



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das individuelle Pflegeverständnis auf Intensivstationen“

verfasst von

Andrea Silvia Lorenz

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreut von:

Monika Linhart, PhD

Eidesstattliche Erklärung:

Ich versichere:

- dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin /einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Dr. Monika Linhart bedanken. Sie zeigte mir auf, welche Methode für meine Ideen und Vorstellungen passend wäre, und erkannte das Neuartige an dieser Idee. Wesentlich dabei war es, den roten Faden und das Ziel der Untersuchung nicht aus den Augen zu verlieren, was dank der intensiven Planungsphase bei der Erstellung des Exposés gemeinsam mit Frau Dr. Linhart möglich wurde. Die weitere Zusammenarbeit war geprägt von einem regen Gedankenaustausch und führte letztendlich zum Abschluss der vorliegenden Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann und meinen geduldigen Kindern Anna und Maximilian. Ohne ihre Geduld und ihre Nachsicht für die vielen Stunden, die ich alleine bei der Arbeit verbrachte, und ihre tatkräftige Unterstützung in vielen Bereichen, wäre diese Arbeit nie entstanden.

Meiner Familie und meinen Freunden, die immer an mich geglaubt haben und mir immer wieder Mut zugesprochen haben, gebührt an dieser Stelle mein Dank.

Danke auch all jenen Wegbegleiterinnen in den vielen Jahren, die ich an Intensivstationen gearbeitet habe, für die vielen gemeinsamen Erfahrungen und Emotionen. Erst dadurch war ich in der Lage, eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema „Intensivpflegeverständnis“ zu wagen.

Herzlichen Dank auch an all jene, die viele Stunden ihrer Zeit hergegeben haben, um mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen.

KURZFASSUNG

Hintergrund: In der deutschsprachigen Fachliteratur für Pflege wird häufig das Wort „Pflegeverständnis“ verwendet. Die Verwendung erfolgt im Zusammenhang mit Pflegeleitbildern. Institutionen oder Pflegeeinrichtungen verwenden dabei das Wort Pflegeverständnis als Synonym für ein Pflegemodell oder ein Pflegekonzept. Auch im Bereich der Personalbedarfsberechnung für Krankenhäuser wird der Begriff „Pflegeverständnis“ gefunden. Was unter dem Wort „Pflegeverständnis“ zu verstehen ist, unterliegt bisher scheinbar keiner klaren Definition.

Ziel: Diese Diplomarbeit hat zum Ziel, den Terminus „Pflegeverständnis“ in seiner persönlichen Bedeutung für die einzelnen Pflegepersonen zu erforschen. Es sollen die Entstehung und Entwicklung des individuellen Pflegeverständnisses bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ergründet werden. Im Rahmen der Arbeit soll herausgearbeitet werden, welche individuellen Merkmale dem Wort „Pflegeverständnis“ zugeordnet werden könnten, und welche beeinflussenden Faktoren auf das Verständnis von Pflege einwirken. Als Forschungsgegenstand wurden Pflegepersonen gewählt, die im Bereich der Intensivpflege tätig sind, da diese in einem Spannungsfeld zwischen „high tech“-Medizin und dem Anspruch auf ganzheitliche Pflege stehen.

Methode: Mit sieben diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern mit Sonderausbildung für Intensivpflege wurden semistrukturierte Interviews geführt. Als Methode wurde die Grounded Theory gewählt. Die Daten wurden gesammelt und ausgewertet. In diesem Prozess der Sammlung und Auswertung wurden Kategorien und Variablen entdeckt und zugeordnet. Im Rahmen dieser Arbeit wurde keine theoretische Sättigung erreicht, allerdings konnten Hinweise auf eine Kernvariable gefunden werden.

Erkenntnisse: Im Rahmen der Arbeit wurden drei wesentliche Einflussfaktoren auf das persönliche Pflegeverständnis gefunden. Die erste Kategorie sind die persönlichen Eigenschaften und die eigene Lebensgeschichte als Hintergrund für die Entwicklung von Empathie, Beobachtungsgabe, Intuition und Stressresistenz. Als weitere beeinflussende Kategorie wurde die berufliche Erfahrung gefunden, wobei Ausbildung, permanente Weiterbildung, fachliches Können und die daraus

abgeleitete Intuition in einem engen Zusammenspiel gesehen werden müssen. Die dritte Kategorie bildet die gefühlte Rolle als Intensivpflegekraft. Diese persönliche Rolle in der Beziehung zu den Patientinnen, den Angehörigen und im Behandlungsteam ist eng gebunden an das pflegerische Selbstverständnis. Diese drei Kategorien scheinen in ihrem Kern das individuelle Pflegeverständnis zu bilden, das sich im Gefühl der persönlichen Verantwortung für das Wohlergehen des betreuten Menschen äußert.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Arbeit kann als erster Schritt gesehen werden, die komplexen Zusammenhänge zwischen Pflegekompetenz und Pflegeverständnis darzustellen. Da das Verstehen ein dynamischer, autopoietischer Vorgang ist, wird wohl nie eine völlige Klärung des Begriffes „Pflegeverständnis“ möglich sein, allerdings könnten wertvolle Hinweise für die Ausbildung und das Verständnis des Berufes durch eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema entstehen.

ABSTRACT

Setting: In German specialist literature about nursing science the term “Pflegeverständnis” is currently used. The use occurs in conjunction with nursing approaches, where institutions use their “Pflegeverständnis” partially as a synonym for a model or a concept. The term “Pflegeverständnis” can also be found within the scope of the requirements of staff for hospitals, however, a precise, scientific definition of “Pflegeverständnis” has not yet been found.

Goal: The goal of this diploma thesis is to define the term “Pflegeverständnis” in its personal meaning for individual nurses. For this, it is essential to understand the development of a nurse’s personal “Pflegeverständnis”. The various attributes that contribute to the highly complex meaning of the term “Pflegeverständnis” will be defined and their impact on the understanding of nursing will be analyzed. Nurses who work in intensive care were chosen as objects of research, because they work in a medical field that is characterized by high tech medicine and demands a holistic view of the patient and nursing as a scientific discipline at the same time.

Methods: Semi-structured interviews have been conducted with seven graduated nurses with specific training in emergency nursing. Grounded Theory method was chosen as the most promising approach. The data was collected, analysed and scanned for different categories and variables. It was not possible to attain theoretical saturation within the limited frame of this diploma thesis. However, indications of a core variable could be provided.

Perceptions: Within the framework of this thesis, three main influencing factors of the personal “Pflegeverständnis” were found. The first category consists of the individual character and the biography. These attributes can be seen as the background of the development of empathy, power of observation intuition and stress-resistance. The next important category consists of professional experience, whereas education, permanent further education, professional expertise and intuition have to be considered together. The third category constitutes the perceived role as a critical caregiver. The personal role in the relationships of caregivers with patients, dependants and with the members of

the whole team is closely related to the custodial self-concept. These three categories seem to form the individual "Pflegeverständnis".

Conclusion: This diploma thesis can be seen as the first step to show the complex connection between "Pflegekompetenz" and "Pflegeverständnis". Since understanding this connection is a dynamic, autopoietic procedure, it is unlikely that there will be a full clarification of the term "Pflegeverständnis." However, valuable indications can be proved within the frame of this thesis and should encourage further research in this scientific area of nursing science.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	12
1.1	Problemdarstellung.....	12
1.2	Ziel der Arbeit	14
1.3	Fragestellung.....	15
2	Literaturhintergrund und Stand der Forschung	16
2.1	Wortanalyse.....	16
2.1.1	Pflege.....	16
2.1.2	Verständnis	18
2.2	Verstehen – die neurobiologische Sichtweise.....	19
2.3	Das Wort im Kontext der Pflege.....	22
2.3.1	Pflegeverständnis in der der Ausbildungsverordnung	22
2.3.2	Pflegeverständnis und Pflegekompetenz	23
2.3.3	Pflegephilosophie und Pflegekunst	25
2.3.4	Pflegekompetenz und Pflegephilosophie	26
2.4	Pflegeverständnis und Menschenbilder	29
2.4.1	Historischer Kontext	29
2.4.2	Individualisierung.....	31
2.4.3	Rollen, Werte und Normen.....	31
2.4.4	Sozialkapital	34
2.5	Pflegeverständnis, Empathie, Emotion	35
2.5.1	Pflegeverständnis durch Erfahrung	36
2.5.2	Intuition.....	37
2.6	Arbeitsfeld Intensivpflege.....	38
2.6.1	Strukturelle Rahmenbedingungen	38
2.6.2	Personelle Rahmenbedingungen	38
2.6.3	Das Arbeitsfeld.....	40

3	Methodik	45
3.1	Qualitative Sozialforschung.....	45
3.2	Grounded Theory	47
3.3	Methoden der Datenerhebung	48
3.4	Datenmanagement und Datenanalyse	48
3.4.1	Offenes Kodieren.....	49
3.4.2	Entdecken und Benennen der Kategorien	50
3.4.3	Axiales Kodieren.....	50
3.4.4	Selektives Kodieren	51
3.5	Ethik in der Pflegewissenschaft.....	51
3.6	Informed Consent.....	52
3.7	Gütekriterien.....	53
4	Die Stichprobe.....	56
4.1	Einschluss- und Ausschlusskriterien	56
4.2	Feldzugang / Rekrutierung	57
4.3	Methode der Datenerhebung	58
4.4	Die Teilnehmerinnen	59
5	Erkenntnisse	61
5.1	Die zentralen Aufgaben als Intensivschwester.....	61
5.1.1	Die eigenen Rollen in der Beziehung zu den Patientinnen	61
5.1.2	Die Ziele der Intensivpflege	63
5.1.3	Die Philosophie dahinter.....	64
5.2	Grenzsituationen	65
5.2.1	Erfahrungen mit Leben und Tod	66
5.2.2	Kampf gegen den Tod als Herausforderung.....	66
5.2.3	Sterbebegleitung	67
5.2.4	Ethische Überlegungen	68
5.3	Pflege (-verständnis) im Wandel	69

5.4	Eigenschaften einer „guten“ Intensivschwester	71
5.5	Selbstbild und Fremdbilder	73
5.5.1	Die eigenen Perspektive	73
5.5.2	Die Sicht der Anderen	75
5.6	Teamplayer und Einzelkämpferinnen	76
5.7	Die „andere“ Ausbildung	79
5.8	Erfahrung, Intuition und medizinisches Wissen	81
5.9	Durchhaltestrategien.....	82
5.10	Pflegeverständnis	84
5.11	Zusammenstellung der beeinflussenden Faktoren	87
6	Diskussion und Schlussfolgerungen	90
6.1	Stärken und Schwächen der Arbeit	96
6.2	Implikationen für die Pflegepraxis	98
6.3	Implikationen für die Pflegewissenschaft	98
7	Literaturverzeichnis.....	100
7.1	Abbildungsverzeichnis	106
7.2	Abkürzungsverzeichnis	106
8	Anhang	107
8.1	Informed Consent	107
8.2	Interviewleitfaden.....	111
8.3	Curriculum vitae.....	113

1 EINLEITUNG

Nach fast zwanzigjähriger Tätigkeit als Pflegeperson und als Leitung auf verschiedenen Intensivstationen in Österreich stellte sich für mich immer wieder die Frage, was das Besondere an der Intensivpflege ist, welches Verständnis von Pflege sich im Lauf der Jahre entwickelt und was das Besondere an der Pflegebeziehung zu den schwerstkranken und manchmal sterbenden Patientinnen¹ ist.

Im Rahmen des Studiums erfolgte dann eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedensten Pflege-theorien und Konzepten, wobei das Wort „Pflegeverständnis“ immer wieder meine Neugierde weckte. Die Überlegung, den Diskurs im Rahmen meiner Diplomarbeit zu führen, entstand bereits sehr früh. Dabei wurde das Wort „Pflegeverständnis“ zu einem „herausfordernden“ Begriff.

1.1 PROBLEMDARSTELLUNG

Gibt man den Begriff „Pflegeverständnis“ in eine beliebige Suchmaschine ein, so erscheinen tausende Links; öffnet man diese, so findet sich fast immer eine Pflegeinstitution, die das Pflegeverständnis mit dem Hinweis auf das, in jener Institution gewählte, Pflegemodell / -konzept erklärt. Was dabei fehlt, ist die Beschreibung, was das Wort „Pflegeverständnis“ bedeutet.

Zerteilt man das Wort Pflegeverständnis in seine Bestandteile „Pflege“ und „Verständnis“, so findet man verschiedene Definitionen aus sehr unterschiedlichen wissenschaftlichen Forschungsbereichen. Eine Erklärung für das zusammengesetzte Wort fehlt jedoch.

¹Stellvertretend für beiderlei Geschlecht wurde für die vorliegende Arbeit die weibliche Form gewählt.

Betrachtet man diese Ausgangssituation, so entstehen daraus die Fragen: Wie entsteht das individuelle Pflegeverständnis der einzelnen Pflegeperson? Welche spezifischen Einflussfaktoren, die letztendlich das individuelle Pflegeverständnis prägen, wirken auf die einzelne Person ein?

Viele der Leistungen, die eine Pflegeperson erbringt, stehen im direkten Zusammenhang mit ihrer eigenen Persönlichkeit, ihrer eigenen Lebensgeschichte. Die im Lauf des Lebens entwickelten beruflichen Kompetenzen sind untrennbar mit der Person und der Gesellschaft, in der sie lebt, verbunden.

Patricia Benner (1994) beschreibt in ihrem Buch „Stufen zur Pflegekompetenz“ die Entwicklung von der Anfängerin bis zur Expertin; auch sie verweist darin auf Folgendes:

„Vieles gibt es noch, das ergründet und schätzen gelernt werden kann, wenn uns Schwestern und Pfleger zu Einblicken in ihr gemeinsames Verständnis verhelfen, das sich bei ihnen als Resultat ihres helfenden, beratenden und behandelnden Engagements für den Patienten eingestellt hat und das man als Kunst und als Wissenschaft der Pflege bezeichnen kann.“ (Benner, 1994, S.34)

Benner geht darin auch von einem gemeinsamen Verständnis aus und beschreibt dieses als Resultat des Engagements für die Patientinnen. Welche Impulse im Leben einer Pflegeperson zu diesem Verständnis führen und welche Gemeinsamkeiten im Erleben von Pflege darauf Einfluss nehmen, wird dabei nicht näher beschrieben.

Das Pflegeverständnis ist somit kein statischer Zustand, den man einmal in seiner Berufskarriere entwickelt und dann unverrückbar als Inbegriff der Werthaltung in sich trägt und danach im pflegerischen Alltag handelt. Es ist vielmehr ein dynamischer Prozess, der von vielen Einflussfaktoren abhängig ist und sich durch jede neue Pflegesituation/ Pflegeerfahrung verändern kann.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Verständnis eines Menschen für seine Umwelt sich bereits vor, oder ab der Geburt entwickelt und die beruflichen Erfahrungen nur Teile eines komplexen Ganzen sind.

Um den Fragen nach der Entstehung und dem Bewusstsein des eigenen Pflegeverständnisses nachzugehen, entstand die Idee zu dieser Arbeit.

1.2 ZIEL DER ARBEIT

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Entstehung und Entwicklung des individuellen Pflegeverständnisses bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu erforschen. Ziel ist, herauszuarbeiten, aus welchen individuellen Merkmalen das komplexe Wort „Pflegeverständnis“ gebildet sein könnte und welche beeinflussenden Faktoren auf das Verständnis von Pflege einwirken.

Als Forschungsgegenstand wurden Pflegepersonen von Intensivpflegestationen gewählt, da einerseits zu dieser Fachrichtung ein persönlicher Bezug besteht und in der Folge ein guter Feldzugang möglich ist, und andererseits gerade Pflegepersonen, die im Bereich der Intensivpflege tätig sind, in einem Spannungsfeld zwischen „high tech“-Medizin und dem Anspruch auf ganzheitliche Pflege, stehen.

Diese, manchmal sehr widersprüchlichen Vorstellungen davon, wie der Mensch betrachtet werden soll, bilden den Hintergrund für eine permanente persönliche Herausforderung im Pflegealltag. Wie gehen die Pflegepersonen mit dieser Herausforderung um und welches Verständnis von Pflege entsteht in dieser Auseinandersetzung?

In dieser Arbeit sollen die Eckpfeiler für das Verständnis des Wortes „Pflegeverständnis“ in der Intensivpflege gefunden werden.

1.3 FRAGESTELLUNG

Wie entsteht ein individuelles Pflegeverständnis bei Pflegepersonen, die auf einer Intensivstation arbeiten?

- Welche beeinflussenden Faktoren werden als solche erkannt?
- Wie beschreiben Pflegepersonen, die auf einer Intensivstation arbeiten, ihre Vorstellungen davon, was Pflege ist?
- Welche Kennzeichen und Merkmale des individuellen Pflegeverständnisses können identifiziert werden?

2 LITERATURHINTERGRUND UND STAND DER FORSCHUNG

Im folgenden Abschnitt soll der aktuelle Stand der Forschung zum Thema „Pflegeverständnis“ dargestellt werden. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl der angesprochenen Themengebiete erfolgte durch die Auseinandersetzung mit der Thematik als auch auf Basis von persönlichem Fachwissen auf diesem Gebiet. Die herangezogenen wissenschaftlichen Disziplinen sind: Pflegewissenschaften, Soziologie, Psychologie, Germanistik, Philosophie, Neurobiologie.

2.1 WORTANALYSE

Das komplexe Wort „Pflegeverständnis“ setzt sich aus den Worten „Pflege“ und „Verständnis“ zusammen. Versucht man alleine alle Definitionen des Wortes „Pflege“ aufzulisten, so würde bereits das den Rahmen jeder Arbeit sprengen. Für das Wort „Verständnis“ findet sich im Duden zwar eine relativ simple Erklärung, die dahinterliegenden Prozesse sind jedoch nicht so einfach zu beschreiben.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen beide Worte zu analysieren und auf ihre Bedeutung hin zu erörtern.

2.1.1 PFLEGE

Es gibt unzählige Versuche, das Wort und die Bedeutung von Pflege zu beschreiben. Exemplarisch wird nun auf drei Definitionen zurückgegriffen. Es werden die internationale Definition des International Council of Nursing (ICN) und stellvertretend für die vielen Pflgetheoretikerinnen eine Definition von Pflege nach Joyce Travelbee herangezogen. Eine Definition aus dem deutschen Sprachraum ergänzt die Angaben.

Die weitere Auseinandersetzung mit der Begriffserklärung des Wortes „Pflege“ wäre Thema einer eigenen Diplomarbeit.

Das International Council of Nursing wurde 1899 gegründet und repräsentiert mehr als 130 nationale Pflegeverbände. Die dort beschriebene Definition von Pflege lautet wie folgt:

“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (International Council of Nursing [ICN], 2010)

In der Definition des International Council of Nursing wird Pflege als sehr komplexer, multidimensionaler Aufgabenbereich beschrieben, wobei alle möglichen Aspekte der Pflege in diese kurze prägnante Formulierung aufgenommen wurden. Wie die persönliche Kompetenz zur Ausübung all dieser Aufgaben erworben wird, oder welche Anforderungen an das Individuum, das diese Aufgaben erfüllen soll, gestellt werden, ist nicht beschrieben.

Joyce Travelbee spricht in ihrer Pflgetheorie im Besonderen den interpersonellen Prozess der Pflege an und definiert die Beziehung zwischen Pflegeperson und dem kranken Menschen als eine Serie von gemeinsamen Erfahrungen. Diese Beziehung entwickelt sich durch einen konstanten kommunikativen Austausch, welcher ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen – Verständnis – von Seite der professionellen Pflegeperson verlangt.

„Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experience.” (Travelbee, 1972, S.7)

Wie Mayer (2011) erklärt, ist eine allgemeingültige Definition von Pflege nur schwer zu finden und von verschiedenen Faktoren abhängig. Besondere Bedeutung haben hierbei die historische Entwicklung der Pflege in einem Land, aber auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Pflege.

Brandenburg und Dorschner (2003) haben für den deutschsprachigen Raum folgende Definition von Pflege erstellt:

„Die Unterstützung und Begleitung von Menschen aller Altersgruppen, die sich nicht selber pflegen können, d.h. die ihre Lebensaktivitäten nicht mehr oder nur in eingeschränktem Maße, entweder dauernd oder zeitlich befristet, selbst durchführen;

die selbständige Durchführung und die Mitwirkung an präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen;

die Beratung, Begleitung und Ausbildung von Bürgerinnen, die ihre eigenen Gesundheit und Selbstpflegefähigkeit verbessern oder Pflegebedürftige begleiten bzw. sich darauf vorbereiten wollen.“

(Brandenburg & Dorschner 2003, zit. n. Mayer 2011, S.34)

Alle drei Beschreibungen betreffend den Inhalt, die Aufgabenstellung und Zielsetzung der Pflege zeigen, wie vielschichtig Pflege gesehen werden kann und welch enormes Repertoire an Wissen und Können dabei erforderlich ist. Damit wird auch sichtbar, dass es kein universelles Pflegeverständnis geben kann, sondern immer nur Teilaspekte von Pflege gesehen werden können.

2.1.2 VERSTÄNDNIS

Das Wort „Verständnis“ zu definieren, erweist sich als sehr komplexe Aufgabe. Laut Duden gibt es folgende Bedeutungsübersicht:

- Verstehen
- Fähigkeit, sich in jemanden/etwas hineinzusetzen, jemanden/etwas zu verstehen; innere Beziehung zu etwas; Einfühlungsvermögen.
- veraltet: Einvernehmen (cf. Duden online)

Trotz der einfachen, klaren Beschreibung im Duden steckt hinter dem Akt des Verstehens eine komplexe, kognitive, affektive und emotionale Leistung des Menschen.

Der Verstehensakt besteht nicht einfach in der Reaktualisierung bestehender begrifflicher Strukturen, er impliziert auch stets eine Veränderung. Verstehen ist ein Spiel zwischen Beharren auf Gegebenem und Veränderung. Früher Erlebtes oder in anderen Situationen erworbenes Verständnis wird in bestehenden Denkstrukturen „überprüft“ und eingebettet, wobei der „Denkakt“ sich immer in den Grenzen des für dieses Individuum Möglichen bewegt, wie Seiler in seinem Beitrag: „Begriffsentwicklung und die Veränderung des Verstehens“ (Engelkamp, 1984, S.55) beschreibt.

Der emotionale Aspekt des Verstehens ist individuell und an verschiedene äußere und innere Prozesse gekoppelt. Erst die Synthese aus kognitivem, affektivem und emotionalem Verstehen führt zu einem tieferen Verständnis von einzelnen Situationen, Zusammenhängen und löst wiederum Prozesse des Verstehens von Vorangegangenen aus. Verständnis ist somit ein dynamischer Prozess, der niemals seinen Abschluss findet. Das Verständnis von Pflege entwickelt sich mit jeder Erfahrung weiter und bleibt somit immer etwas Individuelles.

Gerade das macht die Auseinandersetzung mit dem individuellen Pflegeverständnis spannend und kann möglicherweise zeigen, welche Faktoren besondere Wirkung auf das individuelle Verstehen der Tätigkeit „Pflege“ haben.

2.2 VERSTEHEN – DIE NEUROBIOLOGISCHE SICHTWEISE

In den letzten Jahren wurden im Bereich der Neurowissenschaften bahnbrechende Erkenntnisse zum menschlichen Gehirn und seiner Funktionsweise gemacht.

