



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

“Zeit für Patientengespräche im Pflege- und  
Beziehungsprozess

Verfasserin

Catherine Urban - Huser

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin Fr. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Berta Schrems

**Anmerkung**

Zu Gunsten der angenehmen Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf der Diplomarbeit die genderneutrale Formulierung für die Berufsbezeichnung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, die Interviewpartner oder die Patienten verwendet. Es sollen sich jeweils beide Geschlechter angesprochen fühlen.

„Zeit die wir uns nehmen, ist Zeit, die uns etwas gibt.“

Ernst Ferstl

## **Danksagung**

Bei meinen Interviewpartnern möchte ich mich herzlich für Ihre Offenheit, Ihr Vertrauen und Ihre Zeit bedanken, die sie mir für die Befragung entgegenbrachten - ohne sie wäre diese Arbeit erst gar nicht möglich gewesen.

Meiner Betreuerin, Frau Mag. Dr. Berta Schrems, bin ich sehr dankbar, dass sie mich in dieser Arbeit begleitete, meine Anfragen auch über räumliche Distanz hinweg stets rasch und mit hilfreichen Anmerkungen beantwortet und mich dadurch weitergebracht hat.

Während des gesamten Studiums war mir Brigitte Kutalek - Mitschitzek eine treue Begleiterin und Diskussionspartnerin. Ebenso waren die Studienkolleginnen Ewa Zemann und Eva Mayer mit ihren Literaturtipps und ihrem Rat eine große Unterstützung.

Bei meinen Arbeitskolleginnen bedanke ich mich sehr für ihre hilfreiche Arbeitsentlastung während dieser letzten Studienphase.

Meiner Familie möchte ich herzlich danken, weil sie in allen Studienphasen für mich da waren, mich ermutigt und an mich geglaubt haben. Meiner Tochter Katharina gebührt ein besonderes Dankeschön für die große Unterstützung bei der Transkription der Interviews und für ihren fachlichen Beistand als Kontrollleserin.

Last but not least bedanke ich mich bei Frau Universitätsprofessorin Mag. Dr. Hanna Mayer für ihre stets ermutigende und fördernde Unterstützung während des gesamten Studiums.



## **Abstract**

**Hintergrund:** Das in Österreich 1997 beschlossene Gesundheits- und Krankenpflegegesetz formuliert unter anderem die Tätigkeitsbereiche für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Besonders der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich mit dem genau beschriebenen Pflegeprozess, dem parallel dazu verlaufenden Beziehungsprozesses und der geforderten Dokumentation haben die Arbeitsinhalte und organisatorischen Abläufe für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des gehobenen Dienstes auf Akutpflegestationen im Krankenhaus beeinflusst, erweitert und intensiviert.

Die demografische Entwicklung der immer älter werdenden Bevölkerung sowie die kürzere Verweildauer der stationären Patienten machen sich in der Arbeitsintensität und dem täglichen Pflegeaufwand stark bemerkbar.

Gespräche mit den Patienten stellen einerseits einen klaren Auftrag an eine patientenorientierte Pflege dar, andererseits sind sie für eine wertschätzende, achtungsvolle und fachlich fundierte Zusammenarbeit von Patient und Pflegenden im Genesungsverlauf unverzichtbar.

Derzeit sind Pflegegespräche zeitlich rechnerisch an pflegerische Tätigkeiten gekoppelt und scheinen nicht als eigenständige Pflegeleistung auf. Dies zeigt sich in der täglichen Einstufung des geleisteten Pflegeaufwandes pro Patient, welche diese Patientengespräche nicht abbilden. Eine so grundlegende Pflegeleistung wie die Gespräche mit den Patienten verdient mehr Beachtung, Wertschätzung und Zeitressourcen, weil damit eine Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen der Pflegenden erreicht werden könnte.

**Zielsetzung:** Ziel der Arbeit ist, den Stellenwert sichtbar zu machen, den Pflegegespräche für eine Qualität in der Pflege innerhalb des Pflegeprozesses haben. Die Erfahrungen mit den Möglichkeiten in der Durchführung von Patientengesprächen werden aus der Sicht der Pflegenden beschrieben, sowie mögliche Faktoren, die als förderlich oder hemmend erlebt werden, aufgezeigt.

**Methodisches Vorgehen:** In der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit wurden im ersten, theoretischen Teil die Themenkomplexe Zeit, Patientengespräche, Pflegeprozess und Pflegebeziehung bearbeitet und in Zusammenhang mit der Qualität der Pflege sowie der Pflegeleistungserfassung gesetzt. Mittels eines halbstandardisierten Leitfadens wurden Interviews mit zehn Diplomierten Pflegepersonen, die in einem Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem auf fünf verschiedenen Akutpflegestationen arbeiten, durchgeführt. Dabei waren ihre Erfahrungen im Umgang mit Patientengesprächen, die innerhalb des Pflege- und Beziehungsprozesses geführt werden, das zentrale Thema. Die Interviewdaten wurden mittels interpretativ-reduktiven Verfahrens in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse stellen die Gesprächsmöglichkeiten im Pflegealltag auf Akutstationen eines Privatkrankenhauses mit Belegarztsystem aus der Sicht der diplomierten Pflegeperson dar. Die erlebten Rahmenbedingungen wirken sich auf die Möglichkeit, Zeit für Patientengespräche im Rahmen des Pflegebeziehungsprozesses zu haben, aus. Es werden Faktoren wie Dienstform, Zeit, Aufnahmen und Teamkultur aufgezeigt, die Pflegende in ihrer fachlich für sie wichtigen Gesprächsarbeit entweder unterstützen und fördern oder aber stören, unterbrechen und hemmen.

## **Abstract**

**Background:** The Austrian nursing law, passed in 1997 formulates the fields of activity for the nursing staff. Especially the topic on one's own responsibility including the exactly defined nursing process, the parallel relationship process and the required documentation have influenced, expanded and intensified the work content and the organizational processes for the graduated nursing personnel in the upper grade of duty in the emergency ward of hospitals.

The demographic changes of increased seniority of the population and shorter length of stays of stationary patients have become noticeable in the intensity of work and the daily nursing time and effort.

Communication with the patient represents a clear mission for patient oriented nursing; on the other hand it is indispensable for an appreciating, respectful and professionally founded cooperation of patient and nursing staff during the convalescence process.

Currently nursing communication is calculatively linked to nursing activities and does not appear as separate nursing benefit. This can be seen in the daily classification of accomplished nursing effort which does not show patient communication. Such an elementary activity as the communication with the patient should receive more attention, appreciation and time resources because an impact on the working conditions of the nursing staff would be achieved.

**Goal:** The goal of the study is to visualize the significance of patient communication for the quality of nursing within the nursing process. Experiences with the possibilities of the performance of patient communication are described from the nursing point of view and possible criteria that may act as enablers or barriers are presented.

**Methodical approach:** In the present qualitative study the first, theoretical part deals with a range of topics like time, patient communication, nursing process and nursing relation, which are brought in relation with quality of

nursing and the evaluation of the nursing effort. By the means of a half-standardized guideline interviews were carried out with ten graduated nurses who work in a private hospital with attending doctors in five different emergency wards. The main focus was put on their experiences with the handling of patient communications carried out in the course of the nursing and relationship process. The interview data were evaluated by the means of an interpretative- reductive technique according to the content analysis after Mayring.

**Results:** The results represent the feasibility of communication in the daily nursing routine on emergency wards of a private hospital with attending doctors from the point of the nursing staff. The perceived limiting conditions have an influence on the possibility of freeing time for patient communication in the frame of the nursing relationship process. Factors like service schedule, time, admission of patients and team culture are highlighted that can support and enable nurses in their professionally important communication task but also disturb, interrupt or inhibit them.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Situationsdarstellung	5
1.2 Zielsetzung der Arbeit	12
1.3 Fragestellung	13
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b>	<b>15</b>
2.1 Die Literaturrecherche	15
2.2 Die Zeit	16
2.2.1 Der Faktor Zeit in der Pflege	18
2.2.2 Pflege zwischen Zeit, Tempo und Rhythmus	19
2.3 Das Gespräch in der Pflege – Aufgaben und Zusammenhänge	21
2.3.1 Definition Gespräch	22
2.3.2 Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun	24
2.3.3 Gespräche – dialogisch-interaktive Arbeit im Pflegeprozesses	26
2.4 Der Pflegeprozess	28
2.4.1 Die Pflegevisite	31
2.5 Der Beziehungsprozess	31
2.5.1 Beziehungsbasierte Pflege ermöglicht Patientenorientierung	33
2.5.2 Merkmale verschiedener Stufen der Pflegequalität	35
2.5.3 Die Pflegekategorisierung und Pflegepersonal-berechnung	38
2.5.4 Die Bedürfnisse der Menschen	42
2.6 Forschungsstand zu den Themen Zeit und Gespräche, Kommunikationsarten, Prozessdenken, bessere Wahrnehmung durch Entspannung, Pflegeinterventionen und Kommunikation, Bedeutung der Pflegezeit, Kontakte zu Patienten und Dauer der Kontakte, Kommunikationsbarrieren zwischen Patient und Pflegenden, Anforderungsprofil an Pflegerische Beziehung durch Leitbilder, Temporale Kompetenz.	44

<b>3. Methode und Vorgehensweise</b>	<b>51</b>
3.1 Qualitatives Forschungsdesign	51
3.2 Das halbstandardisierte Interview	52
3.3 Der Interviewleitfaden	53
3.4 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen	54
3.5 Freiwillige Teilnahme und Informed Consent	56
3.6 Die Beschreibung der InterviewpartnerInnen	57
3.7 Die Durchführung der Interviews	58
3.8 Ethische Aspekte	60
3.9 Die Datenaufbereitung und Auswertung	61
3.9.1 Offenes Kodieren	62
3.9.2 Bilden von Kategorien	63
3.9.3 Synthese aller Interviews in ein Kategorienschema	63
3.9.4 Herstellen von Zusammenhängen	63
3.9.5 Gütekriterien	63
<b>4. Ergebnisse aus den Interviews</b>	<b>67</b>
4.1 Die Bedeutung des „Gesprächs“ im Pflegebeziehungsprozess	68
4.1.1 Allgemeine Bedeutung	69
4.1.2 Zwei Arten von Gesprächen	70
4.1.3 Gespräche bei der Körperpflege	71
4.1.4 Ideales Setting und Qualität des Gesprächs	73
4.2 Selbstverantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung	76
4.2.1 Fachliche Verantwortung und Motivation	76
4.2.2 Umgang mit organisatorischen Bedingungen	78
4.3 Pflegebeziehung und Auswirkung auf den Pflegeprozess	81
4.3.1 Patientenorientierung über Beziehungsaufbau	81
4.3.2 Umfassende Pflege-Anamnese	82
4.3.3 Individuelle Evaluation	83

4.4 Beeinflussende Faktoren im pflegerischen Beziehungsaufbau zum Patienten	85
4.4.1 Wahrung der Privatsphäre und Räumliche Situation	86
4.4.2 Anzahl der Patienten	86
4.4.3 Die Teamhaltung / Teamkultur	88
4.4.4 Zeit haben und Dienstform	90
4.5 Erlebte Wertschätzung der Gesprächsleistung	92
4.5.1 Auswirkung auf Befindlichkeit der Patienten	92
4.5.2 Wertschätzung durch Dokumentation	93
4.5.3 Wertschätzung in der Pflegekategorisierung	93
4.5.4 Wertschätzung in der Organisation	94
<b>5. Diskussion mit Limitation und Schlussfolgerung</b>	<b>96</b>
5.1 Die Bedeutung des „Gesprächs“ im Pflegebeziehungsprozess	96
5.2 Selbstverantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung	99
5.3 Pflegebeziehung und Auswirkung auf den Pflegeprozess	100
5.4 Beeinflussende Faktoren im pflegerischen Beziehungsaufbau zum Patienten	101
5.5 Erlebte Wertschätzung der Gesprächsleistung	103
5.6 Limitationen	105
5.7 Schlussfolgerung für die Pflegepraxis	107
5.8 Schlussfolgerung für die Pflegeforschung	109
5.9 Ausblick	110
<b>6. Literaturverzeichnis</b>	<b>112</b>
Anhang I: Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	119
Anhang II : Informationsbrief	120
Anhang III :Interviewleitfaden	121
Anhang IV: Einverständniserklärung	123
Anhang V: Auszug eines Anamnesebogen	125
Anhang VI: Lebenslauf	126
Anhang VII: Eidesstattliche Erklärung	129





# 1. Einleitung

In der praktischen Anleitung von Auszubildenden gemeinsam mit einer lehrenden Pflegeperson werden zwei bis höchstens drei Patienten gemeinsam betreut, was sich auf die zeitlichen Ressourcen in den Pflegedurchführungen und speziell auf die Gesprächszeit mit den einzelnen Patienten auswirkt. Dies entspricht jedoch nicht der täglichen Pflege-Realität, wie sie auf Akutpflegestationen in einem Privatkrankenhaus angetroffen werden kann. Denn im Vergleich dazu betreuen die diplomierten Pflegepersonen auf den Akutpflegestationen im Durchschnitt mindestens sechs bis manchmal sogar neun Patienten - je nach personeller Situation. Dies bedeutet eine starke Verringerung der Zeitressourcen, welche die Pflegeperson für den Beziehungsaufbau, ihre direkte Pflege, und das Gespräch pro Patienten hat.

Weniger zu betreuende Patienten bedeutet also auch eine höhere Zeitressource pro Patient zu haben, in Ruhe zu planen, zu pflegen und Gespräche zu führen. Dadurch, dass man in Ruhe mit dem Patienten arbeiten, pflegen, reden und ihm zuhören können, werden oft sehr schöne, sinnvolle Gesprächssituationen ermöglicht.

Pflege ist ein kommunikativer Beruf, doch genau dieser kommunikative Anteil der Pflegearbeit wird oftmals unterbewertet und nimmt eine Position „hinter den Kulissen“ ein. Viele der Gespräche mit dem Patienten laufen nebenbei ab, genießen wenig Beachtung als echte pflegerische Arbeit und werden deshalb in der pflegerischen Zeitplanung der täglichen Arbeitsgestaltung noch zu wenig berücksichtigt.

Auch Erziehungswissenschaftlerin Angelika Abt-Zegelin thematisiert dies in einem Schwerpunktartikel „Gespräche sind Pflegehandlungen: „*Gesprächssituationen in der direkten Pflege weisen viele Besonderheiten auf: Sie sind oft ungeplant, können an ungewöhnlichen Orten oder ‚unterwegs‘ stattfinden. Doch trotz ihrer hohen Bedeutung werden Gespräche in der Pflege noch immer unterbewertet. Deshalb ist es wichtig, dieses ‚stumme‘ Feld aus der Versenkung zu holen – es klar zu benennen und auch wissenschaftlich zu untersuchen.*“ (Abt-Zegelin 2009, S.01)

Gespräche werden auch in der Pflegedokumentation kaum als eine pflegerische Intervention, als pflegerische Maßnahme für Patienten in speziellen Krankheitssituationen angeführt. Einzig die Pflegevisite (das Pflegevisitengespräch) wird extra im Pflegebericht beschrieben und mit Uhrzeit und dem Handzeichen (ein offizielles Kürzel des Vor- und Nachnamens) der durchführenden Pflegeperson eingetragen und dokumentiert. Der zeitliche Aufwand wird dadurch jedoch nicht ersichtlich, sondern nur, dass eine Pflegevisite durchgeführt wurde. In der täglich durchzuführenden Einstufung des Pflegeaufwandes pro Patient, der sogenannten Pflegekategorisierung, findet sich keine eigene Rubrik für die tatsächlich geführten Pflege-Gespräche mit den Patienten.

Dadurch kann diese tägliche Pflegeleistung „Gespräch“ die Pflege-Personal-Regelung (PPR) kaum beeinflussen, weil der Zeitaufwand nur in Zusammenhang mit einer speziell definierten Pflegehandlung in den Bereichen „allgemeine Pflege“ (z.B. Körperpflege, Ernährung, Bewegung und Lagerung) und „spezielle Pflege“ (z.B. akute Krankheitsphase mit Vitalzeichenkontrollen, Wund- und Hautbehandlung, Medikamentöse Versorgung) gerechnet wird.

Auf dieses Einschätzungsinstrument „Pflegekategorisierung“ wird später noch näher eingegangen.

*„Pflege, gute kompetente Pflege, braucht vor allem eines: Zeit dafür. Und Pflege ist vor allem eines: Zeit haben.“ (Schäfer, 2007, S.6)*

Damit wird deutlich gemacht, dass Zeit eine der wichtigsten Ressource für Pflege darstellt, damit der zu pflegende Mensch Fürsorge, Wertschätzung und Menschlichkeit erfahren kann. Die Zeit als messbarer Wert in Stunden, Minuten und Sekunden ist für die Pflegeperson selbst eine stets begleitende, herausfordernde und oft begrenzende Maßeinheit in ihrer Arbeit. Durch die feststehende Anzahl der Stunden in der eine bestimmte Anzahl Patienten möglichst ganzheitlich zu pflegen und zu betreuen sind, muss die vorhandene Zeit aufgeteilt, für die eigenverantwortlich geplanten Pflegemaßnahmen koordiniert sowie mit dem Patienten abgestimmt werden. Dazu kommt die Organisation und Durchführung verschiedener Aufgaben im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zusammen mit der Koordination und

Zusammenarbeit im interdisziplinären Bereich. Die Dokumentation des gesamten Pflegeprozesses in den jeweiligen Patientenakten sowie andere Administrations-Arbeiten braucht ebenfalls Zeit. Dabei gibt es immer unbekannte Faktoren, die zeitlich nicht festgelegt, also auch nicht im Voraus planbar sind. Beispielsweise können ungeplante Aufnahmen, veränderte Befindlichkeit der Patienten und die zusätzliche Betreuung Angehöriger in dieser neuen Situation sowie der daraus folgenden organisatorischen Arbeiten mit einer erhöhten Gesprächsleistung einher gehen.

Die Dauer des Dienstes einer Pflegeperson hat Einfluss auf die Zeit, die für die direkte Pflege beim Patienten, die organisatorischen Arbeiten und die Pflegedokumentation zur Verfügung steht.

Auch die oft auftretenden Unterbrechungen in einer Pflegehandlung und im Gespräch mit einem Patienten belasten die Pflegeperson zusätzlich, weil sie bei Patienten abrechnen muss, sich auf die nächste Situation einstellen soll dabei aber die vorangegangene, unterbrochene Pflegeintervention nicht vergessen kann. Denn später muss sie diese Pflegehandlung meist wiederaufnehmen, also darauf zurückkommen und abschließen. Für den Pflegenden bedeutet eine unterbrochene, unfertige Intervention, dass diese gedanklich gespeichert werden muss, um zu einem später möglichen Zeitpunkt diese Gedanken und Arbeitsschritte oder Gesprächsinhalte wieder abrufen zu können. Eine Unterbrechung einer Pflegehandlung und/oder eines Pflegegespräches bedeutete, dass diese Arbeit noch nicht als „erledigt“ eingestuft werden kann und beschäftigt / belastet die Pflegeperson weiterhin.

Der Einfluss einer Arbeitsumgebung auf die Pflegeperson und deren Leistungen wirkt sich schlussendlich auch auf die Ergebnisse beim Patienten aus.

*„Eine positive Arbeitsumgebung wirkt sich nicht nur auf die Pflegekraft, sondern auch auf andere im Gesundheitswesen Beschäftigte aus und fördert hervorragende Qualität in der Leistung, wodurch sich letztendlich das Patientenergebnis verbessert.“(Deutscher Berufsverband für Krankenpflege 2007, S.7/8)*

Diplomierte Pflegepersonen brauchen deswegen Arbeitsbedingungen, die sie unterstützen, um den sich stetig verändernden Pflegealltag bewältigen zu können, ohne dabei in ihrer eigenständig verantwortlichen Pflegearbeit, die eine fachlich fundierte, ethisch korrekte und menschliche Vorgehensweise voraussetzt, Abstriche machen zu müssen. Zu dieser eigenständigen Pflegearbeit zählen ganz besonders die verschiedenen Gespräche mit dem Patienten. Sie erfordern oft ein hoch-konzentriertes Arbeiten und brauchen deshalb auch Zeit, Ruhe, Geduld und Muße für ein aufmerksames und aktives Zuhören!

Jedoch muss ein Gespräch mit dem Patienten oft aus unterschiedlichsten Gründen immer wieder hinter anderen Arbeiten anstehen, verschoben, unterbrochen oder schlimmstenfalls ganz weggelassen werden. Dies lässt vermuten, dass Patienten-Gespräche eine geringere Wertschätzung in der organisatorischen Struktur haben und daher auch im Tagesgeschehen der Pflegeperson nicht die Priorität einnehmen kann, die es grundsätzlich vom Pflegeverständnis im Umgang mit Menschen, aber auch durch den gesetzlichen Auftrag der psychosozialen Betreuung sowie der Beratung der Patienten verdient hätte. Auf diese gesetzlichen Vorgaben wird in der Situationsdarstellung noch näher eingegangen werden

Wie sich in Diskussionen mit Pflegepersonen immer wieder herausstellt, hat für diese das Gespräch mit den Patienten einen hohen Stellenwert, dennoch steht der möglichst reibungslose Tagesablauf der Station im Vordergrund und scheint meist Vorrang zu haben.

Diese Diskrepanz zwischen dem pflegerisch begründeten Umsetzen-Wollen von Gesprächen mit den Patienten im Rahmen des Pflege- und Beziehungsprozesses und den bedingungsabhängigen Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten schaffen bei den Pflegepersonen Konflikte in der eigenständig zu verantwortenden Pflegearbeit und lösen dabei auch unterschiedliche Emotionen aus, welche belastend wirken können.

*„Laut einer Studie des Wiener „Fonds soziales Wien“ gibt es für die Pflegepersonen enorme Arbeitsbelastungen durch die Arbeitsbedingung im Krankenhaus selbst“ (Fally, 2012 S.13).*

## 1.1 Situationsdarstellung

Der pflegerische Focus ist in der Gesundheits- und Krankenpflege sowohl auf die momentane Erkrankung, als auch auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit gerichtet.

Dies erfordert eine möglichst genaue Informationssammlung beim Patienten, damit die Pflegeperson seine derzeitigen Situation und seine Art, wie er damit umgehen kann, kennenlernt und von den Betroffenen selbst erfahren kann, welche eigenen Ressourcen er für sich sieht und welche sozialen Netze ihm zur Verfügung stehen, die er auch nutzen möchte. Die Erhebung solch umfassender Informationen erfordert Ruhe, um eine Basis gegenseitigen Vertrauens zu schaffen und es verlangt von den Pflegenden Geduld, Zeitinvestition und auch Gesprächskompetenz.

Dafür braucht es Rahmenbedingungen, welche das Umsetzen einer Gesprächsführung ermöglichen. Im Verlauf eines stationären Aufenthaltes muss die diplomierte Pflegeperson die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten erkennen, pflegerische Maßnahmen setzen, die den Patienten in der derzeitigen Krankheitsphase unterstützen, ihn angepasst fördern und ihn mit Gesprächen ermutigen, loben, anleiten und dabei immer wieder abklären, was sich der Patient selbst zutraut und was sein Ziel ist. Manchmal muss ein Patient zum Mitmachen motiviert werden. Dies kann oft erst mit informieren und begründen, warum eine bestimmte Maßnahme für seine Genesung wichtig ist, erreicht werden.

Die Institution Krankenhaus setzt aber alleine durch die Bezeichnung den Schwerpunkt verstärkt auf die aktuelle Krankheit - die dafür notwendige stationäre Aufnahme hat die Abklärung oder/und Behebung dieser Krankheit zum Ziel. Der organisatorische Ablauf einer Akutpflegestation im Krankenhaus ist auch auf diese Ziel-Erreichung abgestimmt, und hat meistens eine vorrangig hohe Priorität.

Die Aufenthaltsdauer sollte möglichst niedrig bleiben, da Versicherungen aus wirtschaftlichen Überlegungen gerade in einem Privatkrankenhaus diesbezüglich starken Druck auf die Organisation ausüben.

Die durchschnittliche Verweildauer ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Dazu werden nachstehend zwei Beispiele aufgeführt:

1. Im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) betrug die durchschnittliche Verweildauer 2011 = 5,32 Tage / 2005 = 5,90 Tage  
(Wiener Krankenanstaltenverbund, 2011)
2. Bei den PremiQaMed Privatkliniken(4 Kliniken) betrug die durchschnittliche Verweildauer 2011 = 5,2 Tage  
Zwei von vier Wiener Kliniken aus der 2. Gruppe hatten 2011 eine noch niedrigere durchschnittliche Verweildauer:4,7 Tage / 4,8 Tag (PremiQaMed, 2013,S. 11).

In diesen wenigen Tagen müssen die Pflegenden den Pflegeprozess in allen Punkten umsetzen, parallel dazu eine Beziehung zum Patienten aufbauen und diesen möglichst umfassend kennen lernen, um daraus eine individuelle Pflegeplanung abzuleiten, welche mit dem Patienten in einem gemeinsamen Gespräch ausgewertet werden sollte. Die kurze Verweildauer lässt erahnen, wie intensiv die Pflegepersonen mit den Patienten arbeiten müssen.

Im Bericht der International Council of Nurses (ICN) ist die Rede von der weltweiten Personalkrise im Gesundheitswesen mit dem dramatischen Pflegekräftemangel, welche die Weltgesundheitsorganisation WHO 2006 als Problem mit hoher Priorität zum Handeln definierte. (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2007, S. 6)

Weiter wird in diesem Bericht umschrieben, was ein hochwertiges Arbeitsumfeld in der Pflege ausmacht, aber auch welche Auswirkungen ein Fehlen einzelner Faktoren haben kann.

*„Ein qualitativ hochwertiges berufliches Arbeitsumfeld geht auf die Bedürfnisse und Ziele von Pflegekräften ein und unterstützt Patienten dabei, ihre persönlichen Gesundheitsziele zu erreichen. Dies wird innerhalb des Kosten- und Qualitätsrahmens geleistet, welcher von der die Pflege erbringenden Einrichtung vorgegeben ist. Einrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Pflege in einem anspruchsvollen Arbeitsumfeld zu unterstützen.“*

*Wenn Menschen, Mittel und/oder Strukturen fehlen, entsteht ein Konflikt zwischen dem professionellen Anspruch der Pflegekraft und dem Erbringen angemessener Patientenpflege. Bleibt durch ein immenses Arbeitspensum den Pflegekräften*

*beispielsweise nur noch Zeit, sich um die Aufgaben im Zusammenhang mit den physischen Bedürfnissen des Patienten zu kümmern, wird man weder den psychosozialen und geistigen Bedürfnissen des Patienten vollständig gerecht (Baumann et al. 2001), noch wird ein ganzheitlicher Pflegeansatz verfolgt.“ (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 2007, S.7f)*

Im Juli 1997 wurde in Österreich ein Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen, in dem sich unter anderem eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) findet.

Darin wird an erster Stelle, neben dem mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich der „eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich“ genannt und unter § 14 (1) als ein methodisches Vorgehen beschrieben mit „[...] eigenverantwortlicher Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischer Maßnahmen im Intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –Beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“ (Schwamberger, 2004, S.43).

Im selben § 14 (2) werden 12 Punkte aufgelistet, in denen angeführt wird, was den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst. Unter Punkt 7 steht beispielsweise die Aufgabe der „psychosozialen Betreuung“, welche jedoch im nachfolgenden Gesetzestext nicht näher erläutert wird. Um diese pflegerische Aufgabe der psychosozialen Betreuung besser verstehen zu können, wird der Begriff nun näher umschrieben, da es sich hier um ein vom Gesetz vorgegebenen Auftrag für die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen handelt.

Psychosoziale Betreuung (psychosocialsupport) wird als „*Form der Pflege, Beratung und Fürsorge[bezeichnet], die soziale Bedingungen eines Menschen und deren Auswirkungen auf die seelische Befindlichkeit berücksichtigt; obwohl der Begriff ‚psychosozial‘ nicht eindeutig definiert ist, wird doch die enge Verknüpfung von psychischen und sozialen Aspekten und ihre Wechselbeziehung deutlich. Er wird im Zusammenhang mit den Auswirkungen von Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod häufig verwendet, z.B. hinsichtlich der Lebensbereiche des Patienten (Familie, Beruf, soziales Umfeld), psychische Reaktionen auf Belastung, Trennung und Verlust sowie gesellschaftlicher und kultureller Wertvorstellungen. Ziel: Verbesserung von Bewältigungsstrategie (Coping), (Re-) Integration in ein ungewohntes Umfeld und/oder Unterstützung bei der Annahme des nahenden Todes, ev. auch Sterbebegleitung*“ (Pschyrembel Pflege 2007, S.111)

Für diplomierte Pflegepersonen bedeutet psychosoziale Betreuung demnach, sich dem einzelnen Patienten zuzuwenden, sich Zeit zu nehmen, um über Gespräche die Auswirkung der derzeitigen Krankheit auf die Lebenssituation der Patienten und deren Angehörige oder Bezugspersonen zu erfahren und unterstützende Maßnahmen zur Bewältigung im Rahmen des Pflegeprozesses zu setzen.

Die Bezeichnung „gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ wurde erst mit dem am 10. Juli 1997 in Kraft getretenen österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz(GuKG) eingeführt. Die zuvor gültige Bezeichnung des „Krankenpflegefachdienstes“ wurde damit ersetzt.

Allein in der erweiterten Bezeichnung wird durch das Wort „Gesundheit“ klar, dass dieser Teil der Berufsbezeichnung einen gewichtigen Teil bei der Pflege von Patienten darstellt. In der Planung und Durchführung von pflegerischen Maßnahmen müssen auch stets die Gesundheit, oder die gesunden Anteile des zu betreuenden Patienten im Blickpunkt sein.

Das Gespräch mit den Patienten stellt eine besondere Verbindung zwischen den beiden beteiligten Personen her, welche die Basis für den Aufbau von Vertrauen, einer Beziehung für die begrenzte Dauer des

Krankenhausaufenthaltes bildet. Dabei wird eine Situation geschaffen, in welcher die Bedürfnisse, Gefühle und Sorgen auch offen angesprochen werden können und daraus ein gemeinsames Verständnis wachsen kann, welches für eine individuelle, patientenorientierte Pflege und der Zusammenarbeit von Patient und Pflegeperson wichtig und förderlich ist.

In einem Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem zu arbeiten, bedeutet für die diplomierten Pflegepersonen einige zusätzlichen Aufgaben wie zum Beispiel in der Zusammenarbeit und Betreuung der Belegärzte, im organisatorischen Ablauf mit den vielen verschiedenen, ärztlichen Visiten und Verordnungen und bei der Dokumentation. Nicht zuletzt werden die Belegärzte von der Krankenhausleitung auch als „Kunden“ betrachtet, was eine gewisse Erwartungshaltung an das „Service“ der Pflegenden impliziert. Dies kann eine erhöhte Belastung im pflegerischen Arbeitsablauf bedeuten. Die unten angeführten Auszüge aus aktuellen, auf den Homepages der Institution stehenden Unternehmens- und Pflegeleitbildern zeigen, wie wichtig dieser vertrauensvolle Beziehungsaufbau auch den Institutionen der Privatkliniken oder Privatkrankenhäusern ist, wie damit Werbung betrieben wird und dass der Beziehungsaufbau dadurch einen Auftrag bzw. eine Erwartung an Pflegepersonen darstellt:

*„Pflege besteht aus dem Einsatz von beruflichem Wissen und Können und aus dem Aufbau einer vertrauensvollen professionellen Beziehung. Sie wird auf die jeweiligen Bedürfnisse der zu betreuenden Menschen abgestimmt.“*

*„Im Rahmen der Gesundheitsförderung versuchen wir, den Menschen zu unterstützen, seine eigenen Anliegen zu erkennen, zu definieren und selbst aktiv zu werden“ (Rudolfinerhaus, 2012, Pflegeleitbild).*

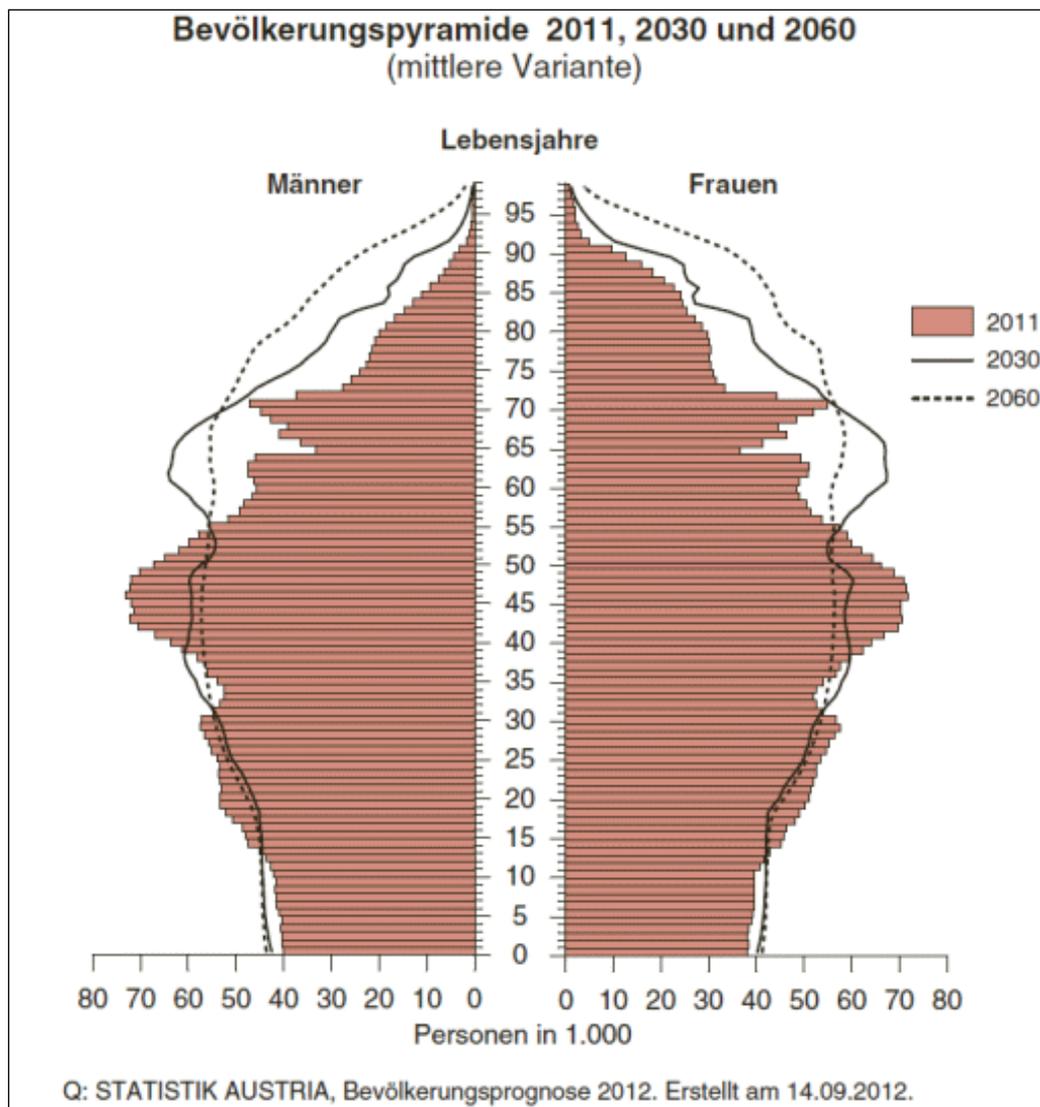
*„Im Rahmen unserer Möglichkeiten erfüllen wir die Wünsche und Bedürfnisse unserer Patientinnen und deren Angehörigen in einer Atmosphäre des Wohlfühlens“ (Confraternität, 2012, Unser Leitbild).*

*„Wir nehmen die persönlichen Bedürfnisse unserer PatientInnen wahr, gehen sensible darauf ein und engagieren uns mit profundem Wissen und Können für deren Gesundheit“ (Rudolfinerhaus, 2012, Klinik-Leitbild).*

Auch die Entwicklung der Lebenserwartung zu immer höheren Altersjahren hat einen starken Einfluss auf die pflegerischen Aufgaben insbesondere in der Gesundheitsförderung beim Patienten. Gerade dieser Teil der Pflegearbeit ist ziemlich zeitintensiv. Ältere Menschen sind in ihren Bewegungen manchmal nicht mehr so schnell, trotzdem können sie ihre Aktivitäten im Leben ganz oder teilweise selbständig organisieren und durchführen, nur vom Tempo her geschieht alles etwas langsamer.

