DISSERTATION / DOCTORAL THESIS

Titel der Dissertation/Title of the Doctoral Thesis

„Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung im Akutspital in Österreich.“

Empirische Untersuchung aus der Sicht der Patient_innen nach dem Ansatz der Grounded Theory.

verfasst von/submitted by

Mag.[a] Bozena Jankowska

angestrebter akademischer Grad/in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Doktorin der Philosophie (Dr.[in] phil.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt/ degree programme code as it appears on the student record sheet:	092 122
Dissertationsgebiet lt. Studienblatt/ field of study as it appears on the student record sheet:	Soziologie
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere:

… dass ich die Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

…dass ich dieses Dissertationsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Betreuerin/ einem Betreuer zur Begutachtung) in irgend einer Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

……

Datum, Unterschrift

Herzlichen Dank

…..an Herr Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland für die konstruktiven Impulse während des Fortschreitens meiner Dissertation. Außerdem bedanke ich mich für die zeitliche Flexibilität.

…..an Frau Univ.-Prof.in Mag.a Dr.in Hanna Mayer für die Bereitschaft meine Dissertation zu begutachten.

…..an die Interviewteilnehmer_innen, die sich trotz ihrer Ausnahmesituation, dem Aufenthalt in einem Akutspital, dazu bereiterklärt haben ein Interview zu geben. Ohne sie wäre meine Forschungsarbeit nicht möglich gewesen.

.....an die Pflegedienstleitungen des betreffenden Akutspitals, die mich beim organisatorischen Ablauf der Interviews unterstützt haben. Ohne sie wäre mein Zugang zum Forschungsfeld nicht möglich gewesen.

Kurzzusammenfassung

Im Rahmen dieser Dissertation wird das Ziel verfolgt die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung im stationären Bereich eines Akutspitals in Österreich, aus der Sicht der Patient_innen zu beschreiben und das Erleben der Patient_innen in Bezug auf diese Verhältnisse zu erfassen. In der vorliegenden Dissertation werden zwei Ansätze zum Phänomen Macht herangezogen um das Machtverhältnis zwischen den Patient_innen und den Pflegepersonen aus der theoretischen Sicht zu beleuchten und zu analysieren: Zum einen die Sicht Max Webers und zum anderen die analytische Sichtweise Michel Foucaults. Die Sichtweise Max Webers auf das Phänomen Macht ist insofern von Bedeutung als dass sie sich als eine Chance zeigt Handlungen in Interaktionen zu beeinflussen. Somit dient seine Definition der Macht als grundlegend zur Ermittlung der Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung auf der Mikroebene der Gesellschaft. Die Analyse der modernen Macht von Michel Foucault ist insofern relevant, als dass sich, durch diese, die Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung auf der Mesoebene der Gesellschaft ermitteln lässt. Aus der Sicht der Foucoult`schen Diskursanalyse werden die Pflegepersonen in der pflegerischen Beziehung als die gesellschaftlich Mächtigeren darstellt.

Anhand des Ansatzes der Grounded Theory ist das Ziel in der vorliegenden Untersuchung mittels problemzentrierter Interviews mit Patient_innen, den Einfluss der Pflegepersonen auf das Handeln der Patient_innen, im stationären Bereich in einem Akutspital in Österreich, in der Kommunikation und Interaktion zu ermitteln. In Bezug auf die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung wurden zwei zentrale Positionen herausgearbeitet: der Hilfsbedarf der Patient_innen welchem die Unterstützung des Pflegepersonals gegenübersteht. Aus den Interviews geht hervor, dass die Patient_innen professionelle Hilfe von dem Pflegepersonal benötigen und sie wünschen sich, dass auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird. Die Patient_innen zeigen eine grundlegende Haltung der Wertschätzung gegenüber dem Pflegepersonal. Sie erkennen die Verantwortung, die Pflegepersonen tragen, schätzen ihre Kompetenz und loben sie für ihren Einsatz. Die Verbesserung der Gesundheit, oder bestenfalls die Genesung, sind die obersten Ziele der Patient_innen im Akutspital. Die Patient_innen erwarten vorrangig von den Ärzt_innen, Aufklärungen und wichtige Informationen zur ihrem Genesungsprozess

zu erhalten. Die Kompetenzen des Pflegepersonals werden hingegen von den Patient_innen in erster Linie in der Ausführung der ärztlichen Vorgaben gesehen. Diese sind der Ansicht, dass Pflegepersonen ausschließlich auf Anordnung der Ärzt_innen agieren. Es ist ihnen nicht bewusst, dass es Maßnahmen gibt, die vom Pflegepersonal getätigt werden, die sich nicht nur auf Anordnungen der Ärzt_innen stützen. Die Patient_innen erkennen den Kernkompetenzbereich der Gesundheits – und Krankheitspflege in dem das Pflegepersonal eigenverantwortlich agiert, nicht. Das methodische Vorgehen des Pflegepersonals im Rahmen des Pflegeprozesses wird von den Patient_innen nicht wahrgenommen. Ein zentrales Verhaltensmerkmal der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung ist, dass sie sich den Anliegen seitens der Pflegepersonen überwiegend fügen und ihre Angebote annehmen. Im Hinblick auf einen hohen Arbeitsaufwand und Zeitdruck, wollen die Patient_innen den Pflegepersonen keine Last sein und nehmen Rücksicht auf sie. Die Patient_innen fügen sich dem Pflegepersonal, weil sie diese als Ausführende der ärztlichen Anordnungen sehen. Sie sind der Meinung, dass die medizinischen Maßnahmen durch das Pflegepersonal auf sie wirken und erachten daher diese für ihre Genesung als essentiell. Mit der Haltung sich zu fügen, zielen die Patient_innen darauf ab, den eigenen Genesungsprozess nicht zu behindern und indirekt zur Verbesserung ihrer Gesundheit beizutragen. Die Patient_innen sehen das Pflegepersonal als unterstützend bei der Erreichung ihrer Ziele im Akutspital an. Aus diesem Grund befolgen sie die Anordnungen des Pflegepersonals, bis auf wenige Ausnahmen, beinahe ohne Wiederstand.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung 1

Abbildungsverzeichnis 7

Tabellenverzeichnis 8

1. Einleitung und Darstellung der Ausgangslage 9

1.1 Ziel der Untersuchung 10
1.2 Forschungsfrage 10

I. Theoretische Grundlagen 11

2. Macht in der pflegerischen Beziehung - Stand der Forschung .. 11

2.1 Quellen der Macht der Pflegepersonen 13
2.2 Das Gesamtumfeld betreffende Umstände 16
2.3 Potentielle Folgen für die Patient_innen 18
2.4 Mittel zum Ausgleich der asymmetrischen Verhältnisse hin zur Balance 19

3. Machttheoretische Überlegungen 22

3.1 Macht in Abgrenzung zu Gewalt, Dominanz und Autorität 24
3.2 Definition der Macht nach Max Weber 25
3.3 Analyse der Macht nach Michel Foucault 29
3.3.1 Die Relevanz der Analyse der Macht nach Michel Foucault in der pflegerischen Beziehung 35
3.3.1.1 Der pflegediagnostische Diskurs 35
3.3.1.2 Das panoptische Prinzip 38
3.3.1.3 Machtposition der Pflege in der Gesellschaft mittels Diskursanalyse 39
3.4 Foucault versus Weber 40
3.5 Fazit 41

4. Theoretische Zugänge zur Kommunikation 44

4.1 Einleitung 44
4.2 Kommunikation als integraler Bestandteil der Interaktion 45

4.3 Zwei Ebenen der Kommunikation: verbale versus nonverbale 48
4.4 „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ – Charakteristika menschlicher Kommunikation nach Paul Watzlawick 50
4.5 Vier Seiten der Nachricht - Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun 56
4.6 Das Idealbild eines symmetrischen Verhältnisses nach Carl Rogers 61
4.6.1 Akzeptanz 63
4.6.2 Empathie 64
4.6.3 Kongruenz 64
4.7 Fazit 66

5. Kommunikation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital . 68

5.1 Patient_in als Individuum 74
5.2 Soziokultureller Hintergrund der Patient_innen 77
5.3 Relevante Pflegephänomene in der Interaktion 79
5.4 Pflegerische Beziehung in ihrer asymmetrischen Konstellation 80
5.4.1 Bedarf der Patient_innen nach professioneller Hilfe 82
5.4.2 Ressourcenorientierte Unterstützung der Patient_innen durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege 84
5.5 Einsatz der ethischen Prinzipien durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege 88
5.6 Fazit 91

6. Rechtliche Rahmenbedingungen in ihrem Einfluss auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung 92

6.1 Instrumente der Patient_innen zur Durchsetzung ihrer Interessen . 93
6.2 Rolle der Angehörigen 95
6.3 Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 98
6.4 Fazit 100

II. EMPIRISCHER TEIL 103

7. Forschungsprozess 103

7.1 Die Forschungsfrage 103
7.2 Qualitativer Forschungsansatz 103
7.3 Methodologie der Grounded Theory 105

7.3.1 Konzeptuelle Ordnung 107
7.4 Instrument der Datenerhebung 107
7.4.1 Problemzentrierte Interviews 107
7.5 Vorgangsweise der Datenerhebung 109
7.5.1 Beschreibung der Stichprobe 109
7.5.2 Feldzugang 111
7.6 Methode der Datenanalyse 112
7.6.1 Kodierverfahren – offen, axial und selektiv 112

8. Ethische Überlegungen 114

9. Darstellung der Forschungsergebnisse 116

9.1 Seite der Patient_innen 117
9.1.1 Kategorie: Hilfsbedarf 117
9.1.2 Kategorie: Wertschätzung 121
9.1.3 Kategorie: Arzt als Informationsquelle 124
9.1.4 Kategorie: Position der Wartenden 126
9.1.5 Kategorie: Sich fügen 131
9.1.6 Kategorie: Zugängliches Pflegepersonal bevorzugen 134
9.1.7 Kategorie: Strategien um Anliegen durchzusetzen 139
9.2 Seite des Pflegepersonals 145
9.2.1 Kategorie: Strukturelle Rahmenbedingungen 145
9.2.2 Kategorie: Unterstützung 152
9.2.3 Kategorie: Hohe Arbeitsbelastung 160
9.2.4 Kategorie: Emotionaler Beistand 162
9.2.5 Kategorie: Warten lassen 167
9.2.6 Kategorie: Zeitbegrenzte Kommunikation 169
9.2.7 Kategorie: Durchsetzungsstrategien 173

10. Ergebnisdiskussion 179

11. Kritische Auseinandersetzung mit der Studie 190

12. Literaturverzeichnis 191

13. Anhänge 203

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 1. Erste Stichprobe (P1-P6) 203
INTERVIEWLEITFADEN Nr. 2. Zweite Stichprobe (P7- P10) 205

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 3. Dritte Stichprobe (P11-P14)..... 208
INTERVIEWLEITFADEN Nr. 4. Vierte Stichprobe (P 14- P17)..... 211
INTERVIEWLEITFADEN Nr. 5. Fünfte Stichprobe (P.18- P. 20)..... 213

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 - Verbale und nonverbale Kommunikation (adaptiert nach Lächler & Hornung, 1999) 49

Abb. 2 - Vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht - ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (Schulz von Thun, 2010) 57

Abb. 3 - Der vierohrige Empfänger (Schulz von Thun, 2010) 59

Abb. 4 - Hierarchisch strukturiertes Umfeld im Akutspital (modifiziert nach Rhode, 1974) 70

Abb. 5 - Pflegeprozess nach GuKG 1997 (Hoidelewicz, 2011) 85

Abb. 6 - Zyklischer Verlauf zwischen Empirie und Theorie nach Haller (2000) 106

Abb. 7 - Darstellung der Forschungsergebnisse 116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Foucault – Weber: Zwei unterschiedliche Sichtweisen der Macht im Vergleich (Tabelle erarbeitet durch die Autorin der Dissertation)..... 40

Tabelle 2 - Darstellung der Interviewteilnehmer_innen..... 110

1. Einleitung und Darstellung der Ausgangslage

Im Rahmen dieser Dissertation werden die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung in einem Akutspital in Österreich wissenschaftlich untersucht. Die Beweggründe sich diesem Thema systematisch zu nähern resultieren aus meiner jahrelangen beruflichen Erfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin im stationären Bereich in einem Akutspital in Wien. Weil in der Pflegeforschung in Österreich zu diesem Thema noch wenige Erkenntnisse existieren, habe ich mich entschieden, mich diesem Thema anzunehmen.

Im Studium der Pflegewissenschaften und der Soziologie habe ich Ansätze über die Entwicklung hinsichtlich der Rolle der Patient_innen, welche in den letzten Jahren zunehmend in Richtung der aktiven Handlungspartner_innen in der pflegerischen Beziehung gehen, in Erfahrung gebracht. Die Patient_innen sollen demnach an der Problemlösung, welche sich aus ihrem Bedarf nach pflegerischen Interventionen ergibt, beteiligt werden. Die Patient_innen werden als Expert_innen für ihr körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden und über diesbezügliche Beeinträchtigungen verstanden. Sie können am besten ihre pflegerisch relevanten Probleme benennen und sich diesbezüglich zu Lösungsvorstellungen äußern. Die Pflegepersonen hören sich die Anliegen der Patient_innen an und nehmen zu diesen fachlich Stellung. Ziel ist es, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten und gegebenenfalls Kompromisse einzugehen.

