertigen. Leitend für sein Verhalten ist nicht, absichtsvoll gegen mögliche 'Opfer' (Patient*innen) vorzugehen, sondern reine Selbsterhaltung. Diese Selbsterhaltung gilt als Rechtfertigung innerhalb von Bedingungen, die das 'Gute', eine Pflege, die sich am besten zur Verfügung stehenden Wissen im Zusammenhang mit dem individuellen Patienten nicht zulassen.

Praktische Negation

Weitere Reaktionsmuster haben gemeinsam, dass mit ihnen Versuche unternommen werden, den Widerspruch aufzulösen: die praktische Negation des Widerspruchs. Die Proband*innen mit dem Reaktionsmuster *Idealisierung falscher Praxis* haben in ihrem Alltag erfahren, dass unter den

strukturellen Bedingungen der Praxis ein Handeln gemäß dem Anspruch nicht uneingeschränkt umzusetzen ist, und sie wissen, dass dieses in Konfliktsituationen negative Folgen für die Patienten*innen hat. Weil ihr Blick für die widersprüchlichen Anforderungen geschärft ist, werden Defizite in der Praxis erkannt. Daraus resultiert für sie die moralische Notwendigkeit, nach Maßnahmen zu suchen, mit denen diese Defizite beseitigt werden können. Sie zeigen sich kritisch und konstruktiv. Überzeugt von der Richtigkeit und Wichtigkeit des pflegefachlichen Anspruchs werden Anstrengungen unternommen, ihm zu seiner Geltung zu verhelfen, denn das, was im Alltag scheitert, muss und soll verbessert werden. Diese Verbesserung gilt es durch eine andere Art der Praxisgestaltung zu erreichen, so dass eine Erfüllung des pflegefachlichen Anspruchs doch möglich wird. Die konkreten Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge können dabei unterschiedlich sein. Allen Vorschlägen gemeinsam ist dabei die Überzeugung, die Anforderungen, die mit den Rahmenbedingungen und ökonomischen Zwängen des Alltags einhergehen, mit dem pflegefachlichen Anspruch vermitteln zu können. Die Vorschläge sind allesamt praktikabel und können als Forderungen an alle im Alltag Handelnden gerichtet werden. Sie beziehen sich etwa auf

- *Teamarbeit/Kollegialität:* Wenn sich ein Arbeitsteam gut versteht, dann arbeiten alle ‘Hand in Hand’, alle ‘ziehen an einem Strang’, die Kolleg*innen können sich untereinander besser abstimmen, einer hilft dem anderen, es kommt zu weniger Krankmeldungen und es herrscht eine gute Atmosphäre. So kann die anfallende Arbeit besser bewältigt werden. Der Trugschluss dabei ist, dass ein Team, welches knapp besetzt ist – auch wenn sich alle gut verstehen – ein Team bleibt, das knapp besetzt ist und dadurch die anfallende Arbeit, die Anzahl Patienten, deren Bedürftigkeit und die erforderlichen pflegerischen Maßnahmen nicht weniger werden.
- *Empathie/Setzen von Prioritäten:* Der Fähigkeit zur Empathie wird große Bedeutung beigemessen, denn wenn die professionellen Helfer in der Lage sind, sich in die Situation der Patient*innen hineinzuversetzen, dann sind sie auch in der Lage, einschätzen zu können, welche Maßnahmen besonders wichtig für Patient*innen sind. Das ist die Voraussetzung dafür, die ‘richtigen’ Prioritäten innerhalb der Zwänge und des Zeitdruckes zu setzen. In der Umkehrung heißt Prioritäten setzen jedoch Abstriche an den Maßnahmen und damit an der Pflege zu machen. Und das heißt strenggenommen, es werden *erforderliche* Maßnahmen nicht durchgeführt, denn wären sie nicht erforderlich, so hätten sie gar nicht erst geplant werden müssen und dann müsste man auch keine Abstriche machen.
- *Kompromisse:* Eine gängige Strategie zur Vermittlung zwischen der Forderung etwa nach schnellem Arbeiten und zugleich einer Pflege/Zuwendung, mit der die Bedürfnisse der

Patienten/Klienten (z.B. Förderung der Selbständigkeit) berücksichtigt werden, liegt darin Kompromisse einzugehen. Konkret heißt das, sich z. B. nicht ganz so viel Zeit für Gespräche mit einem Patienten zu nehmen und ein bisschen schneller zu arbeiten. Oder aber, sich an einem Tag einem Patienten besonders zuzuwenden und einem anderen Patienten weniger Zeit zukommen zu lassen und am nächsten Tag das ganze umgekehrt zu praktizieren. Somit käme es auf einer Zeitachse zu einem Ausgleich zwischen besonders viel und weniger Zuwendung. Dem pflegefachlichen Anspruch wird aus der Sicht der Pflegenden so Rechnung getragen. Kompromisse zeichnen sich dadurch aus, dass sich zwei entgegengesetzte Positionen einander annähern, wobei jede der Seiten Zugeständnisse macht. Die hier gezeigte Sicht auf Kompromisse beinhaltet jedoch, dass es sich je um Zugeständnisse von nur einer Seite handelt, und zwar von der Seite des pflegefachlichen Anspruchs, um der Funktionalität Rechnung tragen zu können. Es handelt sich also gar nicht um Kompromisse, sondern um Abstriche bei der Pflege – heute bei diesem, morgen bei jenem Patienten - unter dem Deckmantel eines Kompromisses. Denn letztlich spielen die Bedürfnisse der Patienten bei der Entscheidung keine Rolle. Weil es aber als Kompromiss interpretiert wird, legitimiert es den objektiven Verstoß gegen den pflegefachlichen Anspruch.