Wenn diese älteren Menschen nun stationär aufgenommen, zu „Patienten“ werden und dabei nun pflegerische Unterstützung brauchen, muss die Pflegeperson ihre fachliche Hilfestellung dem Tempo des älteren Menschen anpassen, wenn sie mit Achtung und Wertschätzung pflegen will. Das bedeutet aber auch, dass sie mehr Zeit für diese Unterstützung braucht.

Nachstehendes Abbild der Bevölkerungs-Pyramide 2011 zeigt die voraussichtliche Altersentwicklung der Bevölkerung für 2030 und 2060 auf welche die oben beschriebene Intensität der Pflegearbeit in Zukunft wahrscheinlich noch verstärken wird.



**Abbildung 1:** Bevölkerungspyramide für Österreich 2011 Quelle: Statistik Austria (2011)

Die Breite in den höheren Altersstufen (60 und älter) nimmt zu. Hingegen nehmen die Anzahl der 19-30-jährigen und die der 40-55 Jährigen ab, und zwar gleichermaßen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen.

Das bedeutet auch, dass es einerseits weniger junge Menschen für alle Berufszweige geben wird, also auch für den Pflegeberuf es an Nachwuchs fehlen könnte. Andererseits steigt gleichzeitig jene Gruppe, die Pflege benötigen wird. Um konkurrenzfähig zu bleiben, muss unter anderem vorausschauend auf eine möglichst gesunde Arbeitsumgebung und die Attraktivität des Berufes selbst geachtet werden. Dies bedeutet unter anderem auch, dass diplomierten Pflegepersonen sorgsam behandelt werden sollten und, dass ein Arbeitsumfeld mit Zeitressourcen geschaffen

wird, welches auch eine Wertschätzung und Anerkennung der Pflegearbeit, besonders die der Gesprächsleistung aufzeigt.

Dafür wäre es bereits heute wichtig, dass vorausschauend Bedingungen geschaffen werden, die es den Pflegepersonen ermöglichen, den (älteren) Menschen in ihren oft einschränkenden Erkrankungen eine wertschätzende, der jeweiligen Situation angepasste pflegerische Unterstützung geben zu können. Dabei, ohne dabei ihre persönlichen Vorlieben, Gewohnheiten und Tagesrhythmen außer Acht zu lassen. Die vorhandenen Ressourcen, die gesunden physischen und psychischen Anteile (Ressourcen) müssen von den Pflegenden wahrgenommen, erhalten und gefördert werden.

Um eine angemessene pflegeorientierte Pflege zu gewährleisten, wird es nötig ausgebildetes Personal, Zeit und Raum für den Pflegeprozess zur Verfügung zu stellen.

## **1.2 Zielsetzung der Arbeit**

Das Ziel der Arbeit ist, den Anteil der Pflegegespräche, der für eine hohe Qualität in der Pflege verantwortlich ist, sichtbar zu machen und so ein Bewusstsein für deren Stellenwert im Pflege- und Beziehungsprozess zu schaffen.

Im Weiteren werden die gegebenen Bedingungen und Möglichkeiten für Patientengespräche im Rahmen des Pflege- und Beziehungsprozess aus der Sicht der Diplomierten Pflegepersonen dargestellt und beschrieben, und die vorhandenen Faktoren, die sich als förderlich oder hemmend erweisen aufgedeckt und dargestellt.

Die persönliche Einstellung und Verantwortung zum Patientengespräch und die Erfahrung mit der tatsächlichen Umsetzung dieser Gespräche, die innerhalb eines Dienstes auf Akutpflegestationen möglich sind, sowie der Umgang mit dem Faktor Zeit ist ein weiterer, zentraler Teil der Arbeit.

Ziel ist, die Ergebnisse der Arbeit den Pflegenden selbst zugänglich zu machen, um einen Nutzen für die weitere professionelle Berufsentwicklung ableiten zu können.

Auch Arbeitgeber könnten von den Auswertungen profitieren und die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Pflegebeziehungsprozesses dadurch maßgeblich verbessern.

Aus diesen Zielsetzungen leiten sich die im nachfolgenden Abschnitt angeführten Fragestellungen und die damit verbundenen Forschungsfragen ab.

### 1.3 Fragestellung

Wie erleben diplomierte Pflegepersonen ihre Arbeitsbedingungen im Stationsalltag und ihre Möglichkeiten zur Durchführung der Patientengespräche im Rahmen des geforderten Pflege- und Beziehungsprozesses?

- Wie erleben diplomierte Pflegepersonen ihre Möglichkeit der Gesprächsarbeit mit den Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses?
- Welche Faktoren erleben die diplomierten Pflegepersonen als beeinflussend auf die eigene Gesprächsbereitschaft? (fördernd/hemmend)

Wie schätzen die diplomierten Pflegepersonen die Einflüsse der stationären Arbeitsbedingungen auf ihre Gesprächsbereitschaft ein?

Welche Bedeutung hat das Gespräch mit dem Patienten für die diplomierte Pflegeperson selbst?

Welchen Stellenwert nimmt das Gespräch mit den zu betreuenden Patienten bei den diplomierten Pflegepersonen ein?

- Wie erleben Pflegepersonen ihre Prioritätensetzung im Pflegealltag bei knappen Ressourcen und was löst das bei der Pflegeperson selbst aus?

Wie wird der Faktor „Zeit“ von den diplomierten Pflegepersonen bezüglich Patientengespräche und Beziehungsprozess erlebt und eingeschätzt?

- Wie gehen die diplomierten Pflegepersonen mit großem Arbeitspensum und/oder zeitlichen / personellen Engpässen um?
- Wie erleben die diplomierten Pflegepersonen die Auswirkung dieser Engpässe auf die Gesprächsqualität mit den Patienten?
  - a) hinsichtlich der individuellen Pflegeplanung und der Evaluation im Pflege- und Beziehungsprozess?
  - b) mögliche Auswirkung auf die eigene Motivation und Zufriedenheit?

Wie sehen diplomierte Pflegepersonen das System der Pflegekategorisierung in Bezug auf die geleisteten pflegerischen Gespräche?

## 2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die Themen der Literaturrecherche, den theoretischen Inhalten, die für das Thema der Arbeit relevant sind setzt sich mit den den Themen sowie die Zeit

### 2.1 Die Literaturrecherche

Im Rahmen der Literatur-Recherche wurden deutsch- und englischsprachige Literatur über die Suchmaschine Bibnet.org, CINAHL und PubMed sowie über das Kombinations-Abonnement der Zeitschrift „Pflegerwissenschaft - WWW.PRINTERNET.INFO“ ermittelt.

Um die gezielt Literatur zu finden Suchbegriffe einzuschränken, lauteten diese: „Pfleger“, „Pflegerprozess“ „Pflegerbeziehung“, „Zeit“, „Zeitfaktor“, „Gespräche“, „Kommunikation“ und „Interaktion“. Die englischen Suchbegriffe waren: „time“, „time factors“, „nurse-patient-relationship“, „communication“, „conversation“ „decision-making“, „caring“, „nursing“.

Um aktuelle, themenbezogene Studien zum Thema der Diplomarbeit zu finden, wurde besonderes Augenmerk auf Studien gelegt, welche die Sicht der Pflegerpersonen zum Thema Zeit, Gespräch und Pflegerprozess erfassten. Die Eingrenzung der Erscheinungsjahre von 1992 bis 2012 wurde durchgeführt, um einerseits aktuelle Studien zu finden, andererseits eine Reduktion des Literaturangebotes zu erzielen. Dieses doch recht große Zeitfenster von 20 Jahren wurde deswegen gewählt, weil befürchtet wurde, interessante Studien durch zu enge Jahreseingrenzung vielleicht zu übersehen. Diese Befürchtung hat sich nicht bestätigt. Ausgeschlossen wurden Studien aus dem Umfeld der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege und Studien, welche nur die Arzt-Patienten-Beziehung untersuchten. Je nach Kombination der Schlagworte gab es zwischen 25 und 4460 Treffer mit Artikeln, Berichte und einige Studien. Insgesamt musste bei der Suche rasch eingegrenzt werden z.B. über die Jahreszahlen und einer spezifischen Ausgrenzung mit Schlagwort und „not“ z.B. Psychiatrie Neonatologie, Gerontologie, Ausbildung. Die Auswahl der Studien erfolgte auch über deren Forschungsmethode mit dem Ziel, vermehrt qualitative Studien, einige quantitative Studien sowie einige Literaturarbeiten zum

Thema zu finden. Es fanden sich Studien zu Rahmen- oder Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen, jedoch Studien, welche rein aus der Sicht der Pflegeperson die erlebten Möglichkeiten, Patientengespräche zu führen darstellen, wurden von der Autorin nicht gesichtet. Jedoch konnten Studien gefunden werden, die eine kombinierte Befragung von Patienten und Pflegepersonen durchführten, um die Sicht beider Beteiligten bezüglich Gespräche zu erfahren und dann vergleichen zu können.

Im englischen Literaturbereich wurde in der Bibliothek am Campus Rudolfinerhaus ganz gezielt mit oben genannten Schlagworten nach wissenschaftlich durchgeführten Studien gesucht und gefunden. Die relevanten Originalartikel wurden anschließend über Subito bestellt.

## **2.2 Die Zeit**

In diesem Abschnitt wird der Faktor Zeit in der Pflege zum Thema gemacht und näher beschrieben.

In der Studie von Markus Köhl und Eduard David wird darauf hingewiesen, dass die Pflegeperson zweimal Zeit benötigt. Erstens für die direkte Pflege beim Patienten selbst und zweitens braucht sie Zeit, um die Beobachtungen, Wahrnehmungen und die Aussagen des Patienten gedanklich zu ordnen, darüber nachdenken, um dann eine pflegerische Entscheidung treffen zu können (Köhl & David, 2010).

Die messbare Zeit spielt im Leben eines Menschen eine große Rolle. Schon bei der Geburt eines Menschen wird die genaue Geburtszeit aufgeschrieben. Am Ende des Lebens wird genauso der Todeszeitpunkt mit Datum und Uhrzeit notiert. Dazwischen liegt die Lebenszeit, welche für jeden Menschen unterschiedlich lang währt.

In der Umgangssprache drückt sich das subjektive Zeitempfinden in Bezug auf das unaufhaltsame Vergehen der objektiven Zeit aus. Zugleich wird im Gebrauch einer solchen Formulierung eine Wertung von Zuständen, Ereignissen und der eigenen Person zum Ausdruck gebracht. Hier einige Beispiele:

- Zeit haben / keine Zeit haben
- Sich Zeit nehmen / sich keine Zeit nehmen
- Zeit gewinnen / (keine) Zeit verlieren
- Jemandem Zeit schenken / stehlen

Auch Aussagen wie „Nimm dir Zeit und nicht das Leben“, „alles zu seiner Zeit“ oder auch „Zeit ist Geld“ zeigen auf, welche unterschiedlichen Haltungen der Mensch zu Zeit haben kann. Nachfolgend möchte ich nun darauf eingehen, wie man Zeit definieren könnte.

*„Die Zeit ist eine physikalische Größe für Ereignisse, Bewegung, Wachstum, Vergänglichkeit und Veränderungen. Die Einheit für die Zeit ist die Sekunde (s), für größere Zeiträume werden die Bezeichnungen Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate und Jahre verwendet.“*

*Die Definition der Zeit stammt aus der Astronomie und bezieht sich auf die Erddrehung - ein Tag - und die Umlaufbahn der Erde um die Sonne - ein Jahr. Diese Zeit wird als astronomische Zeit bezeichnet“ (IT Wissen, 2012, o. S.).*

Im PflegePsychembel ist Zeit wie folgt beschrieben:

*„Chronologische, auch messbare, reversible, sich wiederholende Zeit, Uhrzeit; u.a. Zeiteinteilungen (Sekunden, Minuten, Stunden, Jahre), Zeitintervalle (mechanische Zeitmessung mit Uhrwerken, Atomzeit); die im Uhrentakt gemessen werden z.B. Betriebsabläufe, Tätigkeiten oder gefertigte Stückzahlen in einer Produktion pro Zeiteinheit.“ (Psychembel Pflege, 2007, S.817).*

Speziell für die Pflege wird Zeit folgendermaßen definiert: *„Mit der Zeitmessung in Relation zur Tätigkeit werden organisatorische Zeitrichtlinien erstellt, z.B. sogenannte Zeitkorridore (mit Tabelle nach Bartholomeyczik). Diese statistischen Mittelwerte dienen der Ermittlung des Personalbedarfs bzw. einer Pflegestufe bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (Psychembel Pflege, 2007, S.817).*

Dass für die Pflege Zeit ein wichtiger Faktor ist, wurde bereits in der Einleitung begründet und beschrieben. Was macht es jedoch aus, wenn die Zeit für das Gespräch mit einem Patienten nicht ausreichend vorhanden

scheint, die Pflegeperson sich die Zeit dafür nicht nehmen kann, weil organisatorische Abläufe und die darin anfallenden Arbeiten anscheinend eine höhere Priorität haben?

Das Gespräch mit dem Patienten kommt dann oft zu kurz, muss von der Pflegeperson selbst abgebrochen werden oder wird in starken Stress-Situationen einfach nicht geführt. Wenn in einer bestimmten Zeitspanne gleichzeitig mehrere Arbeiten durchgeführt werden, schreibt der Zeitforscher Geißler dazu folgendes: *„Der Alltag in der Gleichzeitigkeit mag aufregend, rasant und spannend erscheinen, allerdings birgt er auch Gefahren und Risiken. Als ein Experiment bezeichnet Geißler deshalb die ‚Nonstop-Gesellschaft‘. Wenn jemand ständig aktiv, flexibel und auf mehrere Aufgaben konzentriert sein müsse, steige die Fehlerquote.“* (Geißler, 2011, Intranet, ohne Seiten).

Diese Aussage beinhaltet eine wichtige Botschaft, da gerade im pflegerischen Alltag innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit oft mehrere Aufgaben durchgeführt werden müssen, wie beispielsweise die Gesprächsführung während der Unterstützung in der Körperpflege und nebenbei auf die Frage einer Kollegin, wann sie mit der Unterstützung bei Ihren Patienten rechnen kann, eine Antwort zu geben. Das Risiko zu Fehlern kann in solchen Situationen steigen.

Berith Hedberg und Ullabeth Sätterlund Larsson (2004) beschreiben, dass die vielen Unterbrechungen (fünfmal pro Stunde) bei der direkten Pflege die Entscheidungsfindung im Pflegeprozess stören und dass für die Pflegenden Zeitdruck entsteht.

### **2.2.1 Der Faktor Zeit in der Pflege**

Als Erkenntnis einer Befragung von Pflegepersonen, die auf Intensivpflegestationen arbeiten, beschreibt Berta Schrems den Zeitfaktor wie folgt: *„Daß Zeithaben und Zeitnehmen für PatientInnen nicht als Pflegehandlungen gelten, drückt sich im Dokumentationssystem aus. Für psychische Betreuung gibt es keine Spalte; sie passiert auch in undefinierten, zufälligen Zeitlücken, eben dann, wenn Zeit bleibt. Die*

*Wertigkeit bestimmter Pflegehandlungen wird über die Organisation der Pflege und der Zusammenarbeit im Pflegealltag immer wieder aufs Neue definiert.“ (Schrems,1994, S.122)*

Im Weiteren erscheint das Arbeitsideal (den kranken Menschen als Person wahrzunehmen) als problematisch, weil es „... *im Widerspruch zur Geschwindigkeit und Gesamtarbeitsorganisation steht, weil es zu verschiedenen Konflikten mit jenen Ärzten und Schwestern führt, mit denen man zusammenarbeitet. Es ist auch deshalb problematisch, weil das Auseinanderklaffen zwischen Arbeitsideal und Arbeitsrealität hier besonders deutlich erlebt wird, weil es besondere Anstrengungen erfordert, gegen die Zeitstruktur einer Institution zu arbeiten.“ (Schrems,1994 S.123) .*

Die Zeit spielt innerhalb der Institution Krankenhaus bei der Organisation und Durchführung der Pflege und den Gesprächen mit dem Patienten eine wichtige Rolle.

Je nach Fachrichtung, Strukturvorgaben und personellen Ressourcen der jeweiligen Station, aber auch je nach Haltung des Pflegeteams, jeder einzelnen Pflegeperson mit ihren Kraftreserven und persönlichen Motivationen wird diese zur Verfügung stehende Zeit sich anders aufteilen und von den Beteiligten unterschiedlich empfunden. Auch die verschiedenen Patientensituationen mit den täglich veränderten vorhandenen Ressourcen und Einschränkungen sowie der momentanen Befindlichkeit erfordern eine angepasste Prioritätensetzung im Arbeitsablauf, im Tempo und dem Arbeitsrhythmus der Pflegenden (Jones, 2000).

### **2.2.2 Pflege zwischen Zeit, Tempo und Rhythmus**

Zeit ist wie bereits eingangs erwähnt, eine der wichtigsten Ressourcen für Pflege, neben Fürsorge und Wertschätzung.

Die Pflege hat nur ein bestimmtes Ausmaß an Zeit, das durch die Stunden ihres Dienstes vorgegeben und somit begrenzt ist. Je nach Arbeitsanfall, bzw. Anzahl der zu betreuenden Patienten, muss diese Zeit aufgeteilt werden. Je nach Pflegeintensität dieser Patienten ist die Geschwindigkeit, mit der ein Pflegender arbeiten sollte, höher. Die Geschwindigkeit (das

Tempo) muss jedoch, wie beim Autofahren auch, an die Situation des zu pflegenden Menschen angepasst, und gegebenenfalls reduziert, „entschleunigt“ werden, weil kranke oder ältere Menschen länger brauchen, sich in der fremden Umgebung zurechtzufinden.

Folgende Aspekte sind wichtig, da sie einen Einfluss auf die Arbeit der Pflegepersonen haben.

### Das Tempo

„Das Tempo eines pflegebedürftigen, älteren Menschen ist ein anderes als das der Pflegenden. Und auch das Tempo der Pflegenden ist zumindest ein anderes, als das ihnen durch Minutenschlüssel und Pflegeplanung vorgeschriebene.“ (Schäfer, 2007, S 6). Um einem verlangsamten Tempo eines Patienten gerecht zu werden, braucht es Zeit und Geduld. In hektischen Situationen ist oft beides nicht gegeben. Schnell kann es da passieren, dass Pflegehandlungen durchgeführt werden, die der Patient eigentlich noch selbst (nur eben langsamer) hätte tun können (vgl. Schäfer, 2007, S.6).

Der Patient empfindet die Zeit im Krankenhaus oft als lang. Sein normaler Tagesablauf, sein Lebens-Rhythmus ist unterbrochen und verändert. Er muss auf Untersuchungen, auf die Arztvisite, auf die physikalische Therapie und auf seine Pflegeperson warten, die ihn beim Waschen oder Aufstehen unterstützt oder die eine Infusion anhängen sollte. (vgl. Holloway, Smith & Warren, 2005, S.465).

### Der Rhythmus

„Unter Rhythmus wird der Wechsel zwischen Aktivität und Ruhe, Schlaf- und Wachphasen, Biorhythmus und Pulsfrequenz verstanden“ (Pflege-Psychyrembel S.634) Speziell für die Pflegenden und die Patienten wird der zirkadiane Rhythmus genannt, der

Auf Akutstationen und in Heimen orientiert sich der Rhythmus an diversen Anforderungen wie Personalstand, Pflegestandard, Patienten, Bewohner und Angehörige (vgl. Schäfer, 2007, S. 6).

„Mitunter läuft der vorgegebene Rhythmus des Tagesablaufs allerdings entgegen den Bedürfnissen der arbeitenden und pflegebedürftigen

*Menschen und dient zur Hauptsache der effizienten Aufrechterhaltung der Organisation. Rhythmen in der Pflege betreffen Fragen wie: in welchem Rhythmus wird das Essen gereicht? – wie viel Zeit steht einem Menschen beim Essen zur Verfügung? – wird der veränderte Schlafrhythmus älterer Menschen berücksichtigt?“ (Schäfer, 2007, S. 6).*

Der geplante Arbeitsrhythmus der Pflegenden mit den Patienten kann oft nicht ruhig erfolgen, weil Unterbrechungen durch plötzlich auftretende Arbeiten wie z.B. Aufnahmen von neuen Patienten oder Arztvisiten, die im Privatkrankenhaus zeitlich ungeplant erfolgen, und von den Pflegenden eine hohe Flexibilität erfordern. Diese spontan zu leistenden Pflegearbeiten bedeuten, dass die gerade durchgeführten Pflegeleistungen unterbrochen werden. (Hedberg & Sätterlund Larsson, 2004).

Solche Unterbrechungen benötigen noch dazu Zeit, um sich beim Patienten für diese zu entschuldigen und zu verabschieden. Nach Erledigung der Störungs-Arbeit muss die Pflegeperson gedanklich wieder in die zuvor verlassene Situation einsteigen, d.h. sich erinnern, was zuvor im Gespräch und in der Tätigkeit, in der man unterbrochen (Hedberg & Sätterlund Larsson, 2004).

### **2.3 Das Gespräch in der Pflege – Aufgaben und Zusammenhänge**

Die Bedeutung des Wortes „Gespräch“ wird wie folgt definiert: *„mündlicher Austausch von Gedanken zwischen zwei oder mehreren Personen; ein Gespräch führen, an einem Gespräch teilnehmen, etwas in einem Gespräch klären“* (Duden 2001, das Bedeutungswörterbuch S.422).

In der Pflege ist das Gespräch die Grundlage für den Aufbau von Vertrauen, das gegenseitige Kennenlernen und Verstehen. Das Gespräch ermöglicht der Pflegeperson, den Patienten in seiner momentanen Lebenssituation wahrzunehmen, um direkt zu erfahren, welche Anliegen, Wünsche, Ängste und Vorstellungen er hat. Das Gespräch ermöglicht auch dem Patienten, sich mit einer Bezugsperson auszutauschen, jemanden zu haben, der ihm zuhört, der ihn ernst nimmt und er sich dadurch nicht mehr so alleine oder fremd vorkommt. Das gegenseitige Kennenlernen und Schenken von Vertrauen

wird erst durch das Gespräch, durch dieses „sich einander Zuwenden“ ermöglicht.

### 2.3.1 Definition Gespräch

*„Zwischenmenschlicher Kontakt, der auf Sprechen, Hören und Verstehen basiert, womit Verständigung, Begegnung und (gegenseitige) Einflussnahme möglich werden. Grundlage: ein Gespräch besteht aus Redebeiträgen der Gesprächsteilnehmer, die sich aufeinander beziehen. Grundlegend gelten dabei die Gesetze der Kommunikation. Gespräche finden in ganz unterschiedlichen sozialen Situationen statt, erstrecken sich über unterschiedliche Zeiträume, verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen und unterliegen unterschiedlichen*

- *Möglichkeiten : Was kann alles ausgesprochen werden*
- *Sachzwängen: worauf muss Rücksicht genommen werden*
- *Regeln: wie wird miteinander gesprochen (z.B. Anrede, was darf gesagt werden)*
- *Formen: Alltagsgespräch, Erstgespräch, Informationsgespräch, Kritikgespräch, Unterrichtsgespräch, Beratungsgespräch, therapeutisches Gespräch (vgl. Pschyrembel Pflege, 2007, S. 311)*

Schrems schreibt weiters: *“Im Rahmen des Pflegeprozesses beginnt der Prozess der Kommunikation bei der Informationssammlung (Beobachtung und Beschreibung bedeutsamer Unterschiede) oder auch Pflegeanamnese. Genau genommen aber muss dieser Prozess umgekehrt formuliert werden: Mit der Kommunikation beginnt die Informationssammlung“* (Schrems, 2003, S.295).

Die im Rahmen des Pflegeprozesses von der Pflegeperson durchzuführenden Gespräche sind

- das Anamnesegespräch mit einem speziellen Anamnesebogen, der sich über vier Seiten mit allen Aktivitäten und Gewohnheiten, sowie der sozialen Situation, der aktuellen Erkrankung und der Befindlichkeit des Patienten befasst. Dabei sind auch einige Punkte zu beachten, die rasch zu klären sind

(z.B. Allergien, Medikamente), da diese für die Anmeldung von Untersuchungen wichtig sind. (**Anhang V**)

- das Evaluationsgespräch wird im täglichen Pflegeverlauf immer wieder mit dem Patienten mittels gezielten Fragen bezüglich Fortschritt oder Befindlichkeiten geführt. Die Hauptevaluation erfolgt bei der Pflegevisite, die vorwiegend nachmittags abläuft.

- das Entlassungsgespräch, welches auch in der Pflegevisite besprochen werden kann, jedoch oft mittels vorgedruckter Checkliste über ein sich Informieren bezüglich was der Patient noch braucht und welche Fragen noch offen sind.

- alle anderen Gespräche die z.B. für Beratung, Motivierung, Anleitung, Trösten, Zuhören, Nachfragen oder gegenseitige Information zwischen Patient und Pflegenden täglich in der jeweiligen Pflegesituation geführt werden, haben keinen fixen, zeitlichen oder organisatorisch vorgesehenen Raum, außer den, den der Pflegende ihnen selbst einräumt.

In allen oben genannten Gesprächen werden nie nur Sachinhalte ausgetauscht, sondern es spielt immer auch die Beziehungsebene eine tragende Rolle.

Auch die beiden Ebenen der Selbstdarstellung und des Appells an den Gesprächspartner sind aktiv. In der Pflege sind diese Ebenen deshalb so wichtig zu beachten, weil zwar beide Gesprächspartner als gleichwertige Persönlichkeiten gesehen werden, jedoch einer der beiden, nämlich der Patient, sich in einer Ausnahmesituation befindet. Zum einen ist er mit seiner Krankheit und deren Auswirkungen konfrontiert und zusätzlich befindet er sich in einer fremden Umgebung, dem Krankenhaus. Hinzu kommt dass diese stationäre Aufnahme den Menschen ihn in eine gewisse Abhängigkeit bringt, welche unterschiedliche Emotionen hervorrufen kann.

Allein diese Situation erfordert von der Pflegenden eine sensible Vorgehensweise in der ersten Kontakt- und Gesprächsaufnahme, da dies den Aufbau einer Pflegebeziehung mit dem Patienten beeinflusst. Gerade für das Erstgespräch – der Pflegeanamnese – ist dies ein bewusst zu beachtender Faktor.

Dieser Beziehungsaspekt schwingt in jeder weiteren Kommunikation mit und kann die Pflegebeziehung zwischen Patient und seiner Pflegeperson entweder konstruktiv vertiefen oder aber hemmen.

Pflegerische Gespräche zu führen, stellt eine komplexe Anforderung an die Professionalität der Pflegenden dar und müssen bewusst als ein wichtiger Arbeitsvorgang innerhalb des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches und des Pflegeprozesses erkannt werden.

Nachfolgend soll diese Komplexität in der pflegerischen Gesprächsführung über die Darstellung des Kommunikationsquadrats nach Schulz von Thun, (2012) verdeutlicht werden.

### 2.3.2 Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun

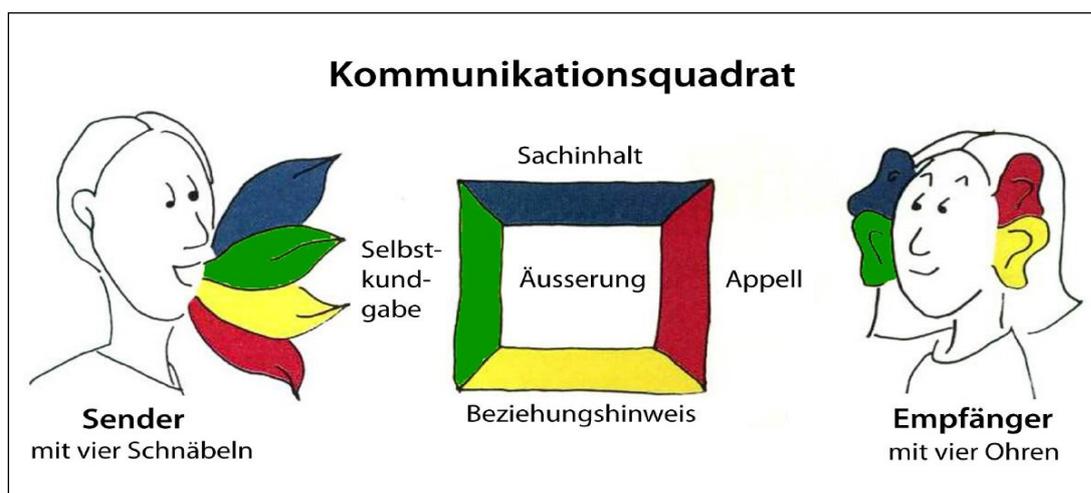
Schulz von Thun schreibt: *„Wenn ich als Mensch etwas von mir gebe, bin ich auf vierfache Weise wirksam. Jede meiner Äußerungen enthält, ob ich will oder nicht, vier Botschaften gleichzeitig:*

*eine Sachinformation (worüber ich informiere)*

*eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe)*

*einen Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe)*

*einen Appell (was ich bei dir erreichen möchte).“* (Schulz von Thun, 2012, Internetseite).



**Abbild 2:** Das Kommunikationsquadrat (Quelle: Schulz von Thun, 2012)

Genauso sind in der Pflege beide Gesprächspartner, Pflegende und Patient, sowohl Sender als auch Empfänger. Die Pflegeperson muss sich ihrer Wirkung als Sender auf der Sach- und Beziehungs-Ebene in der Kommunikation mit dem Patientenbewusst sein.

Gleichzeitig hat sie die Aufgabe, den Patienten mit seinen Äußerungen auf diesen Ebenen ganzheitlich wahr zu nehmen und möglichst zu verstehen. Wenn zu dieser Komplexität nun noch eine sprachliche Einschränkung hinzukommt wie z.B. durch eine Lähmung, muss Geduld und Konzentration aufgebracht werden, damit in dieser Gesprächssituation keine Missverständnisse entstehen oder die gegenseitige Wertschätzung und Achtung nicht verloren geht. Dies wird in der Pflegediagnose „Kommunikation, verbal, beeinträchtigt“ unter den Pflegemaßnahmen 2. Priorität folgendermaßen formuliert: *„Bewahre ruhige, ungestreßte Haltung. Lass dem Patienten genügend Zeit zum Antworten.“* Oder *„Halte die Kommunikation so einfach und klar wie möglich, probiere alle Formen aus, um Informationen zu erhalten: visuelle, auditive und kinästhetische.“* (Doenges & Moorhouse, 1997, S.470, 472f).

#### Sachinhalt (Sachebene)

*„Die Aufgabe des Senders ist es den Sachverhalt klar und verständlich seinem Gegenüber zu vermitteln. Der Empfänger hört auf die Daten, Fakten und Sachverhalte und kann anhand der drei Kriterien auf verschiedene Weise in das Gespräch einhacken.“*

#### Selbstoffenbarung

*„Wer etwas von sich gibt, der gibt auch etwas von sich wieder. Ob man es möchte oder nicht, die Selbstoffenbarung ist in jeder Äußerung enthalten. Ob der emotionale Zustand, die Meinung zu einem Thema oder anderes - vieles wird explizit oder implizit preisgegeben.“* (Schulz von Thun, 2012)

#### Beziehung (Beziehungsebene)

*„Der Sender gibt dem Empfänger während der Kommunikation automatisch Signale über die Beziehung zu ihm. Durch Gestik und Mimik, durch Formulierungen und Tonfall macht der Sender seine Antipathie bzw. Sympathie gegenüber dem Empfänger erkennbar.“* (Schulz von Thun, 2012)

### Appell

*„Der Sender will in der Regel mit seiner Äußerung gegenüber dem Empfänger etwas bewirken. Er will zum Beispiel, dass Wünsche erfüllt werden, Ratschläge befolgt werden oder seine Meinung mitgetragen wird. Der Sender übermittelt dem Empfänger im Gespräch also auch einen Appell“* (Schulz von Thun, 2012)

In diesen Beschreibungen der Kommunikation wird ersichtlich, wie komplex Kommunikation ist. Gespräche zu erkennen, dass in einer zeitlich knappen Pflegesituation z.B. nonverbale Signale von der Pflegeperson gesendet werden, die auf den Patienten wirken und er je nach „Interpretation“ seinerseits mit einem Signal darauf reagieren wird. Nachfolgend werden die dialogische Interaktion im Gespräch näher beschrieben.

### **2.3.3 Gespräche – dialogisch-interaktive Arbeit im Pflegeprozesses**

Die in der Pflege unweigerlich zu leistenden Gespräche sind eine Kernarbeit im Rahmen des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage zum Vertrauensaufbau zwischen Patienten und Pflegepersonen. Sie sind die Voraussetzung, pflegerelevante und beeinflussende Informationen von und über den betroffenen Patienten in seinem sozialen Umfeld überhaupt zu erfahren.

Die individuelle Förderung des Patienten hinsichtlich seiner Alltagsbewältigung, die er für das Leben zu Hause braucht, ist mit Gesprächen innerhalb des Pflegeprozesses verbunden. In all den von Pflegepersonen geführten Gesprächen muss täglich die Situation aus der Sicht des Patienten möglichst umfassend erhoben werden. Dabei lernt die Pflegeperson den Patienten als ganzen Menschen mit seiner Einstellung zur und dem Umgang mit der momentanen Krankheits- und Lebenssituation besser kennen. Aber auch der Patient lernt seine ihn betreuende Pflegeperson näher kennen. Ebenso erfährt die Pflegeperson mehr über seine bestehenden sozialen Netzwerke, welche für eine individuelle Zielsetzung und Pflegeplanung ebenso von Bedeutung sind.

Ethische Aspekte zur Gesprächsarbeit werden von Großklaus-Seidel wie folgt beschrieben: „*Die Möglichkeit, eine „Person“ zu sein, hängt also nicht von kognitiven Aspekten ab, sondern von der Fähigkeit, Nähe und Kommunikation zuzulassen bzw. zu geben.*“ (Großklaus-Seidel, 2001, S. 32)

Um Nähe zu signalisieren und Kommunikation zulassen zu können, muss jedoch auch signalisiert werden, dass in einer bestimmten Situation auch tatsächlich Zeit für dies vorhanden ist. Zeit zu haben und sich Zeit zu nehmen für die Nähe im Gespräch mit den Patienten heißt für die Pflegeperson, Zeit für eine andere pflegerische Arbeit nicht mehr zu haben, weil der Arbeitstag der Pflegeperson immer nur eine begrenzte, vom Dienstplan vorgegebene Stundenanzahl dafür vorsieht.

Diese Stunden sind das Zeitmaß, welches der Pflegeperson für die zu erledigenden Arbeiten zur Verfügung steht. In der Alltagsrealität der Pflegenden sind jedoch oftmals aus diversen Gründen nicht genug Zeitressourcen vorhanden, um die anfallenden Arbeiten adäquat und zur Zufriedenheit aller zu erledigen. Die Pflegepersonen müssen in einer solchen Situation für sich selbst die Entscheidung treffen, was Priorität hat, was warten kann und welche Arbeit nur „verkürzt“ erledigt werden kann. Das Gespräch mit den Patienten kann in einer zeitlich engen Situation oft nicht ideal erfolgen, was den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegeperson erschwert. Die Interaktionsarbeit der Pflegenden muss anscheinend extra unterstützt werden, wie nachstehend erläutert wird.