Ein Einblick in die Praxis der Pflege gewährt häufig ein anderes Bild: die Beziehung zwischen Patient_innen und Pflegepersonen kann als asymmetrisch beschrieben werden. Die Patient_innen sind oftmals Empfänger_innen pflegerischer Interventionen. Um diese asymmetrische Beziehungskonstellation ausreichend zu verstehen, ist es notwendig, die Faktoren zu erläutern, die zu diesem Ungleichgewicht führen. Die Patient_innen im Akutspital haben aufgrund ihrer Erkrankungen einen Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Sie verfügen über kein fachliches Wissen und sind körperlich geschwächt und von Gefühlen wie Angst und Unsicherheit eingenommen. Sie sind von ihrem sozialen Umfeld getrennt und befinden sich in für sie unbekannten Strukturen. Diese Umstände können eine emotionale Destabilisierung bedeuten. Die genannten Faktoren führen dazu, dass sich Patient_innen in einer Ausnahmesituation befinden. Aus diesen Gegebenheiten folgt, dass sich die Patient_innen gegenüber dem Pflegepersonal in einer

ungünstigeren Position befinden. Das ermöglicht es dem Pflegepersonal, die Lösungsansätze zu den pflegerischen Problemen der Patient_innen bei diesen eher durchzusetzen. Diese Bedingungen führen zu der bereits erwähnten asymmetrischen Beziehungskonstellation, welche zugleich die Möglichkeiten der Patient_innen schmälern.

1.1 Ziel der Untersuchung

Um zukünftig eine Annäherung der Gegebenheiten in der Praxis der Pflege an die Auffassung der aktiven Rolle der Patient_innen voranzutreiben, ist die Überwindung der beschriebenen Diskrepanzen anzustreben. Mit dieser Untersuchung wird das Ziel verfolgt, die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung im stationären Bereich eines Akutspitals in Österreich, aus der Sicht der Patient_innen zu beschreiben und das Erleben der Patient_innen in Bezug auf diese Verhältnisse zu erfassen.

Die Untersuchung soll Aufschluss darüber geben wie sich die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung bilden, welche Umstände sich dabei gegenseitig bedingen und welche Probleme dabei für die Patient_innen entstehen können.

Aus den Interviews mit Patient_innen soll ermittelt werden, welchen Einfluss die Pflegepersonen auf das Handeln der Patient_innen, im statiönären Bereich in einem Akutspital in Österreich, in der Kommunikation und Interaktion haben. Der Fokus liegt dabei auf der Sicht und dem Erleben der Patient_innen.

1.2 Forschungsfrage

Wie erleben Patient_innen den Einfluss der Pflegepersonen, auf ihr Handeln im stationären Bereich im Akutspital in Österreich, in der Kommunikation und Interaktion in der pflegerischen Beziehung?

I. Theoretische Grundlagen

2. Macht in der pflegerischen Beziehung - Stand der Forschung

In Zusammenhang mit Pflege wurde Macht nur in ihrer politischen, gewerkschaftlichen oder berufsständischen Dimension diskutiert (Powers, 1999). Daher konnten nur wenige Erkenntnisse über die Machtposition von Pflegepersonen in ihrem Berufsalltag gesammelt werden. Deshalb kann weder exakt festgestellt werden, welche Bedeutung Macht in der Pflege hat, noch existiert eine bestimmte Definition dieser Macht (Arnold, 2006). Die oft in der Literatur vertretene Ansicht, dass das Pflegepersonal über wenig Macht innerhalb des organisationalen Terrains verfüge, relativiert sich, wenn das Phänomen Macht mit Fokus auf die interpersonelle Ebene betrachtet wird (Hewison, 1995). Vereinzelte internationale Studien hierzu in der Organisation Krankenhaus auf der Ebene der Interaktion in der pflegerischen Beziehung konnten für Finnland, Dänemark, Deutschland, England, Australien gesichtet werden. Diese Studien ermitteln, dass das Machtverhältnis in der pflegerischen Beziehung vor allem anhand eines qualitativen Designs untersucht wird, wobei sie vor allem die Kommunikation ins Zentrum rücken. In diesem Kontext ist die Studie der finnischen Forscherin Kettunen (2001) hervorzuheben, da ihre Erkenntnisse aus mehreren Studien resultieren. Sie konstatiert für finnische Gesundheitseinrichtungen, dass das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Gesundheitspersonal und Patient_innen bestimmt wird durch die Benutzung von Fachsprache, die Festlegung von Gesprächsthemen, die Nichtbeachtung der Eigeninitiative der Patient_innen, durch Kommunikationsform, vor allem Fragestellungen seitens des Gesundheitspersonals an die Patient_innen, sowie dadurch, dass sich die Patient_innen an Zeitvorgaben zu halten haben. Kettunen, Poskiparta & Gerlander (2011) ziehen die Schlussfolgerung, dass die traditionelle Rollenverteilung, basierend auf vermeintlichem Wissensvorsprung des Gesundheitspersonals, sowie auf Hierarchien, von den Patient_innen akzeptiert wird und die Übertragung der Verantwortung für ihr eigenes Leben und ihre Erkrankungen von ihnen als Privileg betrachtet wird.

Als zweite Studie ist jene von Ingrid Darmann (2002) zu erwähnen. Sie unterscheidet in der pflegerischen Beziehung zwischen *„zwingender“* und *„verweigernder Macht“,*

wobei unter ersterer pflegerische Handlungen an Patient_innen verstanden werden, gegen welche sich diese aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung nicht widersetzen können. Letztere sind dadurch bedingt, dass Patient_innen vom Pflegepersonal abhängig sind und sie als Informationsquelle benötigen (Darmann, 2002).

Gemäß Ingrid Darmann (2002) ist *„Entscheidungsfreiheit der Patienten“* lediglich unter der Voraussetzung gegeben, dass sich Patient_innen von Pflegehandlungen weitgehend unabhängig fühlen. Unter diesen Bedingungen können sich Patient_innen entweder kooperativ zeigen, das heißt sie entsprechen den Erwartungen des Pflegepersonals oder sie sind unkooperativ, das bedeutet, dass die Erwartungen der Pflegenden von ihnen ausdrücklich abgelehnt werden (Darmann, 2002).

Auf der anderen Seite verfügen die Patienten über *„Druckmittel“.* Einerseits über das *„Druckmittel der Bestrafung“*, mittels derer sie unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen über die Möglichkeit verfügen auf die verweigernde Macht der Pflegepersonen zur reagieren. Andererseits verfügen sie über das Druckmittel *„der Patient als Kunde“*. Dies bedeutet, dass die Patient_innen für Leistungen - wenn auch nicht direkt - bezahlen und dadurch auf die verweigernde Macht der Pflegepersonen reagieren können, indem sie das Krankenhaus wechseln. Generell haben die Patient_innen allerdings nur die Option der vollkommenen Beendigung ihres Aufenthalts in einem bestimmten Krankenhaus, die Möglichkeit Pflegepersonen unmittelbar zu Handlungen zu zwingen haben sie jedoch nicht (Darmann, 2002).

Weitere Erkenntnisse aus den internationalen Studien zeigen, dass Macht in der Pflegerischen Beziehung asymmetrisch verteilt ist. Diese Verschiebung geht zu Gunsten der Pflegepersonen (Delmar, 2012; Hewison, 1995; Henderson, 2003). Die Pflegepersonen sind sich ihrer Rolle in dieser asymmetrischen Machtverteilung bewusst (Delmar, 2012). In Bezug auf diese Asymmetrie zeigt das Pflegepersonal eine Erwartungshaltung gegenüber den Patient_innen bezüglich der Erfüllung ihrer Vorgaben und die Patient_innen zeigen einen Willen zur Zustimmung gegenüber dem Pflegepersonal. Dies wird von Pflegepersonen kontrolliert (Hewison, 1995). Patient_innen nehmen Pflegepersonen in ihrer rolleninhärenten Funktion mit einem Recht Anweisungen und Befehle zu erteilen, Regeln aufzustellen und pflegerische Handlungen vorzuschreiben, wahr (Hewison, 1995).

Auch das deutsche Standardwerk *„Pflege Heute“* definiert die Pflege als asymmetrisch in einer hierarchisch geprägten Umgebung, da die Patient_innen sich immer in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal befinden. Das Pflegepersonal verfügt zum einen über mehr Wissen, zum anderen ist es körperlich und geistig handlungsfähiger (Menche, 2004).

Schließlich beeinflusst die Struktur und der Prozess in der Organisation der pflegerischen Arbeit die Machtverhältnisse und die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung (Hewison, 1995).

2.1 Quellen der Macht der Pflegepersonen

Im Rahmen der Erarbeitung des Forschungstandes in Bezug auf die Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung wurden folgende Quellen der Macht seitens der Pflegepersonen identifiziert:

- Mangelnder Wille zur Weitergabe der Information und Einbeziehung der Patient_innen in den Entscheidungsprozess. Grund hierfür ist die Überzeugung seitens der Pflegepersonen treffendere Entscheidungen für Patient_innen fällen zu können (Henderson, 2003).

- Beschränkung der Interaktion mit Patient_innen auf die Zeit der Körperpflege. Kommunikation bleibt dabei auf das Prozedere der gegenwärtigen Pflegehandlungen begrenzt (Henderson, 2003; Seidl & Walter, 1990).

- Begrenzung von Aktivitäten und Handlungsspielraum der Patient_innen durch das Festlegen von Parametern, die von Pflegenden als akzeptabel oder inakzeptabel definiert werden. Dieses Verhalten der Pflegepersonen wird seitens der Patient_innen als rolleninhärent verstanden und angenommen (Hewison, 1995).

- Auffassung der Patient_innen, dass Pflegepersonen sogar das Recht haben, ihnen Instruktionen und Befehle zu erteilen, Regeln aufzustellen und ihnen pflegerische Tätigkeiten vorzuschreiben. Seitens der Pflegepersonen zeigt sich eine Erwartungshaltung bezüglich der Erfüllung ihrer Vorgaben, und

seitens der Patient_innen zeigt sich der Wille zur Zustimmung (Hevison, 1995).

- Bevormundung der Patient_innen (Delmar, 2012; Darmann, 2002).

- Missachtung der Patient_innenwünsche (Darmann, 2002).

- Beeinflussung der Patient_innen mittels sprachlicher Strategien in Form von direkter Aufforderung und Überredung (Hewison, 1995).

- Missachtung des Nähe-Distanzverhältnisses verursacht durch überfürsorgliches Verhalten der Pflegepersonen (Delmar, 2012).

- Ausübung von Kontrolle in Bezug auf den Tagesablauf der Patient_innen (Hewison, 1995)

- Verweigerung von Sonderleistungen wie etwa intensive emotionale Zuwendung. Hierbei steht es den Pflegepersonen offen, diese zu erbringen oder nicht (Darmann, 2002).

- Stärkere Einschränkung des Handlungsspielraums der Patient_innen durch *„machtlose“* Pflegepersonen als durch „machtvolle“ (Raatikainen, 1996; Bradbury-Johnes et al., 2008). „Machtlose“ Pflegepersonen charakterisieren sich dadurch, dass sie ihre fachlichen Kenntnisse bezüglich der Patient_innenbedürfnisse zu einem geringeren Grad einsetzen als *„die Machtvollen“*. Diese beziehen die Patient_innen in pflegerische Entscheidungen ein und streben durch Engagement und Weiterbildung eine höhere Pflegequalität an (Raatikainen, 1996).

- Betrachtung der Patient_innen als Objekt. Das Pflegepersonal tritt mit den Patient_innen im Zuge von pflegerischen Handlungen in Kontakt vor allem, um Maschinen zu kontrollieren, Medikamente zu verabreichen und Verbände zu überprüfen. Dadurch wird ein humanistisches Bild des Patient_innen verhindert. Dieser Gedanke basiert auf der Machtanalyse von Foucault (Henderson, 2003).

- Streben der Pflegepersonen nach Erreichen einer gesundheitlichen Norm bei Patient_innen, welche einem statistischen Durchschnittswert entspricht. Diese standardisierte Norm wird als oberste Messgröße herangezogen, mit der die Patient_innen stets verglichen werden. Ziel aller pflegerischen Maßnahmen ist es, eine solche Norm zu erreichen, die Abweichungen hiervon zu erheben, und das Ausmaß derselben festzustellen. Dies determiniert das Verhalten der Patient_innen. Weiters entsteht hierdurch ein hierarchisches Machtverhältnis zwischen Pflegepersonen und Patient_innen, woraus die Pflegenden als sozial handlungskompetent und die Patient_innen als Zielobjekte von Macht / Wissen hervorgehen (Powers, 1999). Diese Umstände leiten sich vom Gedanken der *„Normalisierung“* von Michel Foucault ab.

Fazit:

Aus dem Forschungsstand bezüglich der Aufteilung der Macht im Verhältnis zwischen Pflegepersonen und Patient_innen leiten sich Quellen der Macht seitens der Pflegepersonen ab. Diese haben vielfältige Ursprünge: Einerseits resultieren sie aus mangelndem Willen zur Informationsweitergabe von Pflegepersonen an Patient_innen und aus geringer Integration der Patient_innen in pflegerische Entscheidungsprozesse. Andererseits wird der Handlungsspielraum der Patient_innen beschränkt und die Interaktion und Kommunikation mit den Patient_innen begrenzt. Als weitere Quellen der Macht sind das Ignorieren der Patient_innenwünsche und die unmittelbare Einflussnahme auf die Patient_innen durch sprachliche Strategien seitens der Pflegepersonen zu werten. Außerdem ist auch ein überfürsorgliches Verhalten der Pflegepersonen gegenüber den Patient_innen, sowie die Verweigerung intensiver Zuwendung seitens der Pflegepersonen gegenüber den Patient_innen als Machtquelle zu sehen. Weiters spielt auch die geringere Integration der Patient_innen in den pflegerischen Entscheidungsprozess durch *„machtlose“,* als durch *„machtvolle“* Pflegepersonen eine Rolle. *„Machtlose“* Pflegepersonen verfügen über geringe Fachkenntnisse in Bezug auf die Bedürfnisse der Patient_innen, während *„machvolle“* durch höheren persönlichen Einsatz und Fortbildung auf eine höhere Pflegequalität abzielen. Schließlich werden die Patient_innen oft nicht aus einem humanistischen Weltbild heraus gesehen. Sie werden als Objekte betrachtet, da sich das Pflegepersonal den Patient_innen bei den Pflegehandlungen vor allem nähert, um Maschinen zu steuern,

ihnen Medikamente zu verabreichen und Verbände kontrollieren. Dadurch kommt es zur Mechanisierung der Kommunikation, was die Patient_innen in der Artikulation ihrer Gefühle hindert. Letztlich tragen statistische Durchschnittswerte als Messgröße, mit dem die Patient_innen verglichen werden sowie das Streben der Pflegepersonen durch pflegerische Handlungen diese standardisierte Norm zu erreichen zur Entstehung eines hierarchischen Machtverhältnisses bei, das dadurch charakterisiert ist, dass Pflegepersonen als handlungskompetent und Patient_innen als Objekt von Macht und Wissen hervorgehen. Der Gedanke der *„Normalisierung“* stammt von Michel Foucault.