- *Verbesserung der Arbeitsorganisation:* Viele Vorschläge der Befragten beziehen sich auf eine Verbesserung der Arbeitsorganisation, damit dann gelingen kann, was aktuell nicht gelingt. Mit einer besseren Arbeitsorganisation wird die Erfüllung des pflegefachlichen Anspruchs angestrebt, wobei alle Vorschläge zugleich im Blick haben, dass der reibungslose Ablauf gewährleistet bleibt - sie haben eine Vermittlungsfunktion. Sie beziehen sich auf die Zuteilung der Arbeitsaufgaben an das Personal und das zeitliche Verschieben von Tätigkeiten, also eine kluge zeitliche Planung. Dabei werden unterschiedliche Möglichkeiten gleichwertig in Betracht gezogen. Gemeinsam ist allen Vorschlägen, dass die Organisation verändert werden kann und soll, ein einigendes Prinzip ist indessen in den konkreten Vorschlägen der Proband*innen nicht erkennbar. Die Vielfalt der Möglichkeiten führt nicht dazu, dass eindeutige Aussagen darüber getroffen werden, welches nun tatsächlich die bessere Vorgehensweise ist. Dahinter steht die Annahme: Weil es so viele Möglichkeiten der Organisationsveränderung gibt, muss es wohl auch eine darunter geben, die von Vorteil für die Gestaltung der Pflege ist, welche auch immer das sein mag. Eine Veränderung der Organisation vorzuschlagen, dürfte so in einen eher blinden Aktionismus münden: Weil organisatorische Abläufe veränderbar sind, muss demnach auch hier eine Lösung gesucht werden. Bei begrenzten Ressourcen kann eine andere Organisation aber auch nur begrenzt dazu führen,

Spielräume auszuschöpfen. Dies indessen sehen die Proband*innen nicht, sie gehen davon aus, mit einer verbesserten Organisation könne der pflegerische Anspruch erfüllt werden.

Das Gelingen der verschiedenen praktischen Verbesserungsvorschläge wird vehement vertreten und sie werden jeweils durch ihre Logik und erprobte Praktikabilität legitimiert. Eben durch die Überzeugung, gegen die eigene Erfahrung sie innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen nun doch praktisch richtig machen zu können, wird die falsche Praxis idealisiert. Im Bewusstsein der Akteur*innen aber ist damit der Widerspruch erfolgreich aufgelöst.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen eine Annäherung an den hohen pflegfachlichen Anspruch bedeuten kann, denn es werden einzelne vorhandene Defizite praktisch bearbeitet. Letztlich sind die Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge jedoch ausschließlich so konstruiert, dass sie mit den Regeln der Praxis in Einklang gebracht werden können, denn die Verwirklichung des Anspruchs darf nicht im Konflikt zur Funktionserfüllung stehen. Das Regelwerk der Praxis kann nicht radikal in Frage gestellt werden, weil die sich widersprechenden Anforderungen beide als legitim anerkannt werden. Das zeigt sich in der Berücksichtigung beider Seiten des Widerspruchs innerhalb der Vorschläge. Weil der Fokus auf praktisch umzusetzende Lösungen gerichtet ist, werden die strukturellen Bedingungen, die zum Widerspruch führen, nicht angetastet, vielmehr werden die Lösungen innerhalb der bestehenden Bedingungen gesucht, um hier nutzbringend anzusetzen. Alle Lösungsvorschläge sind so konstruiert, dass sich bei näherer Betrachtung die Funktionalität und nicht die Verwirklichung einer am Patienten orientierten Pflege durchsetzt. Der dadurch an den Tag gelegte Pragmatismus verhindert den Blick über den bestehenden Alltag/die bestehenden Strukturen hinaus.¹⁴

Einsicht in die Kälte

Im weiteren Verlauf der Kälteellipse gibt es noch Reaktionsmuster der Einsicht in die immanente Unauflösbarkeit des Widerspruchs: Der Widerspruch zwischen Norm und Funktion wird z. B. bei dem Reaktionsmuster *Reflektierte Hinnahme von Kälte* als unauflösbar erfahren und als strukturell verankert identifiziert. Aufgrund dieser Erkenntnis kann es für diese Proband*innen keine praktische Lösungsstrategie geben, mit der sie in der Lage wären, diesen Widerspruch aufzulösen und den

¹⁴ Insbesondere die Thematisierung dieses Reaktionsmuster im Rahmen der Vermittlung der Coolout-Theorie in Lehre, Unterricht und Fortbildungen löst Betroffenheit bei den Teilnehmer*innen aus. Gleichzeitig führt gerade dies zu einem Hinterfragen der eigenen Deutungen und Strategien und auch zur Diskussion von theoretischen Konzepten, mit denen die Qualität der Pflege bei gleichbleibenden Praxisbedingungen gesichert/verbessert werden soll. Dies ist ein Aspekt, der im später beschriebenen Reflexionsmodell (Schritt 7) aufgegriffen werden kann.

normativen Anspruch zu verwirklichen. Eine Verletzung des pflegefachlichen Anspruchs lässt sich im praktischen Handeln nicht vermeiden, weil dieses immer notwendig zwischen Norm und Funktion angesiedelt ist. Pflegende mit diesem Reaktionsmuster wissen, dass sie genötigt sind, sich realitätstüchtig zu verhalten und sehen bei aller Kritik keine andere Möglichkeit, als die sie umgebenden Bedingungen als konkreten Handlungsrahmen hinzunehmen. Wie sie jeweils tatsächlich reagieren, das ist dann situationsabhängig. Vorstellbar ist, dass die Pflegenden sich der anderen verschiedenen Reaktionsmuster wechselseitig bedienen. Es findet ein bewusstes Arrangement mit der falschen Praxis statt, etwa mit dem Verweis darauf, dass Pflegende immerhin noch merken müssen, wann sie den einzelnen Patienten zu wenig im Blick haben. Gefordert wird zum Beispiel, dass in der Pflegeausbildung eine Sensibilität und ein Bewusstsein dafür angebahnt werden müssen.

Jedes Reaktionsmuster zeigt auf seine Weise eine Desensibilisierung der Pflegenden gegenüber dem objektiven Widerspruch in den Anforderungen: Sie alle integrieren den Widerspruch so in ihre Konfliktdeutung und -bearbeitung, dass sie sich den strukturellen Bedingungen des Pflegealltags anpassen können. Beschrieben werden also unterschiedliche Modi der Alltagsdeutung, mit denen Pflegende in dem Spannungsfeld zwischen hohem pflegefachlichen Anspruch und Funktionalität bestehen können.

Auf der Basis des Datenmaterials lässt sich Coolout als induktiv entwickelte Theorie formulieren, mit der der Prozess einer moralischen Desensibilisierung beschrieben und erklärt wird. Es wird erklärt, in welcher Weise *alle* untersuchten Akteur*innen im Gesundheitswesen in diesen Prozess und die Mechanismen der Kälte verstrickt sind, wie sie das Spannungsfeld in ihrem Arbeitsalltag bewältigen, die Kälte aushalten und damit zugleich stabilisieren. Es gibt dabei keine „besseren“ oder „schlechteren“ Muster – sie alle haben die gleiche Schutz- und Stabilisierungsfunktion, unterscheiden sich jedoch im Reflexionsniveau, was die Anordnung der Muster in der Graphik der Kälteellipse verdeutlichen soll. Mit den Ergebnissen der Coolout-Studien lassen sich somit diejenigen Mechanismen aufdecken, die dazu führen, dass letztlich alles so bleibt wie es ist, obwohl das keiner möchte.