Fally schreibt (basierend auf Hacker 2009), dass, „*die dialogisch-interaktive Arbeit (Gesprächs- und Beziehungsarbeit) besonders unterstützt werden muss, weil Betroffene selbst oft die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen unterlaufen, sei es durch ‚Einsicht‘ in die vorhandenen Probleme (beispielsweise Personalprobleme), Mitleid mit den PatientInnen und der Neigung eigene „Schwäche“ nicht zugeben zu wollen.*“ (Fally 2012, S.14)

Diese Beschreibung von Fally kann sich im Stationsalltag so zeigen, dass Pflegepersonen auch nach ihrem eigentlichen Dienstschluss länger in der Arbeit bleiben um z.B. noch ein unerledigtes Gespräch mit einem ihrer

Patienten oder dessen Angehörigen zu führen, damit sie ihrer Aufgabe als Bezugsperson gerecht werden, oder weil sie z.B. weiß, dass eine Kollegin ausgefallen ist (Einsicht Personalproblem).

## 2.4 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess gibt den Pflegepersonen eine gewisse Ordnung für die Erhebung des Pflegebedarfes, der Pflegeplanung, der Umsetzung und der Überprüfung (Evaluation) der Wirkung der gesetzten Pflegemaßnahmen beim Patienten vor.

Mit dem Begriff „Pflegeprozess“ wird ein reflektiertes, systematisches Arbeiten einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson beschrieben. Er ist ein Problemlösungsprozess und geht gleichzeitig mit einem Beziehungs- und Beratungsprozesseinher. Er ist als Regelkreis dargestellt mit klarer Zuordnung, welche Pflegeaufgaben darin als Problemlösungs-, Beziehungs- und/oder Beratungsprozess gesehen werden. (vgl. Stefanoni & Alig, 2009, S.15).

*„Der Pflegeprozess bildet die Grundlage aller pflegerischen Entscheidungen und Handlungen, die zur Gestaltung der Pflege dienen und in jedem Praxisfeld angewendet werden können. Er dient den Pflegenden dazu, einem Leitfaden gleich, die gesundheitlichen Probleme und Risiken von Patienten systematisch anzugehen, um klinische Entscheidungen zu treffen, Interventionen zu planen, durchzuführen und deren Wirksamkeit zu evaluieren.“*(Stefanoni & Alig, 2009, S.14).

Die beiden Autoren beschreiben den Pflegeprozess mit drei parallel dazu verlaufenden Prozessen:

- A) Der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess
- B) Der Pflegeprozess als Beziehungsprozess
- C) Der Pflegeprozess als Beratungsprozess

Diese Prozesse der Problemlösung, Beziehung und Beratung im Pflegeprozess umfassen vier Phasen:

- a) Assessmentphase      b) Planungsphase
- c) Interventionsphase      d) Evaluationsphase

Diese vier Phasen sind in sich abgeschlossene Einheiten, stehen jedoch miteinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig.

Es werden pflegerische Aufgaben in jeder Phase aufgelistet und einem der drei Prozesse zugeordnet. Der Beziehungsprozess wird als die Grundlage für den Problemlösungs- und Beratungsprozess dargestellt. (vgl. Stefanoni & Alig, 2009)

Deshalb wird in nachfolgender Darstellung (Tabelle 2) der „Pflegeprozess als Beziehungsprozess“ mit den darin speziell zu den Prozessphasen anfallenden Anforderungen an die Pflegeperson aufgezeigt und beschrieben.

<b>Pflegeprozess - Phasen</b>	<b>Beziehungsprozess mit Anforderungen an die Pflegeperson</b>
Assessment-Phase	Erstkontakt herstellen, Pflegebeziehung und Vertrauen aufbauen.
Planungs-Phase	Pflegebeziehung und Vertrauensbildung vertiefen, Motivation aufbauen.
Interventionsphase	Pflegebeziehung wertschätzen, Vertrauensbildung vertiefen, Motivation aufrecht halten, steigern.
Evaluationsphase	Pflegebeziehung weiter wertschätzen, Pflegebeziehung beendet.

**Tabelle 2:** Die Pflegeprozess-Phasen und der Beziehungsprozess mit den Anforderungen an die Pflegeperson. Eigendarstellung. (vgl. Stefanoni & Alig 2009, S.15)

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird der Pflegeprozess als zentraler Auftrag im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich beschrieben. Unter § 14.(1) wird aufgezeigt, was dieser Bereich umfasst: „...die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der

*Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“ (Schwamberger 2004, S.43)*

Unter § 14 (2) ist der eigenverantwortliche Bereich umfassender aufgelistet:

1. Pflegeanamnese: *Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen*
2. Pflegediagnose: *Feststellung der Pflegebedürfnisse (mit Patienten)*
3. Pflegeplanung: *Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidungen über zu treffende pflegerische Maßnahmen.*
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen
5. Pflegeevaluation: *Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen sowie der erreichten Fortschritte im Hinblick auf die angestrebten Ziele.*
6. Information: *über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheits-fördernden Maßnahmen*
7. Psychosoziale Betreuung
8. Pflegedokumentation: *ist die Niederschrift aller Stufen des Pflegeprozesses.*
9. Organisation der Pflege
- 10.- 12. *umfasst die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals die Anleitung und Begleitung der Auszubildenden und das Mitwirken bei der Pflegeforschung (Schwamberger, 2004, S. 44-45).*

Die unter Punkt 5 angeführte Pflegeevaluation kann unter anderem auch t auch die sogenannte Pflegevisite beinhalten, welche für die diplomierten Pflegepersonen eine Chance zu einer Patientenorientierung in diesem Evaluationsprozess darstellt. Diese allgemeine Pflegevisite wird nachfolgend zum besseren Verständnis beschrieben.

### **2.4.1 Die Pflegevisite**

Der Begriff der Pflegevisite wird von Ursula Morawe-Becker wie folgt gewählt: *„die Pflegevisite ist ein regelmäßiges Gespräch mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess. Sie dient der Überprüfung der Wirksamkeit der individuellen Pflege und trägt zur Qualitätssicherung und der Entwicklung einer Pflegekultur bei“* (Morawe-Becker, 2004).

*Die Pflegevisite eignet sich besonders gut zur regelmäßigen Überprüfung des angewandten Pflegeprozesses im intramuralen (und extramuralen) Bereich. Die Umsetzung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses kann so bewertet werden“* (Leoni-Scheiber, 2004, S. 169).

Die Pflegevisite ist ein Instrument der direkten Pflege. Einerseits dient sie dazu, die Gepflegten bewusst, gezielt und aktivierend in allen Schritten des Pflegeprozesses zu integrieren. Andererseits ermöglicht sie einen effizienten Kommunikations- und Informationsfluss zwischen Patient und Pflegepersonen (Heering & Heering, 1996).

Auch sichert die Pflegevisite eine prozessorientierte Pflegedokumentation. Durch sie wird ebenfalls die Pflegequalität gesichert bzw. verbessert, z.B. durch Aufdecken von organisatorischen, materiellen oder personellen sowie Wissenslücken Mängeln.

*„Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit den Patienten über seinen Pflegeprozess.“*(Leoni-Scheiber, 2004, S.171, zit. nach Heering).

### **2.5 Der Beziehungsprozess**

Im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege sollte die Beziehung zu den Menschen gepflegt werden. Zum einen im Team selbst, also unter den Pflegepersonen (teamorientiert), zum anderen vor allem zwischen Pflegepersonen und ihren Patienten (patientenorientiert).

In dem Buch „Beziehung pflegen“ beschreibt Martin Pohlmann: *„Jede pflegerische Intervention erfordert ein „In- Beziehung -Treten“ zum Patienten. Die besondere Form der Beziehung wird in Schlagworten wie „patientenorientierter Pflege“ postuliert und impliziert damit ein*

*„ganzheitliches‘ Menschenbild, das sich deutlich von der organbezogenen und zunehmend technisierten Medizin abgrenzen will.“(Pohlmann, Robert Bosch Stiftung, 2005, S.17)*

Das ganzheitliche Wahrnehmen eines Menschen ist für den Beziehungsprozess in der Pflege unumgänglich, wenn eine Beziehung auf gegenseitiger Wertschätzung, Achtung und zugewandeter Aufmerksamkeit – eben menschenorientiert/patientenorientiert – aufgebaut und geführt werden soll. In der Ganzheitlichkeit sind auch immer Familie, Freunde – das ganze soziale Netz der Patienten mit einzubeziehen. Der Patient hat bereits vor dem Krankenhausaufenthalt seine bestehenden Beziehungen, die gerade jetzt wichtig sind für seinen Genesungsweg und dadurch auch für die Pflegenden wichtig werden, diese zu kennen.

*„In der Beziehungsbasierten Pflege zeichnet sich die Pflegeperson-Patientenbeziehung dadurch aus, dass für die Pflegeperson der Patient und seine Familie unbedingt im Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit steht.[...] Sie bemüht sich, zu verstehen, was diesen Patienten und seiner Familie wichtig ist, verteidigt seine Würde und sein Wohlbefinden und bezieht ihn aktiv in alle Aspekte ihrer Pflege und ihrer Fürsorge mit ein.“ (Koloroutis, 2011, S.22)*

Ein In-Beziehung-treten bedeutet auch, dass eine gewisse Verantwortung für diesen Menschen übernommen wird. German Quernheim meint dazu: *„Verantwortung tragen heißt Antworten geben zu können“* (Quernheim, 2010, S.95). Auch schreibt er, dass Pflegepersonen durch Information, Zuhören und Aufklären dem Patienten helfen, Angst abzubauen.

Monika Krohwinkel weist für eine Prozesspflege darauf hin, dass *„...vor allem die Sicherung solcher Pflege entsprechende zeitliche, personelle und strukturelle Ressourcen erfordert“* (Krohwinkel 1993, S.203)

Diese zeitlichen, personellen und strukturellen Ressourcen sind gerade wegen dem parallel laufenden Beziehungsprozess, der als die Grundlage für eine Vertrauensbasis gilt, wichtige Aspekte um eine patientenorientierte Pflegeplanung zu ermöglichen.

### 2.5.1 Beziehungsbasierte Patientenorientierung

### Pflege

### ermöglicht

*„Patientenorientierung steigert die Qualität und ist eine konkrete Forderung im Qualitätsmanagement. Der Erfüllungsgrad dient als Qualitätsmerkmal in der Leistungserbringung“ (Quernheim, 2010, S.68).*

In der 3-Länderkonferenz im September 2011 in Konstanz beschreibt Lorenz Imhof in seinem Referat „Pflege von Menschen mit langandauerndem Unterstützungsbedarf“ die ökonomische Sichtweise von Betreuung über die Maslow -Pyramide mit *„...wenn die Pflege nur die Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen etc. abdeckt, kann dies nicht umfassend sein. Betreuung der Menschen auf dem Weg zur Gesundheit heißt auch die Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse (Zugehörigkeit, Liebe), Ich-Bedürfnisse (Anerkennung, Geltung) und die Selbstverwirklichung wahrzunehmen und zu fördern!“* (Imhof, 2011).

Imhof sagt auch, „ [...] dass *der gelingende Alltag Individualität und Patientenorientierung verlangt und zeigt gleichzeitig auf, dass dies jedoch ‚schlecht messbar‘ und ‚schlecht planbar‘ sei.* (Imhof, 2011 S.42).

Schlecht messbar insofern, weil Patientenorientierung individuell und situationsabhängig ist – sich eben am Patienten selbst orientiert und deshalb nicht mit einem bestimmten „Messwert“ (z.B. in Minuten, Meter oder °C) gekennzeichnet werden kann.

Die Beziehung der Pflegeperson zum Patienten ist nicht automatisch vorhanden, sondern sie muss erst aufgebaut werden.

Schlecht planbar bedeutet, dass im Pflegealltag während einer Pflegehandlung plötzlich eine ganz besondere Vertrauenssituation entsteht, in der ein Mensch/der Patient sich öffnet und er für ihn wichtige Emotionen, Sorgen, Befürchtungen oder Informationen ausspricht, die nur gerade jetzt, in diesem Moment von ihm geäußert werden. Das kann z.B. am Vormittag sein, in einer sehr arbeitsintensiven Zeit, wo mindestens noch fünf andere

Patienten unterschiedliche Unterstützung von derselben Pflegeperson brauchen, die Infusionen noch angehängt werden müssen, die Arztvisiten auch sein werden, Untersuchungen laufen und Neuaufnahmen kommen. In diesem Moment „in Ruhe“ zuhören zu können, scheint doch sehr schwierig zu sein. Sonja Scheichenberger (2009) nennt dies *„...in die innere Dimension, die der Qualität einsteigen, d.h. zu vermitteln, dass man Zeit hat, unabhängig von der tatsächlich zur Verfügung stehenden messbaren Zeit“* (Scheichenberger, 2009, S.143).

Was hat nun Priorität für die Pflege, für die Pflegeperson und für das Team? Liegt die Priorität auf der Patientenorientierung mit der vollen Konsequenz, dass in diesem Moment alles andere außerhalb des Patientenzimmers nachrangig erscheint, dann könnte eine vertiefende Pflegebeziehung möglich werden. Oder steht der organisatorische „runde Stationsablauf“ im Mittelpunkt, dann wird dieser Vertrauensmoment mit dem Patienten unterbrochen, gestört und damit aufgelöst. Natürlich sind beide Arbeitsbereiche wichtig für eine funktionierende Akutpflegestation – nur sieht es im Alltag der Pflege so aus, dass dieses „Funktionieren“ des Stationsbetriebes oft erste Priorität hat und das Gespräch eben nicht.

Welche Gewichtung das Gespräch für die einzelne Pflegeperson hat und welche Gewichtung im Team üblich ist, beeinflusst die Prioritätensetzung im Pflegealltag.

Renate Tewes meint dazu: *„Um die Pflegekulturauf einer Station zu ermitteln gilt es, das ‚Wie‘ des Miteinanders herauszuarbeiten. Die Art und Weise ‚wie‘ eine Tätigkeit wahrgenommen, bewertet und ausgeführt wird, ist dann ein Kennzeichen von Pflegekultur, wenn hierüber eine allgemeine bewusste oder unbewusste Übereinstimmung auf der jeweiligen Station oder Abteilung besteht.“* (Tewes, Robert Bosch Stiftung, 2002, S.90).

Daraus ableitend könnte hier von einer „Gesprächskultur“ in der Pflege gesprochen werden.

Dazu passt eine Aussage von Tschudin: „[...]wir nehmen nicht Anteil, indem wir Probleme lösen, sondern durch unsere Bereitschaft zuzuhören.“ (Tschudin, 1990, S.41).

Diese Bereitschaft des Zuhörens ist dann möglich, wenn die nötige Zeit, die für ein aktives Zuhören gebraucht wird, auch „gegeben“ wird.

Mit diesem „Geben“ sind mehrere Aspekte gemeint:

- dieses „sich Zeit nehmen“ um den Patienten zu hören, was er sagt, muss vom Pflegeteam toleriert sein (positive Haltung dazu)
- die Pflegeperson muss sich auch die Zeit geben, damit sie „in Ruhe“ dem Patienten zuhören kann, d.h. sich mit Konzentration dem Patienten zuwenden kann, ohne innerlich unruhig zu sein, weil z.B. ein anderer der sechs von ihr zu betreuenden Patienten gerade läutet.
- Die organisatorische, zeitliche und personelle Struktur wird dahingehend adaptiert, um die Optimierung der Umsetzung dieses „Zuhörens im Gespräch“ zu ermöglichen.

Quernheim meint dazu *„das wichtigste Gestaltungsmittel in einem Gespräch ist nicht das Reden sondern das Zuhören. Aktives Zuhören meint ein bewusstes Wahrnehmen des Anderen und zwar mit allen Sinnen“* (Quernheim 2010, S. 96). Übergang

In den im folgenden Abschnitt vorgestellten Stufen der Qualität werden die verschiedenen Qualitätsmerkmale beschrieben. In der im nächsten Abschnitt folgenden Tabelle kann gut verglichen werden, welche Unterschiede es in den einzelnen Qualitätsstufen gibt.

### **2.5.2 Merkmale verschiedener Stufen der Pflegequalität**

Um zu verstehen, welche Unterschiede es in der Qualität einer Pflegehandlung geben kann, werden nachfolgend die Merkmale zu den einzelnen Stufen umschrieben (vgl. Römer, 2007, S. 13).

- **Stufe 0: gefährliche Pflege** = Patient erleidet Schaden, er wird unzureichend versorgt und erleidet dadurch physische und psychische Schäden. Die Behandlungspflege ist mangelhaft und auf die Bedürfnisse des Patienten wird nicht eingegangen.
- **Stufe 1: sichere (minimale) Pflege** = wird auch als „Routinepflege“ bezeichnet. Die Patienten erhalten das Nötigste und müssen sich den Regeln der Institution (Krankenhaus, Heim) unterordnen. Diese Stufe wird auch als „betriebsorientierte Pflege“ bezeichnet.
- **Stufe 2: angemessene Pflege** = beschreibt eine Pflege, die individuell auf den Patienten angepasst wird, es besteht eine Pflegeprozessplanung. Die zu Pflegenden können Wünsche äußern und es finden persönliche Gespräche im Rahmen der Pflege und Betreuung statt.
- **Stufe 3: optimale Pflege**= umschreibt das Einbeziehen des Patienten (und seinen Angehörigen) in die Pflege und Behandlung. Er wird über alle Handlungen informiert, aufgeklärt und kann über seinen Alltag bestimmen.

Die nachfolgende Tabelle umschreibt die Merkmale der verschiedenen Stufen der Pflegequalität im Zusammenhang mit den pflegerischen Arbeitsbereichen und soll einen Überblick über die daraus ersichtlichen Anforderungen an die Pflegeperson geben. Obwohl die Literatur von 1994 als nicht aktuell gesehen wird, ist diese Tabelle noch immer als Grundlage gültig. Diese Stufen der Pflegequalität wurden verfolgt, weiterentwickelt und in etwas geänderter Fassung von Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe im Jahr 2004 herausgegeben (Römer, 2007, S.13f).

<b>Stufen</b> <b>Bereich</b>	<b>Stufe 3</b> <b>Optimale Pflege</b> Miteinbeziehung des Patienten	<b>Stufe 2</b> <b>Angemessene Pflege</b> Dem Patienten angepasst	<b>Stufe 1</b> <b>Sichere Pflege (minimal)</b> Routineversorgung, dem Betrieb angepasst	<b>Stufe 0</b> <b>Gefährliche Pflege</b> Patient erleidet Schaden
<b>Grundpflege</b>	Patient ist aktiviert, trägt Mitverantwortung an seiner Rehabilitation. Er und seine Angehörigen erhalten sinnvolle Gesundheitserziehung	Patient erfährt Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse	Patient ist mit dem Nötigsten versorgt. Er erleidet keinen Schaden.	Patient erleidet physische Schäden (Dekubitus, Kontraktionen, Unfälle usw.) Sein Äußeres ist ungepflegt.
<b>Behandlungs- Pflege / therapeutische Pflege</b>	Patient kennt Sinn und Zweck der Behandlung, ist damit einverstanden, kooperiert, kann die Behandlung später selbst weiterführen (oder seine Angehörigen).	Patient ist über die Behandlung informiert, ist während und nach der Behandlung adäquat unterstützt und überwacht (patientenbezogene Behandlungspflege).	Patient erhält korrekte, jedoch spitalsbezogene Behandlungspflege. Er erleidet keinen Schaden.	Patient erhält fehlerhafte Behandlungspflege und erleidet (vermeidbare) Komplikationen.
<b>Eingehen auf psychische und soziale Bedürfnisse</b>	Patient ist so in die Pflege mit einbezogen, dass er eine angepasste Lebensweise lernt und Lebenshilfe über die Spitalsentlassung hinaus erfährt (bzw. Seelsorge-rechtliche Sterbehilfe)	Patient erfährt ein Klima, in dem er seine Bedürfnisse ausdrücken kann und sich verstanden und akzeptiert fühlt. Er kann Kontakte nach außen aufrechterhalten.	Patient muss sich in allem den Spitalsregeln anpassen. Er bekommt keine Hilfe der Auseinandersetzung mit Fragen über Leben und Tod.	Patient erleidet psychische Schäden (Angst, Stress, Regression, Isolation)
<b>Kommunikation</b>	Patient erhält gezielte Beratung, die ihm weiterhilft (therapeutische Beziehung)	Patient erfährt eine echte zwischenmenschliche Beziehung, in der Gespräche und Meinungs-austausch möglich sind.	Patient erfährt stereotype spitalsbezogene Kommunikation	Patient ist nicht informiert. Er kann seine Meinung nicht anbringen.
<b>Pflegeplanung und Informationsübermittlung</b>	Patienten (inkl. Angehörige) werden in die Pflegeplanung miteinbezogen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist spitalsintern und -extern gewährleistet	Es ist ein individueller Pflegeplan vorhanden, der nach Bedarf modifiziert wird. Es finden regelmäßige Gespräche im Pflgeteam statt.	Sichere Übergaberapports sind gewährleistet.	Das Rapportsystem ist mangelhaft.

**Tabelle 3:** Merkmale verschiedener Stufen der Pflegequalität (Quelle: Sperl, 1994, S.20)

Die oben beschriebenen Unterschiede in den einzelnen Stufen der Pflegequalität lassen erkennen, dass speziell im Bereich „Kommunikation“ die Qualität der Gespräche mit den Patienten eine andere sein muss, wenn eine höhere Pflegequalitätsstufe (2 oder 3) angestrebt wird. Dies wiederum erhöht die Anforderung an die Pflegeperson, sich durch eine bewusst intensivere Gesprächsführung dem Patienten zuzuwenden und sich mit seiner Meinung auseinander zu setzen.

In der Pflegekategorisierung, ein Einstufungsinstrument das den Pflegeaufwand pro Patient und Tag aufzeigt, scheint die Leistung „Pflegegespräch“ nicht auf. Dies wird im folgenden Abschnitt genauer dargestellt.

### **2.5.3 Die Pflegekategorisierung und Pflegepersonalberechnung**

Die Pflegeleistung pro Patient wird einmal am Tag innerhalb eines festgelegten Zeitfensters (in dem Privatkrankenhaus ist dies von 12:00 bis 18:00Uhr) in einem vorgegebenen drei-stufigen Schema, der „Pflegekategorisierung“, per Computer eingeschätzt. Dabei zeigt sich, dass die Kategorisierung des Pflegeaufwandes zu den beiden Überbegriffen „allgemeine Pflege“ (z.B. Körperpflege oder Bewegung und Lagerung) und „spezielle Pflege“ (z.B. Überwachung in aktueller Krankheitsphase oder Medikamentöse Versorgung) über pflegerische Verrichtungen und deren Intensitätsstufen eingeschätzt wird. (vgl. Tabelle 4, S. 41)

Wie in nachfolgender **Tabelle 4** im Schema der „Pflegekategorisierung“ zu erkennen ist, wird das Ausmaß der Pflegeleistungen pro Patient über diese darin genannten Tätigkeiten eingestuft. Gespräche sind in dieser Einstufung nicht erwähnt.

Allgemeine Pflege	Stufe A1	A2	A3
<b>Körperpflege</b>	Selbständig	Mit Unterstützung selbst waschen und kleiden	Nicht selbst waschen & kleiden
<b>Ernährung</b>	Selbständig	Essen, Trinken selbst einnehmen, wenn es entsprechend aufbereitet ist	Nicht eigenständig essen & trinken
<b>Ausscheidung</b>	Selbständig	Blase & Darm mit Unterstützung selbst entleeren (Katheter-/Stomabeutel entleeren, bzw. wechseln)	Nicht kontrolliert Blase & Darm entleeren
<b>Bewegung und Lagerung</b>	Selbständig	Selbst bewegen und lagern, fühlt sich unsicher (Hilfe beim Aufstehen & Gehen)	Nicht S bewegen & lagern (2-4 stdl. Lagern bzw. Mobilisieren)
Spezielle Pflege	S1	S2	S3
<b>Aktuelle Krankheitsphase</b>	Grundleistung	Kontrolle von mind. 2 Parameter 4-6x/8h bzw. bei mind. 3 Risiko-Pflege-Diagnosen	Beobachtung und Kontrolle von mind. 3 Parameter fortlaufend innerhalb von wenigstens 12h zum Erkennen einer akuten Bedrohung
<b>Medikamentöse Versorgung</b>	Grundleistung	Bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusions-Therapie / bei mehrfacher Transfusion	Fortlaufende Beobachtung und Betreuung des Pat. bei schwerwiegender Arzneimittelwirkung
<b>Wund- und Hautbehandlung</b>	Grundleistung	Aufwendiger Verbandwechsel	Mehrmals tgl. Behandlung großflächiger od. tiefer Wunden bzw. großes Hautareal

**Tabelle 4:** Schema der Pflegekategorisierung pro Patient im Krankenhaus. Quelle: Dorfmeister (1999) S.185.

PPR-Ö (ONR 116150)

Hinter dieser Maske der Pflegekategorisierung stehen natürlich auch Zeitberechnungen, die sich in folgende zwei Werte (Fallwert und Pflegegrundwert) unterteilen, wobei hier anzumerken ist, dass nachstehende Zeitangaben speziell für das eine Privatkrankenhaus im Rahmen einer Evaluationsphase 2010 adaptiert und in Zusammenarbeit mit Günter Dorfmeister erhöht wurde (Quelle: interne Unterlagen der PPR-Daten, 2010).

### **1) Der Fallwert = 79 Min / Patient / Aufenthalt**

Dieser umfasst Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen und Transferierungen, Entlassungen und Versorgung Verstorbener. Darin werden unter anderem die gesamte Aufnahme mit Aufnahmegespräch, Abschluss- und Informationsgespräch von Patient und Angehörige erwähnt.

Der Fallwert für die öffentlichen Krankenhäuser der Stadt Wien wird mit 70 Minuten/Patient/Aufenthalt angegeben (vgl. Dorfmeister, 1999, S.191).

### **2) Der Pflegegrundwert = 65 Minuten / Patient / Tag**

Dieser umfasst Leistungen im Zusammenhang mit

- Pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen (z.B. Dienstübergaben, Einarbeitung und Anleitung neuer Mitarbeiter)
- den Leitungsaufgaben (z.B. Mitarbeiterbesprechung, Stationsleitungsbesprechung, Dienstplanung)
- der Ablauforganisation (z.B. Materialiendisposition, Verwaltungsaufgaben, Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen)
- Zuschläge Belegarztsystem im Privatkrankenhaus

Der Pflegegrundwert für die öffentlichen Krankenhäuser der Stadt Wien wird mit 30 Minuten/Patient/Tag angegeben (vgl. Dorfmeister, 1999, S.190).

Diese Minutenangabe im „Fallwert“ geben also die Zeit an die zu einer bestimmten Tätigkeiten zur Verfügung steht und die für jeden Patienten pro Aufenthalt angerechnet werden. Die unter dem „Fallwert“ genannten Arbeiten, die den eigenverantwortlichen Pfl egetätigkeitsbereich (den Pflegeprozess) betreffen, sind die gesamte Aufnahmearbeit inklusive des

Anamnesegespräch sowie Abschluss- und Informationsgespräche mit Patienten und Angehörigen für die Entlassung. Das sind 79 Minuten für alle Aufenthaltstage. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 6 Tagen sind das pro Tag gute 13 Minuten!

Diese Minutenangaben scheinen echt wenig zu sein und dadurch scheint es nicht verwunderlich, wenn nachfolgende Aussage erfolgt.

*„Eine Studie des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zeigt: Das Pflegepersonal kommuniziert seit der reformierten Krankenhausfinanzierung 2004 immer weniger mit Patienten.*

*Diese Studie des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke umfasst einen Vergleich der Jahre 2003 bis 2005. Als Datengrundlage dienten Befragungen und auch die Messung von Arbeitsstrukturen in drei deutschen Kliniken der Maximalversorgung. Ein Ergebnis: Die Pflegenden verbringen immer weniger Zeit mit ihrer Kernaufgabe, der eigentlichen Pflege.*

*Zur eigentlichen Pflege gehört auch die Kommunikation. Die Gespräche mit Patienten sind während des Untersuchungszeitraums besonders deutlich weniger geworden. Machte der Anteil von Ratschlägen und aufmunternden Worten am Krankenbett im Jahr 2003 gemessen an den Gesamttätigkeiten noch rund sieben Prozent aus, waren es im Jahr 2005, nach der Finanzierungsreform, nur noch weniger als drei Prozent.“ (MEDICA 2006).*

In dem Artikel „außergewöhnliche Kommunikation - Gespräche sind Pflegehandlungen“ wird von der Autorin Angelika Abt-Zegelin die Gesprächsleistung als „unterbewertet“ bezeichnet und die Situation folgendermaßen beschrieben: *„Jede Pflegehandlung ist durch Interaktion gekennzeichnet: ... die für die Pflege typische stellvertretende Übernahme von Alltagsaktivitäten bedarf der Verständigung und Aushandlung. Alles soll so geschehen, wie es der Person wichtig ist, wie sie es selbst gemacht hätte. Und doch: die interaktive Seite der Pflege führt offiziell ein Schattendasein. Die begleitende Interaktion wird als ‚Schwatz‘ herabgewürdigt, die Pflegenden selbst empfinden Gespräche nicht als ‚richtige Arbeit‘. Kollegen, die hier Zeit investieren, werden oft denunziert. Dabei machen Gespräche mit Patienten und Angehörigen real einen großen Teil der Pflegearbeit aus. Wahrscheinlich ist genau dies der ‚stumme‘ Anteil der Pflege, der sich in der*

*Dokumentation und in Erfassungssystemen nicht abbildet.“ (Abt-Zegelin, 2009, S.322)*

Dieses „Schattendasein“ einer grundlegenden, täglich durchzuführenden Pflegearbeit könnte eine mögliche Ursache für die ungenügenden Zeit- und Personalressourcen in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen darstellen. Deshalb muss den Pflegepersonen für ihre Gespräche mit den Patienten, die Kommunikation und die dadurch gelebte Patientenorientierung ausreichende Zeitressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Eine Arbeit, die nicht in der Kategorisierung bewusst und direkt eingestuft werden kann, scheint leider keine hohe Wertigkeit bezüglich Zeitbemessung und Personalbedarfsrechnung zu haben oder auch räumliche „Ruheoasen“. Und das könnte sich in der Alltagssituation der Pflegenden auf ihre Prioritätensetzung auswirken z.B. bei der Durchführung eines Patientengesprächs.

Gerade weil die Personalbedarfsrechnungen und die Pflegekategorisierung sich mit Aufwand von Zeit, organisatorischen Strukturen und Personal befassen, sollen im folgenden Abschnitt die Bedürfnisse der Menschen, die als Kunden (Patienten) und Mitarbeiter (z.B. Pflegepersonen) in der Institution Krankenhaus einen Teil ihres Lebens verbringen, angeführt und beschrieben werden.

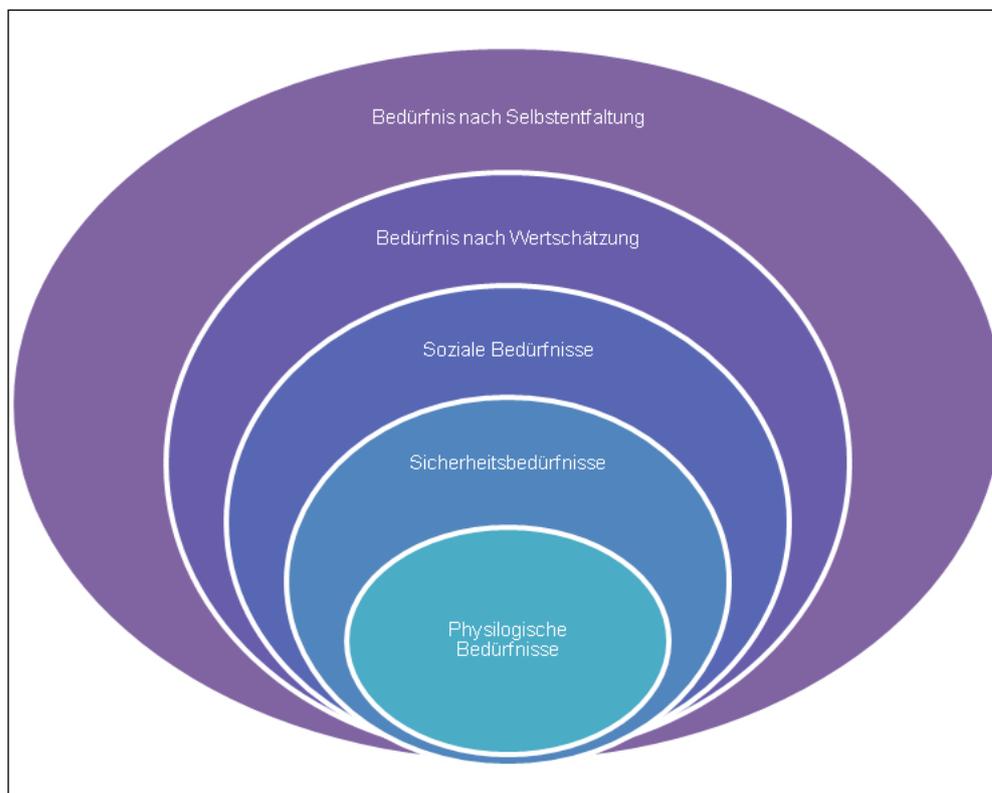
#### **2.5.4 Die Bedürfnisse der Menschen**

Wärme und Bewegung (physiologisches Bedürfnis), Geborgenheit und Vorsorge (Sicherheitsbedürfnis), Zuwendung und Vertrauen (soziales Bedürfnis),

Kompetenz, Anerkennung und Leistung (Bedürfnis nach Wertschätzung) sowie Harmonie, Sinnfindung und Forschen (Bedürfnis nach Selbstentfaltung) sind alles menschliche Bedürfnisse, die auch in einem Unternehmen auf alle Menschen zutreffen und die mehr oder weniger erfüllt werden wollen.

In einer dienstleistungsorientierten Institution wie z.B. ein Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem, scheinen diese Bedürfnisse in Form von Werten auf. Sie stehen z.B. im Unternehmens- oder Pflegeleitbild (Vertrauen, Vorsorge, Wertschätzung), in der Stellenbeschreibung der Mitarbeiter (Leistung und Kompetenz) oder sie geben Umgangsformen (Anerkennung, Lob, Ehrlichkeit Höflichkeit) in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Personen und Stationen vor (Rudolfinerhaus, 2012, Leitbild)

Nachfolgend wird die Bedürfnispyramide nach Maslow in einer runden Form dargestellt, weil diese Bedürfnisse nicht hierarchisch, sondern als Einheit beim Menschen zu verstehen sind.



**Abb. 3:** Eigendarstellung der Bedürfnisse Quelle: die Bedürfnispyramide nach Maslow A., zitiert in (Menche, 2007, S.101)

Der Zusammenhang von Bedürfnissen und einer Förderung der Ganzheitlichkeit im Umgang mit den Menschen wird ganz besonders in der patientenorientierten Pflege und den geführten Gesprächen sichtbar und hat auf beide Beteiligten eine Wirkung. Dies wird deutlich, wenn z.B. ein

Patientengespräch nicht innerhalb des Dienstes durchgeführt werden konnte. Je nach Bedürfnis der Pflegeperson z.B. nach Sicherheit oder Vorsorge, kann angenommen werden, dass sie dieses Gespräch trotz Dienstschluss noch durchführen wird und somit länger im Dienst bleiben wird. Durch eigene Erfahrung der Autorin in Anleitungssituationen auf Akutstationen sind dies oft auch Gespräche mit Angehörigen des betreuten Patienten, die sich über einen Austausch mit der Bezugspflegeperson nähere Informationen wünschen. Durch diese Zuwendung wird beim Patienten oder bei Angehörigen ein soziales Bedürfnis sowie das Bedürfnis nach Wertschätzung erfüllt.