Unser Gehirn ist ähnlich einem Informationsverarbeitungssystem, welches sich selbst strukturiert, und dies entsprechend seinen Interaktionen mit der Umwelt. Ein wesentlicher Teil des Zurechtfindens in der Welt ist die Möglichkeit

vorherzusagen, was als nächstes passieren wird. Alle neuen Informationen von außen werden permanent mit vorhandenen „Daten“ abgeglichen und neu strukturiert im Gehirn erfasst. Spitzer (2008) beschreibt, dass das Mittelhirn, genauer, die dopaminergen Neuronen der Area A10, Dingen und Ereignissen um uns eine Bedeutung-für-uns gibt. Bedeutsam ist, was neu ist. Neues führt zu Unsicherheit, die langfristig zu Neugierde wird und damit das Lernen begünstigt. Das Dopaminsystem ist dabei ein wesentlicher Bestandteil.

„Nur im menschlichen Gehirn trifft es jedoch auf ein sehr stark entwickeltes Frontalhirn mit den entsprechend stark geprägten Fähigkeiten zur Regelextraktion, Planung und Zukunftsgestaltung, mitsamt seiner Fähigkeit zum Sprechen und Verstehen.“ (Spitzer, 2008, S.153)

Wie Hüther (2011) in einer Studie zeigte, ist nicht die Umwelt oder die Maßnahme dafür ausschlaggebend, was im Gehirn und im Körper eines Menschen vorgeht, sondern seine individuelle Bewertung der Situation. Diese Bewertung ist aber ganz wesentlich von den Vorstellungen, inneren Einstellungen und Überzeugungen des betroffenen Menschen abhängig.

Hüther (2011) meint, dass Vorstellung und Überzeugungen nur die kognitiv betonten Anteile von Erfahrung sind, diese aber nichts anderes sind, als die Summe der, in einem bestimmten Kontext gemachten, Erfahrungen. Innere Haltungen und Erfahrungen sind im Gehirn mit emotionalen Netzwerken gekoppelt und bestimmen, wie ein Mensch sein Gehirn in bestimmten Situationen benutzt, also sich in bestimmten Situationen verhält.

Die wesentlichen Erfahrungen macht unser Gehirn immer dann, wenn es Probleme selbstständig lösen muss. Diese Probleme müssen den Menschen betroffen machen, ihn emotional aufwühlen, berühren und die Lösung muss zwingend zu finden sein. Hüther (2011) beschreibt, dass immer dann, wenn es zu Störungen des emotionalen Gleichgewichts kommt, im Gehirn tieferliegende Zentren aktiviert werden und Botenstoffe ausgeschüttet, die dann all jene Nervenzellverschaltungen verfestigen, die zur Problemlösung verwendet werden mit dem Ziel, damit das emotionale Gleichgewicht wiederherzustellen.

Ausschlaggebend dafür, welche neuronalen Veränderungen erfolgen, ist, wie die jeweilige Problemstellung auf Grund von Vorerfahrungen bewertet wird.

Durch die Lösung des Problems hat unser Gehirn nicht nur etwas dazugelernt, sondern eine neue Erfahrung gemacht. Diese besteht aus einer Koppelung eines kognitiven und eines emotionalen Netzwerks. Werden ähnliche Erfahrungen immer wieder in verschiedenen Zusammenhängen gemacht, so verdichten sich diese Erfahrungen im Frontalhirn zu einer inneren Überzeugung.

Neben diesen individuellen und auf den eigenen Erfahrungen basierenden inneren Überzeugungen gibt es noch die durch die Gesellschaft geformten und durch gemeinsame Erfahrungen erworbenen Überzeugungen und Werte. Diese stiften Identität und sichern die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Gesellschaft.

Die Arbeit in Intensivstationen bietet unserem Gehirn sehr häufig Gelegenheit, „emotional aufgewühlt zu sein“. Der Zustand der betreuten Patientin kann sehr schnell von „stabil“ zu „lebensbedrohlich“ wechseln und die Lösung dieser komplexen Situation bedarf eines gehörigen Maßes an Vorerfahrung.

Benner beschreibt auf der Stufe „Erfahrene Pflegende“:

„... werden Situationen als Ganzes und nicht mehr in ihren einzelnen Aspekten wahrgenommen. Außerdem wird das Handeln an Maximen ausgerichtet. Wahrnehmung ist hier das Schlüsselwort. Situationen werden nicht durchdacht, sondern auf der Grundlage früherer Erfahrungen spontan begriffen.“ (Benner, 1997, S.47)

Maturana bringt die Problematik der Verkettung von Handlung und Erfahrung in einem einfachen Aphorismus auf den Punkt:

„Jedes Tun ist Erkennen und jedes Erkennen ist Tun.“ (Maturana & Verela, 1987, S.31)

Nach ihrer Theorie ist der Mensch als Lebewesen eine autonome Einheit, die sich dadurch charakterisiert, dass sie sich andauernd selbst erzeugt. Jeder Mensch ist für sich eine autopoietische Organisation (Maturana & Verela, 1987).

Diese Autonomie befähigt uns Menschen, unsere Alltags- und Berufswelt zu organisieren und zeigt, dass Kompetenz in allen Potentialen der Persönlichkeit liegt. (Olbrich, 2010).

Kompetenzen, im Sinne von Wissen und Können einer Person, sind im Verständnis der Autopoiese also autonom erworbene, für diesen Menschen spezifische Merkmale seines Seins und entsprechen somit seinem Verständnis der Umwelt.

2.3 DAS WORT IM KONTEXT DER PFLEGE

Um der Bedeutung des Wortes Pflegeverständnis auf die Spur zu kommen, wurde auch im näheren Umfeld der Pflege recherchiert.

2.3.1 PFLEGEVERSTÄNDNIS IN DER DER AUSBILDUNGSVERORDNUNG

Die Ausbildung zu einem Pflegeberuf erfolgt nach den im entsprechenden Curriculum festgelegten Regeln und Inhalten. Die Entwicklung des Pflegeverständnisses ist darin ein erklärtes Ziel.

Im Curriculum wird Pflegeverständnis folgendermaßen erklärt:

„Das Pflegeverständnis beschreibt im weitesten Sinn, was Pflegepersonen als Berufsgruppe unter Pflege verstehen. Das nachfolgend dargestellte Pflegeverständnis ist das Arbeitsergebnis des Kernteams und wurde auf aktuellen internationalen und nationalen Grundlagen und Perspektiven aufgebaut.“ (ÖBIG, 2003, S.12)

Die wesentlichsten Aufgaben und Ziele werden darin wie folgt beschrieben.

- Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist als eigenständiger Beruf und selbstständiger Teil des Gesundheitswesens eigenverantwortlich, mitverantwortlich und interdisziplinär tätig.
- Pflege ist Beziehungsarbeit, weil sie auf Interaktion mit anderen beruht.
- Pflege ist pädagogisch beeinflusst.

- Pflege ist zielgerichtetes und auf pflegetheoretischen Grundlagen basierendes Handeln.
- Pflege ist ein Prozess, der von soziokulturellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen beeinflusst wird.
- Pflege ist Ausdruck von Haltungen, Einstellungen, Werten und Normen einer Person, einer Gruppe und der Gesellschaft.(ÖBIG, 2003)

Das Curriculum gibt auch klare pädagogische und didaktische Vorgaben, wie diese Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung entwickelt werden sollen, ohne dabei explizit zu erklären, was unter Pflegeverständnis zu verstehen ist. Somit ist das Ziel der Ausbildung klar definiert, trotzdem entwickeln sich bereits während dieser Zeit „verschiedenste persönliche Pflegeverständnisse“, die, abhängig von der persönlichen Einstellung und den Vorerfahrungen, sehr stark divergieren können.

Wenn das Pflegeverständnis nur im weitesten Sinn definiert wird, so erhebt sich die Frage, wodurch das Pflegeverständnis der einzelnen, professionell Pflegenden geprägt ist und aus welchen Merkmalen es sich zusammensetzt?

Wird Pflege aber auch als Ausdruck von Haltungen, Einstellungen, Werten und Normen einer Person im Curriculum beschrieben, so stellt sich die Frage, wie und welche vermittelt und in der Pflege von den handelnden Personen gelebt werden?

Gibt es je nach Tätigkeitsbereich spezifische Merkmale, die zu einem gemeinsamen Pflegeverständnis zusammengeführt werden könnten? Welche Auswirkungen auf die Pflegequalität könnten davon abgeleitet werden?

2.3.2 PFLEGEVERSTÄNDNIS UND PFLEGEKOMPETENZ

Patricia Benner liefert noch einen weiteren Aspekt, warum das Wissen über das Pflegeverständnis für die Pflegewissenschaften von Bedeutung sein könnte. Sie meint, dass sich im Lauf der Zeit ein gemeinsames Verständnis zwischen den Pflegenden entwickelt, das den Charakter einer Tradition annimmt.

„Die Würdigung dieses Verständnisses, ohne es seiner Bedeutung zu rauben, indem man es ohne Berücksichtigung seines Kontexts analysiert, kann sich als äußerst fruchtbar erweisen für die systematische Untersuchung und die weiter Entwicklung von Theorie und Praxis der Krankenpflege. Das gemeinsame Verständnis tritt zutage in den erzählerischen Darstellungen verschiedener klinischer Situationen mit den dazugehörigen Absichten, Kontexten und Bedeutungen.“ (Benner, 1994, S.29)

In diesem Zitat gibt Benner sozusagen den Auftrag zur weiteren Erforschung des Pflegeverständnisses.

Mehr Wissen über die Entstehungsmechanismen des individuellen Pflegeverständnisses könnte auch bei der Weiterentwicklung von Curricula für die allgemeine Diplomausbildung als auch für die Sonderausbildung für Anästhesie und Intensivpflege Verwendung finden.

Die Haltung der Arbeit, dem Beruf gegenüber und die Anforderungen an Menschen, die im sozialen Bereich tätig sind, haben sich in den letzten Jahren massiv verändert. Bis in die 1970er Jahre war der Beruf der Krankenschwester eng an die Tätigkeit der Mediziner gebunden und vorher definierte Handlungsergebnisse waren gefordert.

Die persönliche Kompetenz einer Pflegeperson war auf Zuschreibungen wie Freundlichkeit, Sauberkeit und Pünktlichkeit reduziert, wie auch Olbrich (2010) beschreibt.

Das mechanistische Weltbild dieser Zeit hat aber viele, heute noch in der Pflege Tätige geprägt und die Veränderungen hin zu einem ganzheitlichen Menschenbild sind sicher noch nicht in allen Bereichen erfolgt. Die beruflichen Veränderungen gehen parallel zu der gesellschaftlichen Entwicklung mit ihrer zunehmenden Individualisierung, was auch und besonders in der Pflege andere Kompetenzen als noch vor zwanzig Jahren verlangt. Die rasante technische Entwicklung im Bereich der Intensivmedizin und auch der Intensivpflege machen diesen Wandlungsprozess zusätzlich komplizierter. Es ist manchmal in diesem

extrem technischen Umfeld schwierig, den Menschen mit all seinen individuellen Facetten zwischen all den Geräten zu sehen.

Im Rahmen dieser Arbeit soll auch gezeigt werden, wie Pflegepersonen auf Intensivstationen mit dieser Herausforderung umgehen und welches Verständnis von Pflege, welche Kompetenzen hinter ihrem Handeln verborgen sind.

Die von Patricia Benner (1994) bereits beschriebenen Stadien der Entwicklung von Kompetenz und Pflegeverständnis von den Anfängen bis zur Expertenpflege sind eng gebunden an die menschliche Interaktion und an das Verstehen emotionaler, psychischer und sozialer Vorgänge.

Der Symbolische Interaktionismus stellt die Alltagsbeziehungen von Menschen in den Mittelpunkt. Denken, Fühlen und Handeln sind das Ergebnis zwischenmenschlicher Interaktion.

2.3.3 PFLEGEPHILOSOPHIE UND PFLEGEKUNST

Das Wort „Pflegeverständnis“ ist eine spezielle Kreation der deutschen Sprache und lässt sich nur unzureichend ins Englische übertragen. Im weitesten Sinne könnte wohl „philosophy of nursing“ verwendet werden, was allerdings mehr die zugrundeliegende Philosophie der Pflege beschreibt. Die Pflegewissenschaftlerin Meleis erläutert wie folgt:

“Philosophy is concerned with the values and beliefs of a discipline and with the values and beliefs held by members of the discipline. An individual’s values and beliefs may or may not be congruent with those of the discipline.” (Meleis, 2007,35f.)

Meleis beschreibt hier sehr deutlich das Dilemma. Sie charakterisiert Philosophie als Disziplin, deren Werte und Vorstellungen von den Angehörigen der Disziplin geprägt werden, aber nicht bestimmend kongruent mit den Vorstellungen und Werten der einzelnen Personen übereinstimmen müssen.

Frei interpretiert könnte man darin auch das Problem des Pflegeverständnisses sehen. Innerhalb der Pflegeprofession wird dieses Wort immer ohne nähere Erklärung verwendet, erscheint somit als für alle „Wissenden der Pflege“ klar.

Was aber die einzelne Pflegeperson wirklich mit dem Begriff „Pflegeverständnis“ verbindet, bleibt offen.

Benner gibt uns in dieser Beziehung eine Antwort, aber auch eine Aufgabe.

„Vieles gibt es noch, das ergründet und schätzen gelernt werden kann, wenn uns Schwestern und Pfleger zu Einblicken in ihr gemeinsames Verständnis verhelfen, das sich bei ihnen als Resultat ihres helfenden, beratenden und behandelnden Engagements für den Patienten eingestellt hat und das man als Kunst und als Wissenschaft der Pflege bezeichnen kann.“ (Benner, 1994, S.34)

In diesem Absatz wird deutlich, dass Benner davon ausgeht, dass es ein gemeinsames Verständnis gibt, das als Ergebnis ähnlicher Erfahrungen in einer ähnlichen Umwelt zu sehen ist. Es wird aber auch deutlich, dass Pflege und das Verständnis dessen, was Pflege ausmacht, mehr als die Summe von einzelnen Erfahrungen ist. Vielmehr sieht Benner darin die Kunst der Pflege.

Laut Duden ist Kunst ein schöpferisches Gestalten aus den verschiedenen Materialien oder mit den Mitteln der Sprache, der Töne in Auseinandersetzung mit der Natur und Welt. (cf. Duden online)

Frei interpretiert könnte man sagen, Kunst ist schöpferisches Gestalten aus einem tieferen Verständnis heraus. In Bezug auf die Pflege als vertiefte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und dem Erlebten, welches zu einem schöpferischen Gestalten von Pflege führen kann.

2.3.4 PFLEGEKOMPETENZ UND PFLEGEPHILOSOPHIE

Ein häufiger verwendeter Begriff als Pflegephilosophie ist das Wort Kompetenz oder Pflegekompetenz. Im Duden finden sich folgende Bedeutungen für das Wort „Kompetenz“: Sachverstand und Fähigkeit, Zuständigkeit. Die angeführten Synonyme sind „Begabung“ „Befähigung“, „Beschlagenheit“, „Fähigkeit“, „Fertigkeit“, „Können“, „Qualifikation“, „Sachverstand“, „Talent“, „Vermögen“,...

Es stellt sich hiermit die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Pflegekompetenz und Pflegeverständnis herzustellen ist? Brauchen Kompetenzen im persönlichen, sozialen und medizinisch-pflegerischen Bereich ein vorangehendes Verständnis von Pflege oder ist das Verständnis von Pflege ein Resultat aus den Erfahrungen, die in der Anwendung der Kompetenzen entstanden sind?

Benner (1994) beschreibt die Stufen zur Pflegekompetenz als einen Prozess der Entwicklung von den ersten Erfahrungen, dem Erlernen von Pflege bis hin zu den Expertinnen in diesem Bereich.

Kompetenzen lassen sich grundsätzlich in kognitive Kompetenzen, also solche, die das Wissen und den Gebrauch von Theorien repräsentieren und dem impliziten Wissen, welches durch Erfahrung gewonnen wird unterteilen. Zusätzlich die funktionalen Kompetenzen, die uns ermöglichen, konkrete Tätigkeiten auszuführen. Neben diesen gibt es noch unzählige Einteilungsmöglichkeiten für verschiedene Kompetenzen. Kompetenzen und ihre inhaltliche Beschreibung dienen einem sehr pragmatischen Zweck: erst die Einteilung oder Beschreibung macht diese werden sie operationalisierbar.

Eine Einteilung in Abstraktionsniveaus, wie Olbrich (2010) sie darstellt, erscheint in diesem Zusammenhang als zielführend. Sie beschreibt im ersten Abstraktionsniveau konkret Kompetenz als Zuständigkeitsbereich, Wissensgrundlage, Fertigkeit oder Aufgabenbereich. Das zweite Abstraktionsniveau als das situativ-kontextuelle, das in konkreten Handlungssituationen beschrieben wird. Dabei werden ethisches und empathisches Verhalten sichtbar, reflektierende und beurteilende Prozesse werden angeführt, der Kontext findet Beachtung. Im dritten Abstraktionsniveau wird Kompetenz auf einer Metaebene definiert, ausgehend vom Prinzip der Selbstorganisation, des eigenen Bewusstseins der eigenen Kompetenzen, die Selbstreflexion eingeschlossen.

Wie Olbrich (2010) definiert, wird Kompetenz im umfassenden Sinn als ein Einbeziehen in ein Gesamtgeschehen beschrieben, das charakterisiert ist durch „Dynamik, Prozess und Vernetzung, intersubjektive und kontextuelle Faktoren.“ (Olbrich, 2010, S.82) Diese Faktoren finden sich in den Dimensionen der Pflege

wieder. Pflegerisch Handeln ist regelgeleitet, situativ – beurteilend, reflektierend, aktiv – ethisch.

Des Weiteren führt Olbrich (2010) aus, dass Kompetenz nur in der Performanz sichtbar wird. Kompetenz ist eine Fähigkeit, die im „System Mensch“ vorhanden ist. Was die Außenwelt als Kompetenz wahrnehmen kann, ist immer die Auswirkung. Die Performanz ist beurteilbar, messbar und kann nach Kriterien beurteilt werden.

Die zentralen Charakteristika von Kompetenz sind laut Olbrich folgendermaßen beschrieben:

„Kompetenz wird verstanden als ein ganzheitliches Handlungspotenzial, mit einem deutlichen Subjekt-Situationsbezug; als Disposition einer Person, selbstorganisiert zu handeln; als Disposition zur Bewältigung komplexer Handlungssituationen in verschiedenen Kontexten, unter Rückgriff auf bereits vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten; wird in verschiedene Bereiche/Dimensionen unterteilt; wird nur in der Performanz sichtbar.“ (Olbrich, 2010, S.131)

Übertragen auf das Problem des Pflegeverständnisses könnte man sagen, dass das individuelle Pflegeverständnis nicht sichtbar ist, die Auswirkungen von Pflegehandlungen aber sehr wohl.

2.4 PFLEGEVERSTÄNDNIS UND MENSCHENBILDER

2.4.1 HISTORISCHER KONTEXT

Der Pflegeberuf war bis Mitte der 90er Jahre in Österreich eng an den Beruf des Arztes gebunden. Die Medizin war und ist stark an den Naturwissenschaften orientiert, denen ein mechanistisches Menschenbild zugeschrieben wird. Die Sicht auf den erkrankten Menschen entspricht der auf eine Maschine, die an einer Fehlfunktion = Krankheit, leidet. Das primäre Ziel der Behandlung ist somit die Wiederherstellung des Ausgangszustandes. Die Kompetenz zur Behandlung lag beim Arzt, die Kompetenz der Pflege lag in der fachgerechten Assistenz und den, dem Frauenbild entsprechenden Tätigkeiten der allgemeinen Pflege und Hausarbeit. Man könnte diese Arbeitsteilung auch als wissenschaftlich-rational und handwerklich-arbeitend beschreiben.

„...die ursprünglich umfassende Heilkunde wurde damit endgültig in einen 'männlichen', sprich medizinischen und herrschenden, und eine 'weiblichen', sprich pflegerischen und dienenden Teil aufgegliedert und strikt hierarchisch geordnet.“ (Steppe, 2000, S.78)

In Österreich wurde über lange Zeit die Ordensschwester als Maßstab idealer Pflege gesehen, hingebungsvoll und dienend. Die Wurzel dieser Sichtweise ist eine jahrhundertelange Tradition der Pflege in Klöstern und Ordensspitälern, die teilweise bis heute besteht.

Durch die fortschreitende medizinische Entwicklung wurde es im Krankenhausalltag immer wichtiger, dass qualifizierte Assistentinnen die Routinearbeiten der Ärztinnen übernahmen. Damit war die Funktion der medizinischen Assistenz begründet.

„Hierin unterscheidet sich der ‚traditionelle‘ Hilfsberuf Krankenpflege von den neugeschaffenen. Für die Pflegepersonen führte das zu der Schwierigkeit, die delegierten Tätigkeiten mit den eigenen in Einklang zu bringen, potentiell lag darin im Keim bereits ein Rollenkonflikt. In den Anfängen dieser Entwicklung wurde dies von den Pflegepersonen nicht als Belastung erlebt, weil positive Elemente wie die Partizipation am Prestige des Arztes und an seiner Funktion des ‚Heilens‘ im Vordergrund

standen. Die Unterstellung beider Bereiche unter die Autorität des Arztes war die einfachste Lösung zur Vermeidung dieser Konflikte. Jede einzelne Tätigkeit, selbst die kleinsten hauswirtschaftlichen Aufgaben konnten nun in seinem Auftrag erledigt werden.“ (Seidl, 1990, S. 94)

In dieser Pflegetradition mit seiner medizinischen Orientierung war auch die Ausbildung zur Krankenschwester bis 1997, geprägt. Durch das Inkrafttreten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Österreich und den darin festgeschriebenen Reformen in der Struktur und den Aufgabenbereichen der Pflege, wurde auch die Ausbildung grundlegend reformiert

Seit dieser Zeit sind zwar viele Jahre vergangen, allerdings sind noch sehr viele Pflegekräfte, die vor 1997 ausgebildet wurden, in ihrem Beruf tätig. Die Implementierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde zwar formal sofort vollzogen, die Ausbildung wurde reformiert, allerdings unterrichteten die gleichen Lehrpersonen wie vor der Gesetzesänderung. Schulungen zu den „neuen“ Kompetenzen und Verantwortungsbereichen – eigenverantwortliche, mitverantwortliche und medizinische Assistenzleistungen - wurden abgehalten.

Traditionen und ein erlerntes Berufs- und Pflegeverständnis lassen sich allerdings mit diesen Maßnahmen nicht so schnell verändern. Auch das lange Zeit vorherrschende mechanistische Weltbild hat im Krankenhausalltag immer noch seinen Platz und wird erst allmählich durch ein ganzheitliches Menschenbild ersetzt, nicht zuletzt deshalb, weil auch die Gesellschaft im Wandel ist und die zunehmende Individualisierung des 20. und 21. Jahrhunderts auch vor den Toren des Systems Krankenhaus nicht Halt gemacht hat.

Gerade im Arbeitsfeld der Intensivpflege ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin gegeben und die Grenzen verschwimmen in der täglichen Routine und in Extremsituationen. Der Wechsel vom mechanistischen Denken zu einem ganzheitlichen Pflegeansatz vollzieht sich in diesem Arbeitsgebiet langsamer, da die Nähe zum medizinischen Bereich größer ist, die Pflegenden häufiger Männer und die hierarchischen Strukturen weniger ausgeprägt sind, wie Schrems (1994) im Zusammenhang mit der Selbstdefinition der Pflege im Intensivbereich beschreibt.