3. Was ist zu tun? Ein Modell zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs

Was bleibt zu tun, wenn man

- nicht Gefahr laufen will, in eine trugschlüssige Perspektive zu verfallen, und trotzdem konstruktiv sein möchte?

- nicht in ein allgemeines Klagen über die schlechte Praxis einstimmen will und dennoch Raum für einen offenen Austausch über das alltäglich Erlebte geben möchte?
- nicht die Verantwortung für fachlich korrekte Pflege auf den Einzelnen im Alltag schieben will, aber dennoch weiß, dass der Einzelne in einer unmittelbaren Beziehung mit den zu Pflegenden steht und somit in der Ausgestaltung von Pflegesituationen aktiv werden muss?
- nicht eine Ausbeutung Pflegender unterstützen will, aber zur Förderung der Motivation, Resilienz, Gesundheit und damit auch Arbeits- und Leistungsfähigkeit Pflegender beitragen möchte?
- nicht im Scheitern versinken will, aber einen klaren Blick darauf richten und bewahren möchte?
- nicht von ohnehin belasteten, ausgepowerten Pflegenden auch noch (berufs-) politisches Engagement einfordern will und zugleich weiß, dass das der Weg ist, um die Verhältnisse zu verändern?¹⁵

3.1 Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Modells – der unauflösbare Widerspruch

Die Art und Weise wie diese Fragen formuliert sind, deutet bereits die Möglichkeit einer weiterführenden Auseinandersetzung an, nämlich eine Auseinandersetzung mit dem unauflösbaren Widerspruch, um grundlegende Veränderungen anzustoßen. Die Forderung, in Widersprüchen denken zu lernen, ist ein Bildungsziel in den Rahmenlehrplänen für die Pflegeausbildung von 2019. In diesem Bildungsziel aufgehoben ist eine Schlussfolgerung der Coolout-Studien bereits aus den Jahren 2002 und 2016: in Widersprüchen denken lernen oder anders formuliert: Bildung im Medium des Widerspruchs.¹⁶

Der nachfolgende Vorschlag zeigt eine strukturierte Hilfe für eine Auseinandersetzung mit dem unauflösbaren Widerspruch. Zielsetzung ist es, eine differenzierte, sachkritische, reflektierte Sicht auf den eigenen Alltag zu fördern.

Die Crux ist und bleibt dabei aber:

Sucht man nach Lösungen innerhalb der bestehenden Bedingungen, dann sind diese Lösungen umsetzbar, sie verändern jedoch die Bedingungen nicht. Gemäß der Sentenz Adornos, es gibt kein richtiges Leben im falschen, läuft man damit Gefahr, die falsche Praxis zu idealisieren (s.o.). Dies gilt es auch zu bedenken, wenn Maßnahmen zur Resilienzförderung und Gesundheitsförderung in den Blick genommen wird. Denn auch das würde implizieren, dass Menschen die weiter anhaltenden Belastungen besser aushalten, was wiederum zur Folge hätte, dass die bestehenden Verhältnisse stabil blieben, weil man sich damit (dann besser) arrangieren kann. Setzt man hingegen auf die Forderung,

¹⁵ Kersting 2024b: 68.

¹⁶ bibb 2020:14, vgl. auch bibb 2023:10,19.

die Bedingungen gravierend und nachhaltig mit Hilfe politischer Einflussnahme zu verändern, hilft es den Praktiker*innen in dem aktuellen Alltag nicht, sondern mutet eher wie ein Vertrösten auf die Zukunft an. Zudem stellt sich die Frage, ob und wie Pflegende neben dem belastenden Arbeitsalltag ein Bewusstsein, Energie, Motivation und Engagement für (berufs)politische Arbeit aufbringen können/wollen.

Also müsste es beides zusammen sein: handlungsorientierte und einflussnehmende Strategien entwickeln und vermitteln,

- die auf den eigenen konkret erlebten Alltag gerichtet sein müssen,
- die der Aufklärung über die eigene Verstrickung in den unauflösbaren Widerspruch verpflichtet sind,
- die die Normalitätstendenz der Verletzung des pflegfachlichen Anspruchs bewusst machen und halten,
- die im Wissen um die Unauflösbarkeit des Widerspruchs „kleine“ Alltagslösungen bieten,
- die ein Bewusstsein für eigene (politische) Einflussmöglichkeiten „im Kleinen“ anbahnen (Stationsteam, Schicht, eigene Einrichtung bis hin zur berufspolitischen Organisation),
- die angesichts der Tatsache, dass alle in einem Boot sitzen, sich alle in dem gleichen Widerspruch bewegen, den Stellenwert von offener Kommunikation und Solidarität unmittelbar im Alltag deutlich machen.

3.2 Aufbau des Modells zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs (ReWi-Modell)

Das auf der Basis der Coolout-Theorie und unter Berücksichtigung der o.g. Aspekte entwickelte Reflexionsmodell ist einerseits sehr spezifisch, weil es nur für die Reflexion dieses Widerspruchs in den Anforderungen gedacht ist. Es ist andererseits sehr allgemein, weil dieser Widerspruch nahezu allgegenwärtig ist und den Pflegealltag konstituiert.¹⁷ Das Modell wurde in erster Linie für die Arbeit mit Auszubildenden in der Pflegeausbildung, der Praxisanleitung, der Praxisbegleitung sowie Reflexion im theoretischen Unterricht/Lehrveranstaltungen nach Praxiseinsätzen entwickelt. Adressiert werden kann das Modell aber gleichermaßen an Studierende in Pflege-, Pflegepädagogo-

¹⁷ Das Modell wurde zum ersten Mal 2024 publiziert, vgl. Kersting, K. (2024): Reflexionsmodell zur Coolout-Theorie, in: Die Schwester Der Pfleger 1/2024, S. 66-70. Die Vorgehensweise im Modell wird den Hinweisen der aktualisierten Rahmenausbildungsplänen gerecht und geht zugleich darüber hinaus, nicht zuletzt, weil es eine Verknüpfung mit dem theoretischen Unterricht ermöglicht. Maßgeblich für die Entwicklung der ersten 5 Schritte des Modells waren der Austausch von Erfahrungen, vielfältige Diskussionen und wertvolle Anregungen im Rahmen meiner Lehrveranstaltungen in den Bachelor- und Masterstudiengängen der Pflege, Pflegepädagogik und des Hebammenwesens, in Fortbildungen zum Thema „Coolout in der Pflege“ in Kliniken und Bildungseinrichtungen für Pflege- und Gesundheitsberufe sowie in meiner Arbeitsgruppe „Coolout-AG“.