2.2 Das Gesamtumfeld betreffende Umstände

Es existieren das Gesamtumfeld betreffende Umstände, die den Nährboden für Machtquellen bilden, welche die Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung aus dem Gleichgewicht bringen und schließlich zur Eruption führen.

Parameter, welche diese Umstände prägen:

- Hilfsbedürftigkeit von Patient_innen als Ausgangslage, die durch Pflegepersonen ausgeglichen werden kann. Kluft zwischen Hilfsbedürftigen und jenen die Abhilfe schaffen können (Darmann, 2002).

- Beeinflussung der Kommunikation in der pflegerischen Beziehung durch Struktur und Abläufe der pflegerischen Arbeit (Hewison, 1995).

- Zeitdruck der Pflegepersonen aufgrund allgemeiner Überlastung, zusätzlich forciert durch das Delegieren alltäglicher Arbeiten an die Pflegepersonen seitens der Ärzt_innen. Anwendung von *„Blocking“*-Strategien seitens der Pflegepersonen als Reaktion hierauf, was wiederum zur Unterversorgung der am meisten pflegebedürftigen Patient_innen führt (Westermann-Binnewies, 2003).

- Mechanisierung der Kommunikation durch verstärkten Einsatz von Technik. Möglichkeit der Artikulation der Gefühle, wie zum Beispiel Angst, wird

hierdurch seitens der Patient_innen eingeschränkt und somit auch deren Handlungspielraum (Delmar, 2012).

- Unreflektierte Fixierung des Pflegepersonals auf Regeln der Schulmedizin, welche zu Verzerrungen führen, wodurch die Bedürfnisse der Patient_innen unterminiert werden (Darmann, 2002).
- Fachlicher Wissensvorsprung der Pflegepersonen, der sich in organisatorischen Hierarchien manifestiert und wiederum auf das Verhältnis Patient_in – Pflegeperson rückwirkt (Bradbury-Jones, Sambrook, und Irvine, 2008).
- Divergente Ziele ausgelöst durch suggerierendes Verhalten seitens der Pflegepersonen bilden ein Konfliktpotential: Interesse für langfristige Gesundheitsfürsorge seitens der Pflegepersonen, abgeleitet aus ethischen Prinzipien versus kurzfristiges Wohlbefinden durch unmittelbaren Genuss oder Bedürfnisbefriedigung seitens der Patient_innen (Darmann, 2002).

Fazit:

Machtquellen resultieren auch aus Bedingungen, die sich aus dem Gesamtumfeld ergeben. Diese Bedingungen bringen die Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung aus der Balance und die latenten Quellen der Macht zur Eruption. Das Umfeld ist geprägt von Hilflosigkeit der Patient_innen, die durch das Pflegepersonal ausgleichbar ist. Hierdurch kommt es zur Entstehung eines Ungleichgewichts. Die Kommunikation wird durch Prozesse der pflegerischen Arbeit beeinflusst. Der Druck auf das Pflegepersonal seitens der Ärzt_innen führt zu einem Abblocken seitens der Pflegepersonen als Antwort hierauf. Die pflegebedürftigsten Patient_innen werden in Folge nicht ausreichend versorgt. Einen weiteren Faktor stellt die Einengung des Handlungsspielraums der Patient_innen durch zunehmende Mechanisierung der Kommunikation seitens der Pflegepersonen mit ihnen dar. Durch eine Fokussierung der Technik können die Patient_innen ihre Gefühle nicht artikulieren. Das Pflegepersonal ist starr auf die Grundsätze der Schulmedizin konzentriert. Die Bedürfnisse der Patient_innen werden diesen untergeordnet. Der höhere Wissensstand des Pflegepersonals manifestiert sich in ausgeprägten Hierarchien und beeinflusst die Beziehung

zwischen Patient_innen und Pflegepersonen. Schließlich stellen auch unterschiedliche Ziele, die durch suggestives Verhalten der Pflegepersonen ausgelöst werden, Machtquellen dar. Pflegepersonen fokussieren aus ethischen Prinzipien abgeleitete langfristige Gesundheitsziele, während die Patient_innen auf kurzfristige Bedürfnisbefriedigung und Genuss konzentriert sind.

2.3 Potentielle Folgen für die Patient_innen

Aus der für die Pflegepersonen vorteilhaften Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung ergeben sich potentiell nachstehende Folgen für die Patient_innen:

- Verletzung der Menschenwürde (Darmann, 2002).
- Aufkommen eines Gefühls der Ohnmacht, und daraus resultierend keine bzw. geringe Inanspruchnahme von Patient_innenrechten (Delmar, 2012).
- Entstehung von Gefühlen der Wertlosigkeit (Wingchen, 2006).
- Verfall in die Rolle der gefügigen Patient_in_des gefügigen Patienten (‚easy patient'), Kritiklosigkeit, persönlicher Rückzug und das sich als Last Fühlen (Delmar, 2012).
- Gänzliches Erliegen der Kommunikation mit dem Pflegepersonal. Entstehen von Isolation und somit Begünstigung von Depression (Williams et al., 2002).
- Verschlechterung der physischen, kognitiven und funktionellen Fähigkeiten (Williams et al., 2002; Wingchen, 2006).
- Völliges Infragestellen der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz (Wingchen, 2006).

Fazit:

Aus den asymmetrischen Verhältnissen in der pflegerischen Beziehung, welche zu Ungunsten der Patient_innen gehen, ergeben sich folgende Konsequenzen für diese: Die Patient_innen werden in ihrer Würde beeinträchtigt. Ein aufkeimendes Gefühl der Wertlosigkeit und der Ohnmacht entsteht. Patient_innen machen von ihren Rechten keinen Gebrauch. Patient_innen ziehen sich zurück und werden gefügig und üben keinerlei Kritik. Dies führt zu einer depressiver Verstimmung der Patient_innen, bis hin zum völligen Infragestellen der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz, da jegliche Kommunikation mit dem Pflegepersonal zum Erliegen kommt und die Patient_innen in Folge isoliert werden. Der körperliche Zustand, die Wahrnehmung und die Funktionen der Patient_innen verschlechtern sich zusehends.

2.4 Mittel zum Ausgleich der asymmetrischen Verhältnisse hin zur Balance

In den pflegewissenschaftlichen Studien zum Thema Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung werden folgende Mittel zum Ausgleich der asymmetrischen Verhältnisse hin zur Balance dargestellt:

- Notwendigkeit zur Bewusstwerdung der asymmetrischen Verteilung der Macht in der pflegerischen Beziehung und das Erkennen der Steuerungsmechanismen derselben im Zuge der Auseinandersetzung (Delmar, 2012).

- Schaffung größerer Handlungsspielräume für Patient_innen durch Weitergabe von Informationen (Delmar, 2012).

- Maximierung der Unabhängigkeit der Patient_innen (Raatikainen, 1996) durch Förderung hin zur Erreichung ihrer gesundheitlichen Ziele (Kettunen, 2001).

- Das Sehen und Verstehen der Patient_innen in ihrer Ganzheit (Delmar, 2012).

- Respektierung der individuellen Bedürfnisse der Patient_innen (Raatikainen, 1996).
- Akzeptanz der Entscheidungsfreiheit der Patient_innen als Basis für pflegerische Handlungen als Resultat einer partnerschaftlichen Abstimmung der Ziele in der pflegerischen Beziehung. Erfordernis zur Wahrung eines professionellen Nähe – Distanz- Verhältnisses (Darmann, 2002; Delmar 2012).
- Offenheit gegenüber der Lebenssituation der Patient_innen und das Einfühlungsvermögen in deren Ausnahmesituation als von Krankheit Heimgesuchte (Delmar, 2012).
- Aufklärung der Patient_innen über gesundheitsschädigendes Verhalten mittels Beratung. Ziel hierbei ist es, die Patient_innen zur Einsicht zu bringen, wobei sie unter keinen Umständen zur Akzeptanz von pflegerischen Handlungen genötigt werden dürfen (Darmann, 2002).
- Reduktion des Konfliktpotentials durch Einsicht der Pflegepersonen, dass sie lediglich für die Rahmenbedingungen der Patient_innenentscheidungen Verantwortung tragen, allerdings nicht für die Handlungen der Patient_innen selbst (Darmann, 2002).
- Bei bestehenden Konflikten, Lösung derselben mittels Einbeziehung beider Perspektiven, Aufzeigen von Handlungsalternativen, sowie Auswahl der passendsten Lösung (Darmann, 2002).
- Schaffung einer Balance im Machtverhältnis in der pflegerischen Beziehung durch Gestaltung der Arbeit mit den Patient_innen aus einer ethischen Haltung der Wertschätzung für den Menschen heraus. Erfordernis zum Aufbau, Erhalt und zur Auflösung von Beziehungen in einem Gefüge aus Mitgefühl, Engagement und Distanz (Delmar, 2012).
- Aus organisationstheoretischer Sicht definieren Anne Berthou und Beartrice Junod vier Quellen der Macht bei Pflegepersonen: Macht des Experten, Macht des Vermittlers, Macht des Informanten und Macht des Adjuntanten. Hieraus resultierende Spielräume können zur Steigerung der Pflegequalität genutzt werden. Dies ist jedoch nicht immer der Fall (Berthou & Junod, 1991).

Fazit:

Folgende Mittel zum Ausgleich des Ungleichgewichts in der pflegerischen Beziehung werden in den pflegewissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Machtverteilung beschrieben: Eine Bewusstmachung der ungleichen Verteilung der Macht sowie eine Suche nach Lenkungsmechanismen in der pflegerischen Beziehung sind erforderlich. Die Freiräume der Patient_innen sollen durch verstärkte Informationsweitergabe an diese vergrößert werden. Die Unabhängigkeit der Patient_innen durch Förderung ihrer gesundheitlichen Ziele stellt ein weiteres Mittel zum Ausgleich dar, wobei die individuellen Wünsche der Patient_innen berücksichtigt werden sollen und Patient_innen in ihrer Gesamtheit erfasst werden sollen. Hierbei sollen die Pflegeziele gemeinsam abgestimmt werden. Der Entscheidungsspielraum der Patient_innen stellt die Grundlage für Pflegehandlungen in Folge einer kooperativen Harmonisierung der Ziele in der pflegerischen Beziehung dar. Weiters ist es erforderlich, das Nähe – Distanz Verhältnis zu bewahren. Seitens des Pflegepersonals ist eine einfühlende Offenheit in Bezug auf die besondere Lebenslage der Patient_innen als von Krankheit gezeichnete Individuen notwendig. Durch Informationen seitens der Pflegepersonen über Verhalten, das der Gesundheit schadet sollen die Patient_innen überzeugt, und nicht bevormundet werden, Pflegehandlungen unbedingt akzeptieren zu müssen. Bedeutend in diesem Zusammenhang ist auch die Erkenntnis der Pflegepersonen, dass sie nur für den Rahmen der Patient_innenentscheidungen zuständig sind, nicht jedoch für deren Handlungen selbst. Im Falle von Konflikten müssen beide Blickwinkel berücksichtigt werden, dabei wird ein alternatives Verhalten vorgeschlagen und der geeignetste Lösungsansatz ausgewählt. Einen weiteren Schritt zur Harmonisierung des Machtverhältnisses in der pflegerischen Beziehung stellt eine Haltung dar, die dem Individuum, aus ethischer Überzeugung heraus, einen hohen Wert zugesteht. Die pflegerische Beziehung soll in einer Verflechtung aus Einfühlsamkeit, Aktivität und Distanz aufgebaut, bewahrt und wieder gelöst werden. Anne Berthou und Beartrice Junod orten aus organisations-theoretischer Perspektive vier Hauptquellen der Macht bei Pflegepersonen: Macht des Experten, Macht des Vermittlers, Macht des Informanten und Macht des Adjutanten. Freiräume, die daraus entstehen, können zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, was allerdings nicht immer geschieht.

3. Machttheoretische Überlegungen

Das Thema Macht ist in mehreren wissenschaftlichen Disziplinen von Bedeutung. In den Sozialwissenschaften ist die Macht ein fundamentaler Grundbegriff und zählt zu den ‚top five', das heißt zu den meist behandelten Begriffen dieser Disziplin (Berger, 2009). Macht bildet auch einen Kern der Gegenwartsphilosophie, wo sie in Zusammenhang mit Fragen anthropologischer Natur bis hin zu Themen betreffend emanzipatorische Ansätze behandelt wird. Das Thema Macht zieht sich auch durch viele Bereiche der Psychologie und umfasst ein breites Spektrum zwischen Sozialpsychologie und Psychoanalyse, hierbei wird zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene unterschieden. Somit ist Macht sowohl eine Kategorie, die innerhalb einzelner Disziplinen, als auch Disziplinen übergreifend behandelt wird (Imbusch, 1998). In den oben genannten Disziplinen wird Macht in fünf verschiedenen Ausprägungsformen gebraucht: Einerseits wird sie als Charakteristikum eines einzelnen Individuums betrachtet, andererseits als interpersonelles Konstrukt. In weiteren Kontexten wiederum wird sie als ein Gut oder auch als ein kausales Konzept gesehen. Schließlich wird Macht auch als ein philosophisches Phänomen wahrgenommen (Hewison, 1995). Nach Cavanaugh (1984) konnte in vier Jahrzehnten der Forschung keine einheitliche Definition des Begriffs Macht herausgearbeitet werden (Hewison, 1995). Grund hierfür ist, nach Lukes (1974), dass die Bedeutung von Macht eng mit den Werten eines Individuums verknüpft ist. Die individuellen Werte von Menschen können nicht vereinheitlicht werden, und somit ist eine einzige Definition des Machtbegriffs nicht möglich (Hewison, 1995). Das Wörterbuch Random House Dictionary of the English Language (Flexner, 1987) führt 32 Definitionen von Macht an. Diese erstrecken sich auf die Bereiche Physik, Energie (sowohl elektrische, als auch nukleare), Mathematik, Informationstechnologie, bis hin zu Bereichen, in denen Macht eine transzendentale Bedeutung zukommt (Hokanson Hawks, 1991).