2.4.2 INDIVIDUALISIERUNG

Der Begriff Individualisierung wird mit dem Soziologen Ulrich Beck assoziiert, wobei er in seiner Theorie nicht den jahrhundertelangen Entwicklungsprozess vom Kollektivismus einfacher Kulturen zum Individualismus der modernen Kultur beschreibt, sondern die Veränderungen seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in der sogenannten westlichen Welt. Dabei sind drei Aspekte von besonderer Bedeutung: Die Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen, der damit verbundene Verlust von traditionellen Sicherheiten und eine neue Art von sozialer Einbindung. (Feldmann, 2005)

Wie bereits mehrfach dargestellt, war und ist die Pflege diesem gesellschaftlichen Wandel unterworfen und hat auf verschiedene Weise versucht, sich den veränderten Anforderungen anzupassen.

Im Bereich der Intensivpflege ist dieser Wandel deutlich langsamer, was durch verschiedene Argumente erklärbar scheint.

Das noch immer sehr naturwissenschaftlich geprägte Menschenbild, die „Anonymität“, die ein bewusstloser Mensch vermittelt, die Nähe zum Tod – all dies und noch viel mehr könnten Gründe dafür sein, dass der Prozess der Individualisierung hier nur in begrenztem Maß fortschreitet.

2.4.3 ROLLEN, WERTE UND NORMEN

Einer der Begründer des Symbolischen Interaktionismus Georg Herbert Mead vertritt die Ansicht, dass das Selbst auf Grund von sozialen Erfahrungen, die immer mit dem Austausch von Symbolen verbunden sind, entsteht.

Wenn Kinder mittels Rollenspiel die Welt der Erwachsenen imitieren, so ist dies ihr erster Zugang zum Verständnis sozialer Situationen. Nach Mead ist in uns ein doppeltes Selbst, das „Ich“ in Form der personalen Identität, die einen selbst aktiv handeln lässt, andererseits das „Ich“ als Objekt der sozialen Identität, also die Sichtweise, wie das Individuum denkt, dass es von außen, von den anderen Menschen in seiner Umgebung gesehen wird. Es besteht auch eine Vorstellung

vom Idealtyp, der normalerweise auch den Regeln und Normen der Kultur entspricht, in der der betroffene Mensch lebt.

Normen und Regeln des sozialen Verhaltens entstehen immer dann, wenn Menschen regelmäßig miteinander interagieren. Rollen sind Erwartungen von Bezugsgruppen, die an Inhaber von Positionen gerichtet sind, formuliert Feldmann (2005). Eine wesentliche Kompetenz, um innerhalb einer Gruppe erfolgreich zu sein, ist ein möglichst situativ flexibler Umgang mit den teilweise widersprüchlichen Rollenerwartungen. (Feldmann, 2005).

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wird in der Gesellschaft ein bestimmter Status zugeschrieben, wobei die betroffenen Personen diesen weder angestrebt haben, noch die Möglichkeit besteht, diesen abzuweisen. Andererseits wird erst durch die Ausbildung ein Status erworben, der an die Leistung der einzelnen Person gebunden ist.

„Was Leute in ihrem Leben erreichen können, hängt nicht zuletzt auch vom zugeschriebenen Status ab, von der an eine Zeit, Kultur oder Gesellschaft gebundenen Bedeutung des zugeschriebenen Status“, erläutert Ansgar Weyman. (Joas, 2001, S.111).

Das konkrete Verhalten kann nicht mit der Rolle gleichgesetzt werden. So kann die Erwartung, die Patientinnen an eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson haben, im Widerspruch zu dem tatsächlichen Verhalten stehen. Aus der Perspektive des Symbolischen Interaktionismus wird die Rolle nicht durch normative Erwartung festgelegt, sondern ausgehandelt und interpretiert.

Werte

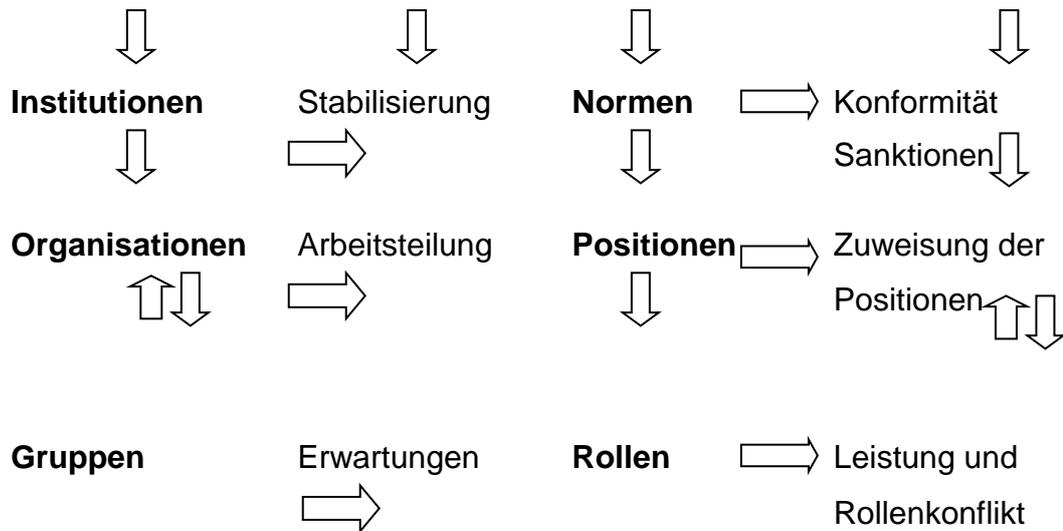


Abb1. Werte, Normen, Positionen und Rollen (Feldmann, 2005, S.69)

Werte sind abhängig von den Institutionen, in denen sie geprägt und ausgeführt werden, sie dienen der Stabilisierung und der Optimierung von Arbeitsabläufen, bieten Konformität und die Sanktionen bei Regelverstoß sind klar definiert.

An die Rollen der Gesundheits- und Krankenpflegeperson sind verschiedene, manchmal widersprüchliche Erwartungen geknüpft. Es kann zu Intra-Rollenkonflikten führen, wenn beispielsweise der Umgang mit Angehörigen nicht den auf dieser Abteilung üblichen Normen entspricht. Zu Inter-Rollenkonflikten führt eventuell ein Gespräch mit der Mutter einer Patientin, wenn die Pflegeperson selbst Mutter ist und somit der Position der Angehörigen sowohl als professionelle Pflegekraft als auch aus ihrer Mutterrolle heraus Verständnis entgegen bringt, was zu einem Konflikt innerhalb der beiden Rollen führen kann.

Die Frage, wie Rollen erlernt werden, kann lerntheoretisch erklärt werden. Die Imitation, das Prinzip von Belohnung und Bestrafung und Vermeidungslernen sind maßgeblich an der Rollenentwicklung beteiligt. Hinzu kommen noch Generalisierung und Differenzierung des Verhaltens in speziellen Situationen.

2.4.4 SOZIALKAPITAL

Lyda Judson Hanifan war der Erste, der den Begriff Sozialkapital verwendete, wie Hagen (2011) in ihren Ausführungen zur Entstehung des Begriffs Sozialkapital beschreibt. Allerdings gewann der Begriff erst durch Pierre Bourdieu an Bedeutung und wurde in wissenschaftlichen Kreisen diskutiert.

Unter Sozialkapital versteht man die sozialen Beziehungen als Ressourcen für die Gesellschaft. Jeder Mensch verfügt über Sozialkapital, dabei sind die sozialen Beziehungen auf verschiedenen Ebenen – Mikro-, Meso- und Makroebenen – zu verstehen. Diese Beziehungen sind als Kapital zu interpretieren, denn „Gemeinschaft hat eine enge Verbindung mit Gesundheit und Glück“, wie Gehmacher (2006) immer wieder betont.

Sozialkapital besteht aus drei Elementen: die Bindungen, die wir haben, also organisierter oder spontaner Kontakt mit anderen Menschen, die damit verbundenen Normen, die wir im Zusammenleben mit den anderen erworben haben und zuletzt das Vertrauen. Ohne Vertrauen in andere Menschen können Bindungen nicht halten und es werden Normen und Regeln außer Kraft gesetzt. (Gehmacher, 2006)

Bei den Bindungen wird zwischen Bonding und Bridging unterschieden, beides sind weitere Indikatoren bei der Untersuchung von Sozialkapital. Bonding entspricht der Bindungsfähigkeit innerhalb einer bekannten Gruppe, der man sich zugehörig fühlt, Bridging beschreibt die Fähigkeit zu fremden Gruppen in Beziehung zu treten. (Gehmacher, 2006)

Die Erforschung des Sozialkapitals steht in Österreich noch am Anfang, jedoch gibt es neben Daten aus dem Bildungsbereich auch erste Untersuchungen im Bereich der Pflege.

Allerdings besteht unzweifelhaft eine Verbindung zwischen dem Sozialkapital der einzelnen Person, also seinen „sozialen Ressourcen“, der Fähigkeit zum Bonding innerhalb des Teams und zum Bridging mit Empathie zu den Patientinnen und Angehörigen.

In der vorliegenden Arbeit wird Sozialkapital erwähnt, weil die grundlegenden Überlegungen dazu beitragen könnten, mehr über das Zustandekommen von individuellem Verständnis zu erfahren. Eine tiefergreifende Auseinandersetzung würde jedoch den Rahmen der Arbeit sprengen.

2.5 PFLEGEVERSTÄNDNIS, EMPATHIE, EMOTION

Pflege geschieht auf verschiedenen Ebenen – kognitiv, emotional und aktional. Die Dimensionen, in denen diese Pflegehandlungen erfolgen, sind regelgeleitet, situativ, reflektierend und aktiv-ethisch, wie Olbrich (2010) beschreibt.

Die emotionale Seite, also das gefühlte Erleben von komplexen Pflegesituationen, die Empathie, die plötzlich in einer speziellen Situation entsteht und auch die Rolle der Intuition sollen an dieser Stelle kurz beleuchtet werden.

Empathie wird landläufig beschrieben als die Fähigkeit, Mitgefühl und Einfühlungsvermögen gegenüber anderen Menschen zu haben. Beschäftigt man sich etwas genauer damit, so wird die Verbindung zum Wort Emotion deutlich. Man muss in der Lage sein, Emotionen zu haben, man muss aber auch Emotionen von anderen Menschen wahrnehmen können, diese Gefühle und Eindrücke interpretieren, um dann Empathie zu entwickeln.

Ohne Frage ist Pflege ohne emotionale Beteiligung und Empathie nicht möglich. Allerdings war der Ausdruck von Gefühlen und Empathie Patientinnen gegenüber im Berufsverständnis der Krankenschwestern bis vor gar nicht langer Zeit explizit nicht erwünscht, da es dem mechanistischen Welt- und Menschenbild widersprach. Durch den Wandel des Menschenbildes in der Pflege und der veränderten individualisierten Gesellschaft ist auch die Bedeutung von Emotion und Empathie im Umgang mit den Patientinnen verändert.

Erst die Veränderungen der Gesellschaft, aber auch die Entwicklungen in den Naturwissenschaften und der Technik haben eine intensive Forschung und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Emotion und Empathie ermöglicht.

Eine spannende Entdeckung der letzten Jahre in der Neurobiologie waren die Spiegelneuronen. Dieses System scheint eine wichtige neuronale Grundlage von Prozessen der Empathie darzustellen. Außer dieser Theorie gibt es noch viele verschiedene theoretische Überlegungen zur Empathie.

„Die Beobachtungen werden dabei, so die Theorien, entweder in eigenen neuronalen Erleben kopiert beziehungsweise parallel zur Handlung mental mitvollzogen (Spiegelneuronen [...]), zu einem funktionalen, berechenbaren Ganzen der Person zusammengefügt (Theory of Mind [...]) oder als Spurensuche der Schwachstellen des anderen ausgelegt (Stockholm – Syndrom [...])“ (Breithaupt, 2009, S. 152)

Eine weitere Auseinandersetzung mit den Theorien ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, wobei die Frage, wie Emotion und Empathie in der Konfrontation mit einem sedierten und „komatös-wirkenden“ Menschen entstehen und welche Auswirkungen dies auf die Pflegepersonen hat, für die weitere Erforschung des Pflegeverständnisses auf Intensivstationen essentiell wäre.

2.5.1 PFLEGEVERSTÄNDNIS DURCH ERFAHRUNG

Sowohl Benner (2000) als auch Olbrich(2010) beschreiben die Schritte, die eine Pflegeperson durchlaufen sollte, um sich vom Anfänger zum professionell Pflegenden zu entwickeln. Eine große Bedeutung kommt hier der individuellen Erfahrung zu. Eine prägnante Beschreibung von Erfahrung im pflegerischen Bereich gibt Benner:

„Ein Ereignis stellt nur dann eine echte Erfahrung für eine Person dar, wenn es sie dazu bringt, aktiv ihre vorgefaßten Konzepte und Erwartungen zu überprüfen. Erfahrungen werden gemacht, wenn theoretisches Wissen aufgrund zuwiderlaufender praktischer Evidenz verfeinert, in Frage gestellt oder widerlegt wird.“ (Benner, 2000, S.276)

Diese aussagekräftige Definition stellt klar, dass reines Erleben ohne Reflexion und Vernetzung mit aktuellem Wissen zu keiner Veränderung der Erfahrung führt.

Im Bereich der Intensivpflege kommt dem Begriff Erfahrung eine große Bedeutung zu. Die zunehmende technische Entwicklung und die Möglichkeiten kontinuierlicher, elektronischer Aufzeichnungen von verschiedensten Vitalparametern, den damit verbundenen Alarmsignalen, die jede kleine Veränderung anzeigen, lassen ein Bild von Sicherheit vor uns entstehen. Es scheint oft, als wäre die Pflegeperson nur mehr eine Kontrollinstanz, die auf Meldungen reagiert und all die Tätigkeiten ausführt, die noch nicht von Geräten ersetzt wurden.

Jeder, der nur ein wenig Einblick in die komplexe Welt der Intensivpflege hat, kann bestätigen, dass trotz all dieser technischen Hilfsmittel die entscheidende Rolle der erfahrenen Pflegekraft zukommt. Ihre Erfahrung kann lange vor dem Einsetzen des akustischen Gerätealarms, rein auf Basis ihrer Beobachtungen, ihres theoretischen Wissens, Gefahren erkennen, Situationen einschätzen und damit rechtzeitig zum Wohle der Patientinnen reagieren.

2.5.2 INTUITION

Erfahrung und Intuition haben einen starken Zusammenhang und nur unter dieser Betrachtungsweise ist das manchmal „mystisch-esoterisch“ missbrauchte Wort zu verstehen. Intuition entsteht, wenn eine Sachlage auf Grundlage von Erfahrungen vorausschauend erkannt wird und mögliche Konsequenzen vorab verändert werden können.

Die Basis für intuitives Handeln sind Erfahrungen und Erlebnisse ähnlicher Art, die ein sofortiges Verstehen der neuen, ähnlichen Situation erlaubt. Durch eine gewisse „Erfahrungsroutine“ können Situationen schnell erkannt werden und die notwendige Reaktion erfolgt ohne „echtes“ analytisches Nachdenken.

Routine und Erfahrung sind wichtige Voraussetzungen, um in Notsituationen adäquat handeln zu können, Intuition ist dabei äußerst hilfreich.

2.6 ARBEITSFELD INTENSIVPFLEGE

2.6.1 STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 legt die Definition, was als Intensivstation in Österreich betrachtet wird und welche Mindestvoraussetzung erfüllt werden muss, fest.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit hält dabei fest, dass es das Ziel ist, eine flächendeckende, intensivmedizinische Versorgung und Überwachung zu gewährleisten, „...sowie die Transferierung von Patienten in längerfristige Intensivbehandlung (insbesondere von solchen mit schweren organischen Dysfunktionen) in Krankenanstalten mit entsprechend ausgestatteten Intensivbereichen.“ (Österreichischer Strukturplan, 2010, S.34).

Ebendort wird auch die Einteilung der Kategorien beschrieben. Ziel der Einteilung in Kategorien ist es, Patientinnen mit schweren organischen Dysfunktionen in speziellen Intensivstationen der Kategorie 3 zu versorgen, wo alle technischen und personellen Voraussetzungen gegeben sind.

Der Personalbedarf wird bundesweit mittels Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS28) ermittelt. Dabei wird der tägliche Aufwand für eine Intensivpatientin an therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen zur Berechnung herangezogen.

Je nachdem, wie viele TISS28 Punkte eine Station erreicht, ergibt sich die Einteilung in Kategorien.

2.6.2 PERSONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Alle Pflegepersonen, die auf Intensivstationen arbeiten, sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und haben eine Sonderausbildung in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie (GuKG §68) absolviert bzw. haben die Verpflichtung, diese im vorgegebenen Zeitrahmen zu absolvieren.

Die Verpflichtung, eine Sonderausbildung zu absolvieren, ergibt sich spätestens nach dreijähriger Tätigkeit an einer Intensivstation. Die Ausbildungskosten werden in der Regel vom Dienstgeber übernommen, im Gegenzug gibt es häufig einen Dienstvertrag, der den weiteren Verbleib in der Institution regelt, oder eine Rückzahlungsvereinbarung bei verfrühter Auflösung des Dienstvertrages.

Diese Sonderausbildung hat sich in Lauf der letzten Jahre stark verändert, ist derzeit modular strukturiert (Basismodul und spezielles Aufbaumodul) Dabei werden jeweils mindestens 400 Stunden Theorie und Praxis absolviert. Abschluss ist eine kommissionelle Prüfung, die ebenso wie die Ausbildung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert ist. (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl I Nr. 108/1997).

Schwerpunkt der Ausbildung liegt vor allem in einer vertieften Auseinandersetzung mit medizinischen, gerätetechnischen und pharmakologischen Inhalten. Ethik und Kommunikation haben einen, an der Anzahl der Unterrichtseinheiten und der Gewichtung innerhalb der Ausbildung gemessenen, eher geringeren Anteil.

Angeboten wird diese Sonderausbildung in einigen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen oder in speziellen Fortbildungszentren, die häufig an Universitätskliniken angebunden sind.

Die Verpflichtung zur Sonderausbildung nach drei Jahren stellt eine fast „natürliche Grenze“ dar, die häufig darüber entscheidet, ob und wie lange jemand in diesem Bereich arbeitet.

Nimmt man als durchschnittliches Eintrittsalter in den Beruf ca. 20 Jahre an, so sind viele Pflegepersonen ca. 23 bis 25 Jahre alt, wenn die Entscheidung für oder gegen die Sonderausbildung fällt.

Dies ist allerdings häufig das Alter, in dem auch private Entscheidungen fallen, die nicht immer miteinander vereinbar sind. Das ist neben den beruflichen Belastungen ein Grund, warum viele Pflegepersonen nach dieser Zeit die Intensivstation verlassen.

Eine weitere Auseinandersetzung mit Personalbedarf und Berechnungsschlüssel würde den Rahmen der Arbeit sprengen und ist auch für die weiteren Ausführungen irrelevant.

2.6.3 DAS ARBEITSFELD

Der Begriff „Pfleger“ hat sich in allen Bereichen in den letzten Jahren massiv verändert, auch im Bereich der Intensivpflege ist einiges im Umbruch. Die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse – das Beschreiben, Erkennen und Erklären von pflegerischen Phänomenen – werden auf Intensivstationen zunehmend wahrgenommen und in den pflegerischen Alltag integriert, stehen aber nach wie vor nicht im Vordergrund des Denkens und Handelns.

Was macht aber das Besondere an Intensivstationen aus? Würde man versuchen die verschiedenen Pflegebereiche in eine hierarchische Ordnung in Bezug auf das berufliche Prestige zu bringen, so würde die Intensivpflege ganz oben rangieren. Die Nähe zur Spitzenmedizin und zur Grenze zwischen Leben und Tod übt nach außen hin eine spezielle Faszination aus. Nicht zuletzt sollte in diesem Zusammenhang die Rolle von Film und Fernsehen genannt werden, die ein spezielles, höchst unrealistisches Bild von Intensivstationen vermitteln.

Schrems (1994) beschreibt die beeinflussenden Faktoren wie folgt:

- *genügend Mittel hinsichtlich Pflegeutensilien und Personal*
- *die Möglichkeit einer prinzipiell individuell orientierten Grundpflege*
- *kleine Abteilungen und kaum ausgeprägte hierarchische Strukturen fördern die Kommunikation*
- *die Nähe zum medizinischen Bereich hat Auswirkungen auf die Motivation und das innovative Potenzial der Pflegenden und fördert das Selbstbewusstsein*
- *die Intensivpflege verfügt schon seit Jahren über ein Sonderausbildungsprogramm*
- *und nicht zuletzt der höhere Anteil männlicher Pflegepersonen (Schrems 1994, S. 106)*

Die geltende Praxis der Pflege auf Intensivstationen wird durch die Weiterentwicklung der Pflege als wissenschaftliche Disziplin maßgeblich beeinflusst und bisher bekannte Denkmuster werden in Frage gestellt.

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste hat die Aufgaben der Intensivpflege wie folgt definiert:

„Intensivpflege definiert sich als die Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existentiellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biographie/Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen. Ziel ist es den Patienten unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten durch präventive, kurative oder rehabilitativen Maßnahmen zur weitgehenden Selbstständigkeit zurück zu führen oder dem Patienten Linderung zu geben oder im Sterben zu begleiten.“ (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. – Pflegephilosophie)

Diese Definition zeigt, welches Pflegeverständnis auf Intensivstationen gelebt werden soll und welche große Herausforderung die Arbeit mit schwerstkranken Menschen darstellt. Aus dem Blickwinkel des Selbsterlebten und auch wie im Artikel von Friesacher (2006) dargestellt, offenbart sich im Pflegealltag auf Intensivstationen, wie stark die Diskrepanz zwischen dem erwünschten und oben beschriebenen Pflegeverständnis auf Intensivstationen und dem teilweise noch immer gelebten mechanistischen Menschenbild ist.

Betrachtet man den „klassischen Verlauf“ eines Intensivaufenthalts, so ist dieser von verschiedenen Phasen geprägt:

- Die Patientin wird unter lebensbedrohlichen Umständen aufgenommen, das medizinische und pflegerische Handeln steht unter extremem Zeitdruck – die Kompetenz des Teams, Arzt und Pflege, entscheidet über Leben und Tod. Die pflegerische Kompetenz besteht vor allem aus technisch- medizinischen Fertigkeiten und Fachwissen.

- Postakutphase: Die Erhaltung der Vitalfunktionen steht im Vordergrund, Krisen können jederzeit eintreten.
- Stabilisierungsphase: Diese ist die eigentliche Phase der Intensivpflege und kann lange dauern. Es ist die Phase, in der ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Patientin, Pflegeperson und Angehörigen entsteht und dieses Vertrauen eine Bedingung für einen Fortschritt im Genesungsprozess ist. Empathie und Vertrauen sind gefragt.
- Verlegung auf die Allgemeinstation: Die wirkliche Genesung wird vom Pflegepersonal der Intensivstation nicht mehr miterlebt. (Friesacher, 2006)

Häufig finden im Intensivpflegebereich bedürfnisorientierte Pflegemodelle wie etwa das Modell nach Orem Verwendung, weil das dem „üblichen“ Defizitdenken auf Intensivstationen entgegen kommt und weil Orem beim medizinisch orientierten Menschenbild bleibt.

Das Arbeitsfeld Intensivstation und die Pflege im Allgemeinen, speziell nach der Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 haben sich in den letzten zwanzig Jahren wesentlich verändert, was eine veränderte Sicht auf die Aufgaben der Pflege bedingt.