## **2.6 Forschungsstand zu den Themen Zeit und Gespräche, Kommunikationsarten, Prozessdenken, bessere Wahrnehmung durch Entspannung, Pflegeinterventionen und Kommunikation, Bedeutung der Pflegezeit, Kontakte zu Patienten und Dauer der Kontakte, Kommunikationsbarrieren zwischen Patient und Pflegenden, Anforderungsprofil an Pflegerische Beziehung durch Leitbilder, Temporale Kompetenz.**

Der Faktor Zeit wird in einigen Studien thematisiert, jedoch in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen. Oft wird sie in einem speziellen Kontext wie in Zusammenhang mit einem speziellen Krankheitsbild (z.B. Menschen mit Demenz, Patienten mit einer Halbseitenlähmung) oder in einer speziellen Einrichtungen (z.B. Intensivpflegestationen, Palliativpflegestation oder in mobilen Pflegeeinrichtungen).

Nachfolgend wird eine tabellarische Übersicht der für diese Arbeit recherchierten Studien gezeigt, die nach Jahrzahlen absteigend angeordnet wurde.

## Übersicht der bearbeiteten Studien

<b>Autor /in</b>	<b>J a h r</b>	<b>Titel</b>	<b>Art der Studie</b>	<b>Stichprobe</b>
Chan, E.A. Jones A.	2 0 1 2	<b>Nurses perception of time availability in patient communication in Hong Kong.</b>	<b>Qualitative Studie</b> 5 Fokusgruppen Interviews * zur Verfügung stehende Zeit für Gespräche * welche Kommuni- kationsarten	<b>39 Pflegerperson en Mit 5-20 Jahren Berufserfahr ung (years post- qualification)</b>
Hemsl ey, B. Baland in S. Worral L.	2 0 1 2	<b>Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital</b>	<b>Qualitative Studie</b> über Bedeutung der Pflegezeit und Die Wahrnehmung der Pflegerpersonen zu ihren Kommunikations- Barrieren und den Strategien für eine sorgfältige Kommunikation mit den Patienten	<b>15 Pflegerperson en aus zwei Städtischen Krankenhäus ern in Australien</b>
<b>Endrik at S.</b>	2 0 1 0	<b>Temporale Kompetenz als Voraussetzung für das Prozessdenken in der Pflege</b>	<b>Interventionsstudie</b> *Wahrnehmungsmustr * Kognitionsmuster bezüglich Prozess- denken	<b>50 Diplomierte Pflegerperson en</b>
<b>Köhl M. David E.</b>	2 0 1 0	<b>Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung – Bedeutung der Wahrnehmung in der Pflege und Förderung der Empathiefähigkeit durch bewusste Ausrichtung des körperlichen und psychischen Zustandes</b>	<b>Intervention – Studie</b> Mit Messungen des Vegetativ-Portraits (Atmung, Sympathikus- Vagus-Aktivität, EEG, EKG, Hautwiderstand) * Entspannungsphase * Wahrnehmungsversuc h * Ruhephasen	<b>33 Probanden 11 Männer 22 Frauen</b>

<b>Autor</b>	<b>J a h r</b>	<b>Titel</b>	<b>Art der Studie</b>	<b>Stichprobe</b>
<b>Gordon C. Ellis-Hill C. Ashburn A.</b>	<b>2008</b>	<b>The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke</b>	<b>Video - Aufzeichnungen und Feldnotizen</b> Der Pflegeintervention mit Augenmerk auf Kommunikation	<b>14 Pflegepersonen und fünf betroffene Patienten</b>
<b>Ruan J. Lambert V.A.</b>	<b>2008</b>	<b>Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China</b>	<b>Quantitative Studie</b> * Fragebögen	<b>84 Patienten 75 aktive Pflegepersonen</b>
<b>Williams A. Jones M.</b>	<b>2006</b>	<b>Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor</b>	<b>Qualitative Studie</b> * Interviews bezüglich Zufriedenheit	<b>zehn Patienten, mit einer ersten Bezugspfleger-Person in England</b>
<b>Hedberg B. Sätterlund-Larsson U.</b>	<b>2004</b>	<b>Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice</b>	<b>Qualitative Studie</b> * teilnehmende Beobachtung	<b>Sechs Pflegepersonen auf drei unterschiedlichen Stationen in Schweden</b>
<b>Brooten D. Youngblut JM Deatrick J. Najlor M. York R.</b>	<b>2003</b>	<b>Patient problems, advanced practice nurse (ANP) interventions, time and contacts among five patient groups</b>	<b>Qualitative Studie</b> *teilnehmende Beobachtung - gesamte Dauer der APN-Intervention - Anzahl Kontakte/Patient - durchschnittliche Zeitdauer / Patient-Kontakt	<b>fünf unterschiedliche Patientengruppen</b>

Autor	J a h r	Titel	Art der Studie	Stichprobe
Hulker s H.	2 0 0 1	Die Qualität der pflegerischen Beziehung: ein Anforderungsprofil	Literaturstudie 3 Grundgedanken eines Leitbildes zu „Pflegerische Beziehung“ 9 Konzepte & 27 Qualitätskriterien	Zehn empirische Studien
Jones A.R.	2 0 0 1	Time to think: temporal considerations in nursing practice and research	Literaturstudie - Bedeutung der Pflegezeit aus der Literatur festzustellen - Wie wird sie von anderen wahrgenomm en.	Drei empirische Studien

**Tabelle 1:** Übersicht der bearbeiteten Literatur / Studien, absteigend gereiht nach Jahreszahlen. (eigene Darstellung)

Als informative Ergänzung der Tabelle 1 werden nachfolgend die Studien aus der Liste in derselben Reihenfolge (absteigende Reihung nach Jahreszahl der Studie) kurz umschrieben, damit deren inhaltliche Aspekte besser ersichtlich werden.

**Chan, E. A., Jones A., Fung S., Wu S.C. (2012):** Nurses perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 21 (7/8) 1168-1177. Hier wurden die Pflegepersonen dazu befragt, wie sie die zur Verfügung stehende Zeit für Patientenkommunikation erleben und welche Kommunikationsarten identifiziert werden können. Die Pflegenden hatten sehr kurze Kontaktsequenzen, meist war die Information einseitig und auf die Tätigkeit beschränkt. Der Patient hatte kaum Zeit, sich zu äußern.

**Hemsley, B., Balandin S., Worrall L. (2012):** Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 68 (1) 116-126. Ziel dieser qualitativen Studie war, die Wahrnehmung der Pflegepersonen zu den zeitlichen Barrieren in und den Strategien für eine sorgfältige Kommunikation mit den Patienten zu befragen. 15 Pflegepersonen aus zwei Städtischen Krankenhäusern in Australien wurden dazu interviewt. Die vorhandene Zeit kann sowohl ein Hindernis wie auch eine Erleichterung in der Pflege darstellen, was teilweise mit der Einstellung der Pflegeperson und ihren Erfahrungen zusammenhängt.

**Endrikat S. (2010):** Temporale Kompetenz als Voraussetzung für das Prozessdenken in der Pflege. *Pflegewissenschaft* 09, S. 471-481. Diese Interventionsstudie wurde mit 50 diplomierten Pflegepersonen an einer deutschen Klinik für Innere Medizin und Rehabilitation durchgeführt. Es wurden Wahrnehmungs- und Kognitionsmuster bezüglich des Prozessdenkens erhoben. Prozessdenken erfordert eine Zeitkompetenz (temporale Kompetenz) von der Pflegeperson – das bedeutet unter anderem die Fähigkeit zu akzeptieren, dass ohne Kenntnisse über die Inhalte der jeweiligen Lebensphasen eines Menschen deren Pflege nur funktional geplant und ausgeführt werden kann.

**Köhl M., David E. (2010):** Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung – Bedeutung der Wahrnehmung in der Pflege und Förderung der Empathiefähigkeit durch bewusste Ausrichtung des körperlichen und psychischen Zustandes. *Pflegewissenschaft* 10(1), S.5-11. Ziel der Interventionsstudie war, herauszufinden, ob Menschen durch „Entspannung“ in der Lage sind, die Qualität der Wahrnehmung zu beeinflussen. Mit 33 Studenten wurden Messungen des Vegetativ-Portraits (Atmung, Sympatikus-Vagus-Aktivität, Hautwiderstand, EEG, EKG) während den Versuchsanordnungen: Entspannungsphase – Wahrnehmungsversuch - vor- und nach der Entspannung aus einer Ruhephase, durchgeführt. Eine entspannte Aufmerksamkeit führt laut dieser Studie zu einer Erweiterung der Wahrnehmungsmöglichkeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflege Zeit braucht: und zwar die Zeit für den Patienten und die Zeit für die mentale Ausrichtung der Pflegekraft.

**Gordon C., Ellis-Hill C., Ashburn A. (2008):** the use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke, *Journal of Advanced Nursing* 65 (3) 544-553. Mittels Videoaufzeichnungen und Feldnotizen wurden 14 Pflegepersonen und fünf betroffene Patienten während den Pflegeinterventionen auf Rehabilitationsstationen aufgezeichnet & beobachtet. Die Kommunikation zeigte sich einseitig (von der Pflegeperson her) und hauptsächlich bezogen auf ihre Pflegeintervention – die Emotionen und Ziele der Patienten wurden nicht angesprochen. Es zeigte sich, dass die Pflegepersonen eine Schulung für diese spezielle Kommunikationssituation benötigen und dass Kommunikation mit den Patienten partnerschaftlich geführt werden muss.

**Ruan J., Lambert V.A., (2008):** Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China. *Nursing and Health Sciences* 10, 110-116. Hier wurden über einen Fragebogen bei 84 Patienten und 75 aktiven Pflegepersonen die größten Barrieren in der Kommunikation abgefragt und den Unterschied zwischen Pflegepersonen und älteren Patienten bearbeitet sowie die Störfaktoren der Umgebung aufgezeigt. Dabei zeigten sich, wenn zum Beispiel Augenkontakt, Freundlichkeit und Höflichkeit bei den Pflegepersonen keine täglich gelebte Haltung ist, die Patienten dies mit „sie mögen ältere Menschen nicht“ interpretieren. Vier von fünf Items zum Thema Lärm, keine Besucher, unfreundlich, schlechte Aussprache wurden von beiden Seiten gleich eingeschätzt, jedoch in der Gewichtung unterschiedlich bewertet.

**Williams, A., Jones M. (2006):** Patients assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. . *Journal of Advanced Nursing* 53 (2) 188-195. Zehn Patienten, die eine erste Bezugspflegeperson für ihren Pflegeprozess hatten, wurden in einem englischen Krankenhaus bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Pflegeberatung interviewt. Wenn verstanden wird, dass ein Zusammenhang zwischen Zeit, Art und Zuwendung (Empathie) in der Pflegerischen Beratung die Zufriedenheit der Patienten steigern kann, hilft dies die Wichtigkeit einer ersten Bezugspflegeperson (primary care nurse practitioner) zu erklären/begründen.

**Hedberg B & Sätterlund Larsson U. (2004):** Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice, *Journal of Clinical Nursing*(13) 316-324. Mittels teilnehmender Beobachtung bei sechs Pflegepersonen auf drei unterschiedlichen Stationen in einem schwedischen Krankenhaus wurden die „Umweltelemente“, die beeinflussend auf den Entscheidungsfindungsprozess bei Pflegenden wirken, erfasst. Viele Unterbrechungen (5x/Stunde) bei der direkten Pflege stören das Ergebnis der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess. Es entsteht Zeitdruck für die Pflegepersonen.

**Brooten D., Youngblut JM, Deatrick J., Naylor M., York R. (2003):** Patient problems, advanced practice nurse (APN) interventions, time and contacts among five patient groups. *Journal Nurse Scholarship* 5 (1),73-79. Die gesamte Dauer der APN-Intervention, die Anzahl der Kontakte/ Patient und die durchschnittliche Zeitdauer/ Patientenkontakt wurde mittels teilnehmender Beobachtung bei fünf sehr unterschiedlichen Patientengruppen ermittelt. Die Wichtigkeit der Anzahl von Kontakten, deren Dauer und die Art der Kontakte wurden beschrieben. Die meisten Kontakte zu Beginn bezogen sich auf eine „Überwachung“. Die Dosierung der APN-Zeit und der APN-Kontakte (längere Zeitdauer 6 Wo/immer wieder) bewirkten eine Verbesserung im Verhalten der Patienten nach der Entlassung im Unterschied zu der anderen Patientengruppe, was sich bei der Reduzierung von Pflegekosten zeigte.

**Hulkers H. (2001):** Die Qualität der pflegerischen Beziehung: ein Anforderungsprofil. *Pflege* 14, S. 39-45. Aus den drei Grundgedanken eines Leitbildes zum Thema Pflegerische Beziehung wurden mittels Literaturrecherche neun Konzepte identifiziert. Daraus wurden 27 Qualitätskriterien für die Pflegebeziehung formuliert und zu den Hauptthemen der Pflegeleitgedanken „Wertschätzen“, „Unterstützen“, „Einbeziehen“, „Informieren“ und „Fachkompetenz“ als Anforderungsprofil pflegerischer Beziehung gegliedert. Damit wird deutlich, dass die Pflegeleitgedanken einer Institution wesentliche Aspekte der Pflege fordern.

**Jones Aled R. (2001):** Time to think: temporal considerations in nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing* 33(2), S.150-158. Die Komplexität der Pflegezeit braucht Diskussion und Verständnis. Der Effekt des „sich Zeit zum Nachdenken nehmen“ dient der Pflegeperson, die gesamte Geschichte des Patienten aus seiner Vergangenheit mit dem Heute zu verknüpfen. Die daraus gewonnenen Informationen und Kenntnisse können dann genutzt werden, um daraus ableitend eine individuell angepasste Pflegeplanung erstellen zu können, die ihn für sein zukünftiges Leben unterstützen und befähigen, den Alltag selbst meistern zu können. Es zeigt sich, dass Pflegeinteraktionen mit Patienten, die in der Gegenwart passieren, stets eine Verbindung mit der Vergangenheit und der Zukunft haben. Zeitlichkeit (Temporality), Zeiteinteilung (Timing) und Geschwindigkeit (Tempo) werden als Alternativen zur linearen Zeitmessung (Uhrzeit) genannt. Der Wert der Pflegezeit wird als „unterschätzt“ bezeichnet. Im Weiteren muss der Prozess der Theorieableitung bei der Bedeutung der Pflegezeit festgestellt und herausgefunden werden, wie sie von anderen wahrgenommen wird. Zeitlichkeit, Timing und Tempo werden beschrieben. Es zeigt sich, dass es falsche Auffassungen bezüglich Zeiteinteilung der Pflegend gibt, weil davon ausgegangen wird, dass Pflegepersonen pünktlich

aus dem Dienst gehen und andererseits gedanklich sofort abschalten können, und es eine Unterschätzung des Wertes der Pflegezeit gibt. Die Pflegeperson schließt für den Beziehungs- und Pflegeprozess sowohl die Vergangenheit als auch die Zukunft des Patienten für die Schritte im Heute mit ein, d.h. seine Geschichte ist wichtig und muss überdacht werden um für die Pflegemaßnahmen zu planen.

### **3. Methode und Vorgehensweise**

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Forschungsdesign und der Wahl der Methode für die Bearbeitung der Forschungsfragen. Ebenso werden die Auswahl der InterviewpartnerInnen (Sample) die Planung und Durchführung der Interviews sowie die Entwicklung des Interviewleitfadens beschrieben. Auch die ethischen Überlegungen zur Forschungsarbeit werden dargestellt.

#### **3.1 Qualitatives Forschungsdesign**

Für die vorliegende empirische Arbeit wurde, ausgehend von der Fragestellung, ein qualitativer Forschungsansatz gewählt.

*„Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus („subjektiv“) erfahren und verstehen“ (Mayer, 2007, S.89).*

Das Phänomen der Zeit für Gespräche innerhalb des Pflege- und Beziehungsprozesses wird hier aus der Sicht der diplomierten Pflegepersonen näher beleuchtet.

Das zentrale Interesse der Arbeit gilt den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson des gehobenen Dienstes und ihren Erfahrungen mit den Möglichkeiten, Patientengespräche im Rahmen des Pflege- und Beziehungsprozesses durchzuführen. Ebenso ist wichtig zu erfahren, wie sie den Stellenwert des Gesprächs mit den Patienten im Stationsalltag erleben und welche Bedeutung für sie der Faktor Zeit hat.

Der qualitative Forschungsansatz umfasst ein systematisches Vorgehen, um die subjektiv erlebte Wirklichkeit der betroffenen Menschen und deren

Bedeutung und Zusammenhang zu erfahren und zu verstehen. Er orientiert sich am Alltagsgeschehen (vgl. Mayer, 2007 S.89).

In dieser Arbeit wird mit Alltagsgeschehen die eigenverantwortliche Pflegearbeit auf verschiedenen Akutpflegestationen in einer Wiener Privatklinik mit Belegarztsystem bezeichnet.

In der qualitativen Befragung wird mit offenen Fragen gearbeitet, die dem Befragten möglichst viel Raum für die Beschreibung seines Erlebens, seiner Empfindungen und der Darstellung seiner Situation geben. (vgl. Mayer, 2007, S. 89).

Um in dieser Arbeit Datenmaterial zu erheben, wurden mittels Interviewleitfaden halbstandardisierte Interviews durchgeführt.

### **3.2 Das halbstandardisierte Interview**

Bei einem halbstandardisierten (auch semistrukturierten) Interview ist der Standardisierungsgrad geringer, als bei einem strukturierten Interview. Der Gesprächsverlauf wird durch einen Interviewleitfaden gestützt, er dient der Interviewerin als Orientierungshilfe im Gesprächsverlauf. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen können jedoch der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden(vgl. Mayer, 2007, S.175).

Diese Flexibilität ermöglicht der Forscherin, dem Interviewpartner einen möglichst natürlichen, logischen Gesprächsverlauf zu bieten und bedeutet auch eine Wertschätzung gegenüber seiner Reihenfolge in der Erzählung.

Auch die Art der Fragen – offene oder geschlossene Fragen - und der Kommunikationsstil (weicher, neutraler oder harter) sind Kriterien zur Unterscheidung von Interviews. Der weiche Kommunikationsstil wird folgendermaßen umschrieben: „ [...] *weich ist ein Interview, wenn die Interviewerin versucht, ein Vertrauensverhältnis zur Befragten zu entwickeln, indem sie ihrer Person (und nicht nur ihren Antworten) Sympathie bekundet – durch empathisches Verhalten, Zuwendung, eine respektvolle Haltung, interessiert Zuhören und indem sie zeigt, dass die Befragte wichtig ist und etwas zu sagen hat*“ (Mayer, 2007, S.175).

Für die vorliegende Datenerhebung wurde ein leicht strukturierter (halbstandardisierter) Interviewleitfaden verwendet, der in der Befragung mittels eines weichen Kommunikationsstils angewendet wurde.

Obwohl die InterviewpartnerInnen für die Forscherin keine unbekanntes Pflegepersonen waren, war dieser weiche, wertschätzende Kommunikationsstil trotzdem wichtig, da trotz der bereits bestehenden Vertrauensbasis eine anfängliche Unsicherheit und Anspannung vor jedem Interview spürbar war.

### 3.3 Der Interviewleitfaden

*„Leitfragen sind auf das Untersuchungsfeld gerichtet und versuchen, die Informationen zu benennen, die erhoben werden müssen. Leitfragen charakterisieren das Wissen, das beschaffen werden muss, um die Forschungsfrage zu beantworten“ (Gläser & Laudel, 2010, S.91)*

Die Entwicklung des leicht strukturierten Interviewleitfadens und den darin aufgeführten zentralen Fragen wurden aus der Problemdarstellung und den Forschungsfragen abgeleitet. Die Relevanz der formulierten Fragen bezüglich der Arbeitswelt der Interviewpartner konnte durch die eigenen Erfahrungen der Autorin mit diesem Arbeitsalltag im Sinne eines Vorverständnisses eingearbeitet werden.

Der erste erstellte Interviewleitfaden wurde in zwei Interviews als Pretest verwendet. Nach spezifischer Beratung durch die Betreuerin bezüglich der Eröffnungsfrage, der Reihung in der Fragenabfolge und den Überlegungen nach den beiden Interviews mit den Notizen aus dem Interviewprotokoll wurde der Leitfaden mit einer umformulierten Einstiegsfrage und einer veränderten Anordnung der nachfolgenden Interviewfragen adaptiert. Die adaptierte Version des Interviewleitfadens (**Anhang III**) wurde in den nachfolgenden acht Interviews als Unterstützung in den Gesprächen herangezogen, wobei sich die Reihenfolge der Fragen, der Detailfragen oder der Klärungsfragen am jeweiligen Gesprächsablauf orientierte, um den Erzählfluss im Interview nicht zu unterbrechen oder zu stören. Deshalb verlief jede Befragung unterschiedlich, weil auf die individuelle Arte der Interviewpartner bewusst eingegangen wurde. Der Leitfaden bot dann eine

besonders hilfreiche Orientierung, wenn von dem Interviewpartner im Gesprächsverlauf ein Themenpunkt aus dem Leitfaden angesprochen wurde, den die Interviewerin zu einem späteren Zeitpunkt (laut Leitfaden) auch angefragt hätte.

### **3.4 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen**

Für die Interviews sollten diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen des gehobenen Dienstes gewonnen werden.

Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit der Pflegedienstleitung einer Wiener Privatklinik wurde in einem anschließend vereinbarten Termin eine genaue Information bezüglich Ziel, Sinn und Zweck der Befragung gegeben und auch das Exposé zur Diplomarbeit vorgestellt, welches auf Interesse stieß und dadurch konnte die Zustimmung für die Anfrage und der Durchführung der Interviews mit den auf Akutstationen arbeitenden diplomierten Pflegepersonen in dieser Einrichtung eingeholt werden.

Nach erfolgter Zusage wurde der vorbereitete Informationsbrief an die potenziell interessierten Interviewpartnern über die Pflegedienstleitung an die Stationsleiterinnen mit der Bitte weitergeleitet, diesen Informationsbrief (**Anhang II**) auf ihren Stationen auszuhängen und das Team darüber zu informieren.

Mit dieser bewusst gewählten Vorgehensweise sollte die Freiwilligkeit zur Teilnahmeerhöht werden, weil die Forscherin doch einigen Pflegepersonen auf den Akutpflegestationen bekannt ist und die Kollegen sich durch direktes Anfragen eventuell verpflichtet gefühlt hätten, einem Interview zustimmen zu müssen. Die interessierten diplomierten Pflegepersonen hatten die Möglichkeit, sich entweder per E-Mail, per Mobiltelefon mittels eines Anrufes oder eine Kurzmitteilung (sms)möglichst bis Mitte September 2012 bei der Forscherin als potenzielle InterviewpartnerInnen zu melden. Erst zögerlich kam von dreiinteressierten Pflegepersonen per E-Mail die Zusage für ein Interview. Nach Ablauf der Meldefrist, fragte die etwas verunsicherte Forscherin bei den Stationsleitungen nach, ob sie noch Interessierte für die Befragung kennen und anfragen würden. Zur selben Zeit gab es auch eine Kollegin, die sich dafür einsetzte, dass dieses

Informationsblatt nochmals in Erinnerung gerufen wurde. Über diese aktive Mundpropaganda trafen immer mehr Rückmeldungen und Zusagen für die Teilnahme an der Befragung ein. Die meisten interessierten Teilnehmer meldeten sich über E-Mail, nur zwei der zehn Teilnehmer meldeten sich direkt per Telefon. Die Terminvereinbarungen wurden nach deren Zusage bei acht Kollegentelefonisch getroffen. Bei den anderen zwei Teilnehmern lief die gesamte Kommunikation bis zum eigentlichen Interviewtermin über E-Mail.

#### Einschlusskriterien:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
- in einem Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem
- auf einer Akutpflegestation in der direkten Pflege tätig
- in Vollzeit- oder Teilzeitanstellung
- freiwillige Teilnahme

#### Ausschlusskriterien:

- keine Stationsleiter
- keine Praxisanleiter
- keine Pflegelehrer

Stationsleiter arbeiten meistens nicht mehr in der direkten Pflege beim Patienten mit und haben einen eigenen, speziellen Aufgabenbereich im Management, sodass sie eine andere Perspektive zum Thema haben. Pflegelehrer sind ebenfalls nicht täglich im Akutpflegegeschehen eingebunden und haben eine ganz andere Rolle bei der Anleitung von Auszubildenden. Die Praxisanleiter kamen deshalb nicht als Interviewpartner in Frage, weil die Forscherin in der „Weiterbildung für Praxisanleiter“ die Rolle einer Vortragenden und Prüfenden hat und sich dadurch automatisch eine gewisse Abhängigkeit seitens der Praxisanleiter ergibt. Daher kamen bei der Autorin Zweifel auf, ob dabei die beiden ethischen Grundprinzipien „Autonomie“ und „Gerechtigkeit“ wirklich eingehalten werden können.

Das Prinzip der Autonomie deshalb, weil in einem Abhängigkeitsverhältnis Druck entstehen könnte, der die Freiwilligkeit in der Entscheidung zur Teilnahme an einem Interview beeinträchtigen kann. Das Prinzip der Gerechtigkeit bezieht sich auf die Tatsache, dass nicht die gesamte Gruppe der Praxisanleiter (16 Teilnehmer) an den Interviews teilnehmen konnte und sich vielleicht einige der Teilnehmer dadurch als Benachteiligt gefühlt hätten.

### 3.5 Freiwillige Teilnahme und Informed Consent

Von freiwilliger Teilnahme darf gesprochen werden, wenn vier grundlegende Voraussetzungen eingehalten werden:

1. das Recht auf Informationen, die für eine Entscheidung notwendig sind
2. das Recht auf Freiheit der Entscheidung (diese darf nicht erzwungen sein)
3. das Recht, die Teilnahme an der Untersuchung zu verweigern
4. das Recht, die Teilnahme an der Untersuchung jederzeit zu beenden

Vor der Entscheidung zur Teilnahme müssen die potenziellen Teilnehmer also über alle relevanten Forschungsaspekte verständlich und nachvollziehbar informiert werden. Diese kann sowohl schriftlich als auch mündlich erfolgen und soll in der Formulierung keinen Druck oder Zwang auf die ForschungsteilnehmerInnen ausüben. Ebenso müssen alle ForschungsteilnehmerInnen darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass sie ohne Begründung und jederzeit ihre Teilnahme an der Studie ablehnen bzw. jederzeit aussteigen können.

Auch sollen die Teilnehmer in Kenntnis gesetzt werden, dass Ihnen mit dieser Teilnahme an der Studie keinerlei Nachteile, aber auch keine Vorteile verbunden sind. Wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, spricht man von einer „aufgeklärten Einwilligung“ – auch „Informed Consent“ genannt. (vgl. Mayer, 2001, S. 64).

In der vorliegenden Arbeit wurden die oben genannten Punkte alle berücksichtigt und eingehalten.

Mit jedem der ForschungsteilnehmerInnen wurde der „Informed Consent“ nochmals mündlich durch besprochen, auf die Möglichkeit hingewiesen, dass das Interview jederzeit und ohne Begründung abgebrochen werden konnte. Auch wurde jedes Mal das Aufnahmegerät mit seiner Funktion erklärt und darauf aufmerksam gemacht, dass das Interviewgespräch aufgenommen wird.

Die InterviewpartnerInnen bestätigten anschließend auf dem vorgedruckten „Informed Consent“, der „Einverständniserklärung“ (**Anhang III**) mit ihrer Unterschrift die freiwillige Teilnahme.

Sie erhielten alle auch eine Kopie dieser Einverständniserklärung.

### **3.6 Die Beschreibung der InterviewpartnerInnen**

Letztendlich konnten zehn diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die alle im gleichen Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem jedoch auf fünf verschiedenen Akutpflegestationen arbeiten, zur Interviewteilnahme gewonnen werden.

Alle fünf Akutpflegestationen sind mit Patienten aus gemischten Fachrichtungen belegt, wobei einige Stationen einen speziellen Schwerpunkt haben:

Eine Station mit Onkologie-Schwerpunkt, zwei Stationen mit Neurologie-Schwerpunkt, eine Station mit Orthopädie-Schwerpunkt, eine Station mit Internistischen Abklärungen.

Von den zehn InterviewpartnerInnen waren acht weibliche und zwei männliche diplomierte Pflegepersonen.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer war 28,2 Jahre, wobei sich die Altersverteilung zwischen 23 Jahren und 39 Jahren erstreckt. Alle Interviewpartner haben einen Schulabschluss mit Matura sowie das Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege. Drei der Interviewpartner hatten zusätzlich ein Universitätsstudium als Mag. in Pflegewissenschaft abgeschlossen.

Bis auf eine Person haben alle Teilnehmer zumindest eine Zusatzfunktion in einem der hausinternen Arbeitskreise für Hygiene, Pflege oder Ausbildung inne. Diese Zusatzfunktionen wurden deswegen nur allgemein beschrieben und nicht den Interviewpartnern zugeordnet, weil sonst eventuell Rückschlüsse auf die Personen gezogen werden könnten.

### 3.7 Die Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum von Anfang Oktober 2012 bis Ende November 2012 durchgeführt.

Die Teilnehmer wählten den für sie günstig gelegenen Ort für die Durchführung des Interviews sowie den Zeitpunkt selbst aus.

Ein Interview wurde auf Wunsch bei dem Teilnehmer zu Hause durchgeführt. Die anderen neun Interviewpartner wollten aus logistischen Gründen direkt in der Nähe ihres Arbeitsplatzes ein Interview geben.

Sieben Interviews wurden direkt nach einem Frühdienst (8,5 h) und ein Interview nach einem Tagdienst (12,5h) geführt. Ein Interview wurde auf Wunsch des Teilnehmers vor einem Nachtdienst durchgeführt. Dieser Termin wurde so angesetzt, dass genügend Zeit für das Interview zur Verfügung stand und bis zum Dienstbeginn in Ruhe beendet werden konnte.

Der Raum für die Gesprächsaufnahme wurde in einem Nebengebäude des Krankenhauses vorreserviert, sodass die Interviews ohne Störungen durchgeführt und aufgenommen werden konnten. Bei einem Interviewteilnehmer läutete während des Interviews das Handy. Nach dieser kurzen Ablenkung war die Konzentration des Gesprächspartners geringer. Die Interviewerin hatte das Gefühl, sich mit den restlichen Fragen beeilen zu müssen, was das Gespräch doch beeinflusst hat.

Nach der Begrüßung und einer meist kurzen „Aufwärmphase“, welche die Erkundigung nach der Befindlichkeit der Teilnehmer oder Fragen über den gerade beendeten Dienst zum Inhalt hatte, wurde allen das Exposé vorgelegt, die Zielsetzung und den Ablauf des Interviews nochmals besprochen sowie auf die Möglichkeit hingewiesen, dass die Interviewpartner jederzeit ohne Begründung die Befragung abbrechen können. Auch auf das Tonaufnahmegerät wurde nochmals aufmerksam gemacht. Die Einverständniserklärung wurde von allen Beteiligten nach gemeinsamer Besprechung mit Datum und Unterschrift unterzeichnet.

Danach erfolgte die Durchführung der Interviews in drei Phasen:

1. die Einstiegsphase – Gesprächsbeginn mit Einstiegsfrage
2. die Hauptphase – Erzählphase, mit Fragen zu zentralen Erlebnissen, Erfahrungen, Nachfragen.

3. die Abschlussphase – abschließende Ergänzung eines für den Interviewpartner noch wichtigen Punktes zum Thema, Klärung von offenen Fragen und den Dank für die Teilnahme.

Nach Ausschalten des Aufnahmegerätes notierte sich die Forscherin von den Teilnehmern einige persönlichen Angaben bezüglich Alter, Diplomierungsjahr, Anstellungsprozente (Teilzeit- oder Vollzeit), Zusatzfunktionen auf der Station sowie den jeweils höchsten Bildungsabschluss.

In nachstehender Tabelle soll ein kurzer Überblick der durchgeführten Interviews mit Nummerierung nach chronologischer Reihenfolge gegeben werden.

<b>Interview / Geschlecht</b>	<b>Reine Interview-Dauer in Min</b>	<b>Zeitpunkt</b>	<b>Diplomjahr</b>	<b>Angestellt Vollzeit / Teilzeit</b>
IP 01 / W	38 Min	10/10/2012	2010	70%
IP 02 / W	39 Min	15/10/2012	2010	100%
IP 03 / W	31 Min	16/10/2012	2010	100%
IP 04 / W	61 Min	18/10/2012	2000	80%
IP 05 / W	33 Min	1/11/2012	2011	100%
IP 06 / W	57 Min	2/11/2012	1996	80%
IP 07 / M	50 Min	6/11/2012	2008	100%
IP 08 / M	41 Min	19/11/2012	2006	100%
IP 09 / W	47 Min	22/11/2012	2012	100%
IP 10 / W	44 Min	23/11/2012	2010	100%

**Tabelle 5:** Interviewpartner (IP), Geschlecht (W/M), Interviewdauer (reine Gesprächszeit), Diplomierte (Jahr), Vollzeit/Teilzeit angestellt

Die zeitliche Gesamtdauer jedes Interview-Termins (inkl. Begrüßung, Aufwärmphase, Interviewdurchführung und Abschlussphase) belief sich durchschnittlich auf ca. 90 Minuten.

Direkt nach jedem durchgeführten Interview wurden von der Interviewerin Notizen hinsichtlich der subjektiven Empfindungen, den Gedanken zum Ablauf und der gewonnenen Eindrücke ins Interview-Tagebuch eingetragen.

### **3.8 Ethische Aspekte**

Die Entwicklung ethischer Grundsätze in Form eines Ethikkodexes für die Pflege war das Ziel, das sich die 1897 in Amerika und Kanada gegründete „Nurses‘ Associated Alumnae Organisation“ gesetzt hatte, weil das Bedürfnis nach allgemeingültigen Richtlinien bestand, die den an der Forschung in der Pflege beteiligten Menschen ihre Rechte sichern und gewährleisten sollten. Einige Jahrzehnte später (1968) veröffentlichte die „American Nurses‘ Association“ eigene Ethikrichtlinien für Pflegeforschung (vgl. Mayer, 2011, S. 63).

Auch der ICN (International Council of Nurses) entwickelte einen Kodex für Ethik in der Pflegeforschung (1985 und 1996), welcher die Forderung zur Gewährleistung von Sicherheit, die Würde und die Rechte des Menschen an Pflegenden wie auch an Pflegeforscher stellt. Dieser Kodex gilt in vielen Staaten als Richtlinie. In der Schweiz z.B. leiteten die dort zuständigen Berufsorganisationen eigene Richtlinien daraus ab (vgl. Mayer, 2011, S.63).

So wie eine diplomierte Pflegeperson Verantwortung für ihre zu betreuenden Patienten trägt, so trägt auch der Forscher eine Verantwortung gegenüber seinem Forschungsfeld und den darin teilnehmenden Personen. Diese Verantwortung bezieht sich auf die Pflicht der Forschenden, die Menschenwürde und die Rechte dieser teilnehmenden Personen zu wahren und zu schützen (vgl. Mayer, 2011, S. 62).