Wenngleich demzufolge keine einheitliche Definition von Macht existiert, ist dem Wörterbuch der Soziologie, herausgegeben von Bensdorf Wilhelm (1969), zu entnehmen, dass Macht in den interpersonellen Beziehungen auf Einflussnahme, Führung, Gehorsamkeit, Überlegenheit und Unterlegenheit aber auch auf Prestige und Autorität beruht (Blessing, 2006). Hieraus wird ersichtlich, dass in der Soziologie sehr wohl Einigkeit in Bezug auf die Bedeutung von Macht besteht.

Als Erweiterung des Konzepts Macht unterscheidet Hokanson Hawks (1991) zwei Ausprägungen hiervon: „*Macht um zu“*, sowie „*Macht über jemanden“*. *„Macht um zu“* wird hierbei als Effizienzsteigerung gesehen. Dies bedeutet Ziele zu setzen sowie Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung zu haben, um diese tatsächlich zu erreichen. Macht wird als interpersoneller Prozess betrachtet, der eine Teilnahme anderer erfordert. *„Macht über jemanden“* bezieht sich darauf, das Verhalten der anderen hin zur Unterordnung oder Konformität zu beeinflussen. Hiermit wird der Aufstieg von einer untergeordneten zu einer übergeordneten Position bezweckt. Dieses zielgerichtete Streben impliziert kontrollierendes, konkurrierendes Verhalten sowie Autorität und Führung (Hokanson Hawks, 1991). Macht kann nicht besessen werden, sondern existiert nur in einer Relation zu anderen Menschen. Sie ist ein unsichtbares Charakteristikum jeder sozialen Beziehung. Sie ist prozesshaft und folglich wandelbar in ihrer Form. Daher erscheint Macht immer in Machtverhältnissen. Sie besitzt die Fähigkeit diese Verhältnisse zu beeinflussen (Imbusch, 1998). Laut Leino-Kilpi (2000) entsteht der Machtzuwachs des einen, durch die Abgabe des entsprechenden Anteils der Macht seitens des anderen (Bradbury- Johnes et al., 2008). Da die Macht gewillt ist, ihren Willen auch gegen Widerstand durchzusetzen und die Bereitschaft der Machthabers notwendig ist, sich auf Konflikte einzulassen, ist die Durchsetzung von Macht und die darauf aufbauenden Beziehungen daher immer konfliktgeladen, stehen hinter ihnen doch verschiedenen Interessen. Wie Lohmer ausführt, werden diese Konflikte *„[…] nur selten mit offenem Visier ausgetragen, weil der Gegner einen leichter verwunden kann. Machtkämpfe sind subtil, verdeckt und nicht leicht durchschaubar“* (Lohmer, 2001, S. 5). Dies hat zur Folge, dass Machtmotive in der Regel nicht öffentlich verkündet werden und immer in Form von Argumenten dargestellt werden, denn *„Es gehört zu den Merkmalen der Macht, dass sie am besten im Verborgenen wirkt. Kein(Macht-)Spieler wird seine Strategie offen legen, weil er sich damit seiner Kraft berauben würde“* (Lohmer, 2001, S. 5). Macht ist großen Schwankungen ausgesetzt. Selbst die Mächtigsten werden in manchen Augenblicken ohnmächtig. Es ist freilich in ihrem Interesse, die anderen dies nicht merken zu lassen (Bahrdt, 2003).

3.1 Macht in Abgrenzung zu Gewalt, Dominanz und Autorität

Wenngleich Macht, Autorität, Dominanz und Gewalt oft synonym gebraucht werden, haben sie doch nicht dieselbe Bedeutung. Daher sollen diese Begriffe analysiert werden, um sie voneinander abzugrenzen (Bahrdt, 2003). Treiber kommentiert die Definition von Max Weber (siehe S. 25), indem er meint, dass Macht nicht von vorneherein mit Gewalt gleichzusetzen ist. Sie kann sich jedoch, in Gewalt äußern (Arendt, 2000). Arendt zieht eine deutliche Trennlinie zwischen Macht und Gewalt, ihrer Ansicht nach, gibt es keine Verbindung zwischen den beiden: *„Macht und Gewalt sind Gegensätze: Wo die eine absolut herrscht, ist die andere nicht vorhanden. […] Gewalt kann Macht vernichten; sie ist gänzlich außer Stande, Macht zu erzeugen“* (Arendt, 2000, S. 57).

Burgoon, Johnson und Koch (1995) fassen den Begriff Macht weiter als den Begriff Dominanz. Macht stellt demzufolge ein Potential zur Beeinflussung dar. Die Mittel hierzu sind subtile Ressourcen wie Belohnung, Kontrolle, Information, Einschmeichelung, Anbiederung und Besänftigung. Dominanz, passiert hingegen lediglich in der momentanen Situation (Kettunen et al., 2001). Wird Autorität in Relation zu Macht betrachtet, so lässt sich sagen, dass Autorität getrennt von Macht zu sehen ist. In zwischenmenschlichen Beziehungen stehen die beiden Konzepte jedoch in enger Verbindung zueinander. Macht impliziert, dass der Wille der_s anderen auch gegen ihr_sein Widerstreben gebrochen wird. Autorität hingegen, setzt keine Erwartung der_s anderen voraus, dass ihr_sein Wille durch den_die Autoritätsträger_in unbeachtet bleibt. Autorität kann den Willen der_s anderen jedoch auch brechen, wodurch es zur Entstehung einer Beziehung kommen kann, die von Autorität und Macht gleichzeitig geprägt ist. Autorität ist an sich keine Eigenschaft. Sie wird jemandem lediglich durch sein Umfeld zugesprochen. Imagebildung seitens der Autoritätsträger_innen kann hierzu einen Beitrag leisten. Autorität impliziert einen gewissen Verzicht auf Selbstbestimmung und eigene Entscheidungsfähigkeit bei einer_m anderen. Ein_e Autoritätsträger_in kann somit das Verhalten anderer auch beeinflussen (Bahrdt, 2003).

3.2 Definition der Macht nach Max Weber

Grundlage von allem Sozialen ist nach Max Weber (1864-1920), das subjektiv sinnhafte Handeln des Individuums. Dieses Agieren auf Grundlage des subjektiven Sinns leitete die gesamte soziologische Perspektive Max Webers, und bildet somit auch die Basis seines Verständnisses von Macht und Herrschaft. Während er für die Machtausübung den subjektiven Sinn der_s Einzelnen als Basis betrachtet, analysiert er die Herrschaft als sinnentleert. Somit beschreibt er Macht und Herrschaft in Bezug auf Sinn als antagonistisch. Die Tatsache, das Macht sowohl als Sonderfall von Herrschaft beschrieben wird, als auch als ihr Gegenpol, betrachtet er als kennzeichnend für die Moderne. Diesen Antagonismus hält er jedoch für nicht auflösbar (Neuenhaus, 1998). Die Herrschaft bedient sich der Disziplin und Rationalität, um das Soziale zu automatisieren. Sie ist Selbstzweck und erfordert einheitliches gehorsames Verhalten. Die direkten Machtkämpfe werden dadurch ausgebremst und die Herrschaft gibt vor, wie soziales Handeln im Sinne der gesamten Gesellschaft abzulaufen hat (Neuenhaus, 1998). Macht gilt bei Weber als ein Fundament sozialer Ungleichheit und ist somit verbunden mit der Ausprägung sozialer Schichten und dazugehörender hierarchischer Verhältnisse der Über-, oder Unterordnung. Diese Verhältnisse sind determinierend für die Möglichkeit der Umsetzung der eigenen Interessen und Aktionen (Imbusch, 2006). Den meisten wissenschaftlichen Diskussionen, vor allem den soziologischen zum Thema Macht, liegt die Definition von Max Weber zugrunde: *„Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht“* (Max Weber [1], (1980) [1922], S. 28). Diese Definition von Macht stellt einen klaren Wandel in der Auffassung derselben dar. Im Vergleich zur Auffassung von Macht, die früher in der Psychologie und weiten Teilen der Anthropologie vertreten worden war, kam es hiermit zu einer Verschiebung der Bedeutung der Macht als ein Persönlichkeitsmerkmal hin zur Auffassung der Macht als ein aufeinander bezogenes zwischenmenschliches Verhalten, das wissenschaftlich fassbar wird (Maurer, 2004). Nach Max Weber bedeutet Macht eine Chance des einzelnen Individuums, seinen eigenen Willen durchzusetzen und sich hierbei durch Gegenwehr nicht abbringen zu lassen. Dies impliziert ein Potenzial, anderen den eigenen Willen aufzuzwingen (Max Weber [1], (1980) [1922]). Hierbei stellt eine soziale Beziehung die Grundlage für die

Entstehung eines Machtverhältnisses dar (Neuenhaus, 1998). Macht manifestiert sich zum Beispiel durch das Treffen von Entscheidungen, die entweder mit positiven oder negativen Ergebnissen für Dritte umgesetzt werden (Imbusch, 1998). Eine Voraussetzung für die Entstehung eines Machtverhältnisses ist, dass eine Chancenungleichheit der Akteure innerhalb einer sozialen Beziehung besteht, auch wenn dies von Weber nicht ausdrücklich so dargestellt wird. Wie wäre sonst der Widerstand der_s anderen zu überwinden. Nach Weber ist es gleich, worauf diese Chance basiert, die eigenen Vorstellungen umzusetzen. *„Alle denkbaren Qualitäten eines Menschen und alle denkbaren Konstellationen können jemanden in die Lage versetzen, seinen Willen in einer gegebener Situation durchzusetzen“* (Max Weber [1], (1980) [1922], S.28f.). Weber wählt jedoch vor allem subjektive Qualitäten als Basis bei der Beurteilung von Machtausübung (Neuenhaus, 1993). Das Wort *„auch“* ist so zu verstehen, dass in einem Machtverhältnis nicht permanent Widerstand gebrochen wird, dieses Potential jedoch über der ganzen Beziehung liegt (Bahrdt, 2003). Webers Definition von Macht ist soziologisch betrachtet amorph, knapp definiert, instabil und kaum fassbar, was bedeutet, dass ihr eine klare Ausprägungsform fehlt (Neuenhaus, 1993). Da nicht präzise angegeben ist, welche Bedingungen in Bezug auf diese Chance gegeben sein müssen und auch nicht, welche Qualitäten die Macht besitzen muss. Es kann sich hierbei sowohl um ökonomische Macht, als auch um ein Monopol in Bezug auf Informationen handeln. Außerdem können zum Beispiel Prestige, Reichtum und Geschlecht gegebenenfalls Qualitäten der Macht darstellen (Bahrdt, 2003). Die knappe Definition der Macht als Chance führt dazu, dass Macht in erster Linie als Instrument mikrosoziologischer Analyse von Bedeutung ist. Wird jedoch Macht als Prinzip herangezogen, welches Gesellschaft strukturiert, wird die mikrosoziologische Relevanz der Macht ersetzt durch eine Makrosoziologie der Legitimation. Sobald die Macht ihre Instabilität als individuelle Handlungsfähigkeit verliert, und als kontinuierliche Abfolge von Befehlen auftritt, verschiebt sich der Begriff der Macht hin zu Begriffen wie Herrschaft und Legitimität (Daum, 2008). Im Gegensatz zur schlichten Definition von Macht nach Weber, ist der von ihm herausgearbeitete Begriff Herrschaft, den er als Sonderfall von Macht versteht, klar strukturiert und somit ein leichter fassbares Objekt soziologischer Analyse (Neuenhaus, 1998). Herrschaft ist zu sehen als Endpunkt an dem die Macht ihre Personengebundenheit verliert und institutionell verankert wird. Sie orientiert sich nämlich an Regelungen und vorgegebenen Abläufen, sodass

persönliche Willkür eliminiert wird. Durch ihre Einbindung in ein breites verwobenes Ordnungsgefüge erfährt sie ihre institutionelle Verankerung, Erweiterung und Verfestigung (Imbusch, 2006). Max Weber definiert Herrschaft wie folgt: *„Herrschaft soll heißen, die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden“* (Max Weber [1], (1980) [1922], S.28). Herrschaft wird verstanden als ein gehorsames Handeln ohne Widerspruch, als Antwort auf Befehle seitens bestimmter Personen in Bezug auf einen bestimmten Inhalt. Somit kommt es zu einer scharfen Abgrenzung zwischen berechenbaren Befehls- und Gehorsamsbeziehungen und zufälligen Beziehungen der Über- und Unterordnung (Maurer, 2004). Die Fragen der Legitimität und der Legalität der Herrschaft stellen das Kernstück in Webers Herrschaftssoziologie dar. Hier geht es darum, wie und auf welche Weise der Anspruch auf Gehorsam Legitimation finden kann (Rath, 1998). Nach Max Weber orientiert sich das soziale Handeln und vor allem die sozialen Beziehungen an einer legitimen Ordnung. Diese Ordnung basiert auf vier idealtypischen Gründen: Kraft geschöpft aus Tradition und somit aus dem Althergebrachten, Kraft geschöpft aus der Affektivität, das heißt der Emotion, Kraft geschöpft aus dem Wertrationalen, Kraft aus positiver Grundeinstellung heraus, an deren Berechtigung geglaubt wird (Rath, 1998). Aus diesem Geflecht der sozialen Ordnung, das aus sozialen Beziehungen gewoben wird, entwickelt Weber in seiner Herrschaftssoziologie drei Arten der Herrschaft: die legale, die charismatische und die traditionelle (Rath, 1998). Herrschaft kann aus unterschiedlichen Motiven der Fügsamkeit heraus entstehen: aus zweck-rationalen Motiven seitens des Gehorchenden, aus *„Sitte“,* das heißt durch Fortleben des gewohnten Handelns und schließlich aus individueller Neigung des sich Unterordnenden heraus. Diese Gründe der Herrschaft wären allerdings nicht solide genug, um die Herrschaft dauerhaft zu stabilisieren. Sie bräche in sich zusammen und wäre langfristig nicht fassbar (Max Weber [1], (1980) [1922]). Nach Weber muss sich Herrschaft auf *„Legitimität“* stützen, um langfristig aufrecht zu bleiben. Eine Erschütterung dieser so begründeten Herrschaft hätte weitverzweigte Auswirkungen. Die Formen der Herrschaft und deren Umsetzung stehen in Relation zur Art ihrer Legitimität. Jede von ihnen ist verknüpft mit einer grundlegend unterschiedlichen Struktur der Verwaltung und ihren jeweiligen Mitteln (Max Weber [1], (1980) [1922]). Traditionelle Herrschaft: Grundlage dieser Herrschaftsform ist die Achtung von Tradition und Vergangenheit. Der Anspruch auf Herrschaft wird entweder vererbt oder in Monarchien durch die Erbfolge geregelt.