gik-, Hebammenstudiengängen, Praktiker*innen, Praxisanleiter*innen und Pflegepädagog*innen, Hochschullehrende, nicht zuletzt auch zur Reflexion selbst erlebter Situationen.¹⁸

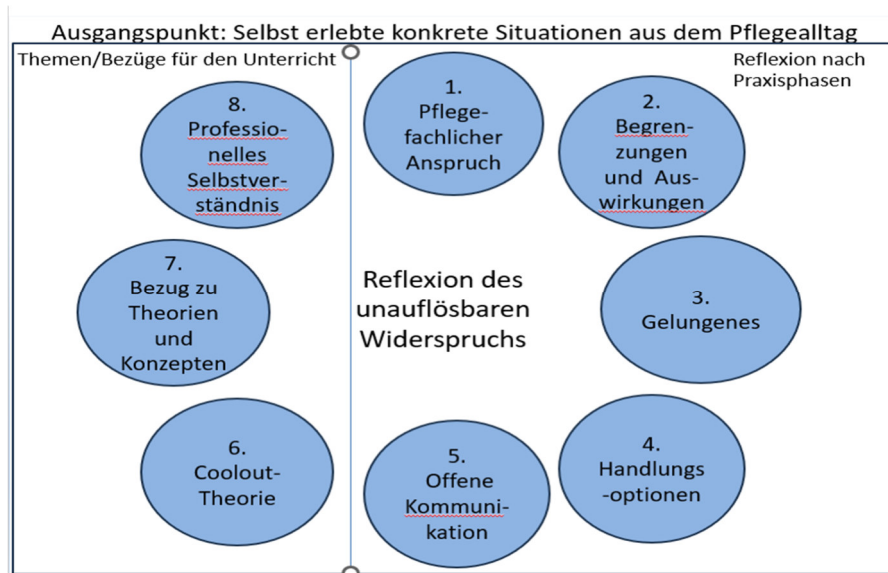


Abb. 2: Modell zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs (eigene Darstellung)

Die ersten fünf Schritte dienen der Analyse und Reflexion selbst erlebter Situationen in der Praxis.¹⁹ Die Schritte 6-8 beziehen sich auf die Integration einer systematischen Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs in die theoretische Ausbildung.²⁰

Ausgangspunkt ist eine konkrete Situation, in der der Widerspruch zwischen hohen pflegefachlichen Anforderungen und der Nötigung zum schnellen Arbeiten erlebt wurde. Diese Situation wird retrospektiv mit Hilfe von Frage, die hier je beispielhaft genannt werden, betrachtet.

1. *Pflegefachlicher Anspruch: Welche Bedeutung haben pflegefachlichen Maßnahmen und Handlungen?*

Die erste Frage dient einer Vergegenwärtigung und dem Bewusstmachen des pflegefachlichen Anspruchs. Über die Begründungen der erforderlichen Maßnahmen wird der Sinn von pflegerischen Interventionen im Zusammenhang mit einer konkreten Person in einer konkreten Situation verdeutlicht. Dabei geht es nicht nur um Vorgehensweisen bei mehr oder weniger komplexen

¹⁸ In Lehrveranstaltungen und Transferprojekten Studierender zeigt sich die Coolout-Theorie auch als bedeutsam für den Bereich des Hebammenwesens, vgl. dazu Kersting 2015.

¹⁹ Nachfolgend wird der Einfachheit halber der Begriff „Pfleger*in“ verwendet.

²⁰ Thematisch bieten sich dafür folgende curriculare Einheiten der Rahmenlehrpläne nach §53 des PflBG an: CE 1, CE2, CE 3, CE 4, CE 5, CE 8 an (bibb 2020).

Techniken (z. B. Vorgehen bei der Ganzkörperpflege oder Legen eines Blasendauerkatheters), sondern auch bei vermeintlich „kleinen, unspektakulären, einfachen“ Tätigkeiten, die unter Zeitdruck durchgeführt werden müssen, wie beispielsweise das Anreichen von Nahrung, wobei Bedürfnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden müssen.²¹

Dieser erste Reflexionsschritt führt im weiteren Verlauf zu einer klaren Abgrenzung zwischen dem pflegfachlichen Anspruch und den alltäglichen Verletzungen des Anspruchs. Er kann das Bewusstsein für die Normalitätstendenz regelverletzender Vorgehensweisen fördern.

2. *Konkrete Begrenzungen: Was wirkt sich auf das pflegerische Handeln aus?*

Hier wird rekonstruiert, was genau in der erlebten Situation dazu geführt hat, dass Maßnahmen nicht wie geboten durchgeführt wurden, dass eine Orientierung am individuellen Patienten und seinen Bedürfnissen nicht möglich war. Welchen Einfluss hatte das konkret auf die pflegerischen Handlungen. Welche Prioritäten wurden gesetzt, d.h. welche Abstriche wurden bei der Pflege gemacht? Begrenzungen und ihre Auswirkungen können so im Einzelnen betrachtet und daraufhin geprüft werden, ob und was überhaupt veränderbar oder unveränderbar wäre. Dabei ist es bedeutsam zu lernen, aus der Distanz einer retrospektiven Betrachtung heraus ganz genau hinzuschauen, Einflussfaktoren auf das eigene Handeln zu erkennen und zu formulieren, um nicht in den Allgemeinplatz zu verfallen „es war eben keine Zeit“. Eine Rolle spielt dabei auch die Frage nach dem Einfluss von Kolleg*innen (z.B. der Wunsch, Kolleg*innen/das Team zu unterstützen, explizite Aufforderungen von Kolleg*innen, sich bei der Pflege zu beeilen, Angst vor Sanktionen, Kritik und schlechten Beurteilungen). Diese Einflussfaktoren im Einzelnen klar benennen zu können, ist m.E. wichtig dafür, um nach realistisch Veränderbarem zu suchen und zu lernen, sich in Alltagssituationen zu positionieren.

3. *Gelungenes erkennen: Was war gut für die Patient*innen und die Pflegeperson?*

Zu einem differenzierten Blick gehört es auch zu erkennen, was gut gelungen ist. Was von den umgesetzten Maßnahmen und Pflegehandlungen hat den Patient*innen gutgetan, was hat Wohlbefinden gefördert, Erleichterung gebracht, war schmerzlindernd, beruhigend, tröstend, autonomiefördernd oder -erhaltend, die Würde der Patient*innen wahren? Was war für die

²¹ Jeder, der in der Pflege arbeitet, kennt die Situation der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Oft braucht ein Patient mehr Zeit, um zu kauen und zu schlucken und der Pflegeperson fehlt dabei die Ruhe, weil sie im Blick hat, was noch alles zu tun ist.