Mögen ethische Richtlinien auch unterschiedlich formuliert sein, sind sie letztendlich doch alle auf folgenden Prinzipien aufgebaut:

- a) Autonomie      b) Gerechtigkeit      c) Gutes tun (Benefizienz)
- d) Vor Schaden schützen (Non-Malefizienz)

Aus diesen vier abstrakten Prinzipien lassen sich für das konkrete Forschen in der Pflege folgende drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ableiten:

1. Umfassende Information und freiwillig Zustimmung aller Teilnehmerinnen (freiwillige Teilnahme)
2. Anonymität
3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen oder physischen Schäden

*„Diese drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes sind der Ausgangspunkt der Diskussionen um ethische Fragen in der Forschung. An ihnen kann jede Forschungsarbeit und jeder Forschungsantrag diskutiert und geprüft werden“ (Mayer, 2011, S. 64).*

In der vorliegenden Arbeit wurden die zuvor beschriebenen ethischen Richtlinien und Prinzipien nach bestem Wissen und Gewissen befolgt und eingehalten.

### **3.9 Die Datenaufbereitung und Auswertung**

Die Interviews wurden mit einem elektronischen Aufnahmegerät aufgenommen.

Die so aufgezeichneten Gespräche wurden über einen Laptop abgespielt und auf einem zweiten Computer wortwörtlich transkribiert.

Weil die Verschriftlichung der Interviews von zwei Personen durchgeführt wurde, wurden für die Transkription zuvor eigene Zeichen und Regeln festgelegt, die aus den Regeln nach Kallmeyer und Schütze (1976, zit. nach Mayring 2002, S.92, zit. nach Mayer 2011, S. 254f) abgeleitet wurden:

- (.) = Kurzes Warten oder Innehalten im Erzählfluss
- (...) = Pause
- (lacht) = Geräusche, Lachen, Husten, Stocken schreiben und in () setzen
- (?) = wenn der Inhalt als Frage gestellt wurde (vom Tonfall her)
- (!) = wenn etwas laut, sehr laut gesagt wird
- da ist = stark betonte Worte/Aussagen unterstreichen
- C: = Interviewerin
- IP: = Interviewpartner

Die Interviews wurden fortlaufend nummeriert (IP1 - IP10) und die darin genannten Namen wurden nicht transkribiert, um die Anonymität der Personen zu schützen.

Zwischen den Aussagen der Interviewerin (C) und der Interviewpartnerin (IP1 – IP10) wurden der doppelte Abstand eingegeben, damit die transkribierten Interviewdaten anschließend in die Software von MAXQDA 10, ein Datenanalyse Programm für die qualitative Forschung, importiert und die Aussagen darin differenziert berücksichtigt werden konnten.

Für die Auswertung der Interviewdaten wurde das interpretativ-reduktive Verfahren gewählt, welches unter anderem in der Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet wird (vgl. Mayer, 2011, S.257).

### **3.9.1 Offenes Kodieren**

In einem ersten Schritt wurden die Interviews wortwörtlich nach den oben bereits erwähnten und aufgelisteten Regeln transkribiert.

Die im Computer abgespeicherten Transkripte wurden in die Software von MAXQDA 10 importiert und dort als „Projekt Zeit für Gespräche“ abgespeichert.

Danach wurden diese Transkripte von der Forscherin unter zeitgleichem Abhören der Interviewaufnahme durchgelesen um eventuelle Unstimmigkeiten zum Gehörten im Datenmaterial auszugleichen.

Dieses sich mit dem Material vertraut machen, wird als erster Schritt in der Inhaltsanalyse genannt (vgl. Mayer, 2011, S.260).

Alle so bearbeiteten Transkriptionen wurden ausgedruckt und wieder gelesen, wobei diesmal die wichtigsten Abschnitte einer ersten Markierung unterzogen wurden. Auf die Streichung von Textteilen wurde noch verzichtet, weil die Befürchtung bestand, etwas im Text zu übersehen.

In einem zweiten Schritt wurden diese inhaltlich wichtigen Stellen mit einem kurzen beschreibenden Begriff versehen, der die Bedeutung des Inhaltes wiedergeben konnte (vgl. Mayer, 2011, S.258). Dieser Schritt wird in der Inhaltsanalyse auch „paraphrasieren“ genannt, und soll den Kern einer Aussage treffen.

Die markierten und kodierten Stellen waren in dieser Arbeit meistens ganze Aussagen der Interviewpartner.

### **3.9.2 Bilden von Kategorien**

Aus diesen in Codes gefassten Daten der Interviews wurden in einem weiteren Schritt Kategorien gebildet, in denen die thematisch zusammengehörenden Kodierungen zusammengefasst wurden. Durch den Umfang des Datenmaterials wurden diese Kategorien mit Unterkategorien zusätzlich ausdifferenziert, also in kleinere Kategorien aufgeteilt (vgl. Mayer, 2011, S.258). In der Inhaltsanalyse wird dieser Schritt „das Bilden von Primärkategorien aus den Paraphrasen“ bezeichnet.

### **3.9.3 Synthese aller Interviews in ein Kategorienschema**

In diesem Schritt mussten alle kodierten Interviews zusammengelegt werden, um daraus ein für alle Daten passendes System an Kategorien zu bilden, in dem sich das gesamte Datenmaterial wiederfindet (vgl. Mayer, 2011, S.258).

### **3.9.4 Herstellen von Zusammenhängen**

In einem weiteren, letzten Schritte wurde nun versucht, die Zusammenhänge und Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien aber auch den Zusammenhang zwischen den Unterkategorien zur Hauptkategorie selbst herzustellen und diese zu beschreiben.

### **3.9.5 Gütekriterien**

Im Laufe der Entwicklung qualitativer Sozialforschung entstanden Diskussionen darüber, nach welchen Gütekriterien qualitative Forschung beurteilt werden kann.

Zusammenfassend können nach Steinke (2004, zit. aus Mayer, 2007, S.101) drei Grundpositionen aus den Beiträgen zu diesen Diskussionen genannt werden:

- a) Die Traditionellen Kriterien quantitativer Forschung könnten übernommen werden und an die qualitative Forschung angepasst werden.
- b) Es könnten jegliche Kriterien abgelehnt werden
- c) Für die qualitative Forschung könnten eigene Kriterien erarbeitet werden.

Diese dritte Position setzte sich im Laufe des Disputes durch und es wurden eigene Kriterien für die qualitative Forschung entwickelt. Es entstand jedoch kein einheitlicher Kanon von Gütekriterien, sondern es wurden von den Wissenschaftlern, je nach philosophischer Ausrichtung, unterschiedliche Kriterien (Anzahl, Priorität und Benennung) beschrieben.

Cheryl T. Beck (1993, zit. aus Mayer, 2007, S. 101) fasst die wissenschaftliche Güte qualitativer Forschung in folgenden Kategorien zusammen:

- Glaubwürdigkeit (credibility)
- Folgerichtigkeit (auditability)
- Angemessenheit (fittingness)

Im angloamerikanischen Raum beziehen sich die Forscher für ihre qualitativen Studien meist auf die vier Kriterien der Vertrauenswürdigkeit nach Yvonna S. Lincoln und Egon G. Guba (1981; 1985, zit. aus Mayer 2011, S.113) welche zur Beurteilung qualitativer Daten empfohlen werden:

- Credibility (Glaubwürdigkeit)
- Dependability (Folgerichtigkeit)
- Confirmability (Angemessenheit)
- Transferability (Übertragbarkeit)

Die im deutschsprachigen Raum sehr häufig verwendete Version der Gütekriterien ist jene von Philipp Mayring. Er bezieht sich auf sechs Kriterien, die nachfolgend beschrieben werden (Mayer, 2008, S. 114ff):

**Verfahrensdokumentation:** das Vorgehen in der qualitativ orientierten Forschung ist auf den jeweiligen Gegenstand bezogen und die Methoden werden speziell für diesen Gegenstand entwickelt oder differenziert. Um die

Forschungsmethode für andere nachvollziehbar werden zu lassen, muss diese Vorgehensweise in der Untersuchung detailliert dokumentiert werden.

Diese Diplomarbeit wird diesem Anspruch gerecht, indem das ganze Forschungsvorhaben mit Beschreibung der Methode, dem Vorgehen in der Datenerhebung und der Datenanalyse selbst erkennbar gemacht wurde.

**Argumentative Interpretationsabsicherung:** Das Interpretieren ist ein wesentlicher Teil im qualitativen Forschungsprozess. Ergebnisse qualitativer Untersuchungen basieren auf Interpretationen in Form von Kategorienbildung beispielsweise aus den Interviewaussagen, welche mit Oberbegriffen versehen werden. Diese Interpretationen der Ergebnisse müssen nachvollziehbar gemacht und argumentiert werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Begriffe aus dem Material der Interviews heraus gewonnen, beschrieben und durch die Aussagen der Interviewpartner begründet.

**Regelgeleitetheit:** dieses Gütekriterium verlangt, dass in der Vorgehensweise und Fragestellung bestimmte Regeln eingehalten werden müssen. Das Datenmaterial muss systematisch bearbeitet werden. Dazu gehören die bereits erwähnte Dokumentation und Beschreibung jedes Forschungsschrittes angefangen bei der Entwicklung der Fragen, dem Erstellen eines Interviewleitfadens, über das Aussuchen von Interviewpartner, der Durchführung der Interviews selbst sowie die Bearbeitung und Auswertung des gewonnenen Datenmaterials.

Die Vorgehensweise im Forschungsprozess von der Fragestellung über den Leitfaden, der Gewinnung von Personen aus der Zielgruppe und deren Befragung bis hin zur Verschriftlichung (Transkription) der Interviews wurde nachvollziehbar beschrieben.

Die Auswertung der Interviewdaten in dieser Arbeit wurden mittels interpretativ-reduktiven Verfahrens in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring systematisch ausgearbeitet.

**Nähe zum Gegenstand:** dieses Gütekriterium fordert die Forschende auf, sich in die Lebenswelt der Betroffenen zu begeben und das zu erforschende Phänomen aus der wirklichkeitsnahen Erlebenssicht zu betrachten.

In der vorliegenden Arbeit ist diese Nähe insofern gegeben, als dass erstens dieser pflegerische Alltag der Forscherin durch die eigene Arbeit nahe und bekannt ist und zweitens eben jene Personen interviewt wurden, die aktiv im Pflegealltag auf den Akutpflegestationen arbeiten und deren Sichtweise und Erfahrungen im Zentrum dieser vorliegenden Arbeit stehen.

**Kommunikative Validierung:** die Gültigkeit der qualitativen Forschungsergebnisse kann damit überprüft werden, indem diese den Beforschten vorgelegt und mit ihnen diskutiert wird. Diese Rücküberprüfung der Ergebnisse aus den Interviews mit den Betroffenen konnte in der vorliegenden Arbeit aus terminlichen Gründen nur mit einer der Interviewpartner durchgeführt werden. In diesem kommunikativen Austausch wurden die Interpretationen für gut befunden, weil die Interviewpartnerin ihre Sicht und Erfahrungen darin erkannte und sich verstanden fühlte.

**Triangulation:** Bei der Triangulation soll versucht werden, für die Forschungsfragen verschiedene Untersuchungswege zu finden und die daraus entstandenen Ergebnisse zu vergleichen. Sie wird angewendet, um das zu beforschenden Phänomen sowie die Forschungssituation aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können und so eventuell neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Triangulation kam in dieser Arbeit nicht zur Anwendung.

## 4. Ergebnisse aus den Interviews

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den zehn diplomierten Pflegepersonen dargestellt. Ihre Aussagen sind Grundlage für die daraus gebildeten fünf Hauptthemen, welche in nachfolgender Tabelle (Tabelle6) als Übersicht aufgelistet werden.

Hauptthemen	Unterthemen
<b>Die Bedeutung des „Gesprächs“ Im Pflegebeziehungsprozess</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Bedeutung</li> <li>- Zwei Arten von Gesprächen</li> <li>- Gespräche bei der Körperpflege</li> <li>- Ideales Setting und Qualität des Gesprächs</li> </ul>
<b>Selbstverantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachliche Verantwortung und Motivation</li> <li>- Umgang mit organisatorischen Bedingungen</li> </ul>
<b>Pflegebeziehung und Auswirkung auf den Pflegeprozess</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenorientierung über Beziehungsaufbau</li> <li>- Umfassende Pflege-Anamnese</li> <li>- Individuelle Evaluation (Pflegevisite)</li> </ul>
<b>Beeinflussende Faktoren im pflegerischen Beziehungsaufbau zum Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahrung der Privatsphäre und räumliche Situation</li> <li>- Anzahl der Patienten</li> <li>- Teamhaltung (Teamkultur)</li> <li>- Zeit haben und Dienstform</li> </ul>
<b>Erlebte Wertschätzung der Gesprächsleistung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkung auf Befindlichkeit beim Patienten</li> <li>- durch Dokumentation</li> <li>- in der Pflegekategorisierung</li> <li>- in der Organisation</li> </ul>

**Tabelle 6:** Übersicht der Hauptthemen gebildet aus den Interviewdaten  
(Eigendarstellung)

#### **4.1 Die Bedeutung des „Gesprächs“ im Pflegebeziehungsprozess**

Alle Interviewpartner gaben dem Gespräch im Pflegebeziehungsprozess eine sehr hohe Bedeutung, und bezeichneten es als einen unverzichtbaren und erheblichen Teil in der Pflegearbeit mit den Patienten, welcher in jeder pflegerischen Handlung einfach dazu gehört. Die Interviewpartner werden infolge als IP1 bis IP10 bezeichnet und mit der Absatzzahl des Transkripts als Quelle angeführt.

Allgemein wird die Bedeutung aller geführten Gespräche mit dem Patienten als Möglichkeit des in Kontakt Tretrons, der Verständigung und des gegenseitigen Kennenlernens verstanden und als „wertvolles Werkzeug“ für den gesamten Pflegebeziehungsprozess genannt. Die beiden genannten Gesprächsarten (fachliche und private, persönliche Gespräche) stellen eine spezifische Bedeutung der Gespräche sowohl für den Pflegeprozess als auch für den Beziehungsprozess dar. Diese privaten, persönlichen Gespräche sind wichtig für den Aufbau von Vertrauen, Wohlbefinden, gegenseitigem Verständnis und Achtung. Auch lockern sie eine sensible Pflegesituation (z.B. Pflege bei Inkontinenz) auf und werden als Türöffner im Beziehungsprozess erlebt. Die Bedeutung der fachlichen Gespräche werden eher für die Umsetzung des Pflegeprozesses erkannt und als wichtig für das Sicherheitsgefühl von Patient und Pflegeperson, für den Informationsaustausch und das Einbeziehen der Patienten in die eigene Pflegeplanung beschrieben.

Die Gespräche bei der Körperpflege bedeuten unter anderem, dass die Nähe zwischen Pflegeperson und Patient aufgelockert und dadurch für beide annehmbarer wird und das durch die Zuwendung im Gespräch entstandene Vertrauen eine Vertiefung im Beziehungsprozess bewirkt. Andererseits werden erst durch diese Gespräche bei der Pflegehandlung relevante Informationen vom Patienten bekannt, die den Pflegenden eine gezielt fachliche Unterstützung, Anleitung und Begleitung des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung ermöglichen. Damit kann das gemeinsam mit dem Patienten angestrebte Ziel und die dafür nötigen Pflegemaßnahmen individuell, patientenorientiert geplant, durchgeführt und wieder evaluiert werden.

Die Qualität des Gesprächs ist abhängig von der stationären Situation, der Arbeitssituation, in der sich die Pflegeperson befindet und der Umgebung, in der dieses Gespräch stattfindet. Eine Idealsituation (ungestörte, ruhige Atmosphäre, Zeit nehmen, sich hinsetzen und ein angenehmes Gesprächssetting schaffen) fördert die Qualität des Gespräches. Diese beschriebene Qualität eines Gesprächs wirkt sowohl auf den Beziehungsprozess als auch auf den Pflegeprozess beeinflussend.

#### **4.1.1 Allgemeine Bedeutung**

Die allgemeine Bedeutung der Gespräche mit den Patienten wurde von den Interviewten als sehr vielfältig dargestellt und mit unterschiedlichen Beispielen aus dem Pflegealltag umschrieben.

*„...natürlich sehr wichtig, weil gepaart mit der nonverbalen Kommunikation ist das natürlich die Möglichkeit der Verständigung und auch, Emotionen auszudrücken und [...]dass da ein Austausch stattfindet und man kann ja so vieles mit Kommunikation vermitteln; Lob, aufbauende Worte, Zuspruch, Mut zusprechen usw. das ist ja ganz was Wichtiges und natürlich die Informationsweitergabe an den Patienten. Also man hat da ein sehr wertvolles Werkzeug.“ (IP3/79)*

*„...in der Früh im Rahmen der Morgenrunde zum Beispiel, wenn der Patient schon auf der Station ist, wo ich mit ihm zuerst mal so richtig in Kontakt trete und wir ins Gespräch gekommen [...], da wird der Tagesablauf mal besprochen, die Befindlichkeit; das ist mal so die erste Chance mit ihm zu reden.“ (IP1/9)*

*„...das ist sehr wichtig, einerseits um ein [...] Vertrauen zu schaffen in der Pflege-Patienten-Beziehung[...]um Wohlbefinden für den Patienten zu schaffen, weil er ist doch in einer ungewohnten Umgebung oft in einer Ausnahmesituation, wo er vielleicht auch ängstlich ist. Da geht's also darum, vielleicht durch die Kommunikation da ein bisschen Vertrauen zu schaffen, Sicherheit auch zu vermitteln – dass er sich eben wohlfühlt und das Gefühl hat, dass er gut umsorgt ist.(IP1/68)*

*„...es ist natürlich wichtig, weil für den ganzen Pflegeprozess, für den Beziehungsaufbau sind Gespräche irrsinnig wichtig“ (IP8/240)*

*„...also wie gesagt auch im Rahmen der Körperpflege - man spricht ja immer mit dem Patienten. Und natürlich ist es auch schon ein Teil der Pflegevisite. Weil viele Themen an und für sich schon angesprochen werden. Im Small Talk, einfach im Tun und [...] man kommuniziert immer mit dem Patienten, wenn man*

*bei ihm ist [...] und[...] das ist wirklich das Wichtigste - in der Wertigkeit find ich alle (Gespräche) ungefähr ziemlich gleich.“ (IP8/58)*

*„...ich erlebe [...] in der Pflege, weil wir ja mit Menschen zu tun haben, weil es Patienten in verschiedenen Lebenslage sind, [...] im Krankenhaus geht es oft wirklich um durchaus intime Lebenssituationen[...] es ergeben sich da schon Gespräche [...] wenn es darum geht, [...] dass der Patient eine Diagnose erfährt, die möglicherweise auch Auswirkungen für sein Leben, für seine Zukunft haben könnten oder eine Lebensumstellung bedeuten würde. Also größere Auswirkung bis hin zu Gespräche über Leben und Tod und Sinnhaftigkeit des Lebens - also [...] unter Umständen auch existentielle Gespräche über (...) wo geht man hin [...]oder „Was hab ich noch für Perspektiven.“ (IP6/12)*

*„Und für mich, ich brauch das auch irgendwie [...] diesen Austausch ganz einfach. Dass ich weiß, es geht ihm gut oder auch nicht.“ (IP5 /132)*

Im Nachtdienst sind Pflegepersonen zu zweit, teilweise auch allein für die Patienten der Station zuständig. Es wurde berichtet, dass die bei der Abendrunde geführten Gespräche eine gute Investition seien, weil die Patienten danach erfahrungsmäßig ruhiger schlafen und dadurch auch der Nachtdienst für die Pflegenden ruhiger ausfiel.

*. „...dann wirklich ist mir das so bewusst geworden, was das Gespräch ausmacht im Lauf des Nachtdienstes.[...] Weil ich hab Nachtdienste gehabt, da bin ich von 22 Uhr bis Mitternacht durchgegangen und war wirklich bei jedem Patienten im Zimmer zehn Minuten, viertel Stunde.“ (IP4/142,144)*

#### **4.1.2 Zwei Arten von Gesprächen**

Die meisten Interviewpartner unterteilten die Gespräche mit den Patienten ganz klar in zwei Kategorien. Zum einen wurden die im Rahmen des Pflegeprozesses durchzuführenden fachlichen Gespräche wie das Erstgespräch (Pflegeanamnesegespräch), das Pflegevisitengespräch (als Evaluationsgespräch) und die verschiedenen Informationsgespräche genannt. Die zweite Art von Gesprächen wurden als „persönliche“ oder auch als „private“ Gespräche bezeichnet, welche sich mit sehr unterschiedlichen Themen befassen, die den Patienten im Moment gerade beschäftigen, interessieren oder

die mit seinem Privatleben, seiner Familie oder seinen Aktivitäten und Interessen zusammen hängen.

*„...I würd's unterteilen. Also an und für sich in zwei Kategorien. Also wirklich des [...] in der Arbeit das Gespräch zu führen. Was wir natürlich machen müssen, was wirklich in der Materie liegt. So zu sagen einfach diesen[...]Ablauf, also den Tagesablauf aus pflegerischer [...] medizinischer Sicht. Dass man [...] den mal bespricht mit den Patienten im Gespräch. Und zweitens würd ich eher sagen[...] diese private Komponente, die man drinnen hat.“ (IP8/6-8)*

*„...ich unterscheid für mich persönlich zwei Arten von Patientengesprächen. Das eine, was die Leute als ‚Tratschen‘ abtun und das andere sind für mich so fachlich und professionelle Gespräche. Im Unterschied zu manchen, die das Tratschen als Tratschen abtun, sehe ich im Tratschen [...] ganz einen hohen Wert. Weil ich seh's als Türöffner für wirkliche Patientenprobleme. Ich hab ganz oft die Erfahrung gemacht, dass so ein Anfang „Was haben Sie da für ein Buch liegen?“ oder „Was ist das für ein Rätselheft?“ oder „Was stricken Sie gerade?“, das schafft so die Ebene, dass die Leute sich als Menschen wahrgenommen fühlen. Und dann werden sie irgendwie warm und vertrauen einem und dann kommen sie auch wenn irgendwas wirklich unter den Fingern brennt.“ (IP4 /10)*

*„...wie geht's Ihnen zu Hause, was haben Sie immer so gmocht, Hobbies, Reisen – dass man da auf eine Komponenten kommt, auf irgendeinen gleichen Nenner „ja da war i a schon mol“. Dass man da einfach mal das Gespräch hat, dass man's ein bisschen rausnimmt aus dem „ja mir geht's eh ned so gut“ und „des is alles schlimm“ und „alles is furchtbar“ und „ich bin immer krank“ und dass man da einfach amal (.) kurz des [...] ausblenden kann. [...] einfach so la-la Themen [...] zumindest a mal nicht auf so einer fachlichen Ebene.“ (IP8/10,14)*

#### **4.1.3 Gespräche bei der Körperpflege**

Der Sinn und die Bedeutung der Pflegegespräche, welche bei unterstützenden pflegerischen Maßnahmen wie z.B. bei der Körperpflege laufend und nebenbei entstehen, wurden von den interviewten Pflegepersonen ganz unterschiedlich erlebt und beschrieben.

*„...teilweise um Situationen vielleicht nicht unangenehm zu machen, sondern zu erleichtern, versucht man nebenbei über etwas zu plaudern – Gespräche zu führen.“ (IP1 /98)*

*„...zum Beispiel[...] bei Körperpflege frag ich den Patienten, was sind seine Präferenzen, wie er's zu Hause macht und so weiter. Also da finden schon einige Gespräche statt.“ (IP5/34)*

*„...halt wenn jemand pflegebedürftiger ist - da im Rahmen der Körperpflege z.B. führen wir oft diverse Gespräche.“ (IP1/13)*

*„...also bei der Körperpflege ist das eher Smalltalk, würd ich sagen. (IP3/32)*

Bei den sogenannten „selbständigen“ Patienten wurde daraus folgernd von mehreren Interviewpartnern die Gefahr gesehen, dass diese viel zu wenig in den Genuss eines Pflegegesprächs kommen, weil doch einige Gespräche ganz spontaner bei pflegerischer Unterstützung in der Körperpflege oder der Mobilisation entstehen, also eng mit verschiedenen Pflegehandlungen verknüpft sind.

*„...Weil oft a mal ist es so, bei pflegebedürftigen Patienten erfährt man schon sehr viel während der Körperpflege find ich - also während man die Körperpflege unterstützt, was man da alles erfährt [...] bei den selbstständigen Patienten fällt das ja komplett weg...“ (IP10/87)*

Als eine wichtige Erfahrung einiger Interviewten wurde beschrieben, dass diese begleitenden Gespräche von den Patienten eher als normale Begleitleistung zur Pflegehandlung selbst erlebt wurden, weil nicht das Gespräch sondern eben eine Pflegehandlung im Vordergrund stand. Daher sollten aus der Sicht der Pflegepersonen doch extra Gesprächssettings geschaffen werden können, um dem Gespräch einen sichtbaren Stellenwert zu geben.

*„...dass es wichtig ist [...]wirklich ein Gesprächssetting zu schaffen. Weil die Patienten diese Gespräche nebenher oft nur als Gespräche nebenher wahrnehmen.“ (IP4/52)*

*„...dass man auch ein bisschen zwischendurch ein Gespräch führt, bei der Körperpflege zum Beispiel- Oft kommt [...] von den Patienten selber irgendein Thema, was sie anschneiden. Da redet man halt ein bisschen, erzählt ein bisschen was...“ (IP7/365)*

In nachfolgender Äußerung wurde von der Pflegeperson aufgezeigt, dass sie sich für Gespräche, die in einer pflegerischen Unterstützung beim Patienten begleitend entstehen, eher die Zeit nahmen und diese in Ruhe („entschleunigt“) und ohne Unterbrechung durchgeführt wurden, weil es für alle anderen

Pflegepersonen nachvollziehbar sei, dass der Patient in dieser Situation nicht alleine gelassen werden darf.

*„...das meiste Gespräch ist beim Waschen. Wenn man die Körperpflege macht, da ist dann die meiste Zeit, da hat man wirklich Zeit. Da weiß man auch wenn eine Glocke läutet, man muss jetzt nicht hinlaufen, weil es ist für jeden klar, man kann jetzt [...] nicht einfach weglaufen. Somit hat man einfach die Zeit und ist ganz „entschleunigt“ und kann sich die Zeit dann auch nehmen“ (IP2/31)*

*„...also ich find bei der Körperpflege kann man das schon ganz gut [...] integrieren, weil da ist man eh quasi am Patienten und da findet sich schon Zeit, aber[...] kommt immer auf das Gesprächs-Thema an, [...]Jes ist halt manches nicht ganz passend bei der Körperpflege find ich, also da über psychische Beschwerden zu reden. Das würd' ich gerne lieber so von Angesicht zu Angesicht also mit Blickkontakt und, ja also bei der Körperpflege ist das eher Smalltalk, würd ich sagen. Man kann schon über Befindlichkeiten reden, aber ich glaub so, dass wenn man wirklich in die Tiefe geht, muss man sich schon extra dafür Zeit nehmen.“ (IP3/32)*

In dieser Aussage wurde aufgezeigt, dass bei der Körperpflegeüber eher leichtere Themen (Smalltalk) geredet werden kann, jedoch manche Gesprächsthemen (psychische Beschwerden) sich nicht eignen, nebenbei besprochen zu werden. Dafür würde ein zeitlich extra geplantes Gespräch bevorzugt, das mit Blickkontakt und ohne Ablenkung durch eine zusätzlich pflegerische Tätigkeitgeführt werde sollte, damit auf die psychischen Beschwerden der Patienten auch richtig eingegangen werden könne.

#### **4.1.4 Ideales Setting und Qualität des Gesprächs**

Die Qualität in der professionellen Durchführung eines Pflegegesprächs wurde von allen Interviewpartnern für wichtig erachtet, weil die daraus resultierenden Auswirkungen als positiv erlebt werden. „Sich Zeit nehmen können“, „über das rein Fachliche hinaus“, ein „Gesprächssetting schaffen“, „Ruhe vermitteln“ und „sich zum Patienten hinsetzen“ wurden als Aspekte beschrieben, die für eine Qualität des Gesprächsbeachtenswert erscheinen und die auch nicht als „Zeitverlust“ erlebt wurden.

„... zum Beispiel bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, was jetzt bei uns häufig der Fall ist, ich glaub' da wär der ideale Rahmen, wenn man einfach wirklich sich auf das (Anmerkung: Gespräch) konzentriert und nicht während dessen etwas anderes tut.“ (IP3/34)

„...darüber hinausgehen, was ja oft die eigentliche Qualität ausmacht, wenn man über das Notwendigste hinausredet.“ (IP1/206)

„...es ist auch kein Zeitverlust, der Patient fühlt sich ja auch wohler, das spiegelt sich auch wieder, wenn ich mir wirklich Zeit nehmen kann, es wird dann weniger geläutet wenn ich Zeit habe, mit den Leuten zu sprechen und mehr Ruhe ausstrahlen kann“ (IP2/66)

„...dass es wichtig ist so wie bei der Pflegevisite und bei der Tagesplanung (.) und bei der Anamnese und Entlassungsgespräch wirklich ein Gesprächssetting zu schaffen. Weil die Patienten diese Gespräche nebenher oft nur als Gespräche nebenher wahrnehmen. [...] wirklich sie nehmen es (das Gespräch) aus meiner Erfahrung her ganz anders wahr, wenn man sich wirklich hinsetzt zu ihnen und dann ganz konkret mit ihnen etwas durch bespricht.“ (IP4/54)

„...und ich bin auch eher der Mensch, der sich dann wirklich hinsetzt. Ich bin nicht einer, der reingeht und im Halbgehen redet. Ich setz mich auch wirklich teilweise aufs Bett [...] aber auch wenn ich nur[...] so kurzzeitig rede, setze ich mich hin und versuche Ruhe zu vermitteln. [...] ich hör das auch immer wieder von den Patienten, dass ich so eine Ruhe ausstrahle.“ (IP7/197,305)

„Und wenn ich mich hinsetze, mit jemandem auf Augenhöhe sprech, ist das ein anderes Gespräch als [...] wenn der Patient im Bett, schaut mich an mit großen Augen und ich steh davor. Also diese Pflegevisite, das Gespräch [...]auf Augenhöhe, das ist [...]vielleicht deswegen der Schwerpunkt für mich.(IP9/97 )

„...dass ich dann auch die Möglichkeit habe (.) die auch wahrzunehmen und zwar nicht nur während meiner Arbeit, sondern wirklich auch [...]Zeit dafür zu nehmen für ein Gespräch, damit ich im Gespräch auch gewisse Aspekte wahrnehmen kann.“ (IP6/203)

Eine wünschenswerte Idealsituation zur Durchführung der Pflegegespräche mit den Patienten wurde von mehreren Interview-Teilnehmern angesprochen.

„...ja unter Gespräch, Patientengespräche stell ich mir vor, dass einfach die Rahmenbedingungen stimmen, das man sich irgendwo hinsetzen kann, eh möglichst ungestört einfach ein Gespräch führen kann, [...] keine Lärmbelästigung und dass eben [...] die Privatsphäre gewahrt ist, das wär' für mich so optimal!“ (IP3/8)

„...so brauche ich einerseits Ruhe dazu und Gelassenheit [...] ich muss frei sein von anderen Problemen, um offen zu sein für dieses Gespräch [...] ich muss

*mich auch wohlfühlen – weil wenn ich mich nicht wohl fühl‘ [...] möchte ich nicht in die Tiefe gehen...“ (IP1/196)*

Dieses „frei sein von anderen Problemen“ wird von vielen Interviewten als eher schwierig beschrieben, da im Pflegealltag immer mehrere Patienten von einer Pflegeperson betreut werden und sich dadurch die Aufgaben sowie mögliche Probleme und Unterbrechungen summieren. Es wurden Auswirkungen auf die eigenen Signale der Pflegenden im Patientengespräch beschrieben, die in den Reaktionen der Patienten rückwirkend erkannt und beschrieben wurden.

*„Ich denke ein Patient merkt sofort, ob die Schwester Zeit hat jetzt für ein Gespräch oder nicht. Ich glaub allein schon die Haltung beim Gespräch. Steht man, sitzt man, nimmt man sich Zeit ähm ich glaub [...] des merkt der Patient sofort. Und wenn aber eine Schwester reinkommt und der Patient hat das Gefühl, sie ist gestresst, dann nimmt er sich auch selber zurück und denkt sich ‚Die Schwester muss weiter, die hat so viel zu tun, jetzt, ich belaste sie jetzt nicht auch noch damit‘ [...] das hab ich oft schon erlebt [...] dass dann die Patienten des auch sagen ‚na Schwester das geht schon, sie haben so viel zu tun, des besprech‘ ma ein anderes Mal‘...“ (IP10/81)*

Von allen befragten Pflegenden wurden auch die eher schwierig zu gestaltenden Gesprächssettings auf den Akutpflegestationen beschrieben, die sich auf die Qualität des Gespräches auswirken.

*„Ja und was ich also was für mich wirklich ganz schlimm empfinde, sind so Tage, wo Leute warten müssen, wo wir die Erstgespräche am Gang machen müssen - die Doppelbesetzung von Patientenzimmer, also der eine Patient ist schon da, der andere liegt aber noch im Bett. Und die müssen aber geschwind vorbereitet werden für eine Operation. Man kann dieses Erstgespräch auch nicht vertagen.“ (IP4/214-218)*

*„Es beeinflusst natürlich negativ, wenn ich weniger Zeit habe für das, was ich besprechen möchte [...] zwingt mich [...] dazu diese Gespräche intensiver zu machen, und das oft auf Kosten der Qualität [...] oder der persönlichen Ebene. Weil ich muss dann in kurzer Zeit gewisse Dinge einfach erfragen oder auch klären, was ich sonst gemütlich in einem Gespräch verpacken hätte können oder in einer angenehmeren Atmosphäre besprochen hätte[...] als wenn jetzt zwischen Tür und Angel alles Mögliche geregelt wird. Also sehr negativ natürlich, weil ich weniger Zeit hab dafür.“ (IP9/231,233)*

*„...sicher wird die Qualität des Gesprächs [...] auch dadurch beeinflusst, wenn ich jetzt nur 5 Minuten Zeit habe, unter Zeitdruck stehe, wird die Qualität nicht so*

*besonders sein oder es ist die Möglichkeit, dass ich diese wichtigen Dinge nicht wahrnehme.“ (IP6/109)*

Nachfolgend wurde die kurze Zeit von nur fünf Minuten, um ein geplantes Gespräch zu starten oder in den Tagesablauf „reinzquetschen“, für wenig sinnvoll befunden, weil hier eine Unterbrechung geradezu vorprogrammiert sei.

*„Ich kann nicht sagen, ok ich hab jetzt 5 Minuten Zeit, reden wir. Das geht nicht, weil wenn ich den Patienten unterbrechen muss, dann is er auch unzufrieden. Wenn er einfach so im Wort hängen gelassen wird, das geht ned.“ (IP8/274)*

## **4.2 Selbstverantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung**

Diese Selbstverantwortung der diplomierten Pflegepersonen, die sie für den Aufbau der Pflegebeziehung tragen, wurde aus den Daten aller Interviews deutlich. Die fachliche Verantwortung und Motivation der Pflegeperson beeinflusst ihren Umgang mit den organisatorischen Rahmenbedingungen. Die organisatorischen Rahmenbedingungen wiederum wirken sich auf die Motivation der Pflegepersonen, ihre fachliche Verantwortung wahrzunehmen und umzusetzen, aus. Je nach Möglichkeiten, die der organisatorische Rahmen bietet, werden die Pflegepersonen beim Aufbau einer Pflegebeziehung unterstützt oder die Umsetzung wird erschwert. Letzteres macht den Pflegenden enormen Druck, weil sie schlussendlich die Verantwortung im Aufbaue einer Pflegebeziehung selbst tragen.

### **4.2.1 Fachliche Verantwortung und Motivation**

Die eigene, fachliche Verantwortung für diesen Pflegebeziehungsaufbau im Gespräch mit den Patienten und die damit eng zusammenhängende Motivation, diese Gespräche auch führen zu wollen, wurde von allen Interviewpartnern hervorgehoben und als für sie wichtig beschrieben. Die Freude an der Gesprächsarbeit und der Sinn dahinter wurden von den Interviewten stark betont.