Befehle sind hierbei an Tradition geknüpft. Folgten die Herrscher_innen in ihren_ Befehlen nicht der Tradition, würden sie die Legitimität der Herrschaft verletzen und so ihren Anspruch auf Herrschaft riskieren. Der Verwaltungsapparat ist entweder patriarchalisch oder ständisch organisiert, wobei die patriarchalische Verwaltung in völliger Abhängigkeit von dem_der Herrscher_in steht. Im Gegensatz hierzu ist die ständische Verwaltung unabhängig von dem_der Herrscher_in, ihre Repräsentant_innen sind somit Unabhängige (Max Weber [1], (1980) [1922]). Charismatische Herrschaft: Bei diesem Herrschaftstyp stehen die persönlichen Qualitäten wie zum Beispiel Charisma, hervorstechende geistige Kapazität sowie besondere Tapferkeit im Mittelpunkt (Wickelmann, 1985). Diese Form der Herrschaft ist an die Persönlichkeit der Herrscher selbst gebunden, weshalb ein Wegfall der persönlichen Qualitäten unmittelbar mit dem Niedergang als Herrscher_in einhergeht. Basis der Legitimation der Herrscherin_des Herrschers ist das Vertrauen der Geführten ihrem_r Führer_in gegenüber, die_der von diesen oftmals als Prophet_in, Held_in oder Demagog_in angesehen wird. Der Verwaltungsapparat ist bei dieser Herrschaftsform unstrukturiert und instabil, die Verwaltungstätigkeit wird von einem kleinen Kreis von Vertrauten der Herrscherin_des Herrschers ausgeübt (Max Weber [1], (1980) [1922]). Legale Herrschaft: Diese Herrschaftsform bezieht ihre Legitimation aus Gesetzen, Verordnungen, Bestimmungen und vorgeschriebenen Abläufen. Die gesetzten Regeln, und nicht die Person, sind entscheidend dafür, wem und in welchem Ausmaß zu gehorchen ist. Da die Macht offiziell durch Bestimmungen geregelt wird, ist auch der_die Herrscher_in an diese Regelungen gebunden und kann nur durch die Befolgung der rechtlichen Bestimmungen zur legitimen Macht gelangen. Für den gut strukturierten Verwaltungsapparat bedeutet dies, dass er auf einem rational-legalen Regelwerk, einer Bürokratie beruht. An der Spitze dieser Organisationshierarchie ist die offizielle Macht konzentriert. Der Verwaltungsapparat unterliegt nicht wie bei der feudalen Herrschaft der Verfügungsgewalt der Herrscherin_des Herrschers, private und öffentliche Einkünfte wie auch das private und öffentliche Leben sind getrennt (Max Weber [1], 1980 [1922]). Nun interessiert Weber aber nicht so sehr die unter Anwendung von Drohungen erfolgte Machtausausübung, sondern vor allem jene Form der Machtausübung, bei dem die Herrschendenden anderen ihren Willen aufzwingen und dies als etwas wahrgenommen wird, wozu sie das Recht haben.

Es ist dies ein Prozess, so Morgan Weber paraphrasierend *„[…] durch den Machtausübung als normale, gesellschaftlich akzeptable Beziehung akzeptiert wird: Abläufe offizieller Autoritätsausübung, bei denen die Herrschenden sich als zur Machtausübung berechtigt betrachten, und die anderen dieser Machtausübung unterliegen, [und] es als ihre Pflicht betrachten, zu gehorchen“* (Morgan, 2002, S. 406). Jedem Herrschaftsverhältnis ist ein Machtverhältnis innewohnend, wohingegen nicht jedes Machtverhältnis einem Herrschaftsverhältnis gleichzusetzen ist. Die Herrschaft richtet sich an eine bestimmte Personengruppe. Herrschaftsakte haben nicht jederzeit Aussicht auf Erfolg. In Zusammenhang mit Macht ist der Erfolg zur Durchsetzung des eigenen Willens durch eine adäquate Wahl des Zeitpunktes für diese Durchsetzung bestimmt. Nur fallweiser Gehorsam ist nicht Herrschaft, sondern Macht (Bahrdt, 2003).

3.3 Analyse der Macht nach Michel Foucault

Michel Foucault (1926-1984), ein französischer Philosoph und Historiker, verfolgt nicht das Ziel, eine Theorie der Macht zu entwerfen, sondern sein Anliegen ist es, Transparenz über die Funktionsweise von moderner Macht zu schaffen, damit es möglich ist, diese Macht zu hinterfragen. Er sucht nach Antworten auf die Fragen, wo, zwischen wem, auf welche Weise und zu welchem Zweck Mechanismen der Macht ablaufen (Fink-Eitel, 1989). Damit verbindet sich bei Foucault der Versuch einer *„rettenden Kritik“* an Missständen der Gesellschaft. Im Fokus stehen dabei die kritische Analyse eines historisch entwickelten Komplexes von Macht und Wissen sowie seine gesellschaftliche Relevanz (Raab, 1998). Foucault hat zwei Machtkonzepte herausgearbeitet: die Genealogie und die Gouvernementalität. Diese unterscheiden sich im Wesentlichen voneinander, sie weisen jedoch gewisse Gemeinsamkeiten auf. Die Genealogie des Gefängnisses sucht Antworten auf die Fragen, auf welche Weise Macht in Institutionen wirkt, wie die Individuen mit Macht diszipliniert werden, welcher Zusammenhang zwischen Wissen und Macht besteht und wie sich Macht anhand von Diskursen ermitteln lässt (Arnold, 2006). Bei Genealogie *„[…] handelt [es] sich also darum die Antworten für eine gegenwärtige Fragestellung in den historischen Ereignissen zu finden“* (Polat, 2010, S. 22*). „Die Genealogie ermöglicht es […], die Machtanalysen auf eine präzise Art und Weise durchzuführen“* (Polat, 2010, S. 22). In der Gouvernementalität befasst sich Foucault

bei seiner Analyse der Macht vorwiegend mit dem Subjekt. Er spricht hier über die Führung und Regierung im Sinne von *„Menschen 'führen' nicht nur andere oder werden selbst 'geführt', sie 'regieren' sich auch selbst"* (Arnold, 2006, S. 155). Als Wissenschafts- und Kulturhistoriker prophezeite er das Verschwinden des Menschen *„[…] wie am Meeresufer ein Gesicht im Sand"* (Raab, 1998, S. 18) und rief zu neuem Denken auf. Diese neue Denkweise der Gouvernementalität baut nach Foucault auf einer Reflexion der Genealogie auf (Fraser, 1994). In seinen Untersuchungen erforscht Foucault, wie bestimmte Prozeduren, Prozesse und Apparate zur Entstehung von Wissen beigetragen haben. Dabei zieht er die Schlussfolgerung, dass kulturelle Praktiken im Laufe der Zeit institutionalisiert wurden (Fraser, 1994). Innovativ in seiner Untersuchung der Macht ist die Trennung der Machtstrukturen von politischen Strukturen genauso wie von Staatsapparaten. Michel Foucault definiert Macht nicht als Regierungsmacht, folglich steht der Staat nicht im Zentrum der Macht (Foucault, 1976). Seine Auffassung unterscheidet sich in mehreren Punkten vom tradierten Verständnis von Macht. So existiert Macht aus seiner Perspektive immer in Beziehungen. Dabei erfahren und erleiden die Individuen die Macht nicht nur als Objekte, sondern üben diese auch selbst aus (Arnold, 2006). In seiner Darstellung ist Macht kapillar, das bedeutet, dass sie schon auf niedrigster Ebene des sozialen Körpers in alltäglichen sozialen Praktiken wirksam ist. Damit wird betont, dass Macht nicht alleine in Staat und Ökonomie verankert ist. Vielmehr zeigt sich Macht in vielfältigen sozialen Handlungsweisen, welche das Alltagsleben der modernen Gesellschaft ausmachen (Fraser, 1994). Folglich hat Macht kein Zentrum, sie ist allgegenwärtig und wird kontinuierlich in Frage gestellt. Insofern ist sie temporär und heterogen, sie kann daher nicht in binärer Sichtweise von Herrschaft dargestellt werden, welche den Fokus auf die Beziehung zwischen Herrschenden und Beherrschten legt (Foucault, 1983). Macht ist nach Foucault *„[…] nicht eine Institution, nicht eine Struktur, ist nicht eine Mächtigkeit einiger Mächtiger. Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt"* (Foucault, 1983, S. 94f.). Das Individuum stellt nicht den Gegenpol zur Macht dar, sondern es wird vielmehr durch die Macht geformt (Raab, 1998).

Mit dieser Betrachtungsweise nimmt Foucault einen Standpunkt konträr zum herrschenden Verständnis ein, wonach Macht ihren Ausgang von einer Institution oder einem Individuum nimmt. Aufgrund ihrer Verlagerung auf die Mikro-Ebene verliert die Macht ihre Sichtbarkeit und nimmt verschiedenste Formen an. Während

in der vormodernen Machtausübung noch der einzelne Mensch diszipliniert wurde, so steht in der Moderne die Disziplinierung ganzer Gesellschaften im Vordergrund. Parallel zur Entwicklung der Industriegesellschaft mit der massenhaften Produktion gleichartiger Produkte wurde auch massenhaft konformes Verhalten von Individuen produziert (Foucault, 1999b).

Foucault prägt den Begriff der *„Bio-Macht":* Diese bezieht sich auf die Produktion und Reproduktion des Lebens in modernen Gesellschaften. Der Begriff der *„Bio-Macht"* fokussiert sich auf die Analyse der *„politischen Technologie"* des menschlichen Körpers und auf die diskursive Produktion von Sexualität (Fraser, 1994). Dabei geht es einerseits um die Disziplinierung von Individuen, andererseits um die Regulierung der gesamten Bevölkerung. Dabei werden bestimmte Verhaltensformen erzeugt, welche als Norm für die gesamte Gesellschaft wirken um diese damit disziplinieren (Powers, 1999). Aus diesem Gedanken heraus entwickelt Foucault das Konzept der Disziplinar- und Normalisierungsgesellschaft (Schröter, 2005). *„Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit allen ihren Variationsbedingungen wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und regulierender Kontrollen: Bio-Politik der Bevölkerung"* (Foucault, [1976] 1983, S. 166, zit. nach Schroeter, 2005, S. 390). Rose und Müller (1992) fassen die Foucault'schen Aussagen prägnant zusammen: *„Macht bedeutet nicht in erster Linie, den Bürgern Maßregelungen aufzuerlegen, sondern vielmehr einen Bürger 'zu erfinden' der eine Art regulierte Freiheit zu ertragen vermag. Persönliche Autonomie ist nicht die Antithese zu politischer Macht, sondern eine zentrale Größe in ihrer Ausübung, umso mehr, weil die meisten Individuen nicht Subjekte der Macht sind, sondern einen Part in ihren Operationen übernehmen"* (Clarke, 2012, S. 95). Die Bio-Macht ist auf die für Macht/ Wissen relevanten Aspekte wie Bevölkerung, Gesundheit, städtisches Leben und Sexualität gerichtet. Diese Ressourcen, die verwaltet und kultiviert werden müssen, werden von der Bio-Macht objektiviert. Dazu verwendet sie neue quantitative, sozialwissenschaftliche Techniken, um zu analysieren, Vorhersagen zu treffen und Vorschriften zu machen. Auch die qualitativen Diskurse über Sexualität spielen in diesem Kontext eine bedeutende Rolle (Fraser, 1994). Diese Bio-Macht organisiert sich um zwei Pole: der eine betrifft die Wahrnehmung des *„Körpers als Maschine"*, wogegen der andere sich auf *„Gattungskörper"* fokussiert. In der ersten Perspektive steht das Individuum im Fokus der Beobachtung und zeigt sich einer Vielzahl von Kontroll- und