Pflegeperson selbst gut? Welches Wissen konnte sie anwenden? Was konnte sie erklären und begründen? Woran hat sie sich aus ihrem Theorie- und Erfahrungswissen erinnert und die Praxisrelevanz theoretischer Inhalte erlebt? Was konnte sie in dieser Situation besser, routinierter, patientenbezogener durchführen als vorher? Womit war sie zufrieden? Was hat sie stolz gemacht im Umgang mit den Patient*innen und der Situation?

Pflegende können sich mit diesen Fragen bewusst machen, dass, wenngleich nicht immer, so doch immer mal wieder, oft, manchmal, hin und wieder, etwas, einiges, manches, vieles gelingt, das eigene Handeln eine gute Wirkung erzielen kann. Das steuert einem dumpfen Gefühl eines permanenten Scheiterns mit dem einem lakonischen Wiederholen von: „Wir hatten keine Zeit“ und einem Versinken in einer negativen Sicht auf den Alltag entgegen.

4. *Handlungsoptionen: Sind rückblickend weitere Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren?*

Bei der Frage nach den Handlungsoptionen wird der Stellenwert der Kleinschrittigkeit in der Betrachtung noch einmal deutlich. Denn nur wenn die Situation ganz genau analysiert wird, lassen sich überhaupt konkrete Handlungsoptionen auch „im Kleinen“ suchen und identifizieren. Es braucht die Distanz von der Situation, um die eigene Alltagsgestaltung gleichsam von oben zu betrachten und es geht im Rahmen der Reflexion um eine *gemeinsame* Suche nach Optionen. Erschien die Situation sozusagen „naturgesetzlich“ vorgegeben? Hätte man etwas anders handhaben können? Gibt es rückblickend weitere, andere Deutungen, Verhaltensmöglichkeiten und Strategien in dieser Situation? Wenn ja, was genau hätte anders gestaltet werden können? Welche Voraussetzungen wären dafür nötig gewesen?²²

5. *Offene Kommunikation: Inwieweit kann eine offene Thematisierung entlastend und solidaritätsfördernd sein?*

Der unauflösbare Widerspruch in den Anforderungen betrifft alle Akteur*innen im Pflegebereich/Gesundheitswesen. Mehr oder weniger unbemerkt werden das Spannungsfeld im Arbeitsalltag und die häufige Unterwanderung des pflegfachlichen Anspruchs als normal angesehen. Der Druck sich bei der Arbeit zu beeilen, ist allgegenwärtig. In dieser Praxis werden Pflegende in

²² Diesen Schritt als Pflegepädagog*in/Praxisanleiter*in mitzugehen erfordert m.E. Souveränität und einen herrschaftsfreien Diskurs, bei dem beide Beteiligten zusammen überlegen. Denn es könnte durchaus sein, dass keine Handlungsoptionen gefunden werden, und das muss ausgehalten werden. Wenn die Coolout-Theorie und die Reaktionsmuster den Beteiligten bekannt sind, kann der Bezug dazu hergestellt werden. Die Kenntnis der unterschiedlichen Muster mit ihren Strategien erweitert damit auch das Repertoire der Pflegenden im Alltag.

den und im Beruf sozialisiert. Mit diesem Schritt des Modells soll mehr Offenheit bezogen auf Konfliktsituationen, die ja jeden/jede betreffen, gefördert werden. Ein Austausch kann zu mehr Verständnis füreinander und im besten Fall zu Solidarität und der gemeinsamen Suche nach situativen Lösungen oder weiter reichenden Überlegungen für den eigenen Arbeitsbereich zu führen. Gleichwohl bleibt es schwierig, erlebte Dilemmasituationen, Zeitdruck und erfahrene Beanstandungen der eigenen Arbeit (Du bist zu langsam) zu thematisieren, denn das impliziert immer auch Missbilligung (Du arbeitest zu langsam, also arbeitest Du nicht gut genug und wir müssen für Dich mitarbeiten). Das aufzugreifen, zu thematisieren und Kritik daran in einer Weise zu äußern, die sachbezogen ist, die situativen Bedingungen einbezieht und nicht als Angriff auf Kolleg*innen aufgenommen wird, ist herausfordernd. Die Aufnahme dieses Schrittes in das Modell resultiert unter anderem aus Schilderungen von Auszubildenden, die sich nicht trauen, widersprüchliche Anforderungen, Nötigung zum schnellen Arbeiten und daraus entstehende Konfliktsituationen im Stationsteam zu thematisieren. Sie haben Angst vor Sanktionen, z.B. eine schlechte Beurteilung für den Einsatz zu bekommen. Mit den nachfolgenden Fragen können insbesondere Auszubildende darauf vorbereitet werden:

Können Sie sich vorstellen, die Situation im Team oder mit einzelnen Kolleg*innen zu besprechen? Wenn ja, mit wem würden Sie sprechen? Wann wäre ein guter Zeitpunkt dafür? Wie genau könnten Sie die konkrete Situation und ihre Auswirkungen auf Patienten*innen, die eigene Person, den Arbeitsablauf ansprechen? Können Sie sich vorstellen, dabei auch anzusprechen, wie Sie sich in solchen erlebten Situationen fühlen, was das für Ihre Vorstellung von Pflege bedeutet, was das für Ihr Selbstbild bedeutet? Wenn Sie sich nicht vorstellen können, das anzusprechen, was wären genau die Gründe dafür? Was bräuchten Sie, um das anzusprechen?²³

In der graphischen Darstellung des Modells zur Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs ist als ein weiterer Schritt die Vermittlung der Coolout-Theorie vorgesehen (6. Schritt). Das ist jedoch nicht als eine feste Reihenfolge gedacht. Die Coolout-Theorie kann auch bereits vor der Arbeit mit den ersten Reflexionsschritten vermittelt werden.²⁴ Die Schritte 7 und 8 werden im nachfolgenden Kapitel aufgegriffen. Dort wird der Bezug der Reflexion des Widerspruchs zu Theorien und Konzepten hergestellt, die in Pflegeausbildung, Studium und Fortbildungen vermittelt werden (7. Schritt). Als

²³ Während für Auszubildende das Reflexionsmodell in das Theorie- und Praxiscurriculum integriert werden könnten, bieten sich für Praktiker*innen, Praxisanleitende und Lehrende Fortbildungen oder Arbeitskreise zu der Thematik an. Die bisherigen Erfahrungen damit sind mit positiven Rückmeldungen verbunden.