*„...die Bedeutung der Patientengespräche für den Pflegeprozess sind wichtig. Also es kommt halt auch drauf an, was mach ich draus.“ (IP8/292)*

*„Ich muss einfach raus hören, was der Patient braucht und natürlich auch, wenn er's nicht sagt, dass ich's natürlich schon auch ein bisschen anbiete.“ (IP8/102)*

*„Und ich seh's auch bei meinen Kolleginnen. Wir hatten [...] immer wieder bei onkologischen Patienten Situationen, [...] wo wirklich sie (Patienten) den Wunsch geäußert haben, einmal würden sie noch den Hund gern sehen. Da sind alle Kolleginnen mit Feuereifer dabei die anzuziehen. Und Situationen und Möglichkeiten zu schaffen und kreativ zu werden [...] mit den Angehörigen gemeinsam. Da merkt man, da weiß jede Pflegende, warum sie diesen Beruf erwählt hat.“ (IP4/260)*

*„...aber [...] ich mach es (das Gespräch) einfach gerne und es ist für mich auch wichtig für meine Arbeit [...] für den Pflegeprozess wie gesagt, um halt den Patienten kennen zu lernen, um ihn optimal betreuen zu können.“ (IP7/347)*

*„Das was mich so motiviert, Pflegevisiten zu machen, ist (.), wenn dann eine Arztvisite kommt, ich kann ganzanders Auskunft geben.“ (IP4/272)*

Die berufliche Motivation und Freude, welche Gespräche mit den Patienten bei den Pflegepersonen bewirken können, wurde sehr anschaulich beschrieben und macht deutlich, wie sehr den Pflegepersonen ihre fachliche Verantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung bewusst ist und sich deshalb für die Umsetzung der Gespräche mit den Patienten einsetzen.

*„Es ist sicher auch[...] ich führ' ja selbst gerne das Gespräch – ich glaub' das hängt vielleicht auch damit zusammen, dass es mir sehr Spaß macht und deswegen es sich auch gar nicht so als Arbeit anfühlt!“ (IP2/41)*

*„Also mich motivieren so Situationen, wo ich mir denk, ich hab jetzt ein gutes Gespräch führen können. Ich hatte die Informationen herausgebracht, die da so unterschwellig mitschwingen ja? Wenn ich so das Gefühl hab, ich muss so an der Oberfläche kratzen und ich kann nie herausfinden, worum geht's denn eigentlich, ist das absolut unbefriedigend.“ (IP4/236)*

Einige Interviewpartner zeigten ihre fachliche Verantwortung, indem sie ihre Gesprächskompetenz erweitern möchten und bei der Stationsleitung bereits um gezielte Weiterbildung und Schulung angesucht haben.

*„...hab beobachtet, dass gerade psychiatrische Patienten sehr, sehr viele Kolleginnen und ich zähle mich auch dazu, Schwierigkeiten haben, weil man da schon ein bisschen mehr Hintergrundwissen haben müsste, wie ich gewisse*

*unter Anführungsstrichen schwierige Gespräche führe. Genauso mit demenzkranken Patienten.“ (IP6/151)*

*„...was das Wissen betrifft, da hab ich auch schon weitergegeben, dass viele sich so gerne einfach Weiterbildungen zum Thema Gesprächsführung wünschen. Verschiedene Situation. Und das is in Planung [...] Das braucht man ja auch, find ich, dass wir unsere Gesprächskompetenzen und Kommunikationskompetenzen immer wieder reflektieren.“ (IP6/81)*

#### **4.2.2 Umgang mit organisatorischen Bedingungen**

Die eigene Verantwortung in der Pflegebeziehung zum Patienten und das Ziel, im Team als eine derjenigen zu gelten, die es schafft, alle Pflegeinterventionen mitsamt dem Evaluations-Gespräch (der Pflegevisite) in ihrem Dienst erledigen zu können, wurde von einigen Interviewten als „sich selbst Druck erzeugen“ bezeichnet. Der Grund für dieses Verhalten wurde von den Befragten in den erlebten Reaktionen im Team auf eine „vom Frühdienst überlassene Pflegevisite“ gesehen.

*„Ich für mich erleb es so, dass ich's abschließen möcht. Ich erleb's auch so im Team, dass [...] es einen negativen Unterton hat, wenn's heißt es sind Pflegevisiten übergelassen worden [...] man bezeichnet es so: ‚sie sind übergeblieben vom Frühdienst‘ und das möchte ich nicht für mich. Ich möchte das schaffen und [...] da erzeug ich mir selber Druck natürlich.“ (IP9/51,53)*

Der Anspruch an sich, all seine pflegerische Arbeit inklusive den Pflegevisitengesprächen und der Dokumentation zu erledigen, egal in welchem dienstlichen Zeitraum (sechs, acht oder 12,5 Stunden), wurde von einigen als Pflicht gesehen, obwohl der daraus entstandene Druck als ziemlich stark empfunden wurde.

*„Nur dieser Druck find ich persönlich ist jetzt bei einem kurzen Frühdienst viel, viel stärker, als wenn ich weiß, ich hab am Nachmittag in einem Tagdienst auch noch Zeit für diese Gespräche. Aber man will diese Gespräche nicht überlassen für den Spätdienst, der hat doch wieder andere Aufgaben.“ (IP9/35)*

*„...zum Beispiel beim „FD“ (Anmerkung Frühdienst) da hat man Zeit von sieben bis halb vier. Da weiß man, nach dem Dokumentieren und nach dem Mittagessen: ‚so jetzt muss ich in den zweieinhalb Stunden noch die Pflegevisiten machen. Ich muss, weil ich um 15 Uhr dann meine Patienten übergeben muss,*

*und da sollte Pflegevisite gemacht sein. Und da hat man mit freier Einteilung eigentlich [...] wenige Chancen. Da muss man das so machen.“ (IP10/189)*

Im Umgang mit dem in einem Dienst anfallenden Pflege-Arbeitspensum wurden von den Interviewten unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben. Entweder wurden eigene zeitliche Ressourcen freigemacht (z.B. länger bleiben) um in Ruhe seine Arbeit erledigen zu können, oder die Pflegenden erzählten, dass sie mit einem Gefühl von „schlechtem Gewissen“ aus dem Dienst gegangen sind, wenn die Gespräche mit den Patienten zu kurz gekommen sind.

*„...aber das ist auch ein Zeichen, dass man aufzeigt: ‚es war nicht möglich‘ (Anmerkung: in der normalen Arbeitszeit), ich habe noch diese extra halbe [...] oder dreiviertel Stunde gebraucht, damit ich mit gutem Gewissen [...] meine Arbeit (Anmerkung: mit den Patientengesprächen) bewältigen konnte.(IP6/255)*

*„...je nachdem, wie viel ich geschafft hab‘, übergeb‘ ich mehr oder weniger eine „Baustelle“ (lacht verlegen) und da hat man immer ein bisschen ein schlechtes Gewissen, wenn man nicht wirklich das, was man sich vornimmt auch schafft...“ (IP2/182)*

*„...es kommt wie gesagt eigentlich fast täglich vor, dass man die Viertelstunde länger bleibt – und man versucht eh möglichst viel zu schaffen im Rahmen seines Dienstes [...] und irgendwann kommt der Punkt wo ma sagt ‚jetzt muss ich auf mi schau, jetzt geh‘ ich nach Hause!‘ also die eigene Sicherheit und so und trotzdem ist da das schlechte Gewissen.“ (IP1/180)*

*„ich hab eigentlich auch ein schlechtes Gefühl, wenn ich nach dem Dienst heim geh und ich weiß, ich hab zu wenig Zeit mit dem Patienten verbracht (Anmerkung: um mit ihm zu plaudern oder ein Gespräch zu führen). Wenn ich weiß, ich hab jetzt zwei Stunden geschrieben, dokumentiert und g’schaut, dass die Kurve schön aussieht aber ich war (Anmerkung: in dieser Zeit) nicht beim Patienten, da hab i wirklich ein schlechtes Gewissen“ (IP5/132)*

*„Also ich hab’s einmal selbst erlebt, dass ich keine einzige Pflegevisite geschafft hatte bei sechs Patienten - einer davon war sterbend und er hat alle Ressourcen gebunden. Ich konnte nicht mit den anderen sprechen und es hat mir immer so leidgetan, weil natürlich viele Sachen für mich offen geblieben sind. Die konnte ich nicht klären eben im Patientengespräch und ich hab dann ein total schlechtes Gewissen gehabt und hab mich dann bei allen nochmal verabschiedet bei der Abendrunde und hab mich entschuldigt, dass ich keine Zeit hatte. Aber das war wirklich wegen einem extremen Zeitmangel.“ (IP9/195)*

Der Umgang mit dem Arbeitspensum in der zur Verfügung gestellten Zeit und das kollegiale Verhalten im Team speziell hinsichtlich „Übergabe eines Pflegevisitengesprächs“ wurden völlig unterschiedlich beschrieben.

*„In einem kurzen Dienst [...]mach ich’s auch immer so, dass ich wirklich die Pflegevisite einem Spätdienst überlasse, dass er auch die Patienten kennen lernt im Zuge dessen. Des is glaub ich schon[...] gut gedacht, dass man das wirklich so macht.[...]Dass man wirklich dann am Vormittag andere Dinge erledigt, die der Spätdienst halt nimmer machen muss, wie Medikamente einschachteln und solche Sachen.“ (IP7/114)*

*„An diesen Tagen hab ich erlebt, dass es bei allen sehr, sehr gedrängt war und es wär mir nicht in den Sinn gekommen das (Pflegevisitengespräch) abzugeben.“ (IP9/213)*

Die bestehende Struktur der Organisation hinsichtlich einer Unterstützung der Pflegenden im Aufbau einer Pflegebeziehung über die Patientengespräche wurde von den Interviewpartnern eher als hinderlich dargestellt, weil sie das Gefühl haben, dass das Management sich mit den Schwierigkeiten in der Umsetzung von Gesprächen mit den Patienten zu wenig befasst und die benötigten Ressourcen nicht wahrnehmen und bereitstellen kann. Deshalb wird von einigen dieses „Aufzeigen“ von „länger im Dienst bleiben“ betont, vor allem dann, wenn dadurch die noch offengebliebenen Gespräche mit den Patienten abgeschlossen werden können.

*„...ist auch wichtig, dass man sich (Anmerkung: im Management) damit im Alltag befasst, dass die Pflegenden das Gefühl haben, [...] die (benötigten) Rahmenbedingungen werden hier auch wahrgenommen, ernstgenommen und es ist eine Unterstützung da. Und da hab ich so meine Zweifel. Weil [...] da erleb ich einfach [...]wenn ich’s so sagen darf, dass [...] die Präsenz des Management hinsichtlich dieses Themas jetzteher auf der organisatorischen Ebene nicht so sehr greifbar ist.“ (IP6/161)*

*„Also ich denk schon, dass[...] irgendwo eine Balance da sein muss, auch wenn man selber sehr engagiert ist und einem auch das Gespräch mit dem Patienten wichtig ist, einfach für die eigene Motivation, berufliche Zufriedenheit [...]dass man seine Arbeit gut macht, dass man das dann auch aufzeigen muss“ (IP6/251)*

### 4.3 Pflegebeziehung und Auswirkung auf den Pflegeprozess

Von den meisten Interviewpartnern wurden die Pflegebeziehung und deren Aufbau über die Gespräche für wichtig erachtet, weil erst dadurch die wirklich persönlichen Informationen vom Patienten ausgesprochen werden und diese für eine patientenorientierte Pflegeplanung abgeleitet werden können. Die Patientenorientierung läuft über die Pflegebeziehung und wirkt sich deshalb auf den Pflegeprozess und auf die darin getroffenen pflegerischen Entscheidungen aus. Ebenso steht die umfassende Pflegeanamnese mit dem Beziehungsaufbau in enger Abhängigkeit. Der Zeitfaktor spielt beim Aufbau einer Pflegebeziehung eine bedeutend Rolle und beeinflusst dadurch alle Schritte im Pflegeprozess.

#### 4.3.1 Patientenorientierung über Beziehungsaufbau

Damit Pflegepersonen die für den Patienten persönlich wichtigen Informationen überhaupt erfahren, braucht es Zeit, die Pflegebeziehung zwischen Patient und Pflegeperson aufzubauen. Daraus kann dann erst eine individuell angepasste Pflegeplanung und Betreuung im Rahmen des Pflegeprozesses abgeleitet werden. Die Auswirkung einer Pflegebeziehung auf eine umfassende Wahrnehmung der Patientensituation und den daraus abzuleitenden einzelnen Prozessschritten wurde von mehreren Interviewten beschrieben.

*„... ich brauche Informationen, um wirklich gut pflegen zu können. Ich brauch Informationen, um einfach meine Pflege zu planen und auch über das weitere Hinaus, weil wie gesagt wir reden ja nicht nur von der Pflege, sondern man spricht immer schon von der ganzheitlichen Pflege. Also ich muss ja auch schauen, ok wie tut er daheim, wie tut er, was braucht er, was [...] kann ich ihm anbieten, dass es vielleicht leichter fällt [...] für ihn. Und natürlich brauch ich dafür Informationen und die krieg ich halt ned einfach so, wenn ich einfach ganz banal[...]danach frag.“ (IP8/80)*

*„Oder wenn der Patient wahrnimmt, ich hab jetzt wenig Zeit für ihn oder ich kann mich jetzt nicht auf ein längeres Gespräch einlassen, wird er mir gewisse Dinge nicht sagen.“ (IP9/237)*

In nachfolgender Aussage wurde die Pflegebeziehung als Grundlage dargestellt, um wichtige Informationen vom Patienten überhaupt zu erfahren, wichtige Aspekte wahrnehmen zu können, welche den daraus abgeleiteten Pflegeplan beeinflussen.

*es ist [...] wichtig für die Beziehung zum Patienten selber. Für diese Vertrauensbasis, damit der Patient [...] eben seine Bedürfnisse auch mir offenbaren kann. [...] und dass ich dann auch die Möglichkeit habe (.) die auch wahrzunehmen und zwar nicht nur während meiner Arbeit, sondern wirklich [...] Zeit dafür zu nehmen für ein Gespräch, damit ich im Gespräch auch gewisse Aspekte wahrnehmen kann. (IP6/201, 203)*

*„Ich find, eine sehr hohe Priorität, weil durch diese Gespräche werden Informationen weitergegeben, die erstens die Sicherheit bringen, dem Patient und auch mir – ich kann den Tag planen.“ (IP9/141)*

Die Möglichkeit der Patientenorientierung über das Gespräch und den daraus entstandenen Nutzen für die weitere Pflegeplanung wurde in allen Interviews deutlich gemacht.

*„...wenn ich Gespräche führen kann [...] ist es ja ein Beziehungsaufbau und je besser ich den Patienten kenne, umso besser kann ich ihn betreuen und verstehen.“(IP9/27)*

*„...wenn er mir erzählt, ja wenn er Vertrauen hat, sag ich jetzt mal ganz salopp, wird er mir vielleicht noch erzähl „Ja wissen Sie, mit meiner Tochter, mit meinem Sohn hab ich die Probleme“, wo er’s vielleicht sonst ned sagen würde. Und dann kann ich natürlich dort anknüpfen und mit diesen Informationen auch zum Wohle des Patienten arbeiten.“(IP8/50)*

#### **4.3.2 Umfassende Pflege-Anamnese**

Das Gespräch bei der Pflegeanamnese wurde von einigen interviewten Pflegepersonen als grundlegend für den weiteren Verlauf im Pflegeprozess beschrieben, aber nur von wenigen als das noch am ehesten gut zu führende Gespräch bezeichnet.

*„...meistens nicht so eine ideale Gesprächsmöglichkeit [...] also nicht so, wie ich's mir vorstellen würd, vielleicht noch am ehesten beim Anamnesegespräch, weil ohne dem kannst Du ja auch eigentlich nicht weiterarbeiten weil das ist so essentiell.“ (IP3/26,28)*

Der Aufbau einer Pflegebeziehung bei der Erhebung der Pflegeanamnese wurde von einzelnen Pflegepersonen als sensiblen Prozessschritt bezeichnet, den sie in der weiteren Pflegeplanung für sehr wichtig erachten, weil dies sich beeinflussend für den gesamten stationären Aufenthalt auswirken kann.

*„...hab ich in einer ähnlichen Situation zwei andere Frauen erlebt, die auch warten mussten (.), wo der Betrieb so hoch war, wo dann die Information nicht so geklappt hat und das zieht sich fort bis zur Entlassung. Das kann man nie wieder ausgleichen. Auch wenn man dann versucht hineinzugehen und Gespräche zu führen und sie haben sich am Anfang nicht wahrgenommen gefühlt und jetzt [...] geht das dann nicht mehr so leicht. Man muss dann sehr, sehr, sehr viel investieren, bis man die wieder auffängt.“ (IP4/94)*

*„...also was sicher so das erste Patientengespräch ist, was man macht, ist amal das Aufnahmegespräch [...] das ist eigentlich das Gespräch, wo ich sag, das hat am meisten Berechtigung [...] dass man Zeit dafür hat...“ (IP10/12)*

Andere wiederum sahen die Möglichkeiten, im Anamnesegespräch bereits eine Beziehung aufzubauen als eher schwierig, weil dieses Gespräch meist sehr rasch durchgeführt werden muss.

*„Meistens sehr unter Zeitdruck (.) das erleb ich häufig. Vor allem jetzt am Vormittag ich komm jetzt grad aus einem F (Anmerkung: sechs-Stunden-Frühdienst) – hab ein Aufnahmegespräch gehabt, mehrere Aufnahmen waren vor der Tür, es war unglaublich (.) stressig - ganz einfach. [...] musste das Aufnahmegespräch in der recht schnellen Situation dann wirklich durchführen.[...] also innerhalb kürzester Zeit extrem viele Daten erfassen, was sowohl für den Patienten aufwendig und anstrengend ist, als auch für mich - so hab ich's jetzt erlebt.“ (IP9/9-13)*

#### **4.3.3 Individuelle Evaluation**

Die Evaluation mit den Patienten, welche auch bei der Pflegevisite (PV) geschieht, wurde unterschiedlich dargestellt, sowohl in der Durchführung als auch vom Zeitraum her. Die Evaluation selbst wurde von vielen Interviewpartnern so beschrieben, dass diese über den gesamten Dienst verteilt durchgeführt wird

und nicht erst mit der Pflegevisite beginnt. Auch wurde angegeben, dass in der PV diese über den Tag laufenden Auswertungen nochmals mit dem Patienten besprochen und die Pflegemaßnahmen danach angepasst werden, wobei auch hier die Zeit als maßgeblicher Faktor genannt wurde, ob es eher ein Abfragen von Informationen durch die Pflegeperson ist oder sich ein wirkliches Gespräch zwischen Patienten und Pflegenden entwickelt.

*„...na ich versuch halt dann alles was mir noch aufgefallen ist, dann in der Pflegevisite anzusprechen, die bietet halt schon einen ganz guten Rahmen dafür.“ (IP3/36)*

*„Und dann wiederum bei der Pflegevisite dann diese Planung immer wieder zu evaluieren, anzuschauen, wie kommt diese und jene pflegerische Maßnahme beim Patienten an? Was kann man noch anders machen, was sind die Bedürfnisse, die Präferenzen der Patienten auch?“ (IP6/207)*

*„das fragt man ja explizit bei der Pflegevisite, wobei wenn da keine Zeit dafür ist, man eher nach anderen Dingen fragt, wie zum Beispiel die Infusionen: ‚helfen die gut?‘ Man [...] fragt dann einfach bestimmte Sachen ab, anstatt ein Gespräch dann zuzulassen. Man blockt das dann eher ab, würd ich sagen“ (IP10/75)*

*„Also wenn's jetzt ein stressiger Dienst ist und der Nachmittag ist voll mit Aufnahmen, [...] mit Visiten, mit bestimmter anderer Arbeit, dann wird es (das Gespräch) drastisch gekürzt. Man geht zwar durch und fragt das Wichtigste, aber Zeit nehmen für Pflegevisite ist dann [...] unter der Woche sagen wir ein Montagnachmittag mit typischerweise 5 Aufnahmen am Nachmittag, wird es sehr abgekürzt.“ (IP10/61)*

Die Interviewten beschrieben die Auswirkung von Zeit haben/ wenig Zeit haben auf die Durchführung der Pflegevisite doch als maßgeblich, weil die Pflegenden dann oft nur noch gewisse Pflegepunkte abfragen, sodass für den Patientenselbst kaum die Möglichkeit besteht, seine individuellen Bedürfnisse oder Fragen ansprechen zu können.

*„...aber an einem Sonntagnachmittag da geht jeder wirklich durch und macht seine Pflegevisiten, wie er's auch sonst gern machen würd. Das heißt nicht, dass die Diplomierten es nicht gern machen, aber es fehlt oft die Zeit.“ (IP10/61)*

*„... dann steigt auch die Wertigkeit und wenn die Leute lernen Pflegevisiten – ich sag jetzt halt immer Pflegevisiten, das ließe sich übertragen auf Anamnesen zum Teil auch – aber wenn sie so merken „Aha jetzt kommt wirklich was Wichtiges*

*vom Patienten – etwas, was er mir in einer anderen Situation, wenn ich jetzt gestanden wär oder nur rein gehuscht wäre, raus gehuscht wäre, nicht gesagt hätte.“ (IP4/272)*

*„...also Pflegevisite erfordert schon find ich [...] so eine Pflegevisite mit hinsetzen und richtig alles rund um durch besprechen - ein Gespräch führen können, des erfordert [...] einen ruhigeren Betrieb.“ (IP7/133)*

Diese dargestellte Einseitigkeit in der Gesprächsführung (eher ein Abfragen durch die Pflegenden) wurde doch von einigen Interviewpartnern bewusst als befremdlich wahrgenommen.

*„Ein befremdliches Gefühl hab‘ ich manchmal, wenn ich nicht wirklich Zeit hab‘ aber dann beim Patienten sitz‘ (.) und es dann mehr eine Checkliste ist, die ich abfrag. Das hilft mir zwar auch, weil ich dann noch mal weiß, ob ich eh nix vergessen hab‘ und ich nochmal alles durchgehen kann. Aber da ist dann die Art, wie ich die Fragen stell‘ anders, weil ich [...] will nur das wissen, für mehr hab‘ ich grad eigentlich keine Zeit. Ich will nur wissen ob sie keine Thrombose haben und ob der Venflon schön ist und wie die Haut an der und der Stelle ausschaut, für viel mehr hat man da nicht Zeit.“ (IP2/164)*

#### **4.4 Beeinflussende Faktoren im pflegerischen Beziehungsaufbau zum Patienten**

Die Wahrung der Privatsphäre und die räumliche Situation ist ein stark beeinflussender Faktor beim Aufbau der pflegerischen Beziehung und hängt zum Teil auch mit der Anzahl der Patienten zusammen (Doppelbelegung der Zimmer). Die unterschiedlichen Dienstformen zeigen eine starke Auswirkung auf die Zeitressourcen und auf die Anzahl Patienten, die von den Pflegepersonen betreut werden. Die Patientenanzahl wiederum nimmt Einfluss auf die Zeit, die für den pflegerischen Beziehungsaufbau benötigt wird. Die Teamhaltung, die Teamkultur wirkt sich auf die zeitlichen Ressourcen innerhalb eines Dienstes aus und beeinflusst dadurch ebenfalls den pflegerischen Beziehungsaufbau.

Manche der einflussnehmenden Faktoren werden als stark störend beschrieben und machen es den Pflegepersonen ziemlich schwer, eine Beziehung zum Patienten über die Gespräche aufzubauen und vertiefen zu können.

Andere Faktoren werden für einen Beziehungsaufbau mit dem Patienten als fördernd beschrieben.

#### 4.4.1 Wahrung der Privatsphäre und Räumliche Situation

Die Umgebung mit den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten, in der die Gespräche stattfinden müssen und dabei eine Pflegebeziehung zum Patienten aufgebaut werden möchte, wurden von allen Pflegepersonalen oft störend, mangelhaft und unangenehm beschrieben. Durch die beschriebene Gesprächssituation (nicht allein im Zweibettzimmer, kein spezieller Gesprächsraum) konnte die Privatsphäre der Patienten im Gespräch selbst sehr schlecht geschützt und gewahrt werden. Darin wurde von den Interviewten eine Gefahr gesehen, dass der Patient einige seiner Beschwerden oder Schwierigkeiten gar nicht anspricht, weil sich noch eine dritte Person (der Bettnachbar) im selben Raum befindet und Informationen mithören könnte, die eigentlich nur für seine Pflegebezugsperson bestimmt wären.

*„...also vom Räumlichen [...] auf den Stationen [...] versucht man dann eh auch, sich entweder in das Zimmer zurück zu ziehen, oder in den Wintergarten auszuweichen, so dass der Patient auch das Gefühl hat, er ist da alleine mit mir im Gespräch.“ (IP2/121)*

*„...also was ich ganz furchtbar finde, ist, dass wir keinen Besprechungsraum haben. Wir [...] führen sehr, sehr viele Gespräche in Doppelzimmern, ich würd in einem Doppelzimmer viele Dinge nicht sagen. Wenn ich weiß da hören noch zwei Ohren mit, die das nix angeht, würde ich viele Dinge nicht sagen. Und den Eindruck hab ich auch immer wieder beim Patienten.“ (IP4/182)*

*„...manche Leute haben halt vielleicht nicht die perfekte, heile Umwelt zu Hause und wollen vielleicht auch nicht, dass das jeder hört. Also diese Hemmung überhaupt über die tatsächlichen Situationen zu reden. Ein Zweibettzimmer hemmt, es nimmt uns nötige Informationen, weil sie nicht kommen, oder weil man auch nicht traut zum Nachfragen - nicht in einem Zweibettzimmer! wir versuchen's ja so gut wir die Möglichkeiten haben (eine Privatsphäre zu schaffen), aber manchmal müssen wir auch schauen, wann bringen wir ein Gespräch überhaupt unter. Juhu jetzt haben wir 5 Minuten, Gemma!“ (IP4/204)*

#### 4.4.2 Anzahl der Patienten

Die Anzahl der zu betreuenden Patienten und die oft daraus resultierenden knappen Zeitressourcen wurden als stark einschränkend oder hemmend für die Durchführung eines Gespräches mit den Patienten beschrieben.

*„...wenn ich acht/neun Patienten hab [...] dann ist einfach das Limit erreicht und dann schaut man wirklich nur mehr, dass das Nötigste getan wird. Also einfach wirklich die Grundversorgung getan ist. Und da ist für Gespräche führen keine Zeit.“ (IP8/144)*

*„...wenn wir zu dritt sind, hab ich, wenn wir (alle Betten belegt) voll sind, neun Patienten. Also acht bis neun und das ist dann von der Zeiteinteilung her natürlich enorm, vor allem am Nachmittag zu dritt [...] geht das fast gar nicht mehr, die Pflegevisiten so zu machen, wie man das haben will. Vor allem wenn wir pflegebedürftige Patienten auch sehr viel haben und man eigentlich darauf konzentriert ist, dass die dann versorgt sind. Also i bin oft dann am Abend froh, dass alle zumindest das erhalten haben, was sie gebraucht haben. Gesprächsführung aber nicht mit eingeschlossen. Also einfach, dass ich alle mobilisiert hab am Nachmittag, das Essen eingeben konnte oder die Inkontinenzversorgung durchführen konnte oder solche Sachen wie auch Infusionen, Medikamente...“ (IP10/205-209)*

Auch die Art der Erkrankung des Patienten zusammen mit der Anzahl der zu betreuenden Patienten wurde als zusätzlicher Druck beschrieben und als starken Einfluss auf die Ruhe der Pflegeperson in einer pflegerischen Gesprächsführung empfunden.

*„...hab zum Beispiel heute wieder einen depressiven Patienten gehabt (.), wo ich wirklich das Gefühl gehabt hab: ‚So und jetzt will ich aber wirklich die Pflegevisite gescheit machen und ich will ein bisschen hinter die Fassade blicken‘ - hab aber während der Pflegevisite, wo ich versucht hab ein bisschen mehr zu erfragen, was einfach noch nirgends aufgeschienen ist, so einen Druck empfunden, weil ich ja noch so viele andere Aufgaben im Nacken hab, dass es mir fast leidgetan hat. Aber ich hab mir dann doch ein bisschen mehr Zeit genommen als üblich [...] ja meistens erleb ich’s als zu wenig Zeit.“ (IP9/17)*

Die Mischung in der Betreuung von bereits stationär zu pflegenden Patienten und der intensiven Arbeit mit den neu aufzunehmenden Patienten, die oft für eine noch am selben Tag stattfindende Operation vorbereitet werden müssen, wurde als sehr belastend beschrieben.

*„Weil grad in der Früh, wenn ich eine Aufnahme bekomme und sag ‚ich bin jetzt auf [...] dem Zimmer und mach das Aufnahmegespräch‘, dann wird das vielleicht zur Kenntnis genommen. Die anderen zwei Kolleginnen sind aber selber grad [...] beim Waschen mit einem Patienten und können jetzt nicht auf Glocken gehen, die eigentlich für mich gedacht sind und mir das abnehmen. Und dann sehe ich natürlich der läutet und läutet [...] zwei Minuten, in drei Minuten immer*

noch, dass mir das keiner abnimmt und dann weiß ich natürlich, ich muss mich beeilen, weil ich werd woanders auch gebraucht.“ (IP9/159)

„...und jeder Patient ist nicht so, dass er sich von sich aus meldet und da gibt es sicher die Patienten, die einfach sehr zurückhaltend sind und sich denken:‘ mah, die hat eh so viel zu tun und da nerv ich sie jetzt nicht!‘ Das sind halt meistens die, die dann zu kurz kommen. Und die, die dauernd „schreien“ kriegen eh andauernd, was sie wollen und das ist dann oft gar nicht so relevant. Also es kommt dann sehr auf die Persönlichkeit der Patienten an, eigentlich, wie das dann so verläuft.“ (IP3/101)

„wir haben ja gemischte Stationen, chirurgische und jetzt viele neurologische Patienten. Das heißt wir haben viele demente Patienten, die Aufmerksamkeit benötigen. Chirurgische Patienten, aber auch andere neurologische Patienten, wie depressive Patienten - dann sollt ma also Zeit habe (...) ich nehm an, wenn wir jetzt nur neurologische Station wären ohne des chirurgische – das wär einfacher. Da würd‘ vieles wegfallen, weil einfach so a prä- und postoperative Betreuung viel Zeit braucht. Man muss eigentlich alles unter einen Hut bringen (.) und da kommt Gesprächsführung schon sehr kurz - die individuelle Pflegeplanung, die Möglichkeit überhaupt individuell zu planen, zu evaluieren, ist kaum gegeben. Kaum! Also manche Dinge sind laut Standard fix, dass man das macht. [...]Aber dassman sich jetzt hinsetzt und sich überlegt, wie könnt ich das individuell planen, das kommt zu kurz, definitiv.“ (IP10/215, 217)

„...wenn ich jetzt zum Beispiel auf die Station komm, ich hab [...] die Station vollbesetzt, ich hab meine Patienten, die hab ich den ganzen Tag, ist das Arbeiten viel leichter. [...] weil ich kann’s wirklich planen, ich brauch nicht nachdenken: ‚wart die Aufnahme muss ich jetzt noch dorthin schicken und jetzt ist’s dann bald so weit, jetzt müssten sie bald kommen‘ - sondern ich tu einfach. Ich kann mir meinen Tag schön einteilen mit den Patienten, wie schaut’s aus, wann wollen Sie raus? Wie machen wir’s am geschicktesten? Und dann sind alle zufrieden.“ (IP8/186,188)

#### **4.4.3 Die Teamhaltung / Teamkultur**

Die Teamhaltung wurde als stark beeinflussend auf das eigene Verhalten, auf das „sich Zeit lassen“ im pflegerischen Patientengespräch erlebt und beschrieben.

„...die Einstellung des Teams beeinflusst sehr, ja. Und ich kann mir gut vorstellen, dass es Teams gibt wo einfach, wo’s einfach darum geht, möglichst effizient, möglichst schnell alles erledigt zu haben, und da ist dann für ein

*Gespräch wenig Platz. Und wenn man's doch mehr (länger) führt, dann wird man sehr negativ raus stechen eigentlich und das wär' halt dann ein Problem.“ (IP2/150)*

*„...wenn man jetzt zum Beispiel 20 Minuten weg ist, dann kann's schon mal sein, [...] dass jemand kommt und fragt: ‚so kann ich was tun oder so, um das ganze bisschen abzukürzen?‘ [...] kann schon vorkommen. Oft mal werden so Patientengespräche ja [...] recht kurz gefasst, weil man hat ja noch so viel anderes zu tun und viel andere Arbeit, die noch erledigt werden muss.“ (IP10/49,51)*

*„...I hab das ja vorher schon mal kurz erwähnt, dass man manchmal, grad so wenn unter der Woche relativ viel los ist, wenn man dann lange in einem Zimmer war für eine Pflegevisite oder ein Anamnesegegespräch [...] dann manche sagen „du hast zu lange für deine Anamnese gebraucht“ – so jetzt unter Anführungszeichen (IP10/242)*

Eine bestimmte Teamhaltung wurde sogar als Ursache für eine Veränderung im „sich Zeit nehmen“ für das Patientengespräch angegeben.

*„...wenn das Team jetzt immer abfällig drüber reden würde, [...] wenn man mit jemandem länger redet, oder Kolleginnen abfällig äußern würden über die sich halt mehr Zeit nehmen, dann würd' man sich halt selber weniger Zeit nehmen, automatisch, weil man das ja nicht möchte (.) dass die Kolleginnen unzufrieden sind.“ (IP2/146)*

*„...ich kann mich erinnern an eine Kollegin; die das sehr gut gemacht hat, die hat sich für jeden Patienten sehr viel Zeit genommen und die hat man dann im Stützpunkt kaum noch gesehen. Aber das [...] hab' ich auch als Kollegin gespürt, als unangenehm, weil es kommen Anrufe, es kommen Ärzte und es bleibt dann alles an den Anderen hängen. [...] es ist zwar vom pflegerischen her wahrscheinlich die beste Arbeit gewesen, die sie hat machen können - im Team aber [...] man muss ja zusammen arbeiten und [...] dann fallt's dann dort weg. Es ist einfach[...] es fehlt an Ressourcen – wenn mehr Zeit für alles wär, dann könnt' man beides unter einen Hut kriegen, praktisch. Und so ist es entweder oder [...]man muss sich entscheiden für eines...“ (IP2/53)*

Die Zusammenarbeit im Team wurde von einigen Interviewten gerade beim Führen des Anamnesegespräches als hilfreiche Entlastung oder als Ressource beschrieben.

*„...ich sag's vorab den Kollegen [...] ich geh jetzt zu einem Patienten Anamnesegegespräch führen, die wissen, ich bin jetzt für eine viertel Stunde zumindest weg und die schauen auch, dass man in der Zeit frei ist und ich mich wirklich dezidiert dem Patienten widmen kann.“ (IP5/56)*

Ein Austausch im Team über die vom Patienten erhaltenen Informationen, die sich aus einem etwas "länger dauernden" Gespräch mit dem Patienten ergaben, wurden als Erhöhung des gegenseitigen Verständnisses im Team erlebt.