„Für die Intensivstation ist eine verstehende Herangehensweise ein wichtiger Baustein in einem Pflegeverständnis, bei dem es um Menschen in existentiellen Notsituationen geht.“ (Friesacher, 2006 S.30)

Die Darstellung der Entwicklung von Pflegeverständnissen angelehnt an und modifiziert nach Wettreck (1998)- „Vorprofessionelle Regelpflege“, „professionelle Standardpflege“ und „professionell-personalisierte Expertenpflege“ zeigt zwar die Entwicklungsmöglichkeiten auf, beschreibt aber nicht, welche individuellen Ereignisse oder Verstehensprozesse notwendig sind, um die Stufen von der Regelpflege zur Expertenpflege zu erreichen.

Die Entwicklung der Pflegeverständnisse in Anlehnung an und modifiziert nach Wettreck sieht folgendermaßen aus:

I. Vorprofessionelle: „Regelpflege“

- *arzt – und krankheitsorientiert*
- *verrichtungs- und ablauforientiert*
- *Pflege ist fremdbestimmt (Experten sind der Arzt, Psychologe, uvm.)*
- *Mechanistisches Menschenbild und Körperverständnis*
- *Funktionspflege*
- *Keine eigene begründete Wissensbasis*
- *Pflege „aus dem Bauch“ und ritualisiert*
- *Defizitorientiert*
- *Patientin ist passiv und abhängig*

II: Professionelle: „Standardpflege“

- *Patientenorientierung*
- *Pflege als eigenen Profession (die professionell Pflegenden sind Experten)*
- *Diffuses „ganzheitliches“ Menschenbild und erweitertes Körperkonzept*
- *Orientierung an Normwerten und Normalität*
- *Starke Tendenz zur Messbarkeit und Quantifizierbarkeit von Pflege*
- *„Theoriegeleitete“ Praxis: checklistenartige ATL/ AEDL Struktur, Pflegeprozess, Pflegediagnosen, Handlungsstandards, wissensbasierte Praxis,*
- *Patientin ist aktiv und wird gefördert (Aktivierung als Norm)*

III Professionell-personalisiert: „Expertenpflege“

- *Patientenpartizipation (Anteilnahme, „Sorge“)*
- *Pflege als „berufenen“ Profession (Pfleger und Patientin/Angehörige sind Experten)*
- *Integrierendes Menschenbild und Körper/Leibkonzept*
- *Verlaufskurvenarbeit und individueller Fallbezug (Orientierung an den Phasen des Krankheits – und Pflegeverlaufs)*
- *Pflegepraxis als Könnerschaft: wissenschafts – und erfahrungsgelitet, d.h. Orientierung an unterschiedlichen Theorien und stärkere Betonung der nicht messbaren und nicht quantifizierbaren Anteile der Pflege (Verständigungs-, Gefühls- und Wohlbefindensarbeit, Intuition, Ethos, existentielle Anteilnahme u.a.m.)*
- *Patientin wird je nach Situation und Verlauf gefördert, unterstützt und begleitet (Wettreck, 1998, zit. n. Freisacher 2006, S30)*

Die Darstellung der Entwicklung von Pflegeverständnis nach Wettreck zeigt zwar die Entwicklungsmöglichkeiten auf, beschreibt aber nicht, welche individuelle Ereignisse oder Prozesse des Verstehens notwendig sind.

3 METHODIK

3.1 QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG

Es existieren unterschiedliche Wege, um wissenschaftliche Erkenntnis zu erlangen. In der Wissenschaftstheorie erfolgt die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Wegen zur Erkenntnis. Grundlegende Unterschiede beim Zugang zur wissenschaftlichen Erkenntnis bestehen in den Natur- und Geisteswissenschaften. Die Pflegewissenschaft wird im Wesentlichen den Human- und Sozialwissenschaften, einer weiteren Gruppe, zugerechnet. Typisch für diese wissenschaftliche Richtung sind zwei verschiedene Wege des Erkenntnisgewinns – die Prinzipien der Deduktion und Induktion. Sie repräsentieren somit zwei unterschiedliche Forschungsrichtungen – die qualitative und die quantitative Sozialforschung. (Mayer, 2011)

In der qualitativen Sozialforschung geht man davon aus, dass die Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen besteht, sondern das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen ist, die im Zuge sozialer Interaktionen von allen gemeinsam hergestellt wird. (Mayer, 2011, S.97).

Dieses subjektive Verstehen von Pflege soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden. Da jeder Mensch für sich und durch seine individuellen Erfahrungen die Dinge auf einzigartige Weise wahrnimmt, kann es keine objektive Wahrheit geben, die beschreibt was Pflegverständnis ist, sondern Ziel soll es sein, die verschiedenen Phänomene, die im Zusammenhang mit Pflege und deren Verständnis erkannt werden, abzubilden, und mittels der Methode der qualitativen Forschung ausgehend vom subjektiven Erleben aus den gesammelten Daten Konzepte und Theorien zu entwickeln.

Qualitative Forschung ist daher theoriebildend und folgt der induktiven Logik, wobei vom Besonderen/ Individuellen zum Allgemeinen geschlossen wird.

Mayer (2011) charakterisiert die qualitative Forschung folgendermaßen: Sie ist subjektiv, das Einzigartige beschreibend, ganzheitlich, in Bezug zum Relevanzsystem des Betroffenen, theoriebildend und induktiv. Sie muss offen gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, der Theoriebildung, der Methode

sein und flexibel im Forschungsprozess, gegenstandsangemessen und interpretativ.

Das wichtigste Prinzip der qualitativen Forschung ist die Offenheit in Bezug auf die Wahrnehmung. Es wird daher auf Hypothesenbildung verzichtet und auch mögliche Vorerfahrungen sollten weitgehend bewusst ausgeblendet werden, um den Blick frei dafür zu haben, was der Forschungsgegenstand bietet.

„Durch die Offenheit im gesamten Forschungsprozess wird der explorative Charakter qualitativer Forschung betont. Im Zentrum steht der Wunsch, Dinge zu sehen, zu erkunden, Phänomene zu entdecken oder neu zu strukturieren, die vorab noch nicht definiert und strukturiert sind.“ (Mayer, 2011, S.101)

Eine konsequente Folgerung der Offenheit ist Flexibilität – in der Vorgehensweise, in der Erstellung und Weiterentwicklung des Interviewleitfadens, in der Definition von wesentlich und unwesentlich für den Forschungsgegenstand.

Qualitative Forschung lebt mit der Kommunikation und Interaktion zwischen Forscherin und den Personen, mit denen geforscht wird. In der qualitativen Forschung ist die Datenerhebung offen, die Daten leiten zu weiterer Forschung an. Datenerhebung und Datenauswertung laufen stets nebeneinander ab und das Erhebungsinstrument wird dem aktuellen Datenstand angepasst (Mayer, 2011).

Es haben sich verschiedene Forschungsansätze in der qualitativen Sozialforschung entwickelt. Neben der Phänomenologie und der Ethnographie hat sich die Methode der Grounded Theory entwickelt, wobei die Unterschiede in der Grundorientierung begründet sind.

Um die Perspektive der menschlichen Interaktion bei der Entwicklung eines individuellen Pflegeverständnisses zu untersuchen, wird die Methode der Grounded Theory nach Strauß & Corbin für die Untersuchung des Themas herangezogen und im Folgenden näher erläutert.

3.2 GROUNDED THEORY

Zur Untersuchung gesellschaftlicher Prozesse aus der Perspektive der menschlichen Interaktion wurde die Grounded Theory für die Sozialforschung entwickelt. Das Ziel dabei ist es, erklärende Theorien für menschliches Verhalten zu entwickeln, wie Mayer (2002) erläutert.

Handlungen, Haltungen und Verhaltensweisen von Pflegepersonen werden im Begriff „Pflegeverständnis“ zusammengefasst, ohne dabei auf das individuelle Erleben des Prozesses des Verstehens näher einzugehen oder den Prozess des Verstehens der Einflussfaktoren auf die eigenen Pflegehandlungen näher zu untersuchen.

„Das Ziel der Grounded Theory ist das Erstellen einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt.“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 9)

Im Rahmen dieser Arbeit soll nun eine erklärende Theorie zur Entstehung eines individuellen Pflegeverständnisses erarbeitet werden. „Pflege“ besteht aus einer Fülle von verschiedenen Konzepten und das Verstehen dieses multifaktoriellen Geschehens kann aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen heraus betrachtet werden. Um aber diesen verschiedenen Zugängen zum Gegenstandsbereich einen systematischen Zugang zu eröffnen und die Erkenntnisse auch zu einem Schlüsselkonzept zusammenzufügen, bedarf es einer entsprechenden Methode.

Das Besondere an der Forschungsmethode der Grounded Theory ist die Datensammlung und Auswertung. Diese erfolgt nicht nacheinander, sondern abwechselnd, wobei nach jeder Datensammlung eine gründliche und systematische Auseinandersetzung mit den neuen Daten erfolgt. Die daraus abgeleiteten Folgerungen fließen dann in die neuerliche Datensammlung ein. Durch diese Methode gewinnt die Arbeit an Dichte und Komplexität.

3.3 METHODEN DER DATENERHEBUNG

Es kommen zwei Untersuchungsmethoden zur Anwendung. Einerseits wird das halbstrukturierte Interview, anfangs nach einem Interviewleitfaden, der nach Auswertung des Interviews vor dem Nächsten adaptiert wird, verwendet. Andererseits werden auch Beobachtungen, die während des Interviews gemacht werden, in Form von Feldnotizen festgehalten und fließen in den Erkenntnisteil der Arbeit ein.

3.4 DATENMANAGEMENT UND DATENANALYSE

Nach den Grundregeln der Grounded Theory werden auf Basis der theoretischen Vorüberlegungen die Daten erhoben.

Nach jedem Interview werden die Aufnahmen des Diktiergerätes transkribiert und die Daten auf einer eigenen externen Festplatte gespeichert. Die ausgedruckten Exemplare werden sicher verwahrt.

Entsprechend der Methode der Grounded Theory erfolgt bereits nach der ersten Transkription eine Analyse der gefundenen Daten. Durch eine theoriegeleitete Auswahl wird in der Folge gezielt nach sich abzeichnenden Themenbereichen und Kategorien geforscht.

Die bereits erstellten Kategorien werden in einen permanenten Vergleich gebracht, ergänzt und weiterentwickelt. Dadurch entsteht ein kontinuierlicher Wechsel von Handeln und Reflexion.

Die Methode der Grounded Theory nach Corbin & Strauss sieht 3 verschiedene Ebenen der Codierung vor: das offenen Codieren, das axiale Codieren und das selektive Codieren. Das Ziel ist die Identifizierung der Kernvariablen.

Da dieser Prozess den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen würde, kommen im vorliegenden Forschungsprozess nur Ebene 1 und 2, offenes und axiales Codieren, zur Anwendung. Mögliche Hinweise auf eine Kernvariable werden im Erkenntnisteil der Arbeit ausgewiesen und beschrieben.

Zusätzlich zur Arbeit des Codierens werden theoretische, methodische und persönliche Notizen die Arbeitsschritte dokumentieren, Probleme und Entscheidungen festhalten und das eigene Erleben sichtbar machen.

3.4.1 OFFENES KODIEREN

Dieser ist der erste Schritt der Datenanalyse nach der Methode der Grounded Theory: „Benennen und Kategorisieren der Phänomene mittels eingehender Untersuchung der Daten...“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 44). Die Daten werden in diesem Schritt nach Ähnlichem oder Divergentem durchsucht und daraus werden Phänomene abgeleitet.

Es ist die erste intensive Phase der Textanalyse, wobei versucht wird, wesentliche und für die Forschung bedeutungsvolle Inhalte zu selektieren. Erste Versuche, Codes oder Kategorien zu finden, werden unternommen und mögliche Sinnvarianten durchdacht.

Beim Kodieren gibt es die Überlegungen, diese in einen theoretischen und in einen In-Vivo-Code zu unterscheiden. Unter theoretischen Codes versteht man Erfindungen oder Wortneuschöpfungen der Forscherin oder Anknüpfungen an bestehende wissenschaftliche Konzepte. Diese verbalen Erfindungen entsprechen dem kreativen Element der Grounded Theory und schaffen „die Gegenstandsnahe des theoretischen Vokabulars“ (Breuer, 2009, S78).

In-Vivo-Codes sind wörtlich übernommene Aussagen aus Interviews oder Redeweisen und Bezeichnungen der Interviewten.

„Die Möglichkeit auf diesem Wege zu gegenstandsbezogenen Kategorien zu kommen, erklärt sich aus der Tatsache, dass die Mitglieder des Untersuchungsfeldes – entsprechend dem hier zugrundeliegenden Menschenbildes – für reflexive Subjekte gehalten werden, [...] die über ihre eigene Person, ihr Handeln,[...] nachdenken und entsprechende interpretierende und typisierende Begriffe bilden, die in ihrer Lebenswelt zur Strukturierung und Erklärung herangezogen werden.“(Breuer, 2009, S. 78)

In der vorliegenden Arbeit wird das individuelle Verstehen von Intensivpflegpersonen untersucht. Gerade weil die Intensivstation auch innerhalb des Krankenhauses eine in sich geschlossene Einheit bildet – sowohl räumlich als auch organisatorisch und im Bewusstsein der Mitarbeiterinnen – ist eine spezielle Sprache üblich, die von Außenstehenden nicht oder falsch interpretiert werden könnte. Es ist davon auszugehen, dass dies im Fall der vorliegenden Arbeit ein wichtiger Faktor bei der Benennung von Kategorien ist.

3.4.2 ENTDECKEN UND BENENNEN DER KATEGORIEN

Das Besondere an der Methode der Grounded Theory ist, dass die Kategorien noch nicht bekannt sind, sondern aus dem erhobenen Datenmaterial gewonnen werden.

„Dies geschieht in der GTM, indem empirisches Material in Sinneinheiten zerlegt wird und für diese Sinneinheiten Codes vergeben werden, deren konzeptueller Gehalt über eine beschreibende Zusammenfassung des empirisch Vorfindbaren hinausgehen muss.“ (May & Mruck, 2011, S.24)

Dies führt fast automatisch zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten und zu einer schrittweisen Differenzierung der einzelnen gefundenen Phänomene. Das Benennen und Beschreiben der Eigenschaften einer Kategorie dient der „Ausdifferenzierung eines konzeptuellen Raumes für die Modell- und Theorieentwicklung.“ (May & Mruck, 2011, S. 84). Ob die gefundenen Kategorien eine besondere Bedeutung haben, stellt sich erst im Zuge des weiteren Forschungsprozesses heraus.

3.4.3 AXIALES KODIEREN

Bei diesem Arbeitsschritt werden die zuvor aufgefundenen Kategorien aus der Phase des offenen Kodierens miteinander verglichen und es wird versucht, diese zueinander in Verbindung zu setzen.

Axiales Kodieren wird in folgende vier Phasen unterteilt:

- a. *„das hypothetische In-Beziehung-Setzen von Subkategorien zu einer Kategorie [entsprechend dem sogenannten „Paradigmatischen Modell“ s. unten,] [...];*
- b. *Das Verifizieren dieser Hypothesen an Hand der tatsächlichen Daten;*
- c. *die fortgesetzte Suche nach Eigenschaften der Kategorie und Subkategorien und nach der dimensional Einordnung der Daten, [...],auf die sie verweisen;*
- d. *die beginnende Untersuchung der Variation von Phänomenen.“ (Strauss & Corbin, 1996, S.86)*

3.4.4 SELEKTIVES KODIEREN

Das selektive Codieren bildet den Abschluss im Vorgehen bei der Grounded Theory. Hier wird in beschreibender Erzählform das zentrale Phänomen der Untersuchung dargestellt und dient der Fokussierung auf die Kernvariable. Diese wird in Beziehung zu allen Kategorien gestellt und erklärt die Variabilität der Daten (Strauss & Corbin, 1996).

3.5 ETHIK IN DER PFLEGEWISSENSCHAFT

Bei allen Forschungsprojekten, an denen Menschen beteiligt sind, müssen ethische Grundregeln eingehalten werden. Es geht vor allem darum, die Rechte der Betroffenen zu wahren. Diese Richtlinien werden von verschiedenen Gremien als Empfehlungen beschrieben und laufend überarbeitet, was nicht nur auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene geschieht.

Der gemeinsame Hintergrund ethischer Richtlinien und Empfehlungen geht auf den Nürnberger Kodex zurück, der die gemeinsame Grundlage der biomedizinischen Ethik definiert.

Die Prinzipien lauten:

- Autonomie
- Benefizienz (Gutes tun)
- Non- Malefizienz (vor Schaden schützen)
- Gerechtigkeit

Von diesen sehr abstrakten Prinzipien werden die Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes abgeleitet, die für die Forschung bindend sind, wie Mayer folgendermaßen beschreibt:

1. *„umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmerinnen (= freiwillige Teilnahme)*
2. *Anonymität*
3. *Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden.“ (Mayer, 2011, S.44).*

Um all diese Kriterien zu erfüllen, werden bereits im Vorfeld Vorkehrungen getroffen. Schriftlich festgehalten werden diese im Informed Consent.

3.6 INFORMED CONSENT

Das Ziel des Informed Consent ist es, die Teilnehmerinnen an einer Forschungsarbeit möglichst umfassend zu informieren. Der Informed Consent beinhaltet folgende Teilaspekte:

- Ziel und der Zweck der Studie werden klar dargelegt.
- Die Art der Vorgehensweise wird erklärt.
- Die Rolle, die die Studienteilnehmerin dabei hat, wird erläutert.
- Das Recht der Studienteilnehmerin, die Teilnahme zu verweigern oder jederzeit die Teilnahme abubrechen, wird explizit ausgewiesen. (Mayer, 2011)

Der Informed Consent muss in schriftlicher Form vorgelegt und mündlich ausreichend erklärt werden, wobei jeglicher Druck zu vermeiden ist. (Mayer, 2002)

Wesentlich dabei ist auch, dass der Teilnehmerin klar erklärt wird, dass aus der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme keine Vor- oder Nachteile entstehen. Sind all diese Rahmenbedingungen erfüllt, so spricht man von einer „aufgeklärten Einwilligung“ oder auch „Informed Consent“ (Mayer, 2002)

Die Teilnahme an der Forschungsarbeit wurde in schriftlicher Form auf einem Vordruck mit der Unterschrift der Teilnehmerin bestätigt. Die unterschriebenen Vorlagen werden getrennt von den Aufzeichnungen und den Transkription aufbewahrt.

3.7 GÜTEKRITERIEN

Die für die qualitative Forschung allgemein gültigen Gütekriterien kommen auch bei der Grounded Theory zur Anwendung und sind daher auch für diese Arbeit bindend.

Glaubwürdigkeit, Anwendbarkeit, Beständigkeit und Bestätigung sind die grundlegenden Elemente bei der Bewertung und Evaluierung der erhobenen Daten (Mayer, 2002).

Eine detaillierte Verfahrensdokumentation stellt dabei ein wesentliches Gütekriterium dar. Besonders Entscheidungen und Probleme, die während der Interviews aufgetreten sind, müssen dokumentiert und in die Überlegungen einbezogen werden, auch um Entscheidungen, die während der Erhebung erfolgten, nachvollziehbar zu machen (Mayer, 2002).

Hall und Callery (2001) weisen darauf hin, dass bei der Methode der Grounded Theory die Gefahr nicht außer Acht gelassen werden darf, dass der Beziehung zwischen Forscherin und Interviewten, die ohne Zweifel besteht, nicht genug Beachtung geschenkt werden könnte. Sie verweisen darauf, dass Reflexivität und „relationality“ wesentliche Kriterien für die Härte oder Genauigkeit (rigor) der entwickelten Theorie seien. Beide Gütekriterien machen transparent, wie die Daten im Rahmen der Arbeit entstanden sind.

„...thereby neglecting the relationships between the researcher and the participant, within which data are constructed. [...]we offer the proposal that

reflexivity and relationality provide criteria for rigor that make more transparent how data are created within grounded theory studies.“ (Hall & Callery, 2001, S.257)

Reflexivität wird in diesem Zusammenhang als eine Form der theoretischen Sensibilität verstanden. Nonverbale Kommunikation oder Gesprächsunterbrechungen, emotionale Äußerungen können zwar dokumentiert werden, beeinflussen aber die Realität der Interviewsituation. Beide, Forscherin und Interviewte, gehen von divergenten Annahmen aus, die nicht explizit darstellbar sind.

Die Bedeutung der Interaktion als beeinflussender Faktor muss der Forscherin bewusst sein, stellt ihre Reflexivität dar und erhöht damit die Validität.

Der Forscherin ist bewusst, dass die Nähe zum Feld Vor- und Nachteile für die Untersuchung mit sich bringt. Der notwendige Bezug zum Untersuchungsgegenstand ist gegeben, allerdings darf das persönliche Pflegeverständnis der Forscherin nicht den Ausgangspunkt der Bewertung darstellen, da unter diesen Umständen die Reflexivität nicht gegeben wäre.

Die Problematik wurde im Vorfeld mit der Betreuerin Frau Dr. Linhart besonders erörtert. Die Datenerhebung und Auswertung wurde mit Memos dokumentiert, wobei besonders Gedanken und Wahrnehmungen der Forscherin beschrieben wurden. Bei der Analyse der Interviewtranskripte wurde sorgfältig darauf geachtet, die Aussagen der Interviewpartnerinnen so zuzuordnen, dass sie ihrer Wirklichkeit entsprachen und nicht die Wahrnehmung der Forscherin.

Die theoretische Auseinandersetzung im Vorfeld diente der Erweiterung des eigenen Verstehens und trug wesentlich dazu bei, das Denken und Fühlen der Forscherin zu abstrahieren und auf eine Metaebene zu bringen.

Diesen Vorgang theoriegeleitet und gut dokumentiert in die Arbeit einfließen zu lassen, ist dabei die größte Herausforderung, gleichzeitig aber auch essentiell für die Qualität der Arbeit:

Da Verstehen aber ein sich permanent selbst überprüfender Akt des Menschen ist, scheint die Auseinandersetzung mit dem Verstehen einer komplexen Tätigkeit

wie der Pflege mit der Gefahr verbunden, dass es in der Reflexion der eigenen Tätigkeit im Rahmen des Interviews zu einer Veränderung des Verständnisses der Pflege kommen kann.

Im Sinne der Reflexivität darf diese Veränderung des Verständnisses nicht die Analyse und Bewertung der Daten beeinflussen.

4 DIE STICHPROBE

Die Auswahl einer speziellen Gruppe von Pflegepersonen – derer, die auf einer Intensivstation arbeiten – für die Erforschung des individuellen Pflegeverständnisses erfolgt aus mehreren Gründen. Einerseits der gute Feldzugang, andererseits die klare Beschreibung des Aufgabenbereichs – Einteilung in Kategorien (beschrieben im österreichischen Strukturplan, 2010)- und der speziellen, gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildung, die von allen Pflegepersonen auf Intensivstationen, zu absolvieren ist.

4.1 EINSCHLUSS- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Alle Interviewpartnerinnen sollten schon länger als 5 Jahre auf Intensivstationen tätig sein und die Sonderausbildung für Intensivpflege absolviert haben. Aus der beruflichen Erfahrung der Forscherin ist dies begründet durch die Tatsache, dass die ersten Jahre geprägt sind vom Lernen (medizinisches und pflegerisches Wissen erwerben, Umgang mit Geräten erlernen,...) und sich daraus erst später ein differenziertes Empfinden für die eigene Arbeit entwickelt.