²⁴ Erste Erfahrungen mit der Anwendung des Modells zeigen, dass es zwar sinnvoll ist, die Coolout-Theorie vorher zu vermitteln, aber nicht notwendig.

Beispiel dient hier die Salutogenese bzw. das Konzept des Kohärenzgefühls. Dem schließen sich erste Hinweise auf den Einfluss des Modells auf die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses an (8. Schritt).

6. *Das Reflexionsmodell der Coolout-Theorie im Zusammenhang mit dem Konzept des Kohärenzgefühls der Salutogenese*

Zusammenfassend und als Überleitung sei gesagt: Mit dem Reflexionsmodell können Pflegende lernen, aus einer Distanz heraus im Bewusstsein des unauflösbaren Widerspruchs Alltagserfahrungen systematisch zu analysieren. Das Modell kann Pflegende dabei unterstützen,

- sich den hohen pflegefachlichen Anspruch und die Bedeutung pflegerischen Handelns in einer personalisierten Beziehung zu einem konkreten Patienten trotz der engen Grenzen in der Verwirklichung des Anspruchs vor Augen zu halten,
- ihre eigene Situation in den Zwängen des Gesundheitssystems im Einzelnen zu erkennen, in die Funktionslogik der Institution / des Gesundheitswesens einzuordnen können, zu wissen, dass es vom Grundsatz her kein individuelles Unvermögen ist, wenn Patient*innen nicht die Pflege bekommen, die dem Anspruch nach geboten ist. Vielmehr bestimmt das Scheitern des Anspruchs den Alltag mit, es ist nicht unerklärlich, sondern dem System immanent. Coolout ist kein individuelles, sondern ein kollektives Phänomen.
- zu erkennen, dass es bei allen Grenzen auch immer wieder gelingende Situationen gibt, in denen der Anspruch zum Nutzen der Patient*innen und für die eigene Person erfüllt wird und die Bemühungen darum als sinnvoll und auch bereichernd erkannt werden,
- immer wieder situativ Möglichkeiten von Handlungsoptionen innerhalb der Grenzen im Alltag zu suchen, zu identifizieren und so dazu beizutragen, dass Pflege so gut wie jeweils möglich geschehen kann, im Sinne von: es gibt verschiedene Strategien, mit denen Alltagssituationen immer wieder gehandhabt werden können. Es können dabei Ressourcen durch die eigenen Erfahrungen, aber auch durch den Austausch mit und die Unterstützung durch andere, die sich selbst in der Situation sehen, erkannt und genutzt werden. Hier können sich die verschiedenen operativen Strategien aus dem Reaktionsmuster 'Idealisierung falscher Praxis' zeigen, jedoch im Zusammenhang mit dem Bewusstsein über die Unauflösbarkeit des Widerspruchs. Somit können sie zwar als Handlungsoptionen für je situative Konflikte genutzt werden, aber nicht mehr als Strategien für eine vermeintliche Auflösung des Widerspruchs angesehen werden.

Die Schritte des Modells werden nun in einen Zusammenhang gebracht mit einem Schlüsselkonzept der Salutogenese von Antonovsky – dem Kohärenzgefühl (SOC - Sense of Coherence).²⁵ Die Überlegungen beziehen sich hier allein auf einen kleinen Ausschnitt der Lebenssituationen und Lebensereignisse von Menschen: Es geht um eine Plausibilisierung der möglichen Stärkung der einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls im Zusammenhang mit der oben vorgeschlagenen Reflexion von belastenden Situationen im Arbeitsleben in der Pflege.²⁶ Die leitenden Fragen sind dabei, ob und inwieweit dem Reflexionsmodell die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit innewohnen und ob und inwieweit mit dem Reflexionsmodell Einfluss auf den SOC genommen werden kann. Diese Bezugnahme ist als ein Beispiel für die Verknüpfung der Reflexion des unauflösbaren Widerspruchs mit Theorien und Konzepten in der Ausbildung zu sehen (7. Schritt).²⁷

Nach Antonovsky wird der Gesundheits-bzw. Krankheitszustand eines Menschen durch seine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben beeinflusst. Diese Grundhaltung wird von ihm auch als Weltanschauung und oder als eine globale Orientierung des Menschen bezeichnet.²⁸ Faltermaier beschreibt zusammenfassend:

„Mit dem theoretischen Konstrukt des Kohärenzgefühls formuliert Antonovsky ein Schlüsselkonzept der Salutogenese; er meint damit die tiefe Überzeugung und Zuversicht von Menschen, dass ihr Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist. Diese Lebensorientierung besteht aus drei Komponenten, die eng miteinander zusammenhängen [...] Erstens dem Gefühl der Verstehbarkeit (>sense of comprehensibility<), also der Überzeugung, dass das eigene Leben verstehbar, kognitiv klar und strukturiert (nicht chaotisch) ist. Zweitens dem Gefühl der Bewältigbarkeit (>sense of manageability<,) also der Zuversicht, dass die Anforderungen und Belastungen im Laufe des Lebens im Wesentlichen zu bewältigen sind.

²⁵ Antonovsky 1997:34 ff.

²⁶ An dieser Stelle möchte ich zur Anregung für weitere Diskussionen einen Hinweis von Ohlbrecht zu meinem Beitrag aufgreifen. Sie verweist in ihrem Feedback darauf, dass Antonovskys Sense of Coherence (SOC) eine vergleichsweise stabile lebensgeschichtlich gewachsene Lebensorientierung beschreibt, während sich das Coolout-Reflexionsmodell auf situative und institutionell eingebettete Bewältigungsprozesse innerhalb organisationaler Widerspruchslagen bezieht. M.E. könnten sich weiterführende Überlegungen auf übergeordnete gesellschaftliche Dimensionen und den Ursprung und Hintergrund der Coolout-Theorie beziehen: Die Reproduktionslogik der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft und damit die gesellschaftlichen Widersprüche, die grundlegend Einfluss auf Institutionen der Gesellschaft und auch auf die Lebensorientierung der Menschen nehmen.

²⁷ In der Umkehrung stellt sich auch die Frage, wie ein Bewusstsein über den SOC in alltäglichen Konfliktsituationen hilfreich sein kann, nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Sinnstiftung des Berufs und der Motivation Pflegenden. Bezogen auf die Pflegeausbildung bietet sich die curriculare Einheit CE 4 an, um das miteinander zu verbinden und zu diskutieren. Weitere Beispiele für eine Verknüpfung des unauflösbaren Widerspruchs mit Theorien und Konzepten finden sich auch in Kersting, 2008 (Bezug zu Pflegeorganisationssystem Primary Nursing), 2022a (Bezug zu ethischen Reflexionsmodellen), Kersting 2024a (Bezug zu pflegedidaktischen Konzepten).