Dressurprozeduren unterworfen. Hingegen zielt die zweite Blickrichtung auf die Regulierung und Normierung der Gesamtbevölkerung (Schroeter, 2005). Foucaults Analyse geht davon aus, dass moderne Macht das Individuum vor allem durch jene Formen des Zwangs berührt, die im sozialen Handeln sichtbar werden. Diese Formen sind in der Auswirkung der Macht relevanter als jene Formen der Beeinflussung, welche sich auf das Denken selbst beziehen (Fraser, 1994). Foucault betont die ständige Aushandlung von widerstrebenden Standpunkten im Rahmen der Machtverhältnisse. Demzufolge stehen Macht und Widerstand in enger und kontinuierlicher Relation (Foucault, 1983). *„Wo es Macht gibt, gibt es Widerstand. Und doch oder gerade vielmehr deswegen liegt der Widerstand niemals außerhalb der Macht“* (Foucault, 1991). Widerstände sind mit der Macht untrennbar verbunden. Foucault sieht sie als Kehrseite der Macht (Foucault, 1991). In der Perspektive Foucaults geht Macht zirkulär durch die gesamte Gesellschaft und dabei nicht von einer zentralen Quelle aus, sondern zeigt sich kapillar und allgegenwärtig. Diese Merkmale fasst Foucault mit dem Begriff der *„Selbsterweiterung“* zusammen. Damit unterscheidet sich seine Auffassung von der modernen Macht von ihrer tradierten Form. Denn die überlieferte Form der Macht nutzte ein bestimmtes Ausmaß an Gewalt zur Vernichtung oder Reduktion von widerstrebenden Kräften. Hingegen verliert moderne Macht nicht ihre Kraft im Kampf mit oppositionellen Positionen, sondern wächst durch die Integration dieser Widerstände ins eigene System. Dabei werden die Individuen dazu verleitet, sich selbst zu überwachen. Statt sie zu unterdrücken, nutzt moderne Macht den panoptischen Mechanismus zur Umformung der Individuen (Fraser, 1994). Bei Panopticon das von Bentham 1789 erbaut wurde, handelt es sich um eine Struktur für die Konstruktion von Gefängnisbauten, wobei kreisförmig Einzelzellen um einen Beobachtungsturm ausgerichtet sind, der Einsicht in alle Zellen ermöglicht, ohne dass jedoch die Insassen die Wärter_innen oder die anderen Insassen sehen konnten. Diese Gestaltung der Raumordnung verursacht bei den Gefangenen ein Gefühl permanenter Sichtbarkeit, was die Gefangenen zu einem Verhalten konform zu den Erwartungen der Wärter_innen verleitet (Raab, 1998). Die von Foucault beschriebene Disziplinierungsgesellschaft gründet auf dieser Idee des Panoptikums, wo schon alleine die Annahme, beobachtet und kontrolliert zu werden, ausreicht, die Gesetze und Regeln der Gesellschaft zu befolgen. Auf der kapillaren Ebene zeigt sich die Macht in der Überwachung der Überwacher_innen, die andere überwachen (Foucault, 1994). Im Gegensatz zur

tradierten Macht ist die moderne Macht nicht auf einfache, sondern auf erweiterte Reproduktion ausgerichtet (Fraser, 1994). Die moderne Macht hat die Aufgabe, Leben zu erhalten oder zu verlängern. Sie tritt an die Stelle der souveränen Todesmacht. Auf diese Weise wird das Verhalten von Individuen zum Zweck des Gemeinwohls gesteuert und normiert. Dieser Ansatz der Macht zeigt sich nun konträr zur früheren Erscheinungsform der Macht: War die vormoderne Macht noch auf Todesstrafe als Machtmittel ausgerichtet, so ist es das Ziel der modernen Macht vielmehr das Leben zu erhalten. Letztlich strebt die Bio-Macht an, konformes Verhalten zu erzeugen zum Wohl der gesamten Gesellschaft (Schroeter, 2005). Foucault zeigt, dass die moderne Macht nicht nur repressiven, sondern auch produktiven Einfluss auf Individuen hat (Fraser, 1994). Nach Fink-Eitel (1989) zeigt sich das Positive der Macht dadurch, dass durch sie die soziale Wirklichkeit erst kreiert wird (Polat, 2010). Die vor allem produktive Kraft der Macht eröffnet eine neue Perspektive aus der das Phänomen Macht betrachtet wird. Hierdurch kommt es zu einem Wandel in der Auffassung in Bezug auf die Wirkung der Macht. Damit wird eine klare Abgrenzung gezogen: Macht nicht nur als rein repressive Kraft zu sehen, sondern auch als positive Kraft (Fraser, 1994). Die moderne Macht impliziert weniger Arbeitsaufwand und ist doch wirksamer. Sie ersetzt Waffengewalt, durch *„sanften Zwang“*. Statt periodischer Überwachung durch Vertreter_innen der Macht geht es nun um ständige Selbstkontrolle der Individuen, sodass es äußerst schwierig ist, sich von der Macht zu befreien (Sarasin, 2006). Die Grundlage der modernen Macht ist die Freiheit generell und die Freiheit des Einzelnen im Speziellen. Nur auf der Grundlage der Freiheit kann sie sich vollziehen (Sarasin, 2006). Während Foucault sich ausführlich mit dem Ursprung moderner Macht befasst, so gibt er keine genauen Angaben über die Prozesse im Rahmen der Integration von Mikrotechniken in globale Makrostrategien (Fraser, 1994). Foucault analysiert die Machtverhältnisse in der Gesellschaft auch anhand von zwei Begriffen: Diskurs und Dispositiv. Der Begriff *„Diskurs“* im aktuellen Sprachgebrauch hat drei verschiedene Ursprünge: Erstens meint er analog zur französischen und englischen Tradition das Gespräch, zweitens zielt er auf die wissenschaftliche Untersuchung von gesprochener Verständigung und letztlich bezieht er sich auf die Theorie der Sprache, welche von Ferdinand de Saussure entwickelt wurde (Keller, 1997). Bei Foucault ist mit dem Diskurs sowohl ein Gegenstand als auch ein Instrument der Analyse gemeint (Raab, 1998). Es handelt sich dabei um die Analyse der Macht, welche Foucault als zentrales Anliegen

empfindet. Foucault definiert Diskurs als Menge von Aussagen, welche derselben diskursiven Einheit angehören. Unter einer diskursiven Praxis wiederum versteht Foucault die Summe von Regeln, welche für eine bestimmte Epoche und eine bestimmte soziale Umgebung die Wirkungsbedingungen der Aussagefunktion definieren (Foucault, 1991). Dabei wird der Diskurs nicht nur auf die Sprachtheorie bezogen und folglich bezieht sich auch die Diskursanalyse nicht mehr nur auf Regeln der Wissensformation. Vielmehr ist es bei Foucault ein System der gegenseitigen Beeinflussung von diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken (Raab, 1998). Der Diskurs ist *„genauso in dem […]; was man nicht sagt, oder was sich in Gesten, Haltungen, Seinsweisen, Verhaltungsschemata und Gestaltungen von Räumen ausprägt. Der Diskurs ist die Gesamtheit erzwungener und erzwingender Bedeutungen, die gesellschaftliche Verhältnisse durchziehen“* (Foucault, [1976] 2003, zit. nach Schroeter, 2005, S. 386). Verbinden lässt sich Diskursanalyse und Machtanalytik bei Foucault in der Frage nach der Organisation von Wissen im Raum bzw. nach der räumlichen Gliederung von Wissen. Strukturen der Ordnung bilden sich im Diskurs genau wie die Strukturen der Architektur. Sie sind verschiedene Formen der Machtausübung, welche mit derselben Wirkung eine neue Struktur in dem chaotischen Rohzustand von Menschenmassen, Dingen und Diskursen bewirken (Sarasin, 2006). Diese architektonische Struktur mit ihrer Eingrenzung von Individuen wird bei Foucault als *„synoptische Sichtbarkeit“* bezeichnet. Gemeinsam mit der detaillierten Beobachtung von Einzelpersonen im Rahmen der *„Individualisierenden Sichtbarkeit“* dient sie als Mikropraktik der Produktion von neuem Wissen als Basis für neue Formen der Macht (Fraser, 1994). Wissen und Macht gehören bei Foucault unmittelbar zusammen (Schroeter, 2005). Die Verbindung zwischen diesen beiden nennt er Dispositiv. Foucault entwickelt diesen Begriff aus dem Diskurs. Er stellt ihn dar als heterogenes Konglomerat aus Institutionen, architektonischen Einrichtungen, Gesetzen und wissenschaftlichen Aussagen. Somit ist der Dispositiv also ein Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann (Foucault, 1978). Somit kann es als Zusammenspiel von diskursiven und nicht-diskursiven Formen der Macht gesehen werden, die zur Produktion von Wissen beitragen (Raab, 1998). Wenngleich Foucault der Macht vor allem eine positive Wirkung beimisst, empfiehlt er doch sich von ihr zu befreien. Wege hierzu beschreibt er jedoch nicht (Fraser, 1994).

3.3.1 Die Relevanz der Analyse der Macht nach Michel Foucault in der pflegerischen Beziehung

Der Analyse der Macht nach Michel Foucault wird in der Pflegewissenschaft bei der Auseinandersetzung mit Problemstellungen bereits in mehreren Ländern Rechnung getragen (Arnold, 2006). Anhand der foucault'schen Überlegungen werden auch die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung einer Prüfung unterzogen. Insbesondere die Diskursanalyse identifiziert die untergeordnete Rolle der Patient_innen in dieser Beziehung (Powers, 1999). Die Aspekte des panoptischen Prinzips von Foucault werden als ein weiteres Instrument der Macht diskutiert (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2012). Schließlich werden Foucaults Begriffe auch herangezogen, um die Macht der Pflege innerhalb der Gesellschaft im historischen Längsschnitt zu beleuchten (Arnold, 2006).

3.3.1.1 Der pflegediagnostische Diskurs

Unter Pflegediskursen wird ein Zusammenspiel von Aussagen, Techniken und Vorgehensweisen verstanden, welche sich durch die Unterstützung von Fachleuten zu einem Wissenskonstrukt entwickeln, das sich in Folge mittels gewohnter Muster in den Pflegepraktiken manifestiert (Schröter, 2005). Die Diskursanalyse zielt darauf ab, systematisch zu erfassen, ob und in welcher Weise einzelne Personen oder Personengruppen durch den Diskurs unterdrückt werden (Powers, 1999). Sie impliziert, dass Menschen nicht die hinter der Macht stehenden Strukturen aufdecken können und in Bezug auf das tatsächliche Ziel des Geschehens getäuscht werden (Powers, 1999). Dieser pflegediagnostische Diskurs ist bestimmt von dem, was Foucault als Normalisierung bezeichnet. Normalisierung bedeutet, dass ein durch empirisch-analytische Methoden erhobener Mittelwert zum Standard gemacht wird, mit dem die Patient_innen verglichen werden. Alle Pflegemaßnahmen sind demnach darauf ausgerichtet, Ergebnisse an den Körpern der Patient_innen zu erreichen, die der Norm, der Normalität entsprechen. *„Der Gesundheitszustand des Patienten wird mit der Norm verglichen, um festzustellen, ob eine Abweichung von dieser Norm vorliegt, wie stark sie ist und welche Richtung sie nimmt“* (American Nurses' Association, 1973, zit. nach Powers 1999, S. 97).

Durch den Prozess der Normalisierung erfolgt eine Unterdrückung der Patient_innen, ausgelöst durch Anweisungen der Pflegepersonen, was zur Folge hat, dass nicht auf einen Konsens zwischen Patient_innen und Pflegepersonen abgezielt wird, sondern allein ein konkretes Endergebnis von pflegerischen Handlungen im Zentrum steht (Powers, 1999). Weiters entsteht nach foucault‘schem Verständnis ein Ungleichgewicht in der Verteilung der Macht innerhalb der pflegerischen Beziehung dadurch, dass der pflegediagnostische Diskurs die Pflegepersonen als uneingeschränkte Autoritäten erscheinen lässt. Im Zuge dessen werden die Patient_innen aufgefordert uneingeschränkt Informationen von sich an die Pflegepersonen zu liefern (Powers, 1999). Gemäß Gastaldo Holmes (1999) sind in den Pflegetheorien pflegerische Tätigkeiten, wie die laufende Dokumentation des Zustandes der Patient_innen sowie die Wahl der entsprechenden pflegerischen Maßnahmen, unproblematisch. Die foucault‘sche Interpretation fokussiert in diesen Aktivitäten hingegen die Kontrolle der Patient_innen und ihrer Umgebung und dadurch die Entstehung der Macht der Pflegepersonen. Das aktuelle Bild von Pflegepersonen, das sich in den pflegerischen Theorien zeigt, stellt die Pflegenden als human agierende Subjekte dar, die in ihrem Tun die Patient_innen in den Mittelpunkt stellen. Außerdem werden sie als objektive wissenschaftliche Beobachter_innen und als Personen, die sich für die Weiterentwicklung der pflegerischen Disziplin einsetzen, wahrgenommen (Schroeter, 2005). Dagegen stellt die foucault’sche Analyse der Macht die Pflegepersonen, als *„gesellschaftliche Handlungsträger“* in das Zentrum der gesellschaftlichen Machtbeziehungen, gestützt durch die Annahme seitens der Gesellschaft, dass sie aus ihrem Berufsbild heraus Wahrheit und Macht verkörpern und über pflegerisches Wissen verfügen (Powers, 1999). Der Diskurs determiniert das Verhalten der Patient_innen. Außerdem schafft er ein hierarchisches Machtverhältnis zwischen den Pflegepersonen und den Patient_innen, in dem die Pflegepersonen als sozial handlungskompetent und die Patient_innen als Zielobjekte des Komplexes Macht / Wissen identifiziert werden (Powers, 1999). Auch medizinische Einrichtungen, wie Kliniken, Krankenhäuer oder Pflegeheime verfolgen einen Sozialisationsauftrag. Die von ihnen angebotene Hilfe drückt immer ein Machtverhältnis aus, da die Kehrseite der Hilfe immer Kontrolle bedeutet. Der Grund hierfür liegt darin, dass den Patient_innen nicht nur dahingehend geholfen wird, dass sie gesund werden, sondern es wird von ihnen erwartet, dass sie sich gesellschaftlichen Normen anpassen. Messgröße für den

Erfolg von beiden Faktoren ist für Pflegepersonen die Selbstbewertung ihrer Arbeit (Schroeter, 2005). Mangelnde Anpassung an die gültigen Normen der empirisch-analytischen Wissenschaft wird nicht diesen Einrichtungen zugeschrieben, sondern vor allem dem betroffenen Individuum selbst, seinem Sozialisationsprozess oder seinem fehlenden Willen (Powers, 1999).