Gerade im Bereich der Intensivpflege sind, im Vergleich zu den allgemeinen Stationen, mehr männliche Pflegepersonen beschäftigt. Die Erforschung möglicher Gründe dafür würde einen eigenen Untersuchungsgegenstand bilden und könnte ein interessantes und lohnendes Thema eines Dissertationsprojekts sein.

Um einen möglichst homogenen Stichprobe zu untersuchen, werden nur weibliche, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in die Untersuchung einbezogen.

Auf Grund der jahrelangen Tätigkeit der Forscherin auf Intensivstationen werden alle Personen aus der Untersuchung ausgeschlossen, die mit ihr in den letzten Jahren direkt zusammengearbeitet haben, da davon auszugehen wäre, dass dies möglicherweise einen Einfluss auf die Aussagen haben könnte.

4.2 FELDZUGANG / REKRUTIERUNG

Die Forscherin war 24 Jahre an verschiedenen Krankenhäusern in Wien und Niederösterreich beschäftigt, die meiste Zeit davon auf Intensivstationen in der Funktion als Mitarbeiterin oder Stationsleitung. Somit ist der Feldzugang durch die persönliche Lebensgeschichte der Forscherin gegeben.

Der Kontakt zu möglichen Interviewpartnerinnen wurde telefonisch, oder durch ehemalige Kolleginnen, hergestellt.

Da durch den Untersuchungsgegenstand – das individuelle Pflegeverständnis – kein direkter Bezug zum Arbeitgeber hergestellt wurde und somit keine Gefahr für den Datenschutz des Krankenhauses oder von Patientinnen gegeben war und die Interviews im privaten Rahmen außerhalb der Dienstzeit erfolgten, wurde keine explizite Genehmigung der Pflegedienstleitungen eingeholt.

Die Interviewpartnerinnen arbeiten an 4 verschiedenen Krankenhäusern in Wien und Niederösterreich auf Intensivstationen der Fachrichtungen Interne Medizin, Anästhesiologie und Unfallchirurgie.

Den Interviewpartnerinnen wurde vollkommene Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert. Sie wurden darüber informiert, dass die Teilnahme an der Forschungsarbeit einen Beitrag zur Erforschung des individuellen Erlebens in ihrem Arbeitsgebiet leisten könnte und damit auch einen Einblick in das Denken und Fühlen von Pflegepersonen, die auf Intensivstationen arbeiten, geben könnte.

Alle Interviewpartnerinnen erhielten einen Informed Consent in schriftlicher Form, welcher zuvor mit der wissenschaftlichen Betreuerin der Arbeit, Frau Dr. Monika Linhart, erarbeitet wurde. Sie hatten jederzeit die Möglichkeit auch mit ihr in Kontakt zu treten, um weitere Fragen abzuklären.

Nach der Einwilligung zur Teilnahme am Interview erfolgte eine Abmachung bezüglich Zeit und Ort.

4.3 METHODE DER DATENERHEBUNG

Als Methode wurde, wie häufig in der qualitativen Forschung, das Interview gewählt, da es eine geeignete Möglichkeit darstellt, das Erleben und die persönlichen Gedanken und Gefühle zu erforschen. Verwendet wurde dabei ein halb standardisierter Interviewleitfaden, der als Grundlage für die Fragenabfolge diente, allerdings nicht stringent verwendet wurde. Wesentlich war es, den Gedanken und Ideen, die im Rahmen des Interviews entstanden, zu folgen und dadurch Einblick in das individuelle Verständnis von Pflege zu gewinnen.

Der Beginn der Interviews wurde mit offenen Fragen zur Berufswahl, zum Entschluss auf einer Intensivstation zu arbeiten, gestaltet.

Die Interviews wurden an einem, für die Interviewpartnerin angenehmen Ort und ohne zeitlichem Druck durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden nochmals darüber informiert, dass die Bandaufnahmen lediglich als Unterstützung für die Forschungsarbeit dienen und niemals einem anderen Kreis von Personen zugänglich gemacht werden.

4.4 DIE TEILNEHMERINNEN

Insgesamt haben 7 diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern mit Sonderausbildung für Intensivpflege, Anästhesie und Nierenersatztherapie an der Untersuchung teilgenommen. Vor Beginn des Interviews wurden einige persönliche Daten erhoben.

Teilnehmerin	Alter	Diplom-jahrgang	Berufsjahre ohne Karenz	Davon auf IBS	Summe Dienststellen	Anzahl der Kinder
IP 1	53	1977	35 Jahre	25	4	1
IP 2	44	1988	20 Jahre	20	3	2
IP 3	45	1987	25 Jahre	22	2	0
IP 4	43	1987	25 Jahre	15	3	3
IP 5	41	1989	23 Jahre	20	1	2
IP 6	43	1987	25 Jahre	25	1	0
IP 7	41	1989	23 Jahre	20	2	1

Abb.2, Übersicht Interviewpartnerinnen

Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei ca. 44 Jahren, die durchschnittliche Zeit, die die Teilnehmerinnen auf Intensivstationen gearbeitet haben, beträgt 21 Jahre. Alle Teilnehmerinnen mit Kindern haben teilweise auch Teilzeit gearbeitet. Drei davon haben die weiterführende Ausbildung für basales und mittleres Management absolviert und arbeiten als Stationsleitungen oder Bereichsleitung von Intensivstationen. Zwei Personen davon haben auch eine universitäre Ausbildung in diesem Bereich abgeschlossen.

Außer zwei Interviewpartnerinnen haben alle direkt nach dem Diplom auf einer Intensivstation begonnen, die andern nach einem oder drei Dienstjahren.

Nur die älteste Interviewteilnehmerin hat im Laufe ihres Lebens außer auf Intensivstationen auch auf einer Dialyseabteilung und im Herzkatheterlabor gearbeitet, beides ebenfalls Abteilungen, die eine spezielle (technische) Herausforderung darstellen.

Der Entschluss, auf einer Intensivstation zu arbeiten, wurde bei 5 Teilnehmerinnen bereits während der Ausbildung gefasst und alle absolvierten davor ein Wunschpraktikum auf einer Intensivstation. Interessant erscheint auch die Tatsache, dass drei Personen davon auch an der Arbeit als OP-Schwester interessiert waren, allerdings nach den ersten Praktikumstagen entschieden hatten, dass dies das Falsche für sie sei.

Bis auf eine Teilnehmerin arbeiten alle auf Intensivstationen mit einem extrem hohen medizinischen Level, entsprechend Kategorie 3. Das bedeutet konkret für die Pflege, dass ein Großteil aller Patientinnen beatmet werden und auch sonst invasive Maßnahmen zur Lebenshaltung eingesetzt werden.

5 ERKENNTNISSE

Aus der Analyse der Daten und dem gezielten Nachfragen bei den folgenden Interviews haben sich einige Kategorien herausgebildet, die nun vorgestellt werden. Da das Thema sehr vielschichtig ist, können manche Betrachtungen aus verschiedenen Blickwinkeln mehrmals aufscheinen. Im Anschluss an die beschreibende Darstellung der Ergebnisse, werden mit Hilfe einer Grafik, die Zusammenhänge optisch aufbereitet, dargestellt.

5.1 DIE ZENTRALEN AUFGABEN ALS INTENSIVSCHWESTER

Die Frage nach den zentralen Aufgaben der Pflegepersonen auf einer Intensivstation ist eng damit verbunden, wie das eigene Handeln gesehen wird, welche Prioritäten gesetzt werden, letztendlich welches Verständnis von Pflege in der täglichen Arbeit steckt.

Die Aussagen dazu waren in weiten Bereichen sehr ähnlich und beschreiben den Bezug zu den Patientinnen, die Verantwortung ihnen gegenüber, aber auch die Ziele, die hinter den Handlungen stehen. Dazu kommen noch sehr philosophische Betrachtungen.

Die zentrale Aufgabe ist es für mich(,) den Menschen hinter den Maschinen nicht zu verlieren(.)

5.1.1 DIE EIGENEN ROLLEN IN DER BEZIEHUNG ZU DEN PATIENTINNEN

Unisono wird hier die Stellung der Patientinnen als Zentrum des Wirkens beschrieben. Die Ansprüche an die Pflegequalität reichen von „perfekt versorgt“ bis zur „Fürsorge“, das „Für-die-Patientinnen-da-sein“ und das Übernehmen von allem, was die Patientinnen im Moment nicht können.

Eine andere Betrachtungsweise kommt aber auch zu Tage, nämlich die der Führungsperson, die die Patientinnen anleitet, fördert und fordert.

Eine Führungsperson(.) Weil ich bin schon die(,) die ihm erklären muss(,) dass bestimmte Dinge gemacht werden müssen(,) damit wir etwas verhindern können(,) zum .Beispiel: Liegekomplikationen, (...) ihn halt dahin führen(.)

Auch die Rolle der Beobachterin wird immer wieder betont. Durch die Beobachtung können die Pflegepersonen feststellen, was die Patientin brauchen könnte, wie es ihr gehen mag, sowohl in Bezug auf ihre physischen Empfindungen, als auch auf ihre Psyche. Dabei werden immer pflegerische als auch medizinische Überlegungen angestellt.

Was braucht er(,) damit es ihm gut geht(,) damit aber auch seine Psyche in Ordnung ist(,) sowohl pflegerisch(,) dass er gut liegt(,) dass ihm nichts weh tut(,) als auch medizinisch(,) dass er seine Medikamente hat(,) dass es ihm gut geht(.)

Besonders betont wird auch die Kommunikation mit den Patientinnen, die ja häufig sehr schwierig ist, da die wenigsten Intensivpatientinnen verbal ihre Bedürfnisse, Gefühle und Wünsche adäquat äußern können.

Die Kunst dabei scheint, die empfangenen nonverbalen Signale zu interpretieren und adäquat darauf zu reagieren. Das zweite Problem besteht darin, dass es sehr schwer fällt, eine gefühlt einseitige Kommunikation zu führen, mit der Patientin zu reden, sie zu informieren, ohne dabei „echte“ Antworten zu bekommen.

Aus dieser schwierigen Situation heraus passiert es immer wieder, dass auf das Ansprechen der Patientinnen und die Information vor Pflegehandlungen „vergessen“ wird.

(...)dass man mit dem Patienten spricht(,) natürlich(...) aber dass man diese menschlichen Optionen nicht aus dem Auge lässt(.) Dass man nicht einfach hergeht und einfach umdreht(,) man muss den Menschen nicht außer Acht lassen und das passiert leider sehr oft(.) Da wird einfach hin gegriffen und umgedreht(.)

5.1.2 DIE ZIELE DER INTENSIVPFLEGE

Die Beschreibung der persönlichen Ziele im Berufsfeld Intensivstationen stellt einen guten Zugang zum Denken und Handeln von Intensivpflegepersonen dar. Dabei wird immer wieder betont, wie wesentlich es ist, die Selbständigkeit der Patientinnen wiederherzustellen – man möchte „sie aus dem Bett herauspflegen“.

Eine zentrale Thematik dabei ist die Lebensqualität. und wer diese definieren sollte. Dabei werden verschiedene kritische Überlegungen verbalisiert.

Dass es geglückt ist(,) die Lebensqualität in einer Form(,) wie sie als Patienten es definiert haben(,) wiederhergestellt wurde(.) Ja(,) das ist es(,) wenn ein Patientin mit guter Lebensqualität überlebt und dann ein wenig Dankbarkeit kommt(,) dann kommt das Gefühl(,) nicht aus medizinischem Kalkül zu viel Leid zugefügt zu haben(,...

Das Gefühl im Rahmen der Tätigkeit, nicht übermäßiges Leid zuzufügen, nimmt bei den Zielformulierungen eine zentrale Rolle ein. Das Abwägen zwischen medizinisch und pflegerisch Notwendigem und der Empathie den Patientinnen gegenüber, scheint eine zentrale Überlegung zu sein. Wesentlich dabei sind das Vermeiden von Schmerz und das Sichern eines Minimums an Persönlichkeit für die Patientinnen.

Es scheint aber auch ein Ziel zu sein, ein wenig Anerkennung und Dank von Patientinnen zu bekommen, wenn diese nach einem langen Aufenthalt „zu Besuch“ wiederkommen und die Leistungen der Pflegepersonen mit ihrem persönlichen Wohlergehen in Verbindung bringen. Das scheint eine der Quellen zu sein, aus denen Intensivschwestern ihre Kraft und Motivation für die weitere Arbeit schöpfen.

Mir gibt das auch etwas(,) wenn jemand überlebt(,) zumindest halbwegs gut und der dann kommt(.) Das taugt mir und das muss mich zufrieden stellen(,) weil ich sonst ja gehen müsste(.)

5.1.3 DIE PHILOSOPHIE DAHINTER

Die vielfältigen Aufgaben in der Pflege und Betreuung von Intensivpatientinnen stellen nicht nur eine berufliche, sondern vor allem auch eine persönliche Herausforderung dar. Der bewusste Umgang mit den eigenen Vorstellungen, Werten und Normen scheint eine Voraussetzung dafür zu sein, mit den Belastungen zurechtzukommen. Diese sind allerdings nicht als Konstante anzusehen, sondern unterliegen einer ständigen Aktualisierung.

Sich selbst über die Dinge(,) die Tod und Leben ausmachen(,) im Klaren sein und die zentrale Aufgabe ist(,) sich selber in Frage zu stellen in all seinen Handlungen(,) die man täglich ausführt(.) Vollkommene Transparenz und Ehrlichkeit(,....)

Transparenz und Ehrlichkeit im Umgang mit sich selbst, aber auch im Umgang mit möglichen Fehlern wird als eine wesentliche, ethische Grundhaltung beschrieben.

Essentiell erscheint es den befragten Pflegepersonen, immer wieder zu betonen, dass die Kernaufgabe darin liegt, den Menschen hinter all der Technik und Medizin nicht zu verlieren.

Das Gefühl der Verantwortung, aber auch der Macht über einen hilflosen Menschen wird immer wieder angesprochen. Hilflosigkeit ergibt sich durch die Erkrankung – der Mensch verliert seine Individualität, ist nackt und schutzlos der Umwelt ausgeliefert und somit abhängig von der Achtsamkeit der Betreuenden.

Diese Macht der handelnden Personen gegenüber der Machtlosigkeit der Patientinnen sollte im Mittelpunkt aller ethischen Überlegungen stehen.

(...) den Menschen nicht verlieren(,) der da liegt und von mir abhängig ist und dem ich etwas Gutes tun kann oder auch etwas Schlechtes(.) Das muss mir bewusst sein(,) dieses Ausgeliefertsein(,) in jeder Hinsicht(.) Die Menschen auf der Intensiv verlieren alles(,) sie verlieren ihr Körpergefühl(,) sie verlieren ihre Identität(,) alles(,) sie liegen da(,) sind vollkommen abhängig und schutzlos(.)

In den letzten Jahren wurden viele Diskussionen zu ethischen Entscheidungen in der Intensivmedizin geführt, die teilweise zu einem langsamen Wandel geführt haben. Ethische Grundsatzüberlegungen stellen die eine Seite dar, die Umsetzung im Alltag und in den einzelnen „Fällen“ die andere.

Pflegepersonal auf Intensivstationen ist in dieser alltäglichen Auseinandersetzung gefordert und ist auf Grund der beruflichen, gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen nur bedingt frei in seinen Handlungen. Medizinische Anordnungen müssen durchgeführt werden, pflegerische Standards schreiben ebenfalls ein Procedere vor. In diesem Spannungsfeld können ethische Überlegungen zu einer großen Herausforderung werden.

5.2 GRENZSITUATIONEN

Der jahrelange Umgang mit Intensivpatientinnen bringt viele komplexe Erfahrungen, die von den jeweils Betroffenen individuell interpretiert werden und mit der Zeit ein umfassenderes Bild der eigenen Tätigkeit ermöglichen. Der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen in Ausnahmesituationen wird niemals Routine, sondern bleibt immer eine Herausforderung. Erst die Reflexion und die beschriebene Grundhaltung ermöglichen es scheinbar, den Mitarbeiterinnen ihre Tätigkeit auszuüben.

Wie will ich einen Organspender(,) der hirntot ist(,) betreuen können(,) wenn ich selber nicht weiß(,) was der Tod für mich für eine Bedeutung hat und wie ich zum Tod stehe und was Leben für mich bedeutet(?)

5.2.1 ERFAHRUNGEN MIT LEBEN UND TOD

In allen Interviews werden die Nähe zum Tod und die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit thematisiert. Vor allem scheint es aber auch eine der zentralen Aufgaben zu sein, dem Tod ein Leben abzuringen. Dieser kurzfristige „Sieg“ wird ganz stark mit den eigenen Kompetenzen in Verbindung gebracht.

Man hat es uns gelehrt(,) hat uns ein Werkzeug in die Hand gegeben(,) sei es jetzt ein Medikament(,) sei es ein Defibrillator und wir wissen(,) in dieser Situation hole ich es(.) Dann wird einem aber diese Endlichkeit bewusst(,) denn obwohl ich 12 Stunden lang den vollen Einsatz gegeben habe und ich hab wirklich alles kontrolliert(,) jede Kleinigkeit ist mir aufgefallen(,) hab die Pupillen kontrolliert(,) jede kleinste Kleinigkeit ist mir aufgefallen(,) ich hab es weitergeleitet und trotzdem stirbt der Patient(.) Hab ich mein eigenes Versagen dadurch kennen gelernt(,) oder muss es mir bewusst sein(,) dass es trotz bester Ausstattung es auch noch etwas anderes gibt(?) Es ist wichtig, das zu begreifen(.)

5.2.2 KAMPF GEGEN DEN TOD ALS HERAUSFORDERUNG

Die persönlichen Erfahrungen mit den Themen „Leben“ und „Sterben“ sind häufig mit der Arbeit auf einer Intensivstation verbunden. Zentrale Aufgabe des Pflegepersonals ist es primär, in der Akutphase die Patientinnen am Leben zu erhalten und einen möglichst guten Outcome zu ermöglichen. Dies verlangt vor allem in den ersten kritischen Phasen eine Teamleistung von Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam, in dieser, oft dramatischen Zeit verschwimmt die Arbeitszuständigkeit zwischen Medizin und Pflege.

Die Leistungen des Pflegepersonals sind dabei vor allem im Bereich der medizinischen Assistenzleistungen zu sehen, wobei diese im Arbeitsfeld Intensivpflege anders zu betrachten sind als auf Allgemeinstationen.

Dieser Kampf wird von einigen der Befragten als Herausforderung gesehen.

Herausforderung(...) weiß ich nicht(,) schon so(,) wie du es sagst(,) Reanimationen, dem Tod ein Schnippchen schlagen(,) schaffen wir das oder nicht(.) Die Reanimationssituation schon(,) das ist schon eine Herausforderung(.)

5.2.3 STERBEBEGLEITUNG

Die Begleitung sterbender Menschen in den letzten Stunden erscheint in der Darstellung der Interviewpartnerinnen fast wie eine Zäsur in der täglichen Arbeit. Es wird als sehr bewusster Akt dargestellt – „sich hinstellen und Händchen halten“ ist dabei ein häufig verwendeter Satz. Es scheint jedoch mehr dahinter zu stecken. Für alle Pflegepersonen, die an den Interviews teilgenommen haben, war das Thema „Sterben“ auf der Intensivstation und auch die eigene Auseinandersetzung damit, durchaus ein Kriterium, wie lange es jemand aushält, auf einer Intensivstation zu arbeiten, oder den Belastungen Stand zu halten.

Nur eine Interviewte gab an, dass das Thema für sie nicht so wesentlich wäre, da sie an ihrer jetzigen Dienststelle relativ selten damit konfrontiert sei. Trotzdem sieht es auch sie als wichtige Aufgabe, die Sterbenden nicht alleine zu lassen.

Besonders eine Gesprächspartnerin, die selbst eine schwere Erkrankung durchlebt hatte, bringt dies zum Ausdruck:

Ein sehr großes Thema für mich geworden(,) wo ich mich sehr viel auseinandersetze damit und auch mich nicht scheue(,) Sterbebegleitung(,) egal ob das bei Patienten jetzt ist oder beim Angehörigen(,) (...)dass junge Mitarbeiter damit noch ein Problem haben(,) na(...) haben wir am Anfang ja auch gehabt(,) da stelle ich mich ganz bewusst dazu und kommunizier mit den Angehörigen oder halte den Patienten einfach bei der Hand(,) das ist mir auch da wichtig geworden(.)

Das Begleiten scheint ein Innehalten in der täglichen Routine zu ermöglichen und führt letztendlich auch zu sehr philosophischen Fragen.

Es ist ja auch für einen Gestandenen schwer zu verstehen(,) was ist Leben(,) wann beginnt Leben und was ist würdevolles Leben und was ist es nicht mehr(,) Eigentlich glaube ich(,) ist das des Pudels Kern(.)

5.2.4 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

Die zentrale Frage in der modernen Intensivmedizin ist: „Was ist machbar und doch auch ethisch vertretbar?“ Diese Frage wurde von einer Gesprächspartnerin sehr prägnant formuliert. Durch die rasante Entwicklung der Medizin, aber auch der Bezugswissenschaften sind dem technisch Möglichen in der Medizin nur mehr wenige Grenzen gesetzt.

Die Frage nach den Grenzen ist dabei allgegenwärtig und findet sich in jedem Gespräch in unterschiedlicher Weise wieder.

(...) aber das schon nach einiger Zeit der Beobachtung und der Versuche usw. man doch einsehen muss(,) der Patientin will nicht(,) sein Körper kann nicht(,) wir lassen das(.) Ja(...)

In den unterschiedlichsten Intensivforen und bei Kongressen ist immer wieder diese Frage eine zentrale Thematik. Noch vor einigen Jahren, also zu Beginn der beruflichen Tätigkeit der Gesprächspartnerinnen, waren sehr viele Geräte in einem experimentellen Stadium oder einfach noch gar nicht erfunden. Somit waren auch manche technischen Grenzen klar. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn ein Beatmungsgerät nicht mehr Leistung ermöglichte, dann war dies auch eine klare Begrenzung der Therapie und für das Überleben der Patientinnen.

Die technischen und medizinischen Möglichkeiten haben die Fragen nach der Lebensqualität der Patientinnen nach erfolgreicher Intensivtherapie wieder in den Vordergrund gerückt. Was ist als Erfolg zu werten, was als Niederlage?

Der Arzt gibt sie ja mehr oder minder vor(,) wenn man sagt(,) was soll das für ein Outcome sein(,) wie lange wollen wir da noch weitermachen(,) dann ist es doch so(,) dass der Arzt die Lebensqualität vorgibt(,) egal ob der Patientin dann hypoxisch bleibt und nur mehr dahinvegetiert(,) er hat die Lebensqualität definiert(.)

5.3 PFLEGE (-VERSTÄNDNIS) IM WANDEL

Auch die Pflege auf der Intensivstation hat sich sehr stark verändert. Waren die Anfänge der Intensivpflege in den 80er Jahren noch gezeichnet von sehr starren Regimen, wie das routinemäßige Absaugen aus der Lunge alle 4 Stunden Tag und Nacht, die strikten Lagerungsintervalle nach dem immer gleichen Schema – rechte Seitenlage, linke Seitenlage, Rückenlage.

Diese Arbeitsabläufe entstammen dem sehr medizinisch-mechanistischen Menschenbild dieser Zeit und haben eine starke Orientierung an der „Funktionserhaltung“ von Organsystemen. Die Patientin in ihrer Individualität stand nicht im Mittelpunkt der Überlegungen bei der Auswahl und der Anwendung von Pflegemaßnahmen. Auch das pharmakologische Management war zweckorientiert und nur wenig an die individuellen Empfindungen der Patientinnen angepasst.