²⁸ Bengel et. al. 2001: 28, Antonovsky 1997:36.

Drittens dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (>sense of meaningfulness<), also dem Grundgefühl, dass das eigene Leben sinnvoll ist und die auf einen zukommenden Anforderungen es wert sind, dafür Energie zu investieren.

Menschen mit einem hohen Gefühl der Kohärenz sind besser in der Lage, ihre Stressoren zu bewältigen und die dazu notwendigen Ressourcen auszuwählen; sie bewegen sich daher auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in eine positive Richtung. Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl haben dagegen Schwierigkeiten, die Belastungen in ihrem Leben zu bewältigen und bewegen sich daher tendenziell in eine negative Richtung.“²⁹

Das heißt, je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto besser sollte das Wohlbefinden sein und desto gesünder sollte die Person sein.³⁰ Das Kohärenzgefühl wird immer wieder durch neue Lebenserfahrungen beeinflusst und es beeinflusst seinerseits die Lebenserfahrungen. Das führt dazu, dass die Lebenserfahrungen in der Regel die Grundhaltung bestätigen und somit überdauern und stabil sind.

„Je stärker das SOC -Konstrukt, desto mehr werde eine Person dazu neigen, den Stressor und die von ihm gestellten Aufgaben genauesten zu untersuchen, Ressourcen zu seiner Bewältigung ausmachen und zu aktivieren und für Rückmeldungen, Zwischenbewertungen und gegebenenfalls Neuorientierung offen zu sein. Je stärker ausgeprägt das Kohärenzgefühl, desto flexibler handle eine Person. Je niedriger das Kohärenzgefühl, desto wahrscheinlicher reagiere sie ohne Berücksichtigung der situativen Bedingungen ihren Persönlichkeitszügen entsprechend starr.“³¹

Wenngleich es bei dem Reflexionsmodell nicht um einen unmittelbaren Bezug zur Gesundheitsförderung geht, sondern zunächst einmal um Unterstützung Pflegender im Zusammenhang mit der Bewältigung von widersprüchlichen Anforderungen in alltäglichen konflikthaften Situationen, so scheint es plausibel zu sein, dass einer wie oben beschriebenen Reflexion das Potenzial innewohnt, auf die einzelnen Komponenten des SOC Einfluss zu nehmen. Sie kann dabei helfen, den eigenen Alltag mit seinen Zusammenhängen und Herausforderungen besser einordnen und verstehen zu können und zu erkennen, dass der Widerspruch systemimmanent ist: Er betrifft alle, nicht nur die eigene Person. Diese Art der Reflexion ermöglicht eine systematische Suche nach möglichen individuellen und kollektiven Strategien. Betrachtet man Antonovsky Ausführungen im Zusammenhang mit der Mobilisierung von Ressourcen zur Auflösung von Spannungen und Lösung von Problemen, so zeigt sich, dass es zu Beginn wichtig ist,

„die Natur und die Dimension des Problems zu definieren, ihm einen Sinn zu geben. Ist es einfach und in sich abgeschlossen oder hat es extensive, weitreichende Verästelungen? Betrifft es nur einen selbst oder sind andere involviert? Gleicht es Problemen, mit denen man früher konfrontiert

²⁹ Faltermaier 2023: ohne Seite, Antonovsky 1987:36).

³⁰ Faltermaier 2023: ohne Seite.

³¹ Franke 1997:184.

war? Sind moralische Aspekte involviert? [...] Hier kommt die Verstehbarkeitskomponente des SOC ins Spiel. In der Überzeugung, dass Probleme geordnet und verstanden werden können [hier bezogen auf den unauflösbaren Widerspruch, meine Anmerkung KK], kann die Person sich Daran machen, Chaos in Ordnung zu verwandeln, Verwirrung in Klarheit [hier Klarheit über den unauflösbaren Widerspruch zwischen gebotenem pflegfachlichem Anspruch/der Orientierung an dem je individuellen Menschen mit seinen Bedürfnissen und dem Zwang, der Funktionslogik der Institution folgen zu müssen, meine Anmerkung KK].³²

Die Klarheit wäre im Reflexionsmodell aus der Distanz heraus möglich und trotzdem eng alltagsverbunden. Klarheit bedeutet in diesem Zusammenhang auch das Vergegenwärtigen von Möglichkeiten gelingender, sinnstiftender Pflege. Eine Person mit einem starken SOC sei dadurch gekennzeichnet, dass sie aus einer Vielzahl von potenziell verfügbaren Ressourcen die geeignetsten Strategien auswählen könne, was nicht bedeute, dass alles möglich sei, so Antonovsky.³³ Er bringt dies in einen Zusammenhang mit der Frage bzw. dem Hinweis darauf, dass die Vielzahl von Strategien, also ein Repertoire von Strategien und die Flexibilität bei der Anwendung hilfreich sind. Im Reflexionsmodell wird das konkret in der Frage nach Handlungsoptionen aufgegriffen. Wesentlich ist dabei aber die Erkenntnis, dass ‘Chaos in Ordnung zu verwandeln’ nicht dazu führt, dass der Widerspruch aufgelöst wird.

Eine wiederkehrende Arbeit mit dem Reflexionsmodell kann zum Erlernen von verschiedenen situativ nutzbaren Strategien und so zu Ausweitung des Repertoires führen. Zugleich kann damit immer wieder auch entgegen oder vielleicht gerade wegen der herrschenden Bedingungen die Sinnhaftigkeit der eigenen beruflichen Tätigkeit in den Blick genommen werden. Damit lässt sich auch die Frage aufgreifen, was denn unter diesen Umständen professionelles Pflegehandeln sein kann (8. Schritt): Vielleicht besteht Professionalität darin, sich bewusst in dem unauflösbaren Widerspruch zu bewegen, ohne ihn hinzunehmen zu wollen, sich differenziert dazu positionieren zu können und damit schon Politik „im Kleinen“ zu gestalten. Auf dieser Grundlage wären dann auch haltungsorientierte Professionalisierungsansätze zu betrachten und zu diskutieren.

7. *Zusammenfassung und Ausblick*

Obwohl es mittlerweile eine Vielzahl von Publikationen zur Coolout-Theorie gibt, war es mir wichtig, die Theorie hier relativ ausführlich aufzunehmen, damit die Verknüpfungen möglichst transparent werden. Damit soll plausibilisiert und zur Diskussion gestellt werden, inwieweit die Arbeit mit dem

³² Antonovsky 1997:131f.

³³ Antonovsky1997: 132.