Gemäß Powers (1999) nimmt der pflegediagnostische Diskurs *"[…] teil an der Ausweitung des von Foucault geprägten Begriffs von Bio-Macht und ihrer Kontrolle über alle Einzelheiten des Alltagslebens. Er wirkt mit an der Bio-Macht, weil er sich als Vorbild von Medizin, Fundamentalwissenschaft und Professionalismus hält und – gerade infolge dieser Orientierung – Prozesse wie Normalisierung, Geständnis (gegenüber Personen mit Handlungskompetenz) sowie Medikalisierung und Klinikalisierung des Alltagslebens vorantreibt"* (Powers, 1999, S. 125, zit. nach Schröter, 2005, S. 397).

Gemäß Powers wird Herrschaft von Pflegepersonen über Patient_innen durch den pflegediagnostischen Diskurs verstärkt. Diesem wohnt nämlich eine auf Kontrolle zielende Wissenschaftssprache inne, die zu einer Aufrechterhaltung der Herrschaft der Pflegenden führt. Sprachliche Zuschreibungen, die aus den Bereichen Marketing, übernommen werden, wie die Bezeichnung der Patient_innen als Konsument_innen, oder Fachtermini, die aus der Medizin aufgegriffen wurden, haben unsichtbare Folgen, indem sie die Herrschaft der Pflegenden gegenüber den Patient_innen verstärken. Eine der Folgen ist die sprachliche Pathologisierung der Patient_innen durch binäre Konstruktionen wie Compliance und Non-Compliance, sowie Abweichung und Normalität, die die Pflegebedürftigen als krank und abnorm festschreiben ohne die ethischen Grundsätze dabei zu beachten. So wird neben körperlichen Beschwerden auch die Persönlichkeit der Patient_innen durch eine pflegediagnostische Sprache bestimmt, was darauf hinweist, dass sich dieser Diskurs auf alle Lebensbereiche der Patient_innen erstreckt (Powers, 1999). Der pflegediagnostische Diskurs hat nicht nur Auswirkungen auf die Patient_innen, sondern auch auf die Pflegepersonen (Powers, 1999). Die Pflegemaßnahmen wirken nicht nur normalisierend auf die Patient_innen, sie normalisieren auch die Pflegepersonen. Durch den wissenschaftlichen Diskurs wird das Verhalten der Pflegepersonen gegenüber den Patient_innen normiert, denn sie haben ihre Handlungen nach Maßgabe dessen auszurichten, was vom wissenschaftlichen

Diskurs festgelegt ist (Powers, 1999). Die Diskurse zur Krankenpflege prägen die Pflegenpersonen in dem Maße als sie hierdurch sowohl in ihren Haltungen, als auch in ihrem Wesen beeinflusst werden (Rieder, 1999). Die zunehmende Professionalisierung der von Frauen dominierten Pflege, die über die Pflegediagnostik, die Fachsprache aus dem von Männern bestimmten Bereich der Medizin übernehmen, ohne den ihr innewohnenden Klassismus, Sexismus und Rassismus zu überdenken, führt zu Zwangshierarchien und dazu, dass Angehörige des Pflegeberufs als Frauen abgewertet werden (Powers, 1999).

3.3.1.2 Das panoptische Prinzip

Die Aspekte des panoptischen Prinzips von Michel Foucault, die er in seinem Werk *„Überwachen und Strafen“* herausgearbeitet hat, werden als ein weiteres Instrument der Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung diskutiert. Ungewissheit und Misstrauen seitens der Patient_innen stellen hierbei Kernelemente dar (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2012).

In der Studie *„Panoptic Power and Mental Health Nursing – Space and Surveillance in Relation to Staff, Patients, and Neutral Places“*, die im Jahr 2012 in den USA veröffentlicht wurde, untersuchen Salzmann-Erikson und Eriksson das Verhältnis von Raum und Überwachung in Bezug auf Patient_innen und Pflegepersonen in der psychiatrischen Pflege. Sie gehen der Frage nach, inwieweit die Patient_innen in der psychiatrischen Pflege der panoptischen Überwachung ausgesetzt sind. Die Autoren der Studie haben bezüglich der panoptischen Überwachung drei unterschiedliche räumliche Bereiche identifiziert: Räume der Patient_innen, Räume des Personals und neutrale Orte. Sie zeigen, dass unterschiedliche Räume jeweils eigene panoptische Praktiken hervorbringen. Den Autoren zu Folge, bieten einige Räumlichkeiten Schutz vor der panoptischen Beobachtung, wo sich die Patient_innen der ständigen Sichtbarkeit gegenüber dem Pflegepersonal entziehen können. Jedoch zeigen die Ergebnisse der Studie, dass der Großteil der Räumlichkeiten in der psychiatrischen Pflege der ständigen Überwachung der Patient_innen dient, die permanenter Sichtbarkeit ausgesetzt sind (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2012). Das kritische Element der panoptischen Überwachung in den psychiatrischen Strukturen besteht darin, dass es für die Patient_innen verdeckt

bleibt, ob sie in bestimmten Momenten der Beobachtung ausgesetzt sind oder nicht. Diese Struktur hat zum Ziel, bei Patient_innen Mechanismen der Selbstbeobachtung und Selbstregulation zu erzeugen. Salzmann-Erikson und Eriksson kommen bereits im Jahr 2011 zum Schluss, dass Patient_innen nicht wissen, wer für die permanente Überwachung verantwortlich ist. Dieser Zustand erzeugt in der psychiatrischen Pflege ein Misstrauen seitens der Patient_innen gegenüber den Pflegepersonen (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2012).

3.3.1.3 Machtposition der Pflege in der Gesellschaft mittels Diskursanalyse

Michel Foucaults Begriffe werden schließlich auch herangezogen, um die Macht der Pflege innerhalb der Gesellschaft im historischen Längsschnitt zu beleuchten. Nachfolgend werden die Wirkungen der historischen Diskurse auf die Handlungsoptionen und somit auf die gegenwärtige Machtposition der Pflege in der Gesellschaft dargestellt. Seine Begriffe wie Disziplinierung, Diskursanalyse, die Macht als *„Führung“* und *„Gouvernementalität“* können in der Pflegewissenschaft als analytische Instrumente herangezogen werden, um zu erklären, welche Bedeutung Macht für die Pflege in ihrer historischen Entwicklung hat (Arnold, 2006). Anhand der oben angeführten Begriffe zeigt Arnold auf, dass mit der Herausbildung der bürgerlichen Gesellschaft im Industriezeitalter Privatsphäre und Öffentlichkeit voneinander getrennt wurde und es Frauen verweigert war, am öffentlichen Leben zu partizipieren. Diese Festlegung der Frauen auf das Private, also Tätigkeiten im Haushalt oder das Umsorgen der Kinder, führte dazu, dass die Erwartungen, die an die Ehefrau und Mutter herangetragen wurden, auch auf die in der Pflege tätigen Frauen übertragen wurde. Arnold spricht in diesem Zusammenhang von der *„[…] diskursiv konstruierte[n] Hausarbeitsnähe der Pflege“* (Arnold, 2006, S. 160), welche einen Einfluss auf die gegenwärtige Situation der Pflege in der gesellschaftlichen Machtverteilung hat (Arnold, 2006). Einerseits war das Leitbild der Pflege geprägt durch das bürgerliche Frauenideal, andererseits wurde es dadurch beeinflusst, dass die christliche Caritas wieder auflebte und dadurch der Gedanke der christlichen Nächstenliebe in die Pflege aufgenommen wurde. Dieses Leitbild der Krankenpflege als Liebesdienst wurde im 19. Jahrhundert in zahlreichen medizinischen Texten geprägt (Rieder, 1999).

3.4 Foucault versus Weber

Vergleichs-parameter	Foucault	Weber
Ursprung	kapilar, dezentral (von Mikroeben ausgehend); in zwischenmenschlichen Beziehungen; prägt Alltag der modernen Gesellschaft	zentral, vom Staat ausgehend; setzt Chancenungleichheit der Akteure voraus
Ziel	Erhalt des Lebens	Unterdrückung der Gesellschaft
Wirkungsweise	dezentral; netzwerkartig (ausgehend von Konten-. punkten)	zentral, vom Staat ausgehend; periodische Überwachung; Uni-formierung der Gesellschaft; Kraft entlang einer Achse zwischen Mächtigen und Ohnmächtigen (bipolar); destruktiv
Folgen für die Gesellschaft	produktiv (Triebfeder gesellschaftlicher Entwicklung)	gesellschaftliche Ungleichheiten; begrenzt Handlungsoptionen von Menschen
Positionierung des Individuums	Objekt und gleichzeitig Macht ausübendes Subjekt; Individuum als Produkt sozialer Disziplinierung	Objekt der Macht
Umgang mit widerstrebenden Kräften	Herausbildung und Inte-gration in bestehendes Machtsystem	Unterdrückung

Tabelle 1: Foucault – Weber: Zwei unterschiedliche Sichtweisen der Macht im Vergleich (Tabelle erarbeitet durch die Autorin der Dissertation)

3.5 Fazit

Der vielfältig gebrauchte Begriff der Macht lässt sich als ein Konstrukt resümieren, das auf zwischenmenschliche Beziehungen wirkt. Macht ist daher nicht allgemein zu definieren, da das Wertesystem jedes Individuums unterschiedlich ist und daher von jedem Menschen unterschiedlich verstanden wird. In der Soziologie hingegen ist die Bedeutung von Macht eingegrenzt und wird mit Begriffen wie *„Führung“*, *„Unter- und Überordnung“* in Zusammenhang gebracht. Der Begriff *„Macht“* wird durch zwei Konzepte erweitert, nämlich *„Macht um zu“*, Bereitstellung von Mitteln zur Erreichung eines Ziels und *„Macht über jemanden“*, Streben von untergeordneter zu übergeordneter Position. Da es die Eigenschaft von Macht ist, sich gegen Widerstand durchzusetzen, birgt sie ein Konfliktpotential in sich. Wenngleich Macht oft synonym mit Dominanz, Autorität und Gewalt gebraucht wird, hat sie jedoch nicht dieselbe Bedeutung. Macht ist nicht gleich Gewalt, sie kann sich jedoch als solche äußern. Macht ist weiter zu fassen als Dominanz. Sie birgt generell ein Potential zur Beeinflussung in sich. Wird Macht in Relation zu Autorität beleuchtet, lässt sich feststellen, dass Macht das Brechen des Willens einer_s anderen voraussetzt, Autorität jedoch nicht. Sie kann aber doch dieses Potential in sich tragen. Autorität ist durch das Umfeld geprägt. Nach Max Weber ist Macht von subjektivem sinnhaftem Handeln gelenkt, während Herrschaft einer solchen entbehrt. Folglich stehen die beiden Begriffe im Gegensatz zueinander. Macht kann jedoch auch als spezielle Form der Herrschaft gesehen werden. Dies ist charakteristisch für die Moderne. Die Herrschaft hat zum Ziel das Soziale durch eine kontinuierliche Abfolge zu strukturieren und zu automatisieren. Michel Foucault befasst sich nicht damit eine Machttheorie zu entwerfen, sondern er analysiert die Funktionsweise der modernen Macht. Diese Analyse erfolgt im Rahmen der von ihm entwickelten Konzepte der Genealogie und Gouvernementalität. In der Genealogie hinterfragt Foucault unter anderen die Wirkung von Macht in den Institutionen, sowie die Disziplinierung des Individuums durch die moderne Macht. In der Gouvernementalität beschäftigt er sich vor allem mit der Macht als Ausdruck der Führung des Subjekts. Neu in seinen Analysen ist die Trennung von Macht und politischen Strukturen. Die Macht entsteht in zwischenmenschlichen Beziehungen, wobei Macht hierin empfangen und in Folge wieder ausgeübt wird. Laut seinen Analysen wird das Individuum durch die moderne Macht geformt. Foucault spricht vom Konzept der *„Bio-Macht“*. *„Bio-Macht“* ist auf die

für Macht bzw. Wissen relevanten Aspekte wie Bevölkerung, Gesundheit, städtisches Leben und Sexualität gerichtet. Sie wirkt mittels quantitativer und qualitativer Verfahren der Wissenschaft auf die Entwicklung der gesamten Bevölkerung, indem sie ihre Ressourcen beeinflusst. Der_die Bürger_in ist gewillt, die Regulierungen, die von der *„Bio-Macht“* ausgehen, zu akzeptieren, wobei er_sie selbst diese wiederum weitergibt. Aus diesem Konzept entwickelt Foucault die Disziplinierungs- und Normalisierungsgesellschaft. Diese basieren auf dem Gedanken des Panoptikums, wonach allein die Annahme der Bürger_innen durch die Wissenschaft beobachtet zu werden, für diese ausreicht, die Regelungen der Wissenschaft zu befolgen. Bei der modernen Macht ist die Freiheit des Menschen Basis zu ihrem Erhalt. Foucault beschreibt die Machtverhältnisse in der Gesellschaft auch anhand von zwei Begriffen, nämlich Diskurs und Dispositiv. Der Diskurs bezieht sich auf ein Gefüge von wechselseitigen Beeinflussungen von diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken, welche die gesellschaftlichen Verhältnisse prägen. Nach Foucault existiert eine Verbindung zwischen Wissen und Macht, was er als Dispositiv bezeichnet. Zusammenfassend sieht Foucault die moderne Macht als etwas Positives und Produktives, da sie das soziale Gefüge erst kreiert. Er empfiehlt jedoch sich von dieser Macht zu distanzieren, zumal der einzelne Mensch seine Individualität hierdurch verliert. Die Strategien zur Erreichung dieses Ziels werden jedoch von ihm nicht beschrieben. Ein Vergleich der Sichtweisen der Macht zwischen den Theoretikern Michel Foucault und Max Weber zeigt, dass Foucault die Macht dezentral, netzwerkartig, vom Individuum ausgehend und als produktive Kraft für die gesellschaftliche Entwicklung sieht, während sie bei Max Weber bipolar entlang einer Achse zwischen Mächtigen und Ohnmächtigen, destruktiv und somit entwicklungshemmend für den einzelnen Menschen beschrieben wird. Für die vorliegende Dissertation sind die machttheoretischen Überlegungen von Max Weber und Michel Foucault insofern relevant, als beide zwar unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf Macht vertreten, beide machttheoretischen Überlegungen jedoch geeignete Instrumente darstellen, um die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung zu analysieren. Anhand von Max Webers Definition der Macht kann die Analyse der Machtposition der Pflegepersonen auf der Mikroebene Im Akutspital erfolgen, wogegen die Diskursanalyse von Michel Foucault eine Ermittlung der Machtposition der Pflegepersonen auf der Mesoebene ermöglicht. Die latent vorhandene Macht wird durch die Definition der Macht von Max Weber erst fassbar