(...)Schmerztherapie hat es ja fast keine gegeben(,) Sedierung abgedreht(,) extubiert(,) hop oder drop(,) jetzt geht man endlich in die Richtung(,) Schmerzfrei muss der Patientin sein(,) egal was er jetzt hat(,) ob der jetzt in der Sterbephase ist(,) oder in der Aufwachphase(,) im Durchgangssyndrom oder was auch immer(,) also da entwickeln wir uns in die richtige Richtung(,) aber es ist(–) es geht mir noch ein wenig zu langsam(,) es könnte schneller gehen(,) wobei es bei uns auf der Station sehr gut funktioniert(.

Die momentane Diskrepanz besteht im Aufeinanderprallen des teilweise noch vorhandenen mechanistischen Menschenbildes versus ganzheitliches Denken in der Intensivpflege.

Wie bereits beschrieben haben alle Interviewpartnerinnen ihre Ausbildung noch vor 1997, dem Inkrafttreten des GuKG absolviert. Die damaligen Vorstellungen bezüglich der Aufgaben einer Krankenschwester waren, wie bereit beschrieben, von einem mechanistischen Menschenbild geprägt.

Ja(,) das hat uns sicher geprägt(,) unsere ersten Jahre und sicher auch(,) um auf der Intensiv zu überleben(,) weil es ja eine sehr funktionelle Sache war(,) Erstens(,) wegen sehr wenig Personal und da war kein Raum um auf Emotionen einzugehen(,) und zweitens war das gar nicht gefragt(.

Der große Wandel im Verständnis der Pflege hin zu einem ganzheitlichen Ansatz erfolgte nur langsam und ist in vielen Bereichen der Pflege noch immer nicht zur Gänze umgesetzt. Diese Veränderung entspricht aber auch dem Wandel unserer Gesellschaft.

Dieser Zwiespalt zwischen mechanistischer und individualisierter Anschauung wird gerade im Bereich der Intensivstationen sichtbar. In der Akutphase der Aufnahme eines schwersterkrankten Menschen stehen die medizinischen Interventionen zur Lebenserhaltung oft im Vordergrund. Die am Geschehen Beteiligten wissen nichts über den Menschen, der vor ihnen liegt. Sie kennen die Diagnose, kennen Laborwerte und Vitalparameter. All dieses Faktenwissen ist klar naturwissenschaftlich und lässt kaum Platz, die Patientinnen als Individuen wahrzunehmen.

In der postakuten Phase ändert sich dies langsam. Durch Gespräche mit den Angehörigen oder selten mit den Patientinnen selbst, was auf Intensivstationen häufig die Ausnahme und nicht die Regel ist, entsteht langsam das Bild eines Menschen mit all seinen Facetten, was natürlich auch eine Veränderung der Sichtweise seitens der Betreuenden nach sich zieht.

Sobald die Sedierung weniger wird(,) kommt das ja alles wieder zum Vorschein(.) Es bleibt so lange unentdeckt(,) bis der Mensch sich rührt(,) sich bewegt und beginnt in Kommunikation zu treten(,) egal in welcher Form(,) und das ist für mich ein ganz wesentlicher Punkt(,) dass man nicht einfach hinget und den Menschen wäscht ohne weiteres Interesse(.)

Dieses Dilemma spiegelt sich auch in weiteren Aussagen wieder:

Pflegerisch(-) dass man den Patienten nicht als Maschine sieht(,) sondern immer noch als Mensch(,) dass man ihn auch als Mensch behandelt und nicht als Sache(.)

Also das Kümmern um den gesamten Menschen(.) Ja(,) das Primary Nursing(.) Das Mechanistische brauchen wir zum Teil ja auch noch(.)

Der Wandel, der in den einzelnen Pflegepersonen stattgefunden hat, hat stark mit den Erfahrungen des einzelnen Menschen zu tun. Die eigene Sozialisation, aber auch die vielen beruflichen Erfahrungen haben zu diesem Wandel beigetragen.

Ich brauche kein Gesetz dazu(,) um für mich zu wissen(,) was Eigenverantwortung heißt(,) Eigenverantwortung heißt(,) einen Beruf auszuüben(,) der manchmal mehr fordert(,) als man geben kann(,) aber auch nicht nur nach Gesetzen zu handeln(.)

5.4 EIGENSCHAFTEN EINER „GUTEN“ INTENSIVSCHWESTER

Auf die Frage, welche Eigenschaften eine gute Intensivschwester haben sollte, waren die Antworten fast bei allen Befragten ident.

Eine gewissen Grundhaltung der Arbeit und dem Menschen gegenüber wurde als wesentlich beschrieben, wobei sich die meisten einig waren, dass diese Eigenschaften von Grund auf vorhanden sein müssen und nicht erlernbar sind. Die eigene Sozialisation wird als Grundstein für die gelebten Regeln und Normen gesehen.

Aber die(,) die kommen und bleiben(,) die haben das Auftreten und eine gewisse Sicherheit(,) die sind nicht laut(,) aber die sind bestimmt(,) sind sehr ausdauernd in der Einschulung und geben nicht auf(,) Egal, was man zu ihnen sagt(,) egal was passiert(.)

Als wesentliche Eigenschaft wird übereinstimmend eine gute Beobachtungsgabe und Empathie genannt.

Sich einfühlen können in den Menschen(,) in den anderen(,) sowohl in den Patienten(,) dem es schlecht geht(,) in die Angehörigen(,) den Arzt(,) weil die ja oft einen ganz anderen Stress haben als wir Pflegepersonen(,) Das ist(,) finde ich(,) sehr wichtig(,) dass man sich hier einfühlen kann in den Anderen(.)

Bemerkenswert dabei ist, dass nicht nur die Patientin, sondern das ganze Behandlungsteam und die Angehörigen in diese Fähigkeit einbezogen werden. Die soziale Kompetenz einer Pflegeperson ist in diesen für Patientinnen und Angehörige sehr belastenden Ausnahmesituationen von großer Wichtigkeit und ist nach Meinung der Befragten „nicht lernbar“ und wird als Teil der bereits genannten Grundhaltung beschrieben.

Die gute „zwischenmenschliche Kommunikation“ im Behandlungsteam, mit den Patientinnen, auch den Angehörigen gegenüber, ist eng gekoppelt an die Fähigkeit zur Empathie.

Schlagwörter wie Zielstrebigkeit und Vernetzungsfähigkeit wurden als ebenso wichtige Eigenschaften benannt wie vor allem das Wort Stressresistenz.

(...)naja dass man einfach mit Stresssituationen umgehen kann(.)

Keine der Befragten ging näher auf dieses Thema ein, es schien ihnen einfach als für sie ausreichend erklärt, ebenso wie Belastbarkeit.

Auch die Fähigkeit zur Zusammenarbeit im Team wurde als wichtige Eigenschaft genannt, wenn der Stress und die Belastung über das normale Maß hinausgehen.

(...)die Zeitgrenzen nicht zu eng sehen(,) das heißt(,) wenn auch der Dienst zu Ende ist und es ist noch was zu tun(,) nicht einfach wegzurennen(...)

Sehr interessant war es, dass die technischen Fähigkeiten und das technische Verständnis zwar als wichtige Eigenschaft von allen genannt wurden, allerdings war das die einzige, bei der sich alle einig waren, dass sie auch lernbar sei.

Alle Interviewten sagten übereinstimmend, dass Präzision wesentlich ist – sei es in der Dokumentation, in der Dosierung von Medikamenten oder bei der Bedienung diverser Geräte. Die Gefahr dabei wurde vor allem darin gesehen, dass die Routine zu Mängeln in der Präzision führen könnte.

5.5 SELBSTBILD UND FREMDBILDER

Spezielle, isolierte Bereiche in großen Organisationen haben häufig den Nimbus des Besonderen, gar Geheimnisvollen. Operationsbereich und Intensivstation stellen eine eigene Welt für alle Außenstehenden dar. Alles scheint diese Einheiten vom Rest des Krankenhauses abzutrennen – die geschlossenen Türen, die Gegensprechanlagen, die nur wirklich „Auserwählten“ Zutritt gewähren, die Bereichskleidung, die alle da drinnen von den anderen draußen farblich trennt und trotzdem eine innere Differenzierung nicht zulassen – die Ärztinnen, die Pflegepersonen, die Reinigungskräfte – alle tragen die gleiche Kleidung.

Hört man das Wort „Intensivstation“, ist eine häufige Assoziation „Kampf um Leben und Tod und das mit viel Technik“. Die diversesten Fernsehsendungen haben zur Prägung dieses Bildes zur Genüge beigetragen. Was wirklich geschieht, scheint kaum jemand wissen zu wollen.

Eine Interviewpartnerin hat es treffend ausgedrückt:

(...)das ist derselbe Effekt(,) warum schaut sich keiner ein Rennen an(,) wo jeder mit irgendeinem Auto dahinfährt(,) warum schaut man sich ein Formel 1 Rennen an(?) Da kann man auch sagen(,) warum ist die Gyn(,) die Augen(,) die Derma nicht genauso interessant wie die Intensiv(,) weil dort einfach mehr passiert(,) und weil es dort Action gibt(...)

5.5.1 DIE EIGENEN PERSPEKTIVE

Befragt man Pflegepersonen, warum sie schon so lange gerade auf einer Intensivstation arbeiten, so fällt auf, dass es für viele einfach angenehmer erscheint „nur für ein bis maximal zwei Patienten“ zuständig zu sein. Es ermögliche mehr direkten Kontakt zu den Patientinnen und Angehörigen, man könne den Menschen als Ganzes betreuen.

Diese Konzentration auf maximal zwei Patientinnen ermögliche auch das besonders selbständige und eigenverantwortliche Arbeiten, wobei hier nicht der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich entsprechend dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gemeint ist, sondern die umfassende Verantwortung für die

Durchführung von Pflegehandlungen, aber auch im Bereich der Durchführung medizinischer und pharmakologischer Anordnungen.

Die interviewten Pflegepersonen haben auf Grund von Ausbildung und Berufserfahrung eine hohe fachliche Kompetenz und sind daher in der Lage, komplexe Zusammenhänge „interdisziplinär“ zu verbinden. Aus diesem vernetzten Wissen entsteht ein Gefühl der tiefen Verantwortung für alle Handlungen rund um die Patientinnen.

(...) diese Individualität(,) dass man sich um den Patienten kümmern kann(,) auf der Intensiv hat man einen Patienten(,) um den man sich wirklich kümmern kann und um die Angehörigen und so weiter(,) so umfassend tätig ist(...)

Die Arbeit und die eigene Leistung werden mit Stolz betrachtet.

Viele Interviewte sehen die Arbeit auf den „Normalstationen“ als besonders anstrengend und könnten es sich nicht vorstellen, dort zu arbeiten. Ein wichtiges Argument ist dabei immer wieder, dass es ja so schwierig sei bis zu dreißig Patientinnen „im Auge zu behalten“ und vor allem nichts zu übersehen.

(...)ich hab vor denen den größten Respekt(,) weil die einfach irrsinnig(,) einfach viel mehr müssen die überblicken und denen darf(,) sollte(,) es auch nicht entgehen(,) wenn es einem von den 30 schlecht geht(.)

Allerdings wird auch beschrieben, dass es in dieser Anschauungsweise einen Unterschied zwischen den „Jungen“ und ihnen gäbe. Es wird ein „abgehobenes“ Verhalten der „Jungen“ gegenüber den Kolleginnen auf der Allgeminstation beschrieben und diese scheinen die eigene Arbeit über die, auf Allgeminstationen zu stellen.

5.5.2 DIE SICHT DER ANDEREN

Es erscheint schwierig, herauszufinden, wie man von anderen gesehen wird. Wie bereits beschrieben, scheint die räumliche und organisatorische Trennung dazu beizutragen, dass der jeweilige Arbeitsbereich des anderen mit „Vorurteilen“ betrachtet wird. Je weniger man von einander weiß, umso schwieriger wird die Beurteilung.

Die persönlichen Erfahrungen erst ermöglichen eine sehr individuelle Sichtweise auf die Kolleginnen der Intensivstationen.

Anders ist da schon der Blick der nicht medizinisch-pflegerisch geschulten Außenstehenden. Durch die Medien wird ein sehr unrealistisches Bild der Intensivstationen in der Öffentlichkeit geprägt. Dieses ist häufig stereotyp und stellt die Ärztin oder die Medizin in den Mittelpunkt.

Gezeigt werden Erfolge der Spitzenmedizin, populistisch aufbereitete Heilungserfolge von Prominenten oder schicksalsträchtige Dramen im Umfeld der Intensivstation.

Welche Arbeit hier geleistet wird und wer daran beteiligt ist, wird nur sehr selten einer breiteren Öffentlichkeit vermittelt.

Viele der Interviewten erzählen, dass sie den Eindruck haben, in der Öffentlichkeit ein höheres Ansehen zu genießen als „normale Schwestern“, da ihre Tätigkeit mit dem Kampf um Leben und Tod oder mit vielen technischen Geräten assoziiert wird. Die Folge davon ist häufig ein Vergleich mit sich selbst und der Aussage, dazu selbst nicht in der Lage zu sein, was besagte Bewunderung nach sich zieht.

Im Fokus scheint dabei das Beherrschen von Technik und der Arbeit im Grenzbereich des Lebens zu stehen, an der tatsächlichen Arbeit, so waren sich die meisten Interviewten einig, seien nur die wenigsten Gesprächspartnerinnen interessiert.

Im Umgang mit Angehörigen, die häufig viele Stunden und Tage auf der Intensivstation verbringen, führe diese eigenartige Außensicht oft zu skurrilen Gesprächen, wie einige der Interviewten berichteten.

(...)wenn mich die Angehörigen sehen und du plauderst mit ihnen(,) dann fällt ihnen auf(,) aha der Patient wird jeden Tag frisiert, dann fragen die oft(,) wer macht denn das(...) na wir machen das(,) aha(.). na und waschen tun sie die auch(.). die sind manchmal richtig erstaunt(,) was wir machen(.)

Auch hier zeigt sich, dass erst der intensivere Kontakt und das Gespräch ein Verständnis der Situation des anderen ermöglicht.

5.6 TEAMPLAYER UND EINZELKÄMPFERINNEN

Die Arbeit auf Intensivstationen ist wie in fast allen Bereich des Lebens ein Wechselspiel von Einzelarbeit und Arbeit im Team. Dieser Anteil zerfällt wieder in die diversen Unterteilungen, die Arbeit mit Kolleginnen, zusammen mit Ärztinnen der Abteilung oder Abteilungsfremden oder den vielen noch unmittelbar am Arbeitsprozess beteiligten Personen, wie zum Beispiel Physiotherapeutinnen, Diätassistentinnen, um nur einige zu nennen.

Im Zentrum der Bemühungen steht die Patientin, an deren Seite die Angehörigen.

Das Behandlungsteam ist demnach je nach Patientin divergent, das Kernteam besteht in der Regel aus medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal.

Die Interaktionen zwischen den einzelnen Gruppen sind geprägt von einer eher flacheren Form der Hierarchie, was auf eine spezielle, historisch gewachsene Situation zurückzuführen sein könnte.

Um die Situation noch genauer zu beschreiben, muss auf den „Bettenschlüssel“ bei Kategorie 3 Intensivstationen hingewiesen werden. Dieser entspricht einem Verhältnis von 2:1. Das bedeutet, dass für maximal 2 Patientinnen eine Pflegeperson zur Verfügung steht.

(...)und das ist letztlich auch ein Grund für mich(,) hier zu arbeiten(,) weil es für mich ja leichter ist(,) ich hab 1 oder 2 Patienten auf die muss ich schauen(,) natürlich auch auf die anderen(,) aber da gibt es schon jemanden(,) der das auch macht(.)

Dieses Zitat beschreibt deutlich, wie die eigene Aufgabe gesehen wird. Zu Beginn des Dienstes werden die Patientinnen übernommen und damit auch die Verantwortung für die nächsten 12 Stunden. Jede Beobachtung muss bewertet werden und, wenn als relevant erkannt, an den diensthabenden Arzt gemeldet werden, wo dann, meist gemeinsam, das weitere Vorgehen besprochen wird.

Dies führt zu einem weiteren bedeutsamen Punkt in der Auseinandersetzung – die Interaktionen im Behandlungsteam. Diese sollten auch in ihrem „historischen“ Zusammenhang gesehen werden.

Als in den 1970/ 1980er Jahren die ersten Intensivüberwachungsstationen in Österreich entstanden, gab es weder spezielle, für diesen Bereich ausgebildete Ärztinnen noch Intensivpersonal. Handlungen und Entscheidungen wurden durch das allgemeine medizinische Wissen, aber auch durch die persönlichen Erfahrungen des Behandlungsteams beeinflusst.

Die Pflegehandlungen waren starr strukturiert und es gab kaum eine individuelle Anpassung an die Bedürfnisse der Patientinnen. Dies geschah aus einer streng naturwissenschaftlichen Sichtweise heraus. Pflegewissenschaftlich oder medizinisch untersuchte Pflegehandlungen gab es damals noch nicht. Alle 4 Stunden wurde beispielsweise aus der Lunge abgesaugt, lavagiert und mit dem Beatmungsbeutel beatmet, egal ob es auskultatorisch notwendig war oder nicht; es wurde als best practice gesehen. Erste klinische Studien haben gezeigt, dass diese Vorgehensweise kontraproduktiv ist.

Die technische Ausrüstung der Anfangszeit könnte fast als experimentell bezeichnet werden und ist mit den heute vorhandenen Geräten nicht mehr vergleichbar.

Dies scheinen stark beeinflussende Faktoren dafür zu sein, dass das gemeinsame, interdisziplinäre Arbeiten weniger hierarchisch erfolgte, als das noch vor der Einführung des GuKGs übliche, streng hierarchisch geregelte Berufsbild der Krankenschwestern es vorzugeben schien. Bis dahin war die vorrangige Aufgabe der Pflege, medizinische Anordnungen auszuführen und Assistenzleistungen zu erbringen.

Aus dem anfänglich „experimentellen Zusammenarbeiten von Medizin und Pflege dürfte sich ein spezielles Arbeitsverhältnis im Team entwickelt haben, welches in den Interviews deutlich zu Tage tritt.

Das ist der größte Unterschied zu Allgemeinstationen(.) Das Vier-Augen-Prinzip der Ärztekammer(.) das funktioniert auf der Intensivstation nicht(.) wenn jedes Mal der Arzt schauen müsste(.) wie die Schwester etwas herrichtet(.) er alles anhängen und spritzen müsste(.) das wäre unmöglich(.) das würde dann wirklich Tote geben(.)

Es wird in den Interviews auch deutlich, dass sich das Verhältnis in den letzten Jahren verändert hat, weg vom kumpelhaften Miteinander hin zu einem fachkompetenten Arbeiten, das Großteils von gegenseitigem Respekt geprägt ist. Wie in allen Bereichen der Zusammenarbeit ist auch diese Aussage immer personenabhängig zu sehen.

Diese persönliche Zusammenarbeit mit den Ärztinnen auf „Augenhöhe“ dürfte für manche der Interviewten auch mit ein Grund dafür gewesen sein, auf einer Intensivstation zu arbeiten und es scheint auch einen Teil der Attraktivität der Intensivstation als Arbeitsfeld auszumachen.

(...)aber im Wesentlichen ist es wichtig(.) dass das Konzept der Zusammenarbeit stimmt(.) dass die Pflege(.) dass du als Schwester respektiert wirst und dass deine Meinung was zählt(.) wenn das nicht wäre(.) würde ich nicht arbeiten können(.) Wäre ich nicht so lange da(.)

Der gegenseitige Respekt auf menschlicher und vor allem auf fachlicher Ebene wird stark betont. Die Entscheidungsgewalt liegt in den Händen der Medizinerinnen, was auch von allen Befragten akzeptiert wird, allerdings immer unter Betonung der Gemeinsamkeit und des Miteinanders für die Patientinnen.

Das war ein wunderbares Arbeit(.) wenn ich gewusst habe(.) eine Hand greift in die andere und egal was passiert(.) ich kann ganz sicher sein(.) dass man miteinander arbeitet(.) nicht gegeneinander(.)

5.7 DIE „ANDERE“ AUSBILDUNG

1997 erfolgte in Österreich das Inkrafttreten des Gesundheit- und Krankenpflegegesetzes mit der Strukturierung der Aufgabenbereiche der , ab diesem Zeitpunkt diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern. Diese Änderung hatte besonders in der starken Orientierung auf das Kerngebiet „Pflege“ innerhalb der Ausbildung ihre Auswirkungen.

Die Interviewten haben alle ihre Krankenpflegeausbildung davor abgeschlossen. Die Schwerpunkte in dieser alten Ausbildung lagen vor allem in der Schulung zur medizinischen Assistenz, was eine intensive Auseinandersetzung mit den medizinischen Fächern beinhaltete. In den Interviews wurde als besonderer Unterschied das größere medizinische und pharmakologische Wissen genannt, aber auch die „alten“ Werte und Normen der Pflege wurden immer wieder hervorgehoben, dabei vor allem die vermeintlich andere Arbeitshaltung, die auch als Folge des gesellschaftlichen Wandels gesehen wird.

Das Thema „junge“ und „alte“ Pflegekräfte im Team war eine sich ständig wiederholende Thematik und zieht sich durch alle Interviews. Es wird dabei explizit darauf hingewiesen, dass die „Jungen“ nicht nur ein für die Intensivpflege wenig geeignetes Fachwissen oder anders formuliert „weniger theoretisches Wissen“ aus der Ausbildung mitbringen, sondern auch ein anderes Verständnis ihres Berufes und ihrer Arbeit in der Pflege haben.

Nicht nur der Wandel im Bereich der Intensivpflege, sondern auch die gesellschaftlichen Veränderungen wurden thematisiert. Dass die jungen Kolleginnen heute anders aufgewachsen sind und viele Werte und Normen der vorherigen Generation nicht mehr in dieser Form gelten, ist für fast alle Interviewten ein Problem.

Fehlende Achtung vor dem Leben und dem Alter wurde angeführt, aber auch eine emotionale Armut, die es den „Jungen“ schwer machen würde, Emotion zu erkennen und darauf adäquat zu reagieren. Die Technik wird als Schutzwall dagegen interpretiert, um mit Dingen umzugehen, mit denen man nichts anzufangen wisse.

Alle Interviewpartnerinnen betonen, dass bei den jungen Kolleginnen die Technik in Vordergrund stehen würde und dass diese Perspektive zu Lasten der Krankenbeobachtung gehen würde.

(...) den jungen Mitarbeitern sage ich trotzdem immer(,) schaut ihnen ins Gesicht und nicht gleich auf die Sättigung(,) die alarmiert(.) Das ist ein Beispiel von Tausenden(.)

Es wird daher auch argumentiert, dass das ein Grund dafür sein könnte, dass es „schwierig gute Leute zu finden“ sei.

Aber ich denke(,) dass es gescheiter wäre(,) wenn die Leute erst mal 1 oder 2 Jahre auf der Allgeminstation arbeiten würden(,) dann wären sie nicht so abgehoben wie jetzt(.. Die(,) die nur die Intensivstation kennen(,) heute die sind überdrüber(.)

Abschließend könnte man vermuten, dass viele der Aussagen typisch für einen „Generationenkonflikt“ sein könnten, allerdings bleibt zu bedenken, dass Wissen, Erfahrung und Intuition nicht so schnell entstehen können.

Die Welt unterliegt einem ständigen gesellschaftlichen Wandel, der auch vor den Toren der Intensivstation keinen Halt macht.