Modell Einfluss auf die Ausprägungen der drei SOC-Komponenten Verstehbarkeit, Handbarkeit und Sinnhaftigkeit nehmen kann. Und womöglich wird in der Umkehrung die Auseinandersetzung mit dem Konstrukt des Kohärenzgefühls (etwa in der Ausbildung) als alltagsnäher, relevanter und für das eigene (Arbeits)Leben bedeutsamer wahrgenommen, wenn explizit ein Zusammenhang mit dem praxisnahen Reflexionsmodell hergestellt wird.

Aufgrund der Eigentümlichkeiten der Coolout-Theorie, die an der Kritischen Theorie ausgerichtet und der Aufklärung verpflichtet ist, während die Salutogenese als ein Konzept zur Gesundheitsförderung eine lösungsorientierte Perspektive einnimmt, muss die Gefahr einer Idealisierung der falschen Praxis immer bewusst bleiben. Das bezieht sich auf Überlegungen zu salutogenen und Resilienz fördernden Faktoren wie auch darauf, Anerkennung, Sinngebung und Identitätsstiftung durch die berufliche Tätigkeit zu fördern. Hier ist insbesondere das Potenzial für eine (berufs)politische Bildung zu entfalten, nicht zuletzt mit Blick auf die Unhintergebarkeit der Kälte in unserer maßgeblich an ökonomischen Prinzipien ausgerichteten kapitalistischen Gesellschaft.

Literatur

Adorno, T (1994): *Minima Moralia* (1994) [1951]: Reflexionen aus dem beschädigten Leben, 22. Auflage, Frankfurt: Suhrkamp Verlag

Adorno, T/Horkheimer, M (1994) [1947]: *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*, Frankfurt: Fischer Verlag

Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf; 30.09.2025

bibb – Bundesinstitut für Berufsbildung (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung 1. August 2019, 2. Auflage, <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560>; 30.09.2025

bibb – Bundesinstitut für Berufsbildung (2023): Rahmenausbildungspläne der Fachkommission nach §53 PflBG. 1. Aktualisierung November 2023, <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20123>; 30.09.2025

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017): Pflegeberufegesetz (PflGB), <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>; 30.09.2025

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/>; 30.09.2025

- DAK – Deutsche Angestellten Krankenversicherung (2024): DAK-Pflegereport 2024: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – beruflich Pflegende im Fokus, https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024_64670; 30.09.2025
- Faltermaier, T (2023): Salutogenese, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden., Ohne Seite <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0>, 30.09.2025
- Familiara (2025): Pflegereport 2024: Herausforderungen und Zukunft der Pflege in Deutschland, <https://www.familiara.de/pflegereport-2024-herausforderungen-und-zukunft-der-pflege-in-deutschland>; 30.09.2025
- Göhler, J (2024): Die Arbeitssituation bringt Pflegende in moralische Dilemmata, in: Die Schwester Der Pfleger 3/2024, S. 24-29
- Gruschka A/Pollmanns M/Leser C (Hg.) (2021): Bürgerliche Kälte und Pädagogik. Zur Ontogenese moralischen Urteils, Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Gruschka, A (1994). Bürgerliche Kälte und Pädagogik. Wetzlar: Büchse der Pandora
- Hans-Böckler-Stiftung (2024) Arbeitsbedingungen in der Pflege, aktualisierter Beitrag vom 08.05.2024, <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm>; 30.09.2025
- Kersting, K (2008): 'Kluge Konzepte' zur Verbesserung der Situation in der Pflege oder: Zur Perspektive einer kritischen Pflegewissenschaft (Editorial), in: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Jg. 21, 1/2008, S. 3-5
- Kersting, K (2015): Das Phänomen „Coolout“ in der Pflege – bedeutsam auch für Hebammen? In: Die Hebamme, 28, 3/2015, S 154-156
- Kersting, K (2016): Was ist Coolout? <https://opac.hs-lu.de/repository/DOC000001/B00207512.pdf>
- Kersting, K (2019): Verschleierung der Realität. Widersprüche in der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflege, in: Dr. med. Mabuse 241, September/Okttober 2019, S. 48-51
- Kersting, K (2022a): 'Coolout' in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt: Mabuse Verlag (6. Auflage von Kersting, Karin (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung im Pflegealltag, Göttingen, Bern: Verlag Hans Huber)
- Kersting, K (2022b): Coolout verstehen - in Widersprüchen denken lernen, in: Dr. med. Mabuse, 256, 2. Quartal 2022, S. 41-44
- Kersting, K (2024a): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, 3. Auflage, Frankfurt: Mabuse Verlag
- Kersting, K (2024b): Was tun? Desaströse Zustände in der Pflege, in Dr. med.. Mabuse, 2/2024, S. 18-19
- Kersting, K (2024c): Den Widerspruch strukturiert reflektieren. Reflexionsmodell zur Coolout-Theorie, in: Die Schwester Der Pfleger, 1/2024, S. 66-70
- Kersting, K (2024d): Pflegepädagogik als Heilsbringerin? in: Dr. med. Mabuse, 266, 4/2024, S. 90-92
- Mohan, R/ Reichardt, L (2023) Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und Abwertungserfahrungen, Institut für Sozialforschung Frankfurt am Main www.ifs.uni-frankfurt.de,

Juni 2023, <https://www.ifs.uni-frankfurt.de/publikationsdetails/ifs-robin-mohan-und-lena-reichardt-an-der-basis-spurt-man-s-nicht-organisierte-krankenpflege-zwischen-aufwertungspolitik-und-abwertungserfahrungen.html>; 30.09.2025

Oevermann, U (1999): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, A/ Helsper, W (Hg.): Pädagogische Professionalität, Frankfurt: Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1997, S. 70 ff.

ÖNGKG - Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (Hg.) (2024): Konferenzbuch, 28. Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen - Mitarbeiter:innen gewinnen, binden und fördern – Innovative Ansätze für Gesundheitseinrichtungen, Wien, <https://www.ongkg.at/konferenz/2024>; 30.09.2025

Pflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2025): Die berufliche Situation von Pflegekräften 2025, Ergebnisse einer Online -Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Institut für Demoskopie Allensbach, Mainz, August 2025, https://pflegekammer-rlp.de/download/allensbach-studie_die-berufliche-situation-von-pflegefachkraeften-2025_ergebnisse/ ; 30.09.2025

Rudat, L (2024): Ausstieg noch vor dem Examen. Ausbildungsabbrüche in der Pflege verstehen – Eine Einordnung, in: Padua (2024) 19 (1), S. 47-50, <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000783>

ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (2022): Pflegeausbildung gefragt, aber belastend, <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/reform-der-pflegeausbildung/> 30.09.2025