*„...ich glaub das ist, zumindest bei mir, ist das schon ein wichtiger Punkt, dass man natürlich möchte, dass die Kolleginnen dann auch zufrieden sind, weil es zum größten Teil auch eine Teamarbeit ist. Aber bei uns [...] erleb' ich das eigentlich nicht. Da ist es eigentlich sehr interessant, da [...] kommen dann oft Informationen ‚ach da hab' ich jetzt erfahren, dass eine Patientin so und so‘ (Anmerkung: Schwierigkeiten zu Hause hat oder Sorgen wegen ihres Haustieres äußert) und das ist dann auch interessant und interessiert auch die andern Kollegen und man tauscht sich über sowas aus, wenn man Gespräche mit den Patienten geführt hat.[...] also, die haben dann quasi auch mehr Verständnis, dass man länger dort war, weil dann was raus gekommen ist.“ (IP2/146)*

#### **4.4.4 Zeit haben und Dienstform**

Die Dienstform des „kurzen“ Frühdienstes (F) mit der Dauer von sechs Stunden sowie auch der Acht –Stunden-Frühdienste (FD) wurden von den Pflegepersonen als erschwerende Faktoren für einen pflegerischen Beziehungsaufbau mit dem Patienten genannt, weil allein die kürzere Dienstzeit als einen enormen Druck von der Pflegeperson erlebt wird .

*„...natürlich hat man mehr Stress, wenn ich sechs Stunden Zeit hab und dann die Arbeit von 12 Stunden machen soll, das geht sich rein rechnerisch ja schon nicht aus, deswegen hab ich lieber diese langen Dienste, weil ich einfach (.) mehr Zeit hab.“ (IP8/206)*

*„...wenn man jetzt einen (kurzen) Frühdienst macht, also ein „F“ (6h-Dienst) dann kann man eigentlich [...]wirklich nur so das Abarbeiten [...] von bestimmten Punkten. Da kommt so ein Patientengespräch höchstens bei der Körperpflege vor, würd ich sagen“ (IP10/179)*

*„...ich denke viele Dinge werden vom Patienten nicht angesprochen, weil wir die Zeit auch nicht haben, was vielleicht aber wichtig wäre, sicher wichtig wäre“ (IP3/97)*

*„...man kriegt das ja mit als Patient, nehm ich mal an, wenn man weiß, man sitzt da wie auf Nadeln – eigentlich steht ihm das ja zu, dass man ihm zuhört und auf alles eingeht, um dann eben bestmöglich handeln zu können.“ (IP3/12)*

„Genug Zeit haben“ wurde von allen Interviewpartner als förderlicher Faktor für den pflegerischen Beziehungsaufbau bezeichnet und diese Zeit wurde am ehesten in einem langen Dienst, also in den 12,5 h-Diensten, als gegeben gesehen.

*„...optimal als Voraussetzung ist natürlich der Zeitfaktor - dass ich nicht das Gefühl habe, ununterbrochen auf die Uhr schauen zu müssen, weil ich schon wieder zum nächsten Patienten muss.“ (IP3/10)*

*„...da find ist sehr gut, dass wir lange Schichten haben – ich sehe das eher mehr als Vorteil, auch wenn sie körperlich und auch oft psychisch anstrengend sind [...] diese langen Schichten aber geben wirklich Zeit, den Patienten [...] während eines ganzen Tages kennen zu lernen und im gesamten Tagesablauf unterstützen zu können dadurch.“ (IP1/232)*

*„Also von der Dienstzeit muss ich schon mal sagen, dass ich mir wesentlich leichter tu, wenn ich weiß, ich hab den ganzen Tag Zeit.“ (IP5/74)*

*„...also ich mach meistens Tagdienste, da kann man sich das frei einteilen, also das ist schon förderlich find ich [...] also dieser 12 ½ Stunden-Dienst...“ (IP10/175)*

*„weil wenn ich einfach diese 12 Stunden Zeit habe für meine Arbeit und ned nur sechs oder sechseinhalb oder achteinhalb Stunden Zeit habe. Kann ich's mir an und für sich anders einteilen.“ (IP8/202)*

*„...ich hab [...] sehr gerne Menschen mit hohem Pflegebedarf, wenn ich viel Zeit für sie hab', ja dann macht das richtig Spaß [...] wirklich gut auf alles zu schauen und mit den Leuten sich wirklich viel Zeit zu nehmen. Wenn man weiß, man hat nicht viel Zeit, ist das halt alles irgendwie viel schwieriger und oft unbefriedigender.“ (IP2/41)*

## 4.5 Erlebte Wertschätzung der Gesprächsleistung

Alle unten angeführten Unterkategorien stehen im Zusammenhang mit einer von den Pflegenden erlebten Wertschätzung ihrer Gesprächsführung mit den Patienten.

### 4.5.1 Auswirkung auf Befindlichkeit der Patienten

Die Interviewten bestätigten alle, dass die Patienten das Bedürfnis nach Gesprächen zeigen und dass die Auswirkung dieser Gesprächsleistung auf die Befindlichkeit (ruhiger, orientierter, zufriedener) der Patienten als Wertschätzung erlebt wird.

*„Aber es ist mir auch wichtig durch diese Gespräche die Sicherheit zu vermitteln. Viele (Patienten) sind einfach verunsichert, wissen nicht wann was passiert oder fühlen sich allein gelassen und wie in Vakuum verpackt. Und des ist mir dann wichtig die Patienten da ein bisschen (.) zu sich selber zurückzuholen vielleicht das ist jetzt ein komischer Ausdruck, aber mir kommt vor, dass die Patienten dann viel ruhiger und gefasster wirken oder orientierter (lacht) mit der ersten Situation. Und das macht mir Freude zu sehen, dass das wirklich funktioniert. Also für mich hat das eine sehr hohe Bedeutung. Und wenn's jetzt nur ein paar Worte sind, die so schnell zwischen Tür und Angel aber meistens freut das die Leute und sie sehen „Ich werd wahrgenommen – ich bin nicht alleine – und die kümmert sich um alles“ oder „an die kann ich mich wenden, wenn was los ist“. (IP9/121)*

*„Wenn die Patienten zufrieden im Bett liegen, ned viel brauchen, war's ein angenehmer Tag. Wenn die Patienten viel sprechen wollen, war einfach keine Zeit tagsüber und das wollens dann halt in der Nacht aufholen, was natürlich dann auch wieder nicht geht, weil wenn ich das bei 25 Patienten mach, werd ich um Mitternacht fertig mit meiner Runde – geht natürlich auch oft nicht, aber man merkt's schon. Sie verlangen es aber zu einem gewissen Grad.“ (IP8/166)*

*„Weil ich glaub, alles was nur so ein bisschen mit sich da nur so hinstellen zwischen Tür und Angel, das merken auch die Patienten: ‚Ah der hat nicht wirklich Zeit gell - der muss eigentlich schon wo anders hin‘. Und so durchs Hinsetzen und durch die Ruhe vermitteln ja (...) wirken sie auch sehr zufrieden.“ (IP7/321)*

#### 4.5.2 Wertschätzung durch Dokumentation

Die Wertschätzung der pflegerischen Gesprächsleistung könnte sich, laut den Interviewpartner, so zeigen, dass diese zumindest im Pflegebericht der Patientendokumentation aufscheinen sollte, so wie dies für die durchgeführte Pflegevisite als üblich beschrieben wurde. Auch das pflegerische Erstgespräch (Anamnesegespräch), wird in einem speziellen Dokumentenblatt festgehalten und wurde deshalb auch als wertvoll beschrieben. Die Wichtigkeit Gesprächsleitung sichtbar zu machen wurde von den Interviewpartnern oft genannt.

*„...es ist halt so, viele Gespräche werden ned so dokumentiert oder validiert, wie’s halt im Rahmen der Pflegevisite passiert. Also man hat natürlich auch für diese Art der persönlichen Gespräche ned wirklich einen Leitfaden...“ (IP8/56)*

*„Einmal am Tag wirklich für das Gespräch mir Zeit zu nehmen. Das bedeutet nicht, dass man nicht sonst auch mit dem Patient im Gespräch ist, aber es ist da wirklich die Zeit, da wo ich sage [...] für diese Aufgabe [...] die ja auch sichtbar gemacht ist durch die Pflegevisite, [...] gehe ich jetzt zum Patienten[...] um mit ihm zu sprechen.“ (IP6/40)*

#### 4.5.3 Wertschätzung in der Pflegekategorisierung

Zur Frage wie die pflegerische Gesprächsleistung in der täglichen Pflegekategorisierung zur Geltung kommt, zeigten sich die Interviewpartner alle eher nachdenklich und es wurden dann interessante, wenn auch unterschiedliche Aspekte oder auch Wünsche dazu gebracht, die in Folge aufgelistet sind.

*„Also mein Wunsch wäre auch, da diese Pflegekategorisierung schon sehr wenig [...] das Thema Gespräch und Kommunikation darstellt zum jetzigen Zeitpunkt zumindest. [...] und schon auch immer die Erklärung kommt, dass das da und dort integriert ist [...] aber ich hätte schon den Wunsch, [...] dass das schon als [...] eigenständige Kategorie hier [...] dargestellt werden sollte. ...inder Kategorisierung selber [...] alleine schon das würde zweierlei Bedeutungen haben: einerseits, dass es wirklich besser erfasst wird der Aufwand, wird ja auch unterschiedlich sein der pflegerische Aufwand für die Gespräche und andererseits hat’s auch ein symbolisches Wert, finde ich.“ (IP6/289,291)*

*„...eben weil wir so viele Arbeiten zu erledigen haben, vergisst man das vorerst mal und man kommt irgendwann im Rahmen des Tagesablaufs drauf ,hoppla,*

*ich muss ja noch kategorisieren.‘ Ich find‘ prinzipiell, dass wir vielleicht zuwenig eingeschult sind auf das ganze System der Kategorisierung...“ (IP1/246)*

*„... und wenn wir zu niedrig kategorisieren, scheint es ja so, als würden wir weniger tun, obwohl wir eigentlich mehr getan haben, einfach nur weil man sich nicht im Klaren ist was ich hier alles anklicke. Ich glaube irgendwie, dass wir zu wenig geschult sind darauf, dass wir’s dann richtig machen.“ (IP1/250)*

*„...dann hat’s geheißen, wir stufen zu hoch ein. Auch wenn jetzt zum Beispiel jemand alle zwei Minuten läutet, weil er so einen hohen Redebedarf hat. Das haben wir öfter, grad bei den neurologischen Patienten, die unselbstständig sind, einen hohen Pflegebedarf hätten undzusätzlich aber auch noch einen sehr hohen Gesprächsbedarf. Wenn wir das dann [...] auf der medizinischen Ebene ein bisschen höher einzustufen wagen in der Kategorisierung, wurde dies des Öfteren kritisiert, und schon deswegen vermeiden wir das tunlichst.(IP10/298)*

#### **4.5.4 Wertschätzung in der Organisation**

Die Wertschätzung der Gesprächsarbeit durch die Mitarbeiter der Station und der Institution wurde von einigen Interviewten als eher gering erlebt, weil oft der Vorwurf gemacht wird, dass z.B. ein Anamnesegespräch zeitlich zu lange dauern würde.

*„...wenn dann manche sagen: ‚du hast zu lange für eine Anamnese gebraucht‘ – so jetzt unter Anführungszeichen, find ich, die Wertigkeit nicht so hoch. Ich glaub zwar nicht, dass wer das auch immer sagt, dass der sich das dann auch genau überlegt hat. Aber einfach in dem Zusammenhang, es ist viel zu tun, man hat keine Zeit für ein Gespräch: ‚warum hast du jetzt so lange gebraucht?‘ Ma will auch selber nicht den anderen das Gefühl geben: ‚so jetzt nehm ich mir zu viel Zeit und helfe dir nicht‘ oder ‚ich nehm jetzt die nächste Aufnahme nicht, weil ich zu lang gebraucht hab für das Gespräch‘ zum Beispiel - das hat eindeutig eine andere Wertigkeit.“ (IP10/244)*

*„Weil’s nicht einmal vom eigenen Berufskreis oder vom System anerkannt wird als Arbeit. Es läuft nebenher, es wird für selbstverständlich angesehen oder vielleicht auch gar nicht wahrgenommen, wie viel man mit dem Patienten spricht und welche Bedeutung das hat - das ist nämlich das, was einem auch den Druck macht und die Belastung, ja...“ (IP9/221)*

Auch wurde berichtet, dass zu wenig Rücksicht auf ein gerade durchgeführtes Gespräch genommen würde, sondern dieses immer wieder durch

unterschiedliche Unterbrechungen (Informationen, Telefonanfragen) gestört würde, was als eine geringe Wertschätzung dieser Arbeit wahrgenommen wird.

*„...ich muss natürlich auch kennzeichnen, dass ich im Zimmer bin, ich muss die Glocke einstecken, dann sieht natürlich auch die Sekretärin zum Beispiel wo ich grad bin oder die Stationsleitung schneit herein, mitten ins Gespräch und gibt Informationen weiter, die für mich gedacht sind. Die kann mir auch keiner abnehmen [...] aber, also das spür ich schon so.“ (IP9/161)*

*„Ich denke schon, dass man wirklich dieses Selbstbewusstsein braucht und das hat man nicht, das bildet man halt im Laufe der Zeit. Kommt sicher auch mit gewisser Erfahrung [...] und in einem Umfeld, wo eben [...] die Zeit fürs Gespräche nicht so wertgeschätzt wird, ist es sicher sehr schwierig, dieses Selbstbewusstsein aufzubauen [...] es ist wichtig, dass die Institution dahinter steht.“(IP6/281)*

*„...und für mich ist es einfach auch eine Haltungssache, dass wenn ich für ein Gespräch Zeit gebraucht habe, oder eben beim Gespräch dokumentieren Zeit gebraucht habe, hat die Berechtigung eben diese Mehr-Zeit. Ich weiß, dass keine Pflegende nach 12 ½ Stunden jetzt als Hobby eine halbe Stunde, dreiviertel Stunde jeden Tag dableibt. Und wenn das notwendig ist, muss so viel Vertrauen da sein von Seiten der Institution, die sagen soll: ‚es war notwendig‘ und eigentlich dieses Engagement der Einzelnen nicht in Frage stellen, ja?“ (IP8/265-267)*

Der nachfolgende Satz einer Pflegeperson hat bereits während des Interviews beide Beteiligten nachdenklich gestimmt (Notiz Interviewprotokoll) und soll diesen Teil abschließen.

*„Wenn ich ein Gespräch nicht führ‘, wirkt sich das auf mich aus und auf den Patienten, aber...man kriegt von außen her dann eigentlich kein Problem.“ (IP2/41)*

## 5. Diskussion mit Limitation und Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es, die von den betroffenen Pflegepersonen erlebten Möglichkeiten und Rahmenbedingungen sowie die förderlichen und hemmenden Einflussfaktoren für Patientengespräche in Erfahrung zu bringen.

Der Zeitliche Faktor in der Gesprächsarbeit sowie die Auswirkung der Patientengespräche auf den Beziehungs- und Pflegeprozess sollten aus der Sicht der Pflegenden näher beleuchtet werden.

In diesem Kapitel werden nun die gewonnenen Ergebnisse der Interviews zusammengefasst beschrieben und mit der Literatur vergleichend diskutiert. Diese Diskussion wird anhand der Hauptthemen aus den Interviewergebnissen geführt. Im Anschluss daran erfolgt dann die Schlussfolgerung der Autorin.

### 5.1 Die Bedeutung des „Gesprächs“ im Pflegebeziehungsprozess

Dem Gespräch in der Pflegebeziehung zum Patienten wurde von allen Interviewpartnern eine sehr große Bedeutung beigemessen.

Es wird von den Pflegenden als ein unverzichtbarer und erheblicher Teil der Pflegearbeit gesehen, weil es eine Vertrauensbasis schafft, den Zugang zum Patienten selbst und in Folge auch zu dessen wichtigen Informationen ermöglicht. Aber auch die Bedeutung für das Wohlbefinden der Patienten sowie für die Zufriedenheit der Pflegepersonen selbst wurde beschrieben.

Dieser Zusammenhang beschreibt Christa Olbricht (1999) mit *„Eine emotionale Befindlichkeit ist oft die Motivation für berufliches Handeln“* (Olbricht, 1999, S.79).

Die Vielseitigkeit der Gesprächsbedeutung in der Pflege wurde von allen Interviewten mit Beispielen bestätigt, dabei wurden Unterschiede zwischen den bereits etwas „etablierten“ Gesprächen wie dem pflegerische Anamnesegespräch und dem Evaluationsgespräch bei der Pflegevisite und den weniger beachteten oder gewerteten „arbeitsbegleitenden“ Gesprächen festgestellt. Letztere wurden oft als „nebenher laufend“ bezeichnet, weswegen

sie eher nicht als extra Arbeitsleistung anerkannt werden, auch weil Gespräche „einfach zur Pflege dazu gehören“.

Die Vielseitigkeit wird von Abt-Zegelin (2009, S.003) als „*Inhalte und Anlässe von Gesprächen sind unendlich*“ bezeichnet.

Interessanterweise wurde von einigen Interviewpartnern angenommen, weil dieser Austausch mit den Patienten im Gespräch den Pflegenden Spaß und Freude macht und eine Motivation für die Ausübung des Berufes darstellt, deshalb diese bedeutende Gesprächsleistung von den Pflegenden selbst oft nicht als „Arbeit“ gewertet wird.

Diese Annahme, dass Spaß haben in der Gesprächsführung mit Patienten als Grund gesehen wird, weswegen das Gespräch nicht als Arbeit zählen würde, konnte von der Autorin in der Literatur bisher nicht gefunden werden.

Bei der Einteilung der Gespräche in zwei Gruppen /Arten wird zum Ausdruck gebracht, dass die nicht fachlichen (privaten, persönlichen) Gespräche den Hintergrund für die fachlichen Gespräche bilden und zum Verstehen beitragen.

Als erste Gruppe wurden von allen die „fachlichen“ oder „medizinisch-pflegerischen“ Gespräche genannt, die sich stark auf den organisatorischen, informellen und pflegerisch-fachlichen Teil beziehen (Pflegerischen, Infusionswirkung, Medikamente, Untersuchungen, Informationen über Tagesablauf und Planung).

Als zweite Gruppe wurden die „persönlichen“ oder „individuellen“ Gespräche genannt, welche auch oft als „Small Talk“, als „Plaudern“ oder auch als „Tratschen“ bezeichnet wurden. German Quernheim (2010) bezeichnet die zweite Gruppe als wichtiger Einstieg ins Gespräch, weil damit Vertrauen geschaffen wird. Dies wird von Angelika Abt-Zegelin bestätigt, in dem sie feststellt, dass die doch wichtigen Gespräche mit den Patienten immer noch als „Schwatz“ herabgewürdigt werden (Abt-Zegelin, 2004, S.323).

Das Bewusstsein, dass diese zweite „persönliche“ Gesprächsart doch sehr wichtig für den Beziehungsaufbau mit den Patienten ist, zeigte sich bei allen Interviewpartnern, indem sie diese Gespräche auch als „Türöffner für die wirklichen Patientenprobleme“ bezeichneten. Dies wird von Quernheim mit dem Begriff „Angleichen“ bezeichnet (Quernheim, 2010, S.105).

Dennoch erlebten die Interviewten von anderen Pflegepersonen im Team sowie von anderen Berufsgruppen des Öfteren eine eher geringschätzende Haltung gegenüber „längeren Gesprächen“ mit einem Patienten. Vor allem wenn auf der Station viele Neuaufnahmen oder mehrere Arztvisiten zu bewältigen seien, wird erwartet, dass Gespräche kurz gehalten werden, damit das Funktionieren des Stationsbetriebes für alle besser unterstützt und gewährleistet werden kann. Diese Gruppenzugehörigkeit wird auch vom Quernheim (2010) als „soziale Identität“ bezeichnet.

Den Gesprächen bei einer Pflegehandlung wie zum Beispiel bei der Unterstützung in der Körperpflege wurde von allen Interviewpartnern eine spezielle Bedeutung zugewiesen. Einerseits werden solche Gespräche teilweise bereits als Evaluation und Vorbereitung für die Pflegevisite gesehen und genutzt, um zeitliche Einsparungen zu erreichen. Andererseits wurden sie als Mittel zur Auflockerung einer angespannten Situation, zur Verringerung einer peinlichen Situation (z.B. bei Inkontinenzversorgung) beschrieben.

Interessanterweise wurden diese Gespräche bei der Körperpflege von einigen Pflegepersonen als „angenehm und eher in Ruhe führen zu können“ beschrieben, weil durch den zeitlichen Aufwand einer pflegerischen Handlung auch den zeitlichen Aufwand fürs Gespräch wie „legitim“ erscheinen lässt und somit auch keine nähere Begründung dieses Zeitaufwandes gegenüber den Kollegen im Team verlangt.

Deshalb wurde für „selbständige“ Patienten von vielen Interviewpartnern die Gefahr gesehen, dass diese in der Gesprächsbetreuung zu kurz kommen würden.

Wenn keine Unterstützung nötig sei, wird von den Pflegepersonen beschrieben, dass in hektischen Zeiten mit diesen sogenannten „selbständigen“ Patienten kaum ein zusätzliches Gespräch geführt würde, was als Vernachlässigung in der pflegerischen Betreuung empfunden wurde. Dieses Ergebnis wird auch in der Studie von Williams & Jones (2006) *“Patients assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor“* beschrieben.

Die Qualität eines Gespräches wurde mit verschiedenen Merkmalen wie „Sich Zeit nehmen“, sich „in Ruhe beim Patienten sitzend“ über seine Befindlichkeit, Gefühle oder Sorgen zu unterhalten beschrieben. Also sich „über das Notwendigste hinaus“ mit dem Patienten unterhalten zu dürfen, oder „auf

Augenhöhe“ einen gegenseitigen Austausch im Gespräch zu erreichen, wird als Qualitätskriterium beschrieben.

Um Qualität im Gespräch zu erzielen, wurden auch Idealsituationen für die Durchführung genannt, die die Pflegepersonen jedoch im Pflegealltag oft als nicht gegeben erleben, obwohl sie allen Interviewten als wichtig für eine gute Pflegebeziehung zum Patienten erscheinen. Darunter verstanden die Pflegenden auch ein „gedanklich frei sein von Problemen“ und ein Zustand des „sich Wohlfühlens“ damit ihre Offenheit für die Anliegen der Patienten möglich wird. Diese Aussage wird auch in der Studie von Köhl und David (2010) bestätigt, in der eine entspannte Aufmerksamkeit eine Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit der Testpersonen bewirkt hatte.

## **5.2 Selbstverantwortung im Aufbau der Pflegebeziehung**

In dieser Kategorie kann unter anderem aufgezeigt werden, dass sich Pflegepersonen mit der Verantwortung für die Pflegebeziehung ziemlich oft alleine gelassen fühlen, wenn die Rahmenbedingungen als nicht an die geforderten Leistungen der Pflege angepasst erlebt werden.

Als große Motivation für die Pflegenden wurden die persönlichen Gespräche mit den Patienten genannt, wenn Wünsche oder ganz private Informationen anvertraut werden, die gemeinsam besprochen und für die dann auch Lösungswege gefunden werden können.

Die fachliche Verantwortung in der Pflegebeziehung zum Patienten wird von den Pflegepersonen ganz bewusst erkannt und deshalb nach Möglichkeit und oft aus eigenen Kräften heraus umgesetzt.

Die Theologin Großklaus-Seidel (2002, S.74) bezeichnet das aus der Sicht der Ethik als „Verantwortung für das eigene Handeln“.

Im Umgang mit den organisatorischen Bedingungen beschreiben die Pflegepersonen, dass sie an Grenzen gelangen, welche das Umsetzen der notwendigen Gespräche im Pflege- und Beziehungsprozess mit den Patienten aus eigener Kraft manchmal unmöglich machen. Dies wiederum wird in den Interviews als emotional belastend beschrieben, da das fachliche Wissen um die Wichtigkeit der Gespräche in der Patientenbeziehung natürlich vorhanden sei, aber die oberflächliche oder nicht erfolgte Umsetzung dieser Leistung das

beschriebene „schlechte Gewissen“ auslösen kann, welches eine zusätzliche Belastung jedes einzelnen bedeuten kann. Im Artikel „Wesen beruflicher Pflege“ werden diese Leistungen von Angelika Abt-Zegelin als „professionelle Pflege“ und Pflege ist Beziehungshandeln“ bezeichnet (Abt-Zegelin 2002,S.4).In der Studie von Hulkers (2001) werden wesentliche Aspekte aus Leitbildern als Anforderungsprofil pflegerischer Beziehung aufgelistet (Wertschätzung, Einbeziehen, Informieren), welche die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit unterstreichen und die Pflegepersonen.

### **5.3 Pflegebeziehung und Auswirkung auf den Pflegeprozess**

Der Pflegeprozess in einer Art „Standardversion“ könnte anscheinend oberflächlich gesehen auch ohne eine tiefere Gesprächsführung mit den Patienten ausgearbeitet, schön dargestellt und dokumentiert werden. Aber eine wirklich individuelle Pflegeplanung entsteht erst über die Gespräche, die ein gegenseitiges Kennenlernen ermöglichen, den Beziehungsaufbau fördern und dabei vielfältige, wichtige und auch sehr persönliche Informationen eröffnen – dies wurde in allen Interviews klar bestätigt.

Die Patientenorientierung, die individuelle Planung mit dem Betroffenen basiert auf dieser persönlichen Gesprächsleistung und würde von den Pflegenden teilweise gern selbstbewusster als Pflegehandlung und wichtige Arbeit dargestellt und deklariert werden, indem auch Zeit und Raum dafür eingefordert werden müsste. Dass Die Pflege ihre Berufsinhalte nicht deutlich macht, beschreibt Angelika Abt-Zegelin, indem sie auf die nicht erwähnte Beziehungsarbeit bei der Dienstübergabe oder in der Dokumentation hinweist. (Abt-Zegelin, 2002, S.4f)

Durch ein stetes Aufzeigen, was alles geleistet wird, zum Beispiel auch in der Dienstübergabe, könnte diese immer noch im schattenstehende Leistung „Gespräch“ mehr Wert oder Anerkennung erlangen in der Gruppe der Pflegenden selbst und in späterer Folge auch in den anderen Berufsgruppen, die mit der Pflege zusammen arbeiten.

#### **5.4 Beeinflussende Faktoren im pflegerischen Beziehungsaufbau zum Patienten**

Die Umgebung wird von allen Interviewpartnern als beeinflussend auf das Führen eines Gespräches erlebt. Störungen, die durch andere Patienten im Zimmer, durch Ärzte, Pflegepersonen oder Reinigungsfachkräfte verursacht werden und eine Unterbrechung der Gesprächssituation, lenken beide Beteiligten ab und beeinflussen die Konzentration der Gesprächspartner, unterbrechen sowohl den Gesprächsfluss des Patienten wie auch die Gedankengänge der Pflegepersonen und werden deshalb auch als „stark störend“ und „nervig“ bezeichnet.

Eine Ursache von nicht idealer Aufnahmegesprächssituation wird in der „Doppelbesetzung von Patientenbetten“ gesehen, welche in einigen der erlebten Fallbeispielen den ganzen Krankenhausaufenthalt der Patienten negativ beeinflusst und „vermiesst“ hat. Diese dabei entstandene Unzufriedenheit beim Patienten, der auf „sein Bett und den Zimmereinzug“ warten muss, wird als ein bleibender Zustand beschrieben, der trotz pflegerischer Bemühungen mit erklärenden Gesprächen als nicht wieder „gutzumachend“ bezeichnet wurde. Diese ungünstige Startsituation bedeutet laut den Interviewten, dass in den nachfolgenden Pflegetagen sich die Zusammenarbeit mit den unzufriedenen Patienten als sehr anstrengend und mühsam gestalten, die viel Energie und Geduld von den Pflegepersonen abverlangt.

Der zeitliche Druck bei der Aufnahmesituation selbst wird als gravierend für die Pflegeplanung beschrieben, weil die Patientensituation wenig umfassend kennen gelernt werden kann, sondern von der Pflegeperson anscheinend gerade nur das Wichtigste für die weitere Organisation im Tagesverlauf „abgefragt“ werden kann. Dass bereits beim Aufnahmegespräch (der Pflegeanamnese) mit dem Patienten pflegerische Ziele und Maßnahmen gesetzt werden könnten, werden meist als nicht möglich beschrieben.

Die Ursachen dazu werden in unterschiedlichen organisatorisch vorgegebenen Fakten erkannt wie in der knapp bemessenen Zeitspanne vom Aufnahmezeitpunkt bis zum Operationstermin, in den rasch angemeldeten, sofort anlaufenden Untersuchungen wie z.B. Röntgen, Blutabnahme, Herzuntersuchungen oder auch Ärztekonsilien, die ein ruhiges Erstgespräch stören, unterbrechen oder momentan gar verhindern. Aber auch die bereits

länger stationär zu betreuenden Patienten werden von den Interviewpartnern als „erschwerend“ für eine ruhig durchzuführende Aufnahmesituation erlebt, was als zusätzlicher Stressfaktor empfunden wird, weil die Pflegenden diesen Patienten ebenso pflegerische Zuwendung zukommen lassen wollen, sie sich jedoch nicht „zweiteilen“ können. Dabei wird auch angesprochen, dass der ungewisse Aufnahmezeitpunkt des Patienten eine Auswirkung auf die Planung der Durchführungszeitpunkt der Pflege der bereits stationären Patienten habe.

Die Anzahl der zu betreuenden Patienten ist abhängig von der Anzahl der Pflegepersonen, welche im Dienst eingeteilt werden. Diese Anzahl Patienten erhöht sich noch innerhalb eines 12,5-Stunden-Dienstes, weil eine zwischenzeitliche Übernahme der Patienten von derjenigen Pflegenden sein muss, die nach ihrem kurzen sechs-Stunden-Dienst ihre Patienten abgeben will. Ebenso reduziert sich die Personalsituation ab 12:30 Uhr um die aus dem Dienst gehende Stationssekretärin. In den Zeitraum dieser Übergabe fällt zusätzlich noch die Mittagessenszeit sowohl für die Patienten als auch für die Pflegepersonen hinein, welche diese personelle Lücke für die im Dienst verbleibenden Pflegepersonen noch als verstärkend erlebt wird. Dieser von Interviewpartnern beschriebene Stressfaktor wird sowohl von den „aus dem Dienst gehenden“ als auch von den „im Dienst verbleibenden“ Pflegepersonen erlebt und als sehr belastend bezeichnet.

Lange und auch kurze Dienste haben anscheinend eine Auswirkung auf das Zeitgefühl der Pflegenden und damit auch auf das Gefühl „Zeit zu haben“ und „sich Zeit nehmen können“ oder eben „wenig Zeit zu haben“ und sich „wenig Zeit nehmen zu dürfen“ für die Gespräche mit den Patienten. Dieser Zusammenhang scheint eher noch wenig bekannt zu sein.

Eine Ursache für den oben genannten Stress wird von den Interviewten auch in der Begrenzung der pflegerischen Flexibilität gegenüber den Patientenbedürfnissen gesehen, weil die Pflegenden in den kurzen Diensten den Patienten kaum eine Wahlmöglichkeit für den Zeitpunkt ihrer pflegerischen Interventionen anbieten können. Die Hektik und Unruhe in kurzen Diensten wirken sich anscheinend auch auf die Art der Gesprächsführung und auf die Dauer der Gespräche mit den Patienten aus, was wiederum auf die Gestaltung des individuell angepassten Pflegeplanes Auswirkungen zeigen könnte.

Die Teamkultur und die gegenseitige Abhängigkeit der Pflegenden untereinander werden als beeinflussend auf das eigene Verhalten in der Umsetzung der Gesprächsarbeit beschrieben.

Erstaunlich erscheint der unterschiedliche Umgang mit der täglich, eher nachmittags zu führenden Gesprächsleistungen in der Pflegevisite innerhalb eines kurzen Dienstes: Einige bezeichnen es als ganz normal, dieses Pflegevisitengespräch an die den Patienten übernehmende Pflegende abzugeben. Andere jedoch geben an, sich niemals zu trauen, bei der Übergabe ihrer Patienten an Kollegen auch das Pflegevisitengespräch abzugeben, sondern sie beschreiben, dass sie möglichst alle Pflegevisiten (PV) bei ihren Patienten noch vor der Übergabe erledigen wollen, um die Kollegen zu entlasten und auch, um im Team als kollegial gesehen zu werden.

Der Austausch und die Weitergabe von erworbenen Informationen aus einem mit dem Patientendurchgeführten Gespräch mit Teamkollegen wird als fördernd erlebt und erhöht womöglich ein Verständnis für die zeitlich länger dauernde Gespräche im Team. Dies könnte eine mögliche Erhöhung der Wertschätzung bewirken, wenn das Ergebnis einer Gesprächsleistung im Team durch Information, Dokumentation transparent gemacht werden kann. Diese Erkenntnis wird im Artikel „Zum Wesen beruflicher Pflege“ von Angelika Abt-Zegelin bestätigend beschrieben (vgl. Abt-Zegelin, 2002, S. 4).

## **5.5 Erlebte Wertschätzung der Gesprächsleistung**

Von den Pflegenden selbst wird ein gutes Gespräch mit den Patienten und den daraus neu gewonnenen Informationen als eigene Motivation für die Ausübung dieses Berufes und für das Durchhalten in oft schwierigen Bedingungen beschrieben. Eine Wertschätzung zu erhalten verstärkt diese Motivation.

Ein in Ruhe geführtes Gespräch, das eine Vertrauensbasis schaffen kann, wird von den Patienten her oft direkt in ihren Rückmeldungen an die Pflegenden wertgeschätzt und die Pflegeperson wird dadurch in ihren Bemühungen, „Zeit freizuschaukeln“ für diese wichtige Gesprächsarbeit zum Beziehungsaufbaubestärkt.

Von der eigenen Berufsgruppe, dem Stationsteam werden die Gespräche natürlich für wichtig erklärt, jedoch scheint ein Tenor zu herrschen, dass diese möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen dürfen, denn der reibungslose Ablauf außerhalb des Patientenzimmers, also auf der Station, genauer im Stationsstützpunkt wird priorisiert dargestellt und es wird von den Interviewten klar gemacht, dass keiner mehr als irgendwie möglich diese „draußen“ anfallenden Arbeiten „alleine“ bewältigen möchte. Dieses Hin- und Hergerissen sein zwischen dem Zeit nehmen für den Patienten (Arbeitsideal) und einer guten Zusammenarbeit mit dem Team (Arbeitsrealität) wird von Berta Schrems anschaulich beschrieben (Schrems, 1994, S122f).

Von der pflegerischen Dokumentation her denken die Interviewten eine gewisse Anerkennung bei den Anamnesegesprächen und den Gesprächen in der Pflegevisite zu erkennen. Jedoch für alle anderen geführten Gespräche (Motivationsgespräche, Anleitungsgespräche, Gespräche mit Angehörigen, Gespräche zur Ermutigung, das Zuhören und Zurückfragen, Vergangenheitsinformationen, soziale Situation verstehen, beratenden oder anleitende Gespräche) wird keine Wertschätzung in der Dokumentation erlebt, weil sie nirgends aufscheinen, denn sie werden ja auch nicht dokumentiert.

Das beschreibt Karin Wittneben sinngemäß, dass diese bisher unauffällig „erbrachte pflegerische Gefühlsarbeit“ in der Pflegedokumentation erfasst werden muss. (Wittneben, 2001, S.663).

Die Wertschätzung aller geleisteten Gespräche durch eine Leistungserfassung in der Pflegekategorisierung wird von allen Interviewpartnern klar für nicht gegeben beschrieben. Jedoch wäre es laut einigen Interviewten wünschenswert, diese Gesprächsleistung in einer eigenen dafür formulierten Rubrik kategorisieren zu können. Diese Aussage deckt sich auch mit der Literatur (Wittneben, 2001/Teil II, S.663; Abt-Zegelin, 2009, S.323f; Bartholomeyczik, 2007, S.1).

Einige der Pflegepersonen vermuteten, dass sie in der Kategorisierung eine gezielte Schulung bräuchten, um eine möglichst korrekte Einstufung der Pflegeleistungen pro Patient erreichen zu können. Die Unsicherheit, wie hoch diese Kategorisierung für den einzelnen Patienten einzustufen sei, wird von vielen Interviewten genannt, weil es anscheinend persönliche und auch stationäre Unterschiede in der Auslegung der täglichen Einstufung pro Patient gibt, die einem Mehraufwand in Form von Gesprächen (z.B. bei neurologisch

erkrankten Patienten) gerecht werden könnten. Diese Schulung wird auch in der Studie von Gordon et. al (2008) beschrieben.