5.8 ERFAHRUNG, INTUITION UND MEDIZINISCHES WISSEN

Erfahrung in Kombination mit dem umfangreichen Fachwissen in Pflege und Medizin führt zu einem stark intuitiv geprägten Arbeiten bei Pflegepersonen, die lange Jahre in einem Bereich arbeiten. Die Intuition wird als Merkmal für „gute Arbeit“ gewertet und scheint manchmal auch als „Regulator“ für das Selbstverständnis zu fungieren.

*Ja (,) das glaube ich schon(,) manchmal auch Dinge(,) was mich an mir selbst erschüttert(,) wenn ich mich da irre zum Beispiel(.) Das gibt es wirklich manchmal(,) aber es hilft dann wieder(,) dass es dich ein wenig runterholt(,) dass du weißt(,) o.k. ich bin nicht das absolut Allwissende(...)
ich kann keine Prognosen nur mit Handauflegen stellen und du irrst dich immer wieder und darum vorsichtig sein(!)*

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie stark ausgeprägt Intuition in der täglichen Arbeit unbewusst eingesetzt wird. Die Erfahrung, die aus tausenden Beobachtungen und Vergleichen erwächst, ist ein Hauptmerkmal für die Entwicklung hin zur professionellen Pflege, was auch in den Interviews immer wieder stark zum Ausdruck gebracht wird.

Was sich aber auch verändert(,) ist die Beobachtungsgabe und die Zuordnung der Beobachtung(.) Das ist sicher etwas Elementares(,) wo man ganz am Anfang lernt(,) etwas zu tun(,) weil es gesagt wird(,) dann lernt man (,) etwas zu tun(,) um die Verbindung zu begreifen(,) dann lernt man eine Verbindung zu haben(,) bevor etwas passiert(.) Die wirklich erfahrene Schwester kann Stunden vorher durchgehen und den Patienten anschauen und merkt an Hand von seinem Aussehen und den Parametern(,) dass etwas sein wird und ich kann aber nicht sagen(,) was es ist(,) ich weiß aber(,) dass etwas sein wird(.)

Die Erfahrung wird als persönlicher „Schatz“ gesehen, der mit jedem neuen Erlebnis wächst und letztendlich auch ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann.

Im Behandlungsteam werden Pflegepersonen auch über diese Fähigkeiten – Erfahrung, Intuition und Wissen – beurteilt und die Rolle im Team als auch das Selbstverständnis wird scheinbar darüber definiert.

5.9 DURCHHALTESTRATEGIEN

Im Gespräch mit sehr erfahrenen Intensivschwestern wird immer wieder deutlich, wie stark die Persönlichkeit, aber auch die eigenen Grundhaltung über die Bereitschaft bestimmen, wie lange man auf einer solchen Abteilung arbeitet.

Als wesentliches Merkmal wird dabei immer wieder die „Haltung“ genannt, die grundlegende Einstellung der Arbeit gegenüber, aber auch wie weit man bereit ist, sich auf diese Art der inneren Auseinandersetzung einzulassen.

Es muss eine Grundhaltung da sein(,) also dieser Mensch(,) der kommt(,) egal ob jung oder bisschen älter(,) muss mit sich im Reinen sei(.) Diesen Zwiespalt (,), soll ich (,) soll ich nicht (,) wie geht es(,) oder sonst (...). Das hält der Mensch nicht sehr lange aus, diese Menschen gehen von der Intensivstation(,) weil die können mit dem Krank sein und dem Rundherum nicht umgehen(.)

Mitleid und Mitleiden können, werden als grundsätzlich verschiedene Dinge betrachtet und die grundlegende Fähigkeit zur Empathie im Umgang mit den Patientinnen und Angehörigen als unbedingt nötige Fähigkeit, um lange in diesem Bereich arbeiten zu können.

Sich selbst genau zu kennen, auch in schwierigen Situationen Ausdauer zu beweisen und „in der Mitte zu sein“ oder in der Lage zu sein, diese schnell wiederzufinden und die Möglichkeit, den Stress der Arbeit gut abzubauen zu können, scheinen ebenfalls wesentlichen Faktoren dafür zu sein., wie lange jemand in diesem Bereich arbeitet.

Die Selbstkontrolle über die eigenen Emotionen und positive Verarbeitungsmechanismen im privaten Bereich ermöglichen es den Betroffenen, Stress abzubauen.

Alle Interviewten waren sich darin einig, dass diejenigen, die besonders viel „jammern“, auch die sind, die nach einigen Jahren genug von dieser Arbeit haben und ein neues Betätigungsfeld suchen.

(...) man darf sich da nicht in etwas hineinsteigern(,) man muss gewisse Dinge außen vor lassen(.)

Neben den hier angeführten persönlichen Ressourcen, die für die Arbeit auf Intensivstationen notwendig erscheinen, gibt es zusätzlich zu „stationsspezifischen Copingstrategien“ vor allem den oft sehr schwarzen Humor.

In allen Interviews wird der spezielle, teilweise sehr schwarze Humor als beste Möglichkeit, Stress und Frustration abzubauen, genannt. Alle Teilnehmerinnen beschreiben diesen Humor besonders. Er wird als extrem, unpassend und makaber beschrieben und es ist allen klar, dass viele dieser Äußerungen niemals an die Öffentlichkeit dringen dürfen. Es sind „Insiderwitze“ und Sprüche, die eben nur von Mitgliedern dieses speziellen Teams verstanden werden und identitätsstiftend wirken.

Es wird auch als spielerisches Element beschrieben, als Blödsinn, der es aber ermöglicht, den aufgestauten Druck loszuwerden.

Es ist eine spezielle Form des Humors, der nur in diesem engen „Kreis der Wissenden“ eingesetzt wird, der manchmal derb und auch sexistisch ausgelebt wird.

...damit man mit dem ganzen Stress(,) mit dem man den ganzen Tag zu tun hat(,) um abzulassen(,) Rituale(,) Blödsinn(,) wenn man dann zusammensitzt(,) echten Nonsense(,) auch extrem lacht oder jemanden verreit(,) ich glaube(,) das macht schon die Intensivpflegepersonen aus(.)

Diese Form des Humors wird auch dazu benutzt, über Dinge und Erlebnisse zu erzählen, die persönlich betroffen machen und erst in dieser Verpackung verbalisiert werden können.

Allen Interviewten ist bewusst, dass das Ausgesprochene meist nicht ihrem normalen Sprachgebrauch und auch nicht ihren wirklichen Gedanken entspricht. Eine ernsthafte Art der Auseinandersetzung mit dem Thema würde aber als nicht passend empfunden und als Last für die Kolleginnen gesehen werden.

Interessant erscheint dabei, dass eine Interviewte, die an einer von ihr als nicht so stressig und intensiv beschriebenen Abteilung diese Art des Humors nur von „früher“, ihrer alten Dienststelle kannte, allerdings erklärte, dass durch den geringeren Stress auch nur wenig Notwendigkeit für diesen bestehen würde.

Wir haben diesen Stress sehr selten im[...]; daher kann ich nicht sagen(,) dass wir da einen eigenen hätten(,) das habe ich im[...] mehr gesehen(,) aber da nicht so(.) Weil in der Form haben wir den Stress nicht(.) Du lachst da über Sachen(,) die eigentlich todernst sind(,) beginnt man zu kichern und zu lachen.

Humor als Copingstrategie scheint besonders dann notwendig, wenn der Stress und der emotionale Druck überhand zu nehmen droht.

5.10 PFLEGEVERSTÄNDNIS

Im Rahmen der Interviews wurde auch das Wort Pflegeverständnis benützt, bemerkenswerterweise, ohne das Wort explizit als Thema der Untersuchung zu erklären.

Mein Pflegeverständnis hat sich sicher gewandelt(,) einerseits durch mein Alter(,) mein Pflegeverständnis ist auf der Intensivstation es beinhaltet den Patienten als Menschen (,) es beinhaltet die Angehörigen(,) den älteren Teamkollegen(,) mein Verständnis beinhaltet auch in der Situation zu begreifen(,) warum jemand etwas wie tut(.) Wie er spricht(,) wie er auf den Patienten zugeht(,) es gibt keine Norm(,) die sagt, das ist richtig(.) Es gibt Standards(,) die uns sagen(,) das ist so zu machen(,) damit man etwas

*kontrollieren kann oder beweisen kann(,) dass etwas(,) das ich gemacht habe(,) gut ist (.)Pflegeverständnis ist ganz etwas anderes(.)
Pflegeverständnis kann man nicht in zwei Worten erklären(,) oder in zwei Sätzen, das ist unmöglich(.)*

Dieser Absatz scheint das Problem mit dem „Pflegeverständnis“ auf den Punkt zu bringen. Es erscheint als Zusammenspiel von Interaktion mit allen am Gesamtgeschehen Beteiligten, deren Haltung und den damit verbundenen „Empfindungen“.

Das Pflegeverständnis wird aber auch als sich dynamisch entwickelndes Prozessgeschehen beschrieben, das von vielen, sehr individuellen Faktoren abhängig scheint.

Ich glaube(,) dass man als junger Mensch mit Pflegeverständnis nichts anfangen kann(.) Pflegeverständnis entwickelt sich(,) so wie man sich entwickelt als Mensch(.) Also Pflegeverständnis ist sicher etwas(,) das entsteht und sich sicher auch ändert(,) genauso wie sich meine Sichtweise auf verschiedenen Dinge ändert(,) durch viel Erfahrung(,) ändert sich für mich auch das Pflegeverständnis(.)

In diesem Zusammenhang wird auch die bereits beschriebene Haltung dem Menschen gegenüber wieder betont.

Es wächst und irgendwann(,) man kann es nicht zeitlich abgrenzen(,) hat man ein Gefühl des Verstehens(,) was ist Pflege(,) was tue ich den Menschen an oder was möchte ich eigentlich(,) Es geht nicht um Routinearbeiten(,) sondern da geht es darum(,) hab ich all seine Bedürfnisse für mich(,) aus meiner Sichtweise heraus abgedeckt(.) Habe ich mir alles angesehen(,) oder habe ich jetzt nur geschaut(,) ob er sauber ist(,) ob er mobilisiert ist(.)

Pflegeverständnis scheint dieses „Mehr“ an Pflege zu sein, das über das reine Handlungsorientierte hinausgeht und eine persönliche Haltung dem Menschen als Ganzes gegenüber repräsentiert. Es scheint Teil der sozialen Kompetenz zu sein, aber doch auch über diese hinauszugehen.

5.11 ZUSAMMENSTELLUNG DER BEEINFLUSSENDEN FAKTOREN

Die Grafik soll die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Codes und den Kategorien visualisieren.

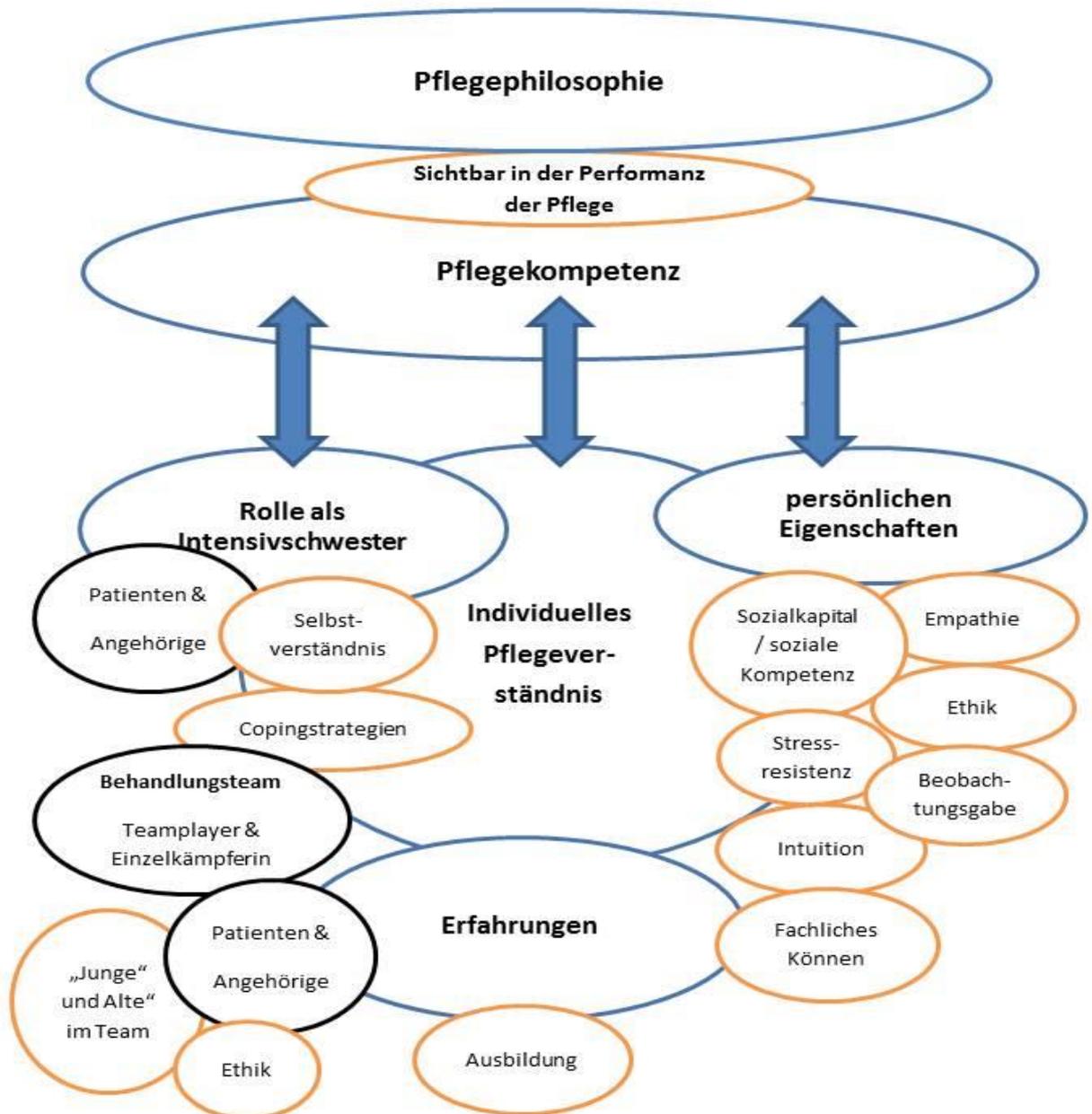


Abb.2: Grafik Zusammenhänge Pflegeverständnis

Das individuelle Pflegeverständnis als zentrales Element der Untersuchung scheint in drei große Kategorien teilbar zu sein, repräsentiert als den persönlichen Eigenschaften, den individuellen Erfahrungen und dem Rollenverständnis. Diese wirken durch unterschiedliche Mechanismen aufeinander ein, scheinen aber von gleich großer Bedeutung für die Entwicklung des individuellen Verständnisses zu sein.

Die persönlichen Eigenschaften dürften einerseits dazu beigetragen haben, dass der Beruf, aber auch das spezielle Tätigkeitsfeld Intensivpflege gewählt wurde. Dazu gehören die in den Interviews als wichtig beschriebenen Eigenschaften wie Beobachtungsgabe, Empathie, Stressresistenz, Teamfähigkeit, aber auch technisches Verständnis und grob zusammengefasst – eine hohe soziale Kompetenz.

Die „gewisse Grundhaltung“, die mehrmals angesprochen wurde, wird in der eigenen Sozialisation verortet und den in der Familie erlernten Normen und Werten, die im Umgang mit ethischen Überlegungen handlungsweisend sein dürften. Diese Grundhaltung scheint auch ein Merkmal zu sein, das das Verhältnis zwischen „Jungen“ und „Alten“ auf einer Intensivstation stark beeinflusst.

Der Bereich der Erfahrung wird in einem starken Zusammenhang mit der eigenen Ausbildung gesehen, der grundsätzlichen Bereitschaft Neues zu lernen, den vielen einzelnen Begebenheiten, die zur Entwicklung der Intuition beigetragen haben. Die Ethik oder die Sichtweise auf die Patientinnen scheint geprägt durch die „fachliche Intuition“. Jede Beobachtung wird mit dem bereits Erlebten oder Beobachteten verglichen, eine Verbindung zum fachlichen Wissen wird geknüpft und gegengeprüft und mit den eigenen Werten und Normen „verschnitten“.

Der dritte wesentlich das Pflegeverständnis beeinflussende Bereich ist das eigene Rollenbild. Dieses hat seine Wurzeln in den persönlichen Eigenschaften, der Erfahrung und vor allem in der Interaktion mit Patientinnen, Angehörigen und dem Behandlungsteam. Das eigene Rollenverständnis verändert sich mit zunehmender Erfahrung und führt zu einem veränderten Selbstverständnis in Bezug auf die Rolle den Patientinnen gegenüber, aber auch innerhalb des Teams.

Verbindendes Element zwischen Rolle und Erfahrung sind die Interaktionen mit Patientinnen und Angehörigen und innerhalb des Behandlungsteams. Jede neue Erfahrung in und mit diesen beiden Gruppen hat das Potenzial zu Veränderungen im Selbstverständnis und in der Folge zu einer anderen Sicht der eigenen Rollen.

Die individuellen Copingstrategien haben ohne Zweifel auch eine Verbindung mit den persönlichen Eigenschaften eines Menschen, allerdings entstehen diese in Zusammenhang mit der Rolle, die man einnimmt, in der Interaktion mit Patientinnen und Angehörigen und mit den einzelnen Teammitgliedern.

Das Gefühl, ein Team zu sein, wird auch verstärkt durch gemeinsame Rituale und dem als verbindend beschriebenen Humor, der anderen Art. Der Umgang mit diesem und die Selbstreflexion sind scheinbar geprägt von der Erfahrung und dem Selbstverständnis.

6 DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Ziel dieser Arbeit war es, gemeinsame Faktoren, die das individuelle Pflegeverständnis auf Intensivstationen ausmachen, zu identifizieren. Da die Anzahl der Interviewten zu gering ist und die Arbeitsbedingungen auf Intensivstationen sehr verschieden sein können, war es nicht möglich eine Sättigung der Daten zu erreichen.

Gleichwohl ist es allerdings gelungen, entscheidende Hinweise auf die zugrundeliegenden Strukturen aufzufinden, um erste Aussagen dazu zu ermöglichen.

Beim individuellen Pflegeverständnis handelt es sich sicher um ein multifaktorielles Konstrukt, dass neben den Persönlichkeitsmerkmalen jeder einzelnen Interviewten auch gemeinsame Vorstellungen, Haltungen und Erfahrungen aufweist.

Es ist gelungen, einige Zusammenhänge darzustellen, allerdings müsste als nächster Schritt eine weitere Untersuchung mit Rekrutierung und Datenauswertung erfolgen, um eine abschließende Sättigung der Daten zu erreichen. Nur durch eine weitere Forschungsarbeit kann der letzte Schritt der Methode der Grounded Theory – das selektive Codieren – erfolgen, um die sich abzeichnende Kernvariable zu sichern.

In der Analyse der Daten und im Fortschreiten der Arbeit scheinen sich einige gemeinsame Variable abzuzeichnen.

Wie in der Grafik dargestellt, konnten drei Hauptkategorien gefunden werden – die persönlichen Eigenschaften, der Erfahrungsschatz und die Rolle als Intensivschwester, die gemeinsam das individuelle Pflegeverständnis auszumachen scheinen.

Vergleicht man dies mit den Aussagen von Olbrich (2010) zur Pflegekompetenz, so kann Folgendes festgehalten werden:

Die zentralen Charakteristika von Kompetenz sind laut Olbrich folgendermaßen beschrieben:

„Kompetenz wird verstanden als ein ganzheitliches Handlungspotenzial mit einem deutlichen Subjekt-Situationsbezug; als Disposition einer Person, selbstorganisiert zu handeln; als Disposition zur Bewältigung komplexer Handlungssituationen in verschiedenen Kontexten, unter Rückgriff auf bereits vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten; wird in verschiedene Bereiche/Dimensionen unterteilt; wird nur in der Performanz sichtbar.“ (Olbrich, 2010, S.131)

Kompetenz ist an die Persönlichkeit des Menschen in seiner Gesamtheit gebunden, also sind seine persönlichen Eigenschaften in Bezug auf Selbstorganisation und die Fähigkeit, in komplexen Situationen handlungsfähig zu sein, essentiell für die konkrete Pflegesituation, aber auch für die Metasicht auf die eigenen Tätigkeit, dem Pflegeverständnis.

Pflegerisches Handeln geschieht auf kognitiven, emotionalen und aktionalen Grundlagen, wie Olbrich (2010) es kurz zusammenfasst. Bezugnehmend auf die vorliegenden Ergebnisse wird auch hier deutlich, dass die persönlichen Voraussetzungen der einzelnen Pflegeperson entscheidend sind. Die kognitiven Fähigkeiten zur Vernetzung komplexer Beobachtungen bei schwerkranken, eingeschränkt kommunikationsfähigen Patientinnen und die emotionale Fähigkeit auf Signale von Menschen zu reagieren und daraus die adäquaten Handlungen abzuleiten, verlangen eine „besondere persönliche Begabung“, die bei Pflegepersonen, die langen Zeit auf einer Intensivstation arbeiten, eine ähnliche Ausprägung haben dürfte. Die Auswertung der Interviews zeigte, dass die wesentlichen Eigenschaften von „guten Intensivschwestern“ Empathie, Genauigkeit, gute Beobachtungsgabe, Stressresistenz, Teamfähigkeit und eine „gewissen Grundhaltung“ sind. Auch das technische Verständnis wurde hervorgehoben. Dieser spezielle „Eigenschaftenmix“ dürfte einen wesentlichen Baustein für das individuelle Pflegeverständnis bilden.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang die weite Erforschung im Rahmen einer Langzeitstudie. Welche Eigenschaften bringen Mitarbeiterinnen, die auf Intensivstationen zu arbeiten beginnen mit, welche dieser Eigenschaften entwickeln sich erst im Rahmen der Tätigkeit.

Die zweite Hauptkategorie „Erfahrungsschatz“ ist eng verbunden mit der Kategorie der persönlichen Eigenschaften. Die Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester (Ausbildung vor GuKG 1997) stellt die gemeinsame Basis aller Interviewten dar; diese war durch ein naturwissenschaftliches Menschenbild geprägt und stark an medizinischen Inhalten orientiert. In den Interviews wird die gründliche medizinische Ausbildung als Vorteil für die Arbeit auf einer Intensivstation gesehen und das Fehlen dieser auch als „Mangel“ bei den jüngeren Kolleginnen bewertet.

Ohne Zweifel ist ein fundiertes medizinisches und pharmakologisches Wissen notwendig für die Interpretation von Beobachtungen und das Entwickeln von Handlungsstrategien, allerdings sind diese Wissensbereiche im Rahmen der täglichen Arbeit zu erwerben bzw. werden in der Sonderausbildung vertieft vermittelt. Die Bereitschaft zu lernen, muss allerdings in den persönlichen Eigenschaften verankert sein.

Der Bereich „Erfahrung“ nimmt eine zentrale Stellung in Bezug auf das individuelle Pflegeverständnis ein. In Abgleich mit Benner (1994) kann an dieser Stelle behauptet werden, dass alle Interviewten die Stufe der Pflegeexpertinnen erreicht haben. Sie sind nicht mehr „auf analytischen Prinzipien (Regeln, Richtlinien, Maximen) angewiesen, um aus seinem Verständnis der Situation ein angemessene Handlung abzuleiten.“ (Benner, 1994, S.50). Sie handeln auf Grund des Erfahrungsschatzes intuitiv und haben eine hohe analytische Kompetenz.

Dieser Erfahrungsschatz scheint mit ein Grund für das tiefe Gefühl der Gesamtverantwortung für das Wohlergehen der Patientinnen sein.

Der Zustand der Patientinnen wurde in eine enge Verbindung mit der eigenen Leistung gebracht – ähnlich einer „wenn – dann“ Schlussfolgerung.

Es ergibt sich hier die Frage, ob es sich dabei um ein persönliches Wesensmerkmal oder einfach, um das Resultat von vielen gemachten Erfahrungen handeln könnte.

...geht es ihm schlechter, überlege ich sofort, ob ich etwas besser machen hätte können.

Die Erfahrung scheint das Gefühl der persönlichen Verantwortung noch zu untermauern. Sichtbar werden diese Gefühle durch die Performanz der Pflegehandlungen und durch das Agieren in der Rolle.

Wie in den neurobiologischen Ausführungen aufgezeigt wurde, ist es dabei wesentlich, dass Lösungen für Problemstellungen selbstständig gefunden werden und eine starke emotionale Beteiligung gegeben ist. (Hüther, 2011). Das starke Gefühl der Verantwortung für die Patientinnen lässt sich daraus verschieden interpretieren.

Bei der täglichen Routinearbeit auf Intensivstationen müssen unzählige Beobachtungen bei den Patientinnen bewertet werden, adäquate Reaktionen erwogen und durchgeführt, dokumentiert und kommuniziert werden – dies ist ohne Zweifel ein permanenter Auslöser für Stress. Stress ist ein Signal des Körpers und zeigt emotionale und kognitive Beteiligung an einer Situation an.

Durch das Lösen vieler kleiner und tiefergehender Probleme mit emotionaler Beteiligung entstehen Koppelungen im Gehirn, die kognitive und emotionale Netzwerke verbinden, und die Summe der ähnlichen Erfahrungen bilden dann im Frontalhirn eine innere Überzeugung, wie Hüther (2011) es beschreibt.

Diese innere Überzeugung könnte dem entsprechen, was im Rahmen der Interviews als Intuition oder „bestimmtes Gefühl“ beschrieben wurde, was von den Befragten als Voraussetzung gesehen wird, um Pflege kompetent auszuüben.

Die dritte Kategorie wird durch das (Selbst-) Verständnis der Rolle als Intensivschwester repräsentiert. Wie bereits beschrieben sind alle Interviewten als Pflegeexpertinnen zu sehen und haben im Rahmen ihrer langjährigen

Tätigkeit einen hohen „sozialen Status“ auf ihren Abteilungen erreicht. Sie sind in ihrer Rolle anerkannt und agieren sicher, in Team, gegenüber den Patientinnen und den Angehörigen.

In ihrer Rolle bestimmen sie über die auf der Station gelebten Werte, Normen und tragen Traditionen weiter.

Dies kommt besonders beim Thema „Umgang mit Sterbenden“ zum Ausdruck, ist aber in allen Überlegungen in Bezug auf Patientinnen merkbar. Es besteht eine tiefe innere Haltung, die über das Handeln in diesen Situationen weit hinausgeht und als Folge einer philosophischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu sehen ist. „Resultat des helfenden, beratenden und behandelnden Engagements für den Patienten [...] das man als Kunst und als Wissenschaft der Pflege“ (Benner, 1994, S.34) sehen kann.

Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass das Entstehen eines individuellen Pflegeverständnisses eng verbunden ist mit vielen vorangehenden Reflexionen einzelner Erlebnisse und einer inneren Auseinandersetzung mit den eigenen Normen und Werten, die es erst möglich macht, eine gedankliche Metaebene zu entwickeln.

Wie Olbrich (2010) erklärt, ist Kompetenz erst in der Performanz sichtbar. Das Denken und Handeln der Interviewten in ihrer Beziehung zur Patientin zeigen deutlich, wie stark das Pflegeverständnis durch Erfahrung und Persönlichkeit geprägt sind. Die Patientin wird in ihrer Gesamtheit als menschliches Wesen gesehen, dem Respekt gezollt wird und dessen Bedürfnisse als handlungsleitend beschrieben werden.

Die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität sind erklärte Ziele. Die Rolle als Intensivschwester in Beziehung zur Patientin wird als „beschützend“, „begleitend“ und „führend“ beschrieben.

Die Rolle im Behandlungsteam ist als die, einer Expertin zu sehen. Kognitiv ist allen Interviewten klar, welcher Anteil der Arbeit dem eigenverantwortlichen, dem mitverantwortlichen Teil und den medizinischen Assistenzleistungen entspricht, emotional erfolgt diese Einteilung anders.

Sie sehen sich als gleichberechtigt an der Seite der Ärztinnen, die ihre Kompetenzen und ihren Expertinnenstatus anerkennen und zum Wohle der Patientinnen gemeinsam nutzen. Es entspricht ihrem Verständnis von Pflege auf Intensivstationen, dass Ärztinnen und Pflegepersonen die Arbeit gemeinsam tun und dabei im gegenseitigen Respekt und Vertrauen handeln. In der Beziehung zu den Patientinnen wird dieser Status dafür eingesetzt, Leid zu vermeiden, das „Menschliche“ nicht aus den Augen zu verlieren und die Anliegen der Patientinnen zu vertreten.

Zusammenfassend ergeben sich nun einige interessante Überlegungen, die weiterführende Untersuchungen anregen könnten.

Es erscheint, als gäbe es zwischen dem Pflegeverständnis und der Pflegekompetenz einen starken Zusammenhang. Wie dieser zu sehen sein könnte, soll hier kurz ausgeführt werden.

Pflegekompetenz unterliegt ebenso wie das Verständnis von Pflege einer Dynamik der Entwicklung. Diese Dynamik ist gut beschrieben mit dem Weg, den Anfängerinnen in der Pflege gehen müssen, um Pflegeexpertinnen werden zu können.

Kompetenzentwicklung kann nur durch das unmittelbare und abstrakte Verständnis von Zusammenhängen, Vorgängen und Kontexten erfolgen. Also könnte man erklären, dass das Verständnis auf kognitiver, sozialer und emotionaler Ebene die Entwicklung von Kompetenz erst möglich mache.

Andererseits ist Verständnis auch etwas, das aus den Kompetenzen heraus entsteht. Als Beispiel - soziale Kompetenz ermöglicht das Verstehen und Interpretieren von Emotionen, also das empathische Verständnis.

Es erscheint das Bild einer Spirale zu entstehen: Verständnis fördert Kompetenz, um diese zu entwickeln bedarf es einer tiefen, abstrakten Auseinandersetzung, einem neuen Verständnis, welches wiederum eine Auswirkung auf die Kompetenz auf der Handlungsebenen hat

Daraus ließe sich interpretieren, dass Pflegekompetenz eher den handlungsleitenden Fähigkeiten zugeordnet werden könnte, das Pflegeverständnis eher der philosophischen Auseinandersetzung damit zuzurechnen wäre.

In einer hierarchischen Ordnung gedacht, wäre das Pflegeverständnis die Metaebene der Pflegekompetenz und damit eher der Pflegephilosophie zuzuordnen.

Da diese Überlegungen weit über das Maß und die Möglichkeiten dieser Arbeit hinausgehen, sind die letzten Aussagen als absolut spekulativ zu betrachten. Es wären allerdings spannende Ansätze für weitere wissenschaftliche Untersuchungen.

6.1 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER ARBEIT

Die vorliegende Arbeit ist eine Diplomarbeit. Im vorgegebenen Umfang ist eine Sättigung der Daten bis zur Kernvariablen nicht vorgesehen und würde auch die Möglichkeiten dieser Arbeit übersteigen. Um weiter an diesem Thema zu arbeiten, müssten Stichproben in anderen Settings erhoben werden und eine wissenschaftliche Datenauswertung erfolgen.

Im Rahmen der Interviews wurden nur weibliche Pflegepersonen befragt, es bleibt daher offen, ob die Aussagen in den Interviews unter Miteinbeziehung männlicher Pflegepersonen ähnlich wären und die daraus gebildeten Kategorie gleich.

Eine Stärke oder Schwäche dieser Arbeit könnte es sein, dass alle Befragten vor 1997, dem Inkrafttreten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ihre Ausbildung abgeschlossen haben. Wie auch in den Interviews zu erkennen war, hat diese Gesetzesänderung das persönliche Verständnis dessen, wie und was Pflege ist, verändert.

Allerdings war die Gruppe der Interviewten in dieser Beziehung sehr homogen, was wiederum die diesbezüglichen Ähnlichkeiten in den Aussagen erklären könnte.

Als Stärke der Arbeit ist zu sehen, dass alle Interviewten Pflegeexpertinnen in ihrem Arbeitsgebiet sind. Die Aussagen in den Interviews waren daher durchwegs auf einem hohen Wissensniveau. Eine tiefere Auseinandersetzung mit ihrer Tätigkeit war bei allen Interviewten vorzufinden, was eine „philosophische“ Auseinandersetzung mit so einem abstrakten Thema erst ermöglichte.

Die Rahmenbedingungen für die Interviews waren nicht immer optimal, da die Terminfindung mit den Interviewpartnerinnen den Regeln der Dienstplangestaltung unterworfen war und nicht immer optimale räumliche Gegebenheiten vorherrschten.

Stärke und Schwäche der Arbeit liegt sicher auch im persönlichen Zugang der Verfasserin zum Forschungsgegenstand. Jahrelange Erfahrung in diesem Bereich ermöglicht im ungeahnten Ausmaß Verständnis für die Aussagen der Interviewten und hinterlässt viele offenen Fragen. Auf Grund der nun bereits jahrelangen Distanz der Verfasserin zu den Interviewten und zum Arbeitsbereich Intensivpflege kann aber von einer tiefen emotionalen Bindung nicht mehr ausgegangen werden. Das Studium und die Tätigkeit als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege haben genügend Abstand zum Feld ermöglicht.

Der Verfasserin war zu jedem Zeitpunkt klar, dass die nötige Distanz zum Forschungsgebiet erhalten bleiben muss, um seriöse Daten zu gewährleisten.

Es ist allerdings ebenfalls festzuhalten, dass diese Untersuchung kaum möglich gewesen wäre, wenn kein guter und persönlicher Zugang zum Forschungsfeld gegeben wäre. Viele Aussagen in den Interviews sind nur für mit dem Thema „Vertraute“ verständlich und können auch durch intensives Literaturstudium für Außenstehende kaum eröffnet werden.

6.2 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit könnte im Rahmen der Sonderausbildung ein Weg gefunden werden, das persönliche Pflegeverständnis der Teilnehmerinnen zu fördern.

Die Sonderausbildung für Intensivpflege ist, genauso wie die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester in Österreich, im Umbruch. Das könnte als Chance gesehen werden, das Selbstverständnis von Pflegepersonen in speziellen Arbeitsbereichen zu stärken und sie somit den veränderten Anforderungen gegenüber besser vorzubereiten.

Ein tieferes Verständnis der Beweggründe und Vorstellungen der Pflegekräfte auf Intensivstation könnte daher nicht nur zu Veränderungen in den Lehrinhalten der Sonderausbildung führen, sondern auch die andragogische Vermittlung jener beeinflussen.

In der Aus- und Weiterbildung im Bereich der Intensivpflege liegt der eindeutige Schwerpunkt in der Vermittlung vertiefenden Wissens vor allem im medizinischen und technischen Bereich. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird aber deutlich, dass eine Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Erfahrungen hilfreich sein könnte, um die soziale und persönliche Kompetenz der Teilnehmerinnen zu stärken.

Die Interviewten haben immer wieder auf die Bedeutung der Grundhaltung anderen Menschen gegenüber hingewiesen und dabei betont, dass vor allem diese darüber entscheidet, ob und wie lange jemand auf einer Intensivstation arbeitet. Dies könnte Hinweise für die Weiterentwicklung von Aufnahmeverfahren und Weiterbildung im Allgemeinen geben.

6.3 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGEWISSENSCHAFT

Die Methode der Grounded Theory eröffnet einen wissenschaftlich fundierten Zugang zu neuem Wissen in den Sozialwissenschaften. In diesem Fall wurde versucht, die komplexen Zusammenhänge zwischen persönlichem Verstehen von Pflege und einem sehr speziellen Arbeitsbereich der Pflege zu beschreiben.

Dieser erste Versuch hat gezeigt, dass eine weitere Untersuchung sinnvoll wäre. Speziell eine Untersuchung von ähnlichen Stichproben erscheint vielversprechend.

Wie Benner (1994) bereits fordert, wäre eine systematische Aufzeichnung der Leistungen von Expertinnen wichtig für die Disziplin, da somit ein tieferes Verständnis für das komplexe Wissen dieser erreichbar wäre.

Es wäre in der Folge auch notwendig, einen weiteren Diskurs darüber zu führen, welche Beziehung zwischen den Begriffen Pflegekompetenz und Pflegeverständnis besteht.

Pflege- und Berufsverständnis sind untrennbar mit den gesellschaftlichen und sozial-politischen Veränderungen einer Gesellschaft verbunden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Einflussfaktoren kann dabei helfen, nicht nur eine Beschreibung des Ist-Zustandes zu erarbeiten, sondern vor allem einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang zwischen Pflege und Gesellschaft weiter zu erforschen.

Gelänge es, zu entdecken, wie Pflegeverständnis entsteht, welche Zusammenhänge zwischen dem Verständnis und der Kompetenz in der Pflege bestehen und was davon als Philosophie der Pflege zu sehen ist, so könnte das großen Einfluss auf die Disziplin der Pflegewissenschaft haben.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Abt- Zegelin A. (Hrsg.). (2004). Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Hannover: Schlütersche.

Aeschbach U. (1986). Unterrichtsziel: Verstehen. Über die psychischen Prozesse beim Denken, Lernen und Verstehen. Stuttgart: Klett.

Aschenbach G. (1984). Erklären und Verstehen in der Psychologie. Zur methodischen Grundlegung einer humanistischen Psychologie. Bad Honnef: Bock+ Herchen Verlag

Bartholomeyczik S., Müller E. (1997). Pflegeforschung Verstehen. München: Urban & Schwarzenberg.

Benner P. (1994). Stufen zur Pflegekompetenz („From Novice to Expert“) Bern: Verlag Hans Huber.

Bischoff-Wanner, C. (2002). Empathie in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.

Brandenburg H. / Droschner S. (Hrsg.). (2003). Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber.

Breithaupt F. (2009). Kulturen der Empathie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Breuer F. (2009). Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem Gesundheits- und
Krankenpflegegesetz <http://www.ris.bka.gv.at/> Zugriff am 03.11.2012

Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V.(1995). Pflegeleitbild der Intensivpflege. (Pflegephilosophie) Bielefeld.

Duden online Abfrage:“ Kompetenz“

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz> Zugriff am 03.11.2012

Duden online Abfrage „Kunst“

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Kunst> Zugriff am 04.11.2012

Duden online Abfrage „Verständnis“

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Verstaendnis> Zugriff am 20.10.2012

Eickelpasch R. / Geisen R.(Hrsg). (1999). Grundwissen Soziologie. Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett Verlag.

Engelkamp J. (Hrsg). (1984). Lehr- und Forschungstexte Psychologie Band 10. Psychologische Aspekte des Verstehens. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Feldmann K.(2005). Soziologie kompakt. Eine Einführung. 3.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Freisacher H. (2006). Pflegeverständnis der Intensivpflege. In: Intensiv 2006; 14: /23 – 32; Stuttgart: Georg Thieme VerlagKG

Gehmacher E.et al (Hrsg.). (2006). Sozialkapital. Neue Zugänge zu gesellschaftlichen Kräften. Wien: Mandelbaum.

Giddens A. et al (2009). Soziologie. Graz: Nausner & Nausner

Hager A. (2011). Lernen ist Beziehung. Ein Spiel – und Übungsbuch zum Begreifen von Sozialkapital. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur. Abteilung für internationale Angelegenheiten.

Hall W.A. & Callery P. (2001). enhancing the Rigor of grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. Qualitve Health Research,11 (2) S.257 – 272.

Hüther G. (2011). Was wir sind und was wir sein könnten. 7.Auflage.Frankfurt am Main: Fischer.

ICN – international Council of Nursing www.icn.ch/defintion.htm Zugriff am 09.02.2011

Joas H. (Hrsg). (2001). Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Kathan B. (1991). Mein sozialer Tic ist geheilt: Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen. Innsbruck: Innsbrucker Institut für Alltagsforschung und Forschungsdesign (Hrsg.).

LoBiondo-Wood G. & Haber J. (2005). Pflegeforschung. Methoden. Bewertung. Anwendung. München, Jena: Urban & Fischer.

Maturana H. & Varela F. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen - die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern, München, Wien: Scherz Verlag.

May G. & Mruck K. (Hrsg.). (2011). Grounded Theory Reader. 2. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayer H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayer H. (Hrsg.). (2000). Pflegeforschung. Aus der Praxis für die Praxis. Band1: Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege. Wien: Facultas.

Mayer H. (2011). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas.

Meleis A. (2007). Theoretical nursing. Development & Progress. 4th Edition. Philadelphia, Baltimore, New York, London: Lippincott Williams & Wilkins.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)(2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Projektkoordination: Ingrid Rottenhofer. Wien.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010

http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/oesg_2010_-_gesamt_stand_26.11.2010.pdf Zugriff am 20.10.2012

Olbrich C. (2010). Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.

Steppe H.(2000). Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. In: Pflege, 2000, 13. S. 77-83.

Schrems B. (1994). Zeitorganisation in der Krankenpflege. Zeitliche Dimensionen von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

Schrems B. (2008). Verstehende Pflegediagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. Wien: Facultas.

Seidl E. (1990). Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln, dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Strauss A. & Corbin J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. et al (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie; 32: 629- 651

Spitzer M. (2008). Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage - Was sollen wir tun? Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Travelbee J. (1972). Interpersonal Aspects of Nursing. USA: F. A. Davis Company

Wettreck R. (2001). "Am Bett ist alles anders" – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: LIT VERLAG.

Wettreck R.(1998). "Arzt sein – Mensch bleiben": Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster: LIT Verlag.

7.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb1 Feldmann K.(2005). Soziologie kompakt. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften	S.33
Abb2 Übersicht Teilnehmerinnen	S.59
Abb3 Grafik Zusammenhänge Pflegeverständnis	S.87

7.2 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

- Bzw. beziehungsweise
- GTM Grounded Theory Methode
- GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- IBS Intensivbettenstation
- IPS Intensivpflegestation
- uvm und vieles mehr
- www. World wide web
- z.B. zum Beispiel
- & und

8 ANHANG

8.1 INFORMED CONSENT



Einverständniserklärung

UNIVERSITÄT WIEN

INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN

FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME

AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE

mit dem Titel:

Das individuelle Pflegeverständnis auf Intensivstationen

Untersucher/in:

Name: Andrea Lorenz

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Frau Andrea Lorenz führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung des individuellen Pflegeverständnisses auf Intensivstationen durch. Sie sind gefragt worden, an dieser Studie teilzunehmen, da Sie als DGKS seit mehr als 3 Jahren an Intensivstation arbeiten.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen, an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Andrea Lorenz treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Andrea Lorenz wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren beruflichen Erfahrungen stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko oder Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder dass manche Fragen Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Lorenz jederzeit darum bitten, das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Frage auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Frau Lorenz. werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Lorenz wird das Interview transkribieren, das heißt sie wird alles, was Sie ihr erzählt haben, in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können auf Basis dieser Studie neue Erkenntnis zum individuellen Verständnis von Pflege entstehen, die Ausgangspunkt weitergehender Forschungen sein könnten.

Kosten / Kostenerstattung: Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung: Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zuteil.

Fragen: Die Studie wurde Ihnen von Frau Lorenz erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Lorenz oder Frau Dr. Linhart kontaktieren:

Dr. Monika Linhart

Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht, die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen, darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Datum

Unterschrift der Untersucherin

8.2 INTERVIEWLEITFADEN

Leitfragen:

- Seit wann arbeiten Sie in diesem Beruf und seit wann auf einer Intensivstation?
- Können Sie mir erzählen, warum Sie gerade diesen Beruf gewählt haben?

Schlagwörter	Konkrete Fragen
Einflussfaktoren auf die Entwicklung	Können Sie mir eine konkrete Begebenheit schildern, die ihr berufliches Selbstbild verändert hat? Hat es in ihrer beruflichen Laufbahn Kolleginnen gegeben, die für Sie wichtig waren, oder Ihren beruflichen Werdegang beeinflusst haben? Was war es genau?
Selbstbild / Selbstreflexion	
Werte und Normen	
Rolle	Was sehen Sie als zentrale Aufgabe in Ihrem Berufsfeld? Wie sehen Sie ihre Aufgaben in Bezug auf Patientinnen und Angehörige? Wie sehen Sie ihre Rolle als Intensivschwester? Wie wichtig ist das Team für ihre Arbeit und die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen?
Persönliche Voraussetzungen	Gibt es Ihrer Meinung nach persönliche Grundvoraussetzungen, die man

	mitbringen muss, um auf einer Intensivstation zu arbeiten?
Eigenschaften	Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Eigenschaften, die eine gute Intensivschwester haben sollte?
Herausforderungen	Was bestätigt Sie in Ihrer Arbeit? Was ist Ihrer Meinung nach die größte Herausforderung in der Pflege?
Empathie	Wie wichtig ist Empathie in Ihrer Arbeit?
Traditionen	Gibt es Traditionen, die ganz speziell für Ihre Station sind?
Umgang mit Leben und Tod	
Copingstrategien	Gibt es einen speziellen Humor auf Intensivstationen? Welche Copingstrategien wenden Sie an, um mit der Belastung umzugehen?

8.3 CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten:

Name / Vorname: Lorenz, Andrea
Familienstand: verheiratet
Kinder: zwei (* 1991 und * 1995)
Staatsbürgerschaft: Österreich
Religion: römisch - katholisch

Schulbildung:

2006 - 2013	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften, Universität Wien
2004 - 2006	Universitätslehrgang für LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege, FBA im AKH Wien/Fakultät für Soziologie
1985 - 1988	Ausbildung zur diplomierte Krankenschwester, SMZO Wien, Diplom mit Auszeichnung
1982 - 1985	Studium Ethnologie und Publizistik, Universität Wien
1973 - 1982	Wirtschaftskundliches Realgymnasium der Armen Schulschwestern unserer Lieben Frau, 1150 Wien, Abschluss mit Matura
1969 – 1973	Volksschule, Brunn am Gebirge

Beruflicher Werdegang

- Seit 2010 akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, CARITAS Ausbildungszentrum Seegasse, 1090 Wien
- 2007 – 2010 Stationsleitung der anästhesiologischen Intensivstation 1 im Landeskrankenhaus St. Pölten, 3100 St. Pölten
- 2005 – 2007 akad. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, 3100 St. Pölten
- 2007 - 2011 Entwicklung und Leitung der berufsbegleitenden Sonderausbildung für Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie, Gesundheits- und Krankenpflegeschule, 3100 St. Pölten
- 2000 - 2005 Thermenkrankenhaus Mödling, 2340 Mödling, anästhesiologische Intensivstation
- 1996 - 2000 Landeskrankenhaus Mödling, Anästhesie und Aufwachraum
- 1991 Aufbau und interimistische Leitung der IMCU Krankenhaus Rudolfstiftung, 1030 Wien
- 1988- 1996 Krankenhaus Rudolfstiftung, 1030 Wien, Interdisziplinäre Intensivstation 12A (kardiologisch/ neurochirurgisch)