Weil die Pflegekategorisierung diese pflegerische Gesprächsleistung offensichtlich nicht einrechnet, wird zum Teil davon abgeleitet, dass eben diese Pflegeleistung von der Institution selbst keine Wertschätzung erfährt und deswegen auch keine Priorität haben kann. Diese Wertschätzung durch die Institution würden Pflegende in der Einberechnung der dafür benötigten Zeit erkennen können und auch in der daraus abgeleiteten Berechnung des Personalbedarfes einer Station sehen wollen.

Weil grundsätzlich wird genau mit dieser Patienten-orientierten, individuellen Pflege im Leitbild fürs Unternehmen geworben!

Mit nachfolgender Aussage aus einem Interview wird nun die Diskussion der Resultate abgeschlossen.

*„...ein selbstständiger Patient, der hat vielleicht nur ein Venflon für Infusionen [...] das Notwendigste ist abgedeckt. Er ist versorgt. Aber er ist nicht gut betreut.“ (IP4/244)*

Mit „nicht gut betreut“ wurde hier das nicht geführte Gespräch mit einem Patienten gemeint und die Ursache dafür wurde in der fehlenden Zeit- und Personalressource gesehen.

## **5.6 Limitationen**

In diesem Kapitel sollen die Begrenzungen (Limitationen), die innerhalb des Bearbeitungsprozesses entstanden sind, beschrieben werden.

Eine klare Eingrenzung muss in der Verallgemeinerung der gewonnenen Ergebnisse gesehen werden, weil die gesamte Befragung nur in diesem einen Privatkrankenhaus mit Belegarztsystem stattgefunden hat, welches vom organisatorisch Ablauf und den pflegerischen Aufgaben ein sehr spezielles Arbeitsfeld darstellt.

Die andere Begrenzung betrifft die Auswahl der Stichprobe. Es könnte der Autorin vorgeworfen werden, dass ihr die meisten für die Interviews angefragten Personen von den Stationen durch ihre Aufgabe als anleitende Pflegelehrerin

bekannt sind. In der qualitativen Forschung ist die Stichprobenbildung auch zweckgebunden d.h. die Auswahl der Teilnehmer hängt von bestimmte Kriterien ab und auch der Zugang zu den Interviewteilnehmern wird oft mit einigen bekannten Probanden erreicht, die der Forscherin zu weiteren geeigneten Teilnehmern verhelfen, im sogenannten Schneeballverfahren (vgl. Mayer, 2007, S.287). Die Auswahl der Probanden in dieser Arbeit wurde nach den im Kapitel 3.4. beschriebenen Kriterien durchgeführt.

Die Nähe zum pflegerischen Arbeitsfeld der Akutstationen könnte ebenfalls kritisch gesehen werden, da die von den Interviewten dargestellte Problematik der Forscherin persönlich auch näher steht, als wenn die Untersuchung in einer eher fremden Umgebung durchgeführt worden wäre.

Das Erfahrungswissen dieses Arbeitsfeldes war einerseits sehr hilfreich für die Arbeit, vor allem bei der Durchführung der Interviews. Andererseits erschwerten genau diese Kenntnisse der Autorin, dass sie manche Aspekte etwas distanzierter hätte betrachten können.

Die Breite der Forschungsarbeit durch die Wahl der allgemeinen Bezeichnung „Patientengespräche“ im Titel gestaltete sich die Erarbeitung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens doch schwieriger, als wenn sich die Arbeit nur auf ein bestimmtes Gespräch (z.B. auf das Pflegevisitengespräche oder die begleitenden Gespräche beim Patienten) konzentriert hätte.

Dieser Focus auf einzelne Gespräche und deren Wirkung innerhalb des Pflege- und Beziehungsprozesses, könnte möglicherweise eine neue Forschungsaufgabe bedeuten, die auch im Hinblick auf eine verbesserte Pflegeleistungseinstufung (Pflegekategorisierung) Sinn machen würde.

Trotz Limitation scheinen in den Resultaten Aspekte wie z.B. „Privatsphäre der Patienten“ oder „Gesprächssetting und Qualität der Gespräche“ auf, die Ansätze für weitere Untersuchungen (ev. auch in anderen Pflegeinstitutionen) zu dieser Thematik bieten könnten.

## **5.7 Schlussfolgerung für die Pflegepraxis**

Die Haltung zur Leistung des Gesprächs mit den Patienten braucht eine bewusste gemeinsame Reflexion, um in weiterer Folge eine andere Perspektive einnehmen zu können. Der Wert der pflegerischen Gesprächsleistung für die individuelle Pflegeplanung mit den Patienten wird von den Pflegepersonen selbst sehr hoch eingeschätzt, nur der derzeit herrschende Stationsalltag erschwert die Durchführung dieser wertvollen Pflegeleistung doch sehr.

Die Verantwortung zur professionellen Patientenorientierung in der Pflege und die Umsetzung der Gesprächsleistung im Beziehungsprozess können nicht allein auf den Schultern der direkt beim Patienten Pflegenden lasten. Auch die speziellen Kommunikationsschulungen in der Ausbildung oder die weiteren Schulung von Pflegepersonen sind zwar wichtig, können jedoch nicht als einzigen Schritt für eine Veränderung der Situation gesehen werden.

Es scheinen Maßnahmen erforderlich zu sein, wie die Bereitstellung von Rahmenbedingungen, welche Pflegenden in der Umsetzung und Anwendung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, den Pflege- und Beziehungsprozess, unterstützen und ihren fachlichen Kompetenzen und Leistungen durch Anerkennung, Wertschätzung und auch durch Berechnung bei der Pflegeleistungserfassung gerecht werden.

Konkret wäre zu empfehlen, dass die Dienstformen (F, FD, SD, T1, ND) und den daraus hervorgehenden Belastungen und Unruhen genauer angeschaut, die beschriebenen Schwierigkeiten in den Teams diskutiert werden, weil diese unterschiedlich lang dauernden Dienste anscheinend eine große Auswirkung auf den organisatorischen, personellen und zeitlichen Pflegealltag zeigen und an manchen Tagen Stress und Hektik verursachen, welche die Gesprächssituation für die Patienten und auch für die Pflegepersonen negativ beeinflussen.

Wenn dem pflegerischen Anamnesegespräche die Bedeutung einer Basis für die weitere, individuelle Pflegeplanung zukommen soll, dann muss ein organisatorischer Rahmen und zeitliche Ressourcen dafür bereitgestellt werden, welche den Pflegenden dieses erste Kennenlernen des Patienten im Gespräch, den Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung, das Erfassen seiner

beruflichen, persönlichen und biografischen Situation mit all seinen Erfahrungen und Erwartungen auch ermöglichen.

Das Bewusstsein und die Haltung aus den eigenen Reihen der Berufsgruppe „diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen“ zur Arbeitsleistung „Patienten-Gespräche“ könnte wahrscheinlich gestärkt werden, indem einerseits alle pflegerischen Gespräche in der Patientenmappe gesondert dokumentiert werden könnten (nicht nur die Pflegeanamnese oder die Pflegevisite). Andererseits wäre gerade bei psychisch belasteten Patienten empfehlenswert, die notwendigen Gespräche als Pflegeintervention in der Pflegeübersicht einzutragen, sie wie eine andere Pflegemaßnahme zu planen und deren Wirkung auch zu evaluieren. Dies könnte möglicherweise ein erster Schritt in Richtung eines verbesserten Stellenwerts der Gesprächsleistung im Pflegeprozess bedeuten. Diese Maßnahme könnte eventuell gerade bei Stationen mit dem Schwerpunkt von neurologisch erkrankten Patienten eine Unterstützung in der Darstellung des Arbeitsaufwands bedeuten.

In einem weiteren Schritt wäre es dann notwendig und wünschenswert, dass diese im Pflege- und Beziehungsprozess geführten Gespräche in der Leistungserfassung als eigene Rubrik eingestuft werden könnten. Die Vermutung liegt nahe, dass sich nur so diese Gesprächs-Dokumentation „bezahlt“ macht und sich auf die personellen und zeitlichen Bedingungen auswirken könnte im Sinne von Ressourcen bereit stellen.

In der derzeitigen täglichen Kategorisierung herrscht anscheinend eine gewisse Unsicherheit, wie die Einstufung bei erhöhten pflegerischen Leistungen, wie z.B. bei einem größeren Gesprächsbedarf, vorgenommen werden darf. Auch hier wurde mehrmals der Bedarf an gezielten Schulungen angesprochen, damit die Sicherheit für eine korrekte Pflegekategorisierung besser erreicht werden könnte.

Das Einführen eines neurologischen Schwerpunktes auf einer Station scheint eine erhebliche Mehrbelastung für die Pflegepersonen zu bedeuten. Diese haben jedoch zwei Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Situation beschrieben:

- a) Erstens wurden Schulungen für diese spezielle Gesprächskompetenz bei neurologisch erkrankten Patienten angesprochen, welche laut den Interviewpartnern bereits in Planung sind.
- b) Zweitens könnten sich die Pflegenden ihren Patienten eher mit Ruhe und Geduld zuwenden und individuelle Pflegemaßnahmen setzen, wenn daneben nicht auch noch chirurgische Patienten zur Operation aufgenommen werden müssten. Diese Hektik der OP-Vorbereitungen ist nicht mit den fachlich geforderten ruhigen Vorgehensweisen in der Pflegeunterstützung von neurologisch veränderten Patienten zu vereinbaren.

Von den Pflegenden sollten Schwierigkeiten in der Umsetzung der Pflege aufgezeigt werden, wenn der Arbeitsrahmen nicht zu den Anforderungen im Pflege- und Beziehungsprozess passt, weil sich z.B. die Zeitfenster für Aufnahmen, Operationen und Untersuchungen erweitert haben, diese jedoch nicht mit dem pflegerischen Personalstand am Nachmittag abgestimmt wurden und somit diese Veränderungen den organisatorischen Pflegeablauf erheblich beeinflussen und erschweren kann.

Die Entwicklung von geeigneten Unterlagen zur Dokumentation der pflegerisch vielfältigen Gesprächsleistung könnte ein zukünftiges Projekt für eine Arbeitsgruppe von Praktikern und Pflegeexperten werden, damit die Pflege in Zukunft ihre Gesprächsarbeit transparenter darstellen kann und dadurch vielleicht besser verständlich und nachvollziehbar wird, warum diese Pflegeleistung auch Zeit und Raum braucht.

## **5.8 Schlussfolgerung für die Pflegeforschung**

Das Instrument der Pflegekategorisierung scheint der tatsächlich geleisteten Pflegearbeit, insbesondere derjenigen der Gesprächsleistung im Beziehungsaufbau mit den Patienten, nicht gerecht zu werden. Dieses Instrument sollte möglichst die gesamte Pflegeleistung abbilden und auch messen, damit erkennbar gemacht wird, welche vielfältigen Pflegearbeiten innerhalb des Pflegebeziehungsprozesses mit den Patienten geleistet werden. Ein möglicher Auftrag an die Pflegeforschung ist, dazu Kriterien zu erarbeiten.

Interessant für die Pflegeforschung könnte auch sein, die verschiedenen, nebenherlaufenden pflegerischen Gespräche näher zu betrachten, um das Wesen und den Sinn dieser Pflegeleistung noch besser zu erfassen, verstehen zu lernen und darzustellen, welchen Vorteil sie im Pflegebeziehungsprozess bringen und was dadurch für den Patienten verbessert werden kann.

## **5.9 Ausblick**

Zehn Pflegepersonen, die in dieser Arbeit befragt wurden, haben über fachliche Eigenverantwortung und ihre Motivation beschreiben und aufzeigen können, welche große Bedeutung sie dem Patientengespräch für den Beziehungsaufbau und die individuelle Pflegeplanung beimessen und dass dies ein unverzichtbarer und erheblicher Teil der Pflegearbeit ausmacht. Sie haben verschiedene Wege aufgezeigt, wie die Umsetzung der vielen unterschiedlichen Gespräche mit den Patienten meistens möglich wird und dabei die unterstützenden Faktoren, sowie persönliches Engagement genannt. Aber sie konnten auch ihre Grenzen aufzeigen und die schwierigen Bedingungen auflisten, die sie in der Gesprächs- und Pflegearbeit als hemmend, störend, ärgerlich oder frustrierend empfinden und für die sie Verbesserungsbedarf sehen würden.

Zusammengefasst bieten die Ergebnisse nun die Möglichkeit, die Situation für die Pflegenden auf den Akutstationen gemeinsam zu betrachten und zu diskutieren.

Daraus könnte eine Befragung aller Pflegepersonen in dieser Institution (z. B. über einen Fragebogen) erfolgen, um die Informationen zu erweitern und dadurch die Ergebnisse dieser vorliegenden Arbeit entweder zu vertiefen oder auch konträre Aspekte zu finden.

Diese Diplomarbeit hat Verbesserungspotential in einer genauen, erweiterten Recherche bezüglich welche aktueller Projekte oder Untersuchungen, die derzeit in Österreich (wegen gesetzlichem Kontext) zum Thema „Pflegeleistung Gespräch“ laufen oder vorgesehen sind, ob und wie die Pflegekategorisierung in anderen Privatkrankenhäusern durchgeführt wird und welche Erfahrungen Pflegenden in anderen Institutionen damit haben.

Abschließen soll die Pflegeforscherin Angelika Abt-Zegelin nochmals zu Wort kommen: *„die ganze Interaktionsarbeit muss benannt und dokumentiert werden, sie sollte in Standards, Überprüfungs- und Zertifizierungsvorhaben eine Rolle spielen, der Aufwand und die Ergebnisse sollten untersucht werden. Beratungsgespräche sollten auch als Angebot geführt und nicht nur in Not von den Patienten angefordert werden“* (Abt-Zegelin, 2009, S.325).

## 6. Literaturverzeichnis

Abt – Zegelin, A. (2009): Gespräche sind Pflegehandlungen! *Die Schwester Der Pfleger*, 48 (04), 322 – 325.

Abt – Zegelin, A. (2006): Jenseits der Begriffe, aus *Altenpflege*, Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege. Zugriff am 13.01.2012 unter <http://www.vincentz.net>

Bartholomeyczik, S. (2007): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses. Vortrag in Wil, Schweiz am 11.05.2007.

Brooten D., Youngblut JM, Deatrick J., Naylor M., York R. (2003): Patient problems, advanced practice nurse (APN) interventions, time and contacts among five patient groups. *2. Journal Nurse Scholarsh* 5 (1), 73-79.

Chan, E. A., Jones A., Fung S., Wu S.C. (2012): Nurses perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 21 (7/8) 1168-1177.

Confraternität (2012): Unser Klinikleitbild. zugriff am 10.10.2012 unter: [http://www.confraternitaet.at/web/\\_layout/index.php?strPage=../hm\\_a\\_unserh aus/leitbild.php&id=3&HMP=1&lang=1](http://www.confraternitaet.at/web/_layout/index.php?strPage=../hm_a_unserh aus/leitbild.php&id=3&HMP=1&lang=1)

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege DBfK (Hrg.)International Council of Nurses ICN (2007):Arbeitsplatz Pflege, mit Qualität arbeiten = mit Qualität Pflegen. Berlin, Wien, Bern. Zugriff am 4.1.2013 unter: <http://www.dbfk.de/download/download/IND%20Kit%202007%20DBfK%202007-04-03.pdf>

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. (1997): Pflege-Diagnosen und Maßnahmen. 2.ergänzte Auflage, 3. Nachdruck. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Dorfmeister, G., (1999): Pflegemanagement, O-Normen Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Duden (2001): Das Bedeutungswörterbuch. Band 10. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Endrikat S. (2010): Temporale Kompetenz als Voraussetzung für das Prozessdenken in der Pflege. *Pflegewissenschaft* 10(09), 471-481.

Fally, M. (2012): Gesundheit und Pflegekräfte – ein Beitrag aus arbeitspsychologischer Sicht. *Österreichische Pflegezeitschrift* 65 (2), 13-14.

Gläser, J, Laudel G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Gordon C., Ellis-Hill C., Ashburn A. (2008): The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 65 (3) 544-553.

Großklaus-Seidel, M. (2002): Ethik im Pflegealltag, wie Pflegenden ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Hedberg B & Sätterlund Larsson U. (2004): Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice, *Journal of Clinical Nursing* (13) 316-324.

Hemsley, B., Balandin S., Worrall L. (2012): Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 68 (1) 116-126.

Holloway, I.M., Smith, P., Warren J. (2005): Time in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 7 (5), 460-466.

Hulkers H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung: ein Anforderungsprofil. *Pflege* 14, 39-45.

Imhof, L. (2011): Pflege von Menschen mit langdauerndem Unterstützungsbedarf, Hauptvortrag in der 3-Länderkonferenz in Konstanz. Zugriff am 10.12.2011 unter: <http://www.dbfk.de/VeranstaltungenBV/PraesentationenKonstanz2011/09.00-09.45-Imhof-2011-09-20.pdf>

IT Wissen (2012): Das große Online-Lexikon für Informationstechnologie. Zugriff am 20.12.2012 unter: <http://www.itwissen.info/definition/lexikon/Zeit-time.html>

Jones Aled R. (2001): Time to think: temporal considerations in nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing* 33(2), 150-158.

Köhl M., David E. (2001): Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung – Bedeutung der Wahrnehmung in der Pflege und Förderung der Empathiefähigkeit durch bewusste Ausrichtung des körperlichen und psychischen Zustandes. *Pflegewissenschaft* 10(1), 5-11.

Koloroutis, M. (2011): Beziehungsbasierte Pflege, Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG.

Krohwinkel, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken, fördernde Prozesspflege als System. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Leoni-Scheiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Wien: Facultas Verlag und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2011): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 10. Neu ausgestattete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Medica.de (2006): Reform: Weniger Gespräche am Krankenbett. Zugriff am 4.03.2012 unter: <http://www.medica.de>

Menche, N., Lektorat Pflege (2007): Pflege Heute, Lehrbuch für Pflegeberufe. 4. Vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban und Fischer Verlag, Elsevier GmbH.

Morawe-Becker, U. (2004): Die Pflegevisite – regelmäßig mit den Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. *Die Schwester Der Pfleger*, 43 (1),8 – 11.

Müller, W. (Hrg.), (1997): Duden. Die sinn und sachverwandten Wörter, Synonymwörterbuch der deutschen Sprache. Band 8, 2. Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Olbrich, C. (1999): Pflegekompetenz, Reihe Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Rudolfinerhaus (2012): Pflegeleitbild. Zugriff am 1.08.2012 unter: <http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/gesundheits-und-krankenpflege/pflegeleitbild.html>

Rudolfinerhaus (2012): Klinikleitbild. Zugriff am 1.08.2012 unter: <http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/privatklinik-mit-erstklassiger-pflege/klinik-leitbild.html>

Pohlmann, M., Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2005): Beziehung pflegen, eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

PremiQaMed Privatkliniken (2011): Qualitätsbericht. Zugriff am 10.01.2013 unter: [www.premiqamed.at](http://www.premiqamed.at)

Pschyrembel Pflege (2007): Pflorgetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Quernheim, G. (2010): Arbeitgeber Patient. Kundenorientierung in Gesundheitsberufen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Römer, M. (2007): Qualitätsmanagement in der Pflege. Die Betrachtung von Qualitätsmanagement – die Möglichkeiten der Zertifizierung und interne Qualitätssicherung am Beispiel des Qualitätszirkels. Diplomarbeit. München: Grin Verlag GmbH.

Ruan J., Lambert V.A., (2008): Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China. *Nursing and Health Sciences* 10, 110-116.

Schäfer, M. (2007): Menschlichkeit: Pflege braucht eines – Zeit geben. In: *Zeitschrift der ÖGB-Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe, Heft 2 (3/4) 6-7.1*

Scheichenberger S. (2009): Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege, Facultas Verlags- und Buchhandel AG, facultas.wuv Wien 2009.

Sperl, D. (1994): Qualitätssicherung in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei GmbH und Co.

Schrems, B. (1994): Zeitorganisation in der Krankenpflege, zeitliche Dimension von Frauenarbeit am Beispiel der Pflegeberufe, Mabuse-Verlag, Wissenschaft 16, Frankfurt am Main.

Schrems, B. (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlag und Buchhandels AG.

Statistik Austria (2011): Bevölkerungspyramide 2011, 2030 und 2060, Bevölkerungsprognose erstellt am 14.09.2012. Zugriff am 9.12.2012 unter:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)

Stefanoni S., Alig B. (2009): Pflegekommunikation, Gespräche im Pflegeprozess. Bern: Verlag Hans Huber.

Schulz von Thun, F, Institut für Kommunikation (2012): das Kommunikationsquadrat. Zugriff am 22.12.2012 unter:  
[http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article\\_id=71](http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71)

Schwamberger H. (2004): GuKG, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 3. Auflage, Wien, Verlag Österreich.

Tewes R. (2010): „Wie bitte“, Kommunikation in Gesundheitsberufen, Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag.

Tewes R., Robert Bosch Stiftung (Hg.),(2002): Pflegerische Verantwortung, 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Tschudin V. (1990): Helfen im Gespräch. Eine Anleitung für Pflegepersonen. Aus dem Englischen übersetzt. Basel: Verlag Recom.

Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) (2011): Eckdaten des medizinischen Betriebs – Kennzahlen-Tabelle. Zugriff am 10.01.2013 unter:  
[www.akhwien.at/def.aspx?pid=788](http://www.akhwien.at/def.aspx?pid=788)

Wiener Privatlinik (2013): Pflegeleitbild zugriff am 3.01.2013 unter:  
[www.wpk.at/pflege-ausstattung/pflegeleitbild/](http://www.wpk.at/pflege-ausstattung/pflegeleitbild/)

Williams, A., Jones M. (2006): Patients'assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing* 53 (2), 188-195.

Wittneben, K. (2001): Gefühlsarbeit – berechenbare Zusatzleistung der Pflege? Teil I. In *Pflege aktuell* (11), 606-609.

Wittneben, K. (2001): Gefühlsarbeit – berechenbare Zusatzleistung der Pflege? Teil II. In *Pflege aktuell* (12), 662-664.

## **Anhang I: Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

- Abbildung 1:** Bevölkerungspyramide für Österreich, Statistik Austria
- Abbildung 2:** Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun, Institut für Kommunikation
- Abbildung 3:** Bedürfnispyramide nach Maslow A., Pflege heute
- 
- Tabelle 1: Übersicht der Studien
- Tabelle 2: Die Pflegeprozess-Phasen mit den Anforderungen im Beziehungsprozess an die Pflegeperson.
- Tabelle 3: Merkmale verschiedener Stufen der Pflegequalität
- Tabelle 4: Schema der Pflegekategorisierung pro Patient im Krankenhaus, PPR-Ö (ONR 116150)
- Tabelle 5: Übersicht der Interviewpartner mit Geschlecht, Dauer (Min), Diplomjahr, Teil- / Vollzeit.

## Anhang II : Informationsbrief

Anfrage an interessierte diplomierte Pflegepersonen (Teilzeit/ Vollzeit) für  
freiwillige Teilnahme an Interviews im Rahmen meiner Diplomarbeit

„Zeit für Patientengespräche im  
Pflege- und Beziehungsprozess“  
(Aus der Perspektive der Pflegeperson im Stationsalltag)

\*\*\*\*\*

### Das Interview

- Die Teilnehmer/-innen werden vor dem Interview über den Ablauf und den thematischen Inhalt genau informiert
- dauert ca. 30 – 45 Min.
- Die Aufnahmen werden nummeriert und anonym gehalten, sodass keinerlei Rückschlüsse gezogen werden können
- Auch bei einer Zusage kann während des Interviews jederzeit und ohne Begründung abgebrochen werden.

### Die Daten

- Werden sorgfältig bearbeitet und kodiert. Die Interviews selbst sind nur für mich zugänglich und werden nach Abschluss der Auswertung gelöscht.
- Das Ergebnis der Auswertung wird den Teilnehmer/-innen vorgelegt und rückgefragt, ob sie sich darin wiederfinden, damit eine mögliche Fehl-Interpretation ausgeschlossen wird.

Bei Interesse bitte sich bis 12. September 2012 bei mir zu melden

- **per E-Mail:**  
[catherine\\_urban@gmx.at](mailto:catherine_urban@gmx.at) (Privat)
- **per sms oder telefonisch:**  
0664/5268551

Gerne werde ich mich dann für einen Termin bei jedem einzeln melden.

Vielen Dank im Voraus für Euer Mitwirken und ich freue mich auf Euer Interesse und die Rückmeldungen ☺

Mit herzlichen Grüßen



## **Anhang III :Interviewleitfaden**

- Den Grund und die Zielsetzung dieses Interviews nochmals erklären und das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien bewilligte Exposé vorzeigen.
- Anonymität zusichern und auf die Möglichkeit hinweisen, dass die/der Interviewte auch während des Interviews jederzeit und ohne Begründung abbrechen kann.
- Auf die Aufnahme des Interviews mittels Handyrecorder hinweisen.
- Die Einverständniserklärung unterzeichnen lassen und eine Kopie an Interviewpartner geben.
- Aufnahmegerät / Recorder auf „Bereitschaft“ stellen & Nr. am Recorder in den Notizen zum Interview notieren.
- Aufnahme einschalten.

### **Was verstehst Du persönlich unter Patientengespräche?**

### **Wann wird welche Art von Patientengespräch geführt?**

- Welchen Zweck haben diese Gespräche?
  - Anamnesegespräch
  - Pflegebegleitende, patientenorientierte Gespräche (Motivation, Anleitung, Begleitung, Beratung)
  - Evaluationsgespräche (Pflegevisite)
  - Entlassungsgespräche

### **Wie erlebst Du die Möglichkeit auf der Station, Patientengespräche im Rahmen des Pflegeprozesses zu führen?**

- welche Faktoren sind förderlich (od. hemmend)
  - welche Dienste (F, FD, SD, T1, ND)
  - wie viele Patienten / Dienst

### **Welche Einflüsse stationärer Rahmenbedingungen erlebst Du bezüglich**

- individuelle Pflegeplanung und Evaluation im Pflegeprozess?
- Pflegebeziehung mit den Patienten?
- die eigene Motivation und Zufriedenheit?

### **Wie würdest Du die Gestaltung der Patientengespräche im Arbeitsalltag/ Stationsalltag beschreiben?**

- Welche Priorität
- Welche Wertigkeit
- Welche Auswirkung auf die Gesprächsqualität

### **Welche Bedeutung haben Patientengespräche**

- a) für Dich als Pflegeperson

b) für den Pflegeprozessselbst

✚ **Was beeinflusst Deiner Erfahrung nach die eigene Gesprächsbereitschaft mit dem Patienten?**

✚ **Wie würdest Du Deine Erfahrungen bezüglich „Zeit haben“ für Patientengespräche beschreiben?**

- Zeit dafür erhalten
- sich dafür Zeit nehmen
- eigener Umgang damit

✚ **Welche Bedeutung siehst Du in der Pflegekategorisierung und welchen Bezug nimmt diese auf die geleisteten Patientengespräche?**

- Wie wird die Gesprächsarbeit da gewertet /gerechnet
- Gedanken dazu

✚ **Gibt es abschließend noch etwas für Dich Wichtiges, das Du zu diesem Thema sagen möchtest?**

Vielen Dank, dass Du Dir die Zeit für dieses Interview genommen hast!  
Tonaufzeichnungsgeräteausschalten!

✚ Wie geht es Dir nun nach diesem Interview?

Als Ergänzung noch einige persönliche Daten:

✚ Alter:

✚ weiblich / männlich

✚ Ausbildung gemacht in:

✚ Diplomierte seit:

✚ In diesem Privat-Krankenhaus seit:

✚ Angestellt als

Teilzeit:

Vollzeit:

✚ sonstig wichtige Angaben

- zusätzliche Funktion an Station:
- höchste Bildungsstufe

## Anhang IV: Einverständniserklärung



universität  
wien

---

**UNIVERSITÄT WIEN**  
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN  
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

**Zeit für Patientengespräche im Pflege- und  
Beziehungsprozess**

**Untersucherin:**

Catherine Urban – Huser  
Matrikel-Nr. a0303664  
catherine\_urban@gmx.at  
0043(0)664/52-68-551

**Betreuerin:**

Mag. Dr. Berta Schrems  
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien  
Alser Straße 23  
A-1080 Wien  
berta.schrems@univie.ac.at

## **Einverständniserklärung**

zur Teilnahme an den Interviews im Rahmen der Diplomarbeit:

„Zeit für Patientengespräche im Pflege- und Beziehungsprozess“.

Ich wurde von der Verantwortlichen Catherine Urban-Huser über das oben genannte Forschungsprojekt aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit, zu den Beweggründen und Absichten dieser Diplomarbeit meine Fragen zu stellen. Es wurde mir das von der Universität Wien bewilligte Exposé gezeigt und dabei wurde ich über die Zielsetzung der Diplomarbeit informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, um mich für die Teilnahme an den Interviews zu entscheiden und weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist.

Es wurde mir erklärt, dass ich ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung zurücknehmen kann oder das Interview jederzeit abbrechen kann.

Mir ist bewusst, dass dieses Interview auf einem Tonträger aufgenommen wird und anschließend in anonymisierter Form in der oben genannten Diplomarbeit verwendet wird. Weiters ist mir bekannt, dass meine persönlichen Daten nicht veröffentlicht werden. Sollte ich meine Zustimmung vor Einreichung dieser Diplomarbeit zurücknehmen, wurde mir zugesichert, dass die Aufzeichnungen gelöscht werden.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dem Interview und erhalte eine Kopie der Einverständniserklärung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verantwortlichen Untersucherin

## Anhang V: Auszug eines Anamnesebogen

DIESES FORMULAR DIENT ZUR VORLAGE BEI DER VERSICHERUNG

### ANAMNESE

Arzt / Ärztin  
durchgeführt von:  
am:

Pflegeperson  
durchgeführt von:  
am:

Patientenidentik.

Medizin

Aufnahmegrund und aktuelle Beschwerden  
Frühere Erkrankungen bzw. letzte relevante Spitalsaufenthalte

Aktuelle Beschwerden/ Aufnahmegrund

siehe Begleitschreiben (1)

Frühere Erkrankungen

Pflege

Momentaner Gesundheitszustand aus der Sicht der/des Patientin/en  
(Subjektives Empfinden, Auswirkungen für den Alltag, Bewältigung)

Beobachtungen der Pflegenden/des Pflegenden

## Anhang VI: Lebenslauf

Catherine Urban – Huser

### Persönliche Daten

08.08.1955 geboren in Burgdorf / Kanton Bern  
Schweizerische Staatsbürgerschaft  
Verheiratet (seit 5/1987)  
3 Kinder (1989, 1990, 1992)

### Berufstätigkeit

12/1998 bis heute Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule im Rudolfinerhaus  
Tätigkeitsschwerpunkte:  
Praktische Anleitung der Auszubildenden in der Praxis  
Praktikumsorganisation und Praktikumsplanung für alle 3 Jahrgänge  
Informationsstunden zur Praktischen Ausbildung in den Jahrgängen  
Beratung bei Praktika mit Sprechstunden für die Auszubildenden  
Leitung des Schülerarbeitskreises (SAK)  
Unterrichte zum Thema Pflegeprozess und Spezielle Dokumentation  
Ethik im 2. und 3. JG.  
QM - Verantwortliche für „Planung, Organisation und Evaluation der Praktischen Ausbildung“  
QM –Vertretung für OR „ Praktische Beurteilung“ und der „LPR“

02/1994 bis 11/1998 als DGKS – „Springerin“ Einsatz auf allen Stationen im **Rudolfinerhaus** mit Anleitung der Auszubildenden und Mitarbeit im Schülerarbeitskreis (SAK)

07/1987 bis 07/1989 als **DGKS 100% auf WPII** (chir. Station) im Rudolfinerhaus mit Anleitung der Auszubildenden und Mitarbeit im Schülerarbeitskreis (SAK)

- 02/1987 bis 6/1987      Prüfungen zur **Nostrifizierung des Diploms** und Vertretungs-Aushilfe als Oberschwester im Lindenhof Bern/Schweiz
- 09/1985 bis 01/1987      Oberschwester der Chirurgie II und der Intensivstation (IPS) im Lindenhof Bern  
Tätigkeitsschwerpunkte:  
 Sicherstellung der individuell angepassten Pflege  
 Führung des Personals inkl. Mitarbeiterinnengespräch  
 Personalplanung  
 Koordination der Abteilungen untereinander und interdisziplinär  
 Gewährleistung der Ausbildungsbedingungen für SchülerInnen  
 Triage - Verantwortliche im Katastrophenfall  
 Mitarbeit an Aufgaben im gesamten Spitalbereich
- 11/1980 bis 06/1985      Stationsleitung der Privat-Chirurgie (23Betten) und der Urologie (20 Betten) im Kantonsspital Münsterlingen /TG Schweiz  
Tätigkeitsschwerpunkte:  
 Führungsaufgaben einer Stationsleiterin mit Vollzeit- und Teilzeitangestellten (30 Personen)  
 Dienstpläne erstellen mit interdisziplinärer Koordination  
 Zusammenarbeit mit zwei Ausbildungsstätten für Krankenpflege
  - Lindenhof Pflegeschule Bern
  - Schule Frauenfeld / TG
 Anleitung der Auszubildenden und Beurteilung  
 Mitarbeiterinnengespräche für meine beiden Stationen 1x / Jahr  
 Oberschwester - Vertretungen am Wochenende (Patientenzuteilung, Koordination)  
 Mitarbeit im Berufsverband der Schweiz (SBK/ASI)
- 03/1980 bis 10/1980      DGKS auf einer medizinischen/chirurgischen IPS im Regionalspital Thun / Kanton Bern/Schweiz
- 11/1978 bis 02/1980      DGKS auf einer Privat-Chirurgie und Aushilfe auf der Urologie im Kantonsspital Münsterlingen /Kanton Thurgau Schweiz

4/1974 bis 09/1975      Laborantin A (Analytik) in SANDOZ Basel / Schweiz

### **Berufsausbildung und Studium**

10/2006 bis heute      „IDS Pflegewissenschaft“ an der Universität Wien

5/2006      Studienberechtigungsprüfung an der Universität Wien mit Erfolg abgeschlossen.

10/2003 bis 09/2005      Universitätslehrgang für Lehrende in Gesundheits- und Krankenpflege an der Universität Wien und der Fortbildungs-Akademie am AKH  
Abschluss mit ausgezeichnetem Erfolg  
Thema Abschlussarbeit:  
„Die GuKP-Ausbildung im Angeleiteten Praktikum  
Möglichkeiten der Pflegelehrer/innen in der  
Anleitung/Begleitung der Schüler im Praxisfeld“

07/1987 bis 7/1988      Antrag / Bescheid und Prozess der Nostrifikation des CH-GuKP-Diploms mit den geforderten Prüfungen absolviert und mit Erfolg abgeschlossen

04/1981 bis 09/1981      Ausbildung zur Stationsschwester an der Kaderschule für Krankenpflege in Zürich/Schweiz (Stationsleitung).

09/1975 bis 09/1978      Ausbildung zur Diplomierten Krankenschwester an der Schwesternschule der Rotkreuzstiftung für Krankenpflege Lindenhof Bern/Schweiz

04/1971 bis 04/1974      Ausbildung zur Laborantin A (Analytik) im Pharmaunternehmen SANDOZ AG in Basel/Schweiz  
Mit Erfolg und eidgenössischem Fähigkeitsausweis der Schweiz abgeschlossen

## Anhang VII: Eidesstattliche Erklärung

### Eidesstattliche Erklärung

Ich, Catherine Urban – Huser, versichere

- dass ich diese Diplomarbeit selbständig 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 oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

---

Datum

---

Unterschrift