gemacht (Imbusch, 1998). Macht ist nach seiner Definition ein Abbild dessen, was ein Mensch *„vermag“* und wie er dieses Vermögen in der Realität ausdrückt (Imbusch, 2006). Diese Definition der Macht von Max Weber ist für diese Arbeit insofern relevant, als sie sich als eine Chance zeigt, den eigenen Willen, auch durch Widerstreben der Betroffenen durchzusetzen und deren Handlungen zu beeinflussen. Seine Definition umfasst eine Vielfalt an Chancen der Machtdurchsetzung. Die Analyse der modernen Macht von Michel Foucault ist hingegen für die vorliegende Arbeit insofern von Bedeutung, als nicht das Subjekt gegenüber von Macht steht (Ruoff, 2013) sondern er laut Simon (1996) die Gesellschaft heranzieht, um diskursive Praktiken zu beleuchten, wobei er diese Erkenntnisse verwendet, um sie als Bauelemente von Praktiken darzustellen, welche wiederum auf Subjekte rückwirken (Clarke, 2012).
Von besonderer Bedeutung ist dies in diesem Kontext, da mittels seiner Diskursanalyse die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung als Teile der Gesellschaft ermittelt werden (Powers, 1999).

Für diese Disseration sind die Erkenntnisse über die Machtverhältnisse aus der Sicht der Diskursanalyse auf der Mesoebene der Gesellschaft wichtig, da sie die Pflegepersonen in der pflegerischen Beziehung als die gesellschaftlich Mächtigeren darstellt. Diese Erkenntnisse wirken wiederum auf die Mikroebene zurück, das heißt auf die pflegerische Beziehung.

In der Pflegewissenschaft hat die Analyse der Macht nach Michel Foucault in den Diskussionen zu Problemen in der Pflege Eingang gefunden. Auch dienen seine Überlegungen der Analyse zur Machtverteilung in der pflegerischen Beziehung. Vor allem mittels der Diskursanalyse wird die untergeordnete Rolle der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung ermittelt.
Ein weiteres Instrument der Macht in der pflegerischen Beziehung seitens der Pflegepersonen stellt das panoptische Prinzip dar, wobei dieses Instrument ausschließlich in der psychiatrischen Pflege vorzufinden ist. Kernelement dieses Prinzips ist die permanente Sichtbarkeit der Patient_innen, die dem Zweck der Überwachung der Patient_innen dient, welche wiederum die Selbstregulation der Patient_innen auslösen soll. Bei Patient_innen erzeugt dieses Prinzip Misstrauen, da sie nicht wissen, ob sie in bestimmten Momenten der Überwachung ausgesetzt sind oder nicht und von wem diese Überwachung ausgeht. Auch besteht unter den

Pflegepersonen kein Bewusstsein darüber, dass sie die panoptische Überwachung ausführen (Salzmann-Erikson und Eriksson, 2011). Diesen Umstand reflektierend, lässt sich feststellen, dass Misstrauen zerstörende Kräfte in jeder zwischenmenschlichen Beziehung hervorruft, und dies somit auch für die pflegerische Beziehung gilt. Der Gesundheitszustand der Patient_innen macht es für diese erforderlich, sich diesen Bedingungen auszusetzen und eine Beziehung basierend auf Misstrauen zu leben, wobei sie die schwächere Position in der Machtverteilung innerhalb der pflegerischen Beziehung einnehmen. Schließlich dienen die Konzepte Foucaults zur Beschreibung der heutigen Machtposition der Pflege innerhalb der Gesellschaft im Spiegel der Geschichte. Die heutige fehlende Machtposition der Pflege ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Pflegetätigkeiten ursprünglich mit Tätigkeiten im privaten Haushalt gleichgesetzt wurden, andererseits waren diese Tätigkeiten als dem Gedanken der christlichen dass Pflegetätigkeiten keinen gesonderten Status erworben haben.

4. Theoretische Zugänge zur Kommunikation

4.1 Einleitung

Ziel des folgenden Kapitels ist es, die Grundlagen der zwischenmenschlichen Kommunikation zu analysieren, und die Kommunikation als Medium zwischenmenschlicher Beziehungen zu verstehen. Zunächst werden die Begriffe der Kommunikation und Interaktion getrennt betrachtet. Folgend werden sowohl die theoretischen Grundlagen der Kommunikation „Fünf Axiome der Kommunikation“ nach Paul Watzlawick, als auch das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun „Quadrat einer Nachricht“ vorgestellt. Dieses Kommunikationsmodell soll zum Verstehen der Übertragung einer Nachricht von einer Senderin zur Empfängerin_vom Sender zum Empfänger beitragen. Für Watzlawick spiegelt sich die menschliche Kommunikation in den menschlichen Beziehungen wider und ist mit dem menschlichen Verhalten verbunden. Die Perspektive von Carl Rogers wird hier gewählt, um eine Symmetrie in der Gesprächsführung aufzuzeigen. Er zeigt in seinem Ansatz, wie Kommunikation im Idealfall aussehen soll und wie eine

Symmetrie in zwischenmenschlichen Beziehungen zustande kommt. Die Relevanz der beiden Kommunikationsansätze für die pflegerische Beziehung lässt sich damit begründen, dass sie einerseits die Basiseigenschaften der Kommunikation erläutern, und andererseits helfen, die Übertragung von Nachrichten zwischen Pflegepersonen und Patient_innen zu analysieren.

4.2 Kommunikation als integraler Bestandteil der Interaktion

Zwischenmenschliche Kommunikation und zwischenmenschliche Interaktion werden häufig als Synonyme gebraucht, weshalb zunächst eine begriffliche Differenzierung erforderlich ist (Wingchen, 2014). Diese Abgrenzung stellt sich wie folgt dar: Der Begriff *„Kommunikation“* hat seine Wurzel im Lateinischen, wo er mit drei verschiedenen Bedeutungen gleichgesetzt wird, nämlich communicare, im Sinne von *„teilen“*, *„gemeinschaftlich tun“*, *„sich besprechen“,* communis in der Bedeutung von *„gemeinschaftlich“*, *„allen gemeinsam“*, und communicatio als *„Teilhabe“, „Mitteilung“*, *„Verständigung“*. Ab dem 20. Jahrhundert nahm auf diesen Begriff auch das Englische Einfluss und er wird seither auch als *„Verständigung“* und *„Informationsaustausch“* verstanden (Elzer & Sciborski, 2007). Im Allgemeinen wird Kommunikation seit Maletzke (1963) als *„Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen“* verstanden (Burkart, 2002). Die zahlreichen Definitionen von Kommunikation sind allgemein gehalten und daher wenig aussagekräftig. Laut einer älteren, aber weit anerkannten Definition, lässt sich der Begriff mit Carles H. Cooley (1962) wie folgt darstellen: *“By communication is here meant the mechanism through which human relations exist and develop - all the symbols of the mind, together with the means of conveying them through space and preserving them in time. It includes the expression of the face, attitude and gesture, the tones of the voice, words, writing, printing, railways, telegraphs, and whatever else may be then the latest achievement in the conquest of space and time. All these taken together, in the intricacy of their actual combination, make up an organic whole corresponding to the organic whole of human thought; and everything in the way of mental growth has an external existence therein“* (Carles H. Cooley 196, zit. nach Esser 2000, S. 247).

Der Prozess der Kommunikation wird nach Harrold D. Lasswell im Folgenden in Einzelschritten dargestellt:

1. Wer — Sender_in
2. sagt — Akt der Mitteilung
3. was — Information
4. mit welcher Absicht — Zielsetzung, Intention
5. womit — Medium, Zeichen, Signal
6. wodurch — Kanal
7. mit welcher Wirkung — Effekt
8. zu wem? — Empfänger_in

Das klassische Modell der Kommunikation setzt sich zusammen aus drei Basiselementen, nämlich dem_der Sender_in, der Information sowie dem_der Empfänger_in. Kommunikation verknüpft diese drei Basiselemente miteinander (Esser, 2000).

Der gesamte Kommunikationsprozess ist demnach ein kommunikativer Akt zwischen Sender_in und Empfänger_in, bei dem der_die Sender_in eine bestimmte Intention verfolgt und hierfür sich eines bestimmten Mediums bedient um seine_ihre Information zu transportieren. Diese Information gelangt schließlich zu einem_r bestimmten Empfänger_in, wobei die gesendete Information nicht unbedingt mit dem Inhalt überstimmen muss, den der_die Empfänger_in schließlich erhält, wodurch die beabsichtigte Wirkung der Information auf diesen_diese Empfänger_in ausbleibt (Burkhart, 2002). Aus der allgemeinen Definition und aus dem klassischen Modell der Kommunikation lassen sich zwei Begriffsdefinitionen der Kommunikation ableiten. Laut Lexikon zur Soziologie (2011) sind diese Begriffsdefinitionen der *„Kommunikation“* wie folgt: *„Kommunikation, Bezeichnung für den Prozess der Informationsübertragung. [1] In der Kommunikationsforschung wird die K. [Kommunikation] als Informationsübertragung zwischen Menschen analysiert, als die Weitergabe einer Mitteilung (→ Adresse) von → Adressanten an → Adressaten. […]. [5] In der philosophisch orientierten K. [Kommunikations] theorie bezieht sich der Begriff [Kommunikation] über den Prozess der Informationsübertragung hinaus auf den Prozess der intersubjektiven Verständigung. Zu kommunizieren bedeutet, sozial eingespielten Regeln zu folgen, über deren korrektes Befolgen allein der K.*

[Kommunikations] partner – durch Verstehen oder Nichtverstehen - das Urteil zu fällen in der Lage ist (L. Wittgenstein). Neben der rein Informationsübertragung (→ Inhaltsaspekt) bedeutet menschliche K. [Kommunikation] immer auch: Austausch von emotionalen Gehalten (→ Beziehungsaspekt); sie bestimmen den eigentlichen Sinngehalt der Information" (Fuchs-Heinritz, Klimke, Lautmann, Rammstedt, Staeheli, Weischer, & Wienold, 2011, S. 353).

Menschliche Kommunikation ist als soziales Handeln zu verstehen. Es setzt eine Ansprechperson einer Senderin_eines Senders voraus, wobei der_die Sender_in eine gewisse Intention gegenüber dem_der Empfänger_in verfolgt. Intentionen der Senderin_des Senders können unterteilt werden in 1) allgemeine Intention und 2) spezielle Intention. Die allgemeine Intention der Senderin_des Senders zielt darauf ab, dass der Inhalt der übermittelten Information mit dem_der Empfänger_in tatsächlich geteilt wird. Bei der speziellen Intention steht hingegen ein konkretes Interesse der Senderin_des Senders im Mittelpunkt, nämlich mittels der Kommunikation ein gewisses Ziel gegenüber dem_der Empfänger_in zu erreichen (Burkart, 2002). Kommunikation setzt nicht nur kommunikatives Handeln voraus, eine unerlässliche Bedingung für Kommunikation ist darüber hinaus die Verständigung. Diese muss eine wechselseitige Bedeutungsvermittlung beinhalten. Deshalb kann von Kommunikation erst nach Vollziehung eines kommunikativen Aktes gesprochen werden. Grund hierfür ist, dass ein Ausbleiben einer Verständigung lediglich mit einem Kommunikationsversuch gleichzusetzen ist. Kommunikation ist ein dynamischer Prozess. Kommunikatives Handeln eines einzelnen Individuums kann einen Kommunikationsprozess nur auslösen, ihn selbst jedoch nicht darstellen (Burkart, 2002). Wie oben bereits erwähnt, bilden mindestens zwei Lebewesen, die zueinander in Beziehung stehen, eine Voraussetzung für Kommunikation (Burkart, 2002).

Der Begriff *„Interaktion"* geht ebenso auf das Lateinische zurück und bedeutet soviel wie *„actio"*, was mit *„Handlung"*, *„Tätigkeit"* zu übersetzen ist (Wingchen, 2014). Dieser Begriff in seiner soziologischen Bedeutung hat seinen Ursprung in der amerikanischen Soziologie und ist eng mit dem Begriff der *„sozialen Beziehung" (formale Soziologie"* von George Simmel, 1858-1918) verbunden, worunter zwischenmenschliche Relationen zu verstehen sind, aus welchen soziale Gebilde entstehen. Max Weber hat in *der „verstehenden Soziologie"* diesem Begriff der

sozialen Beziehung eine neue Bedeutung zugeordnet. Nach Weber ist soziales Handeln sinngeleitet und am Handeln der_des anderen ausgerichtet (Schäfers & Kopp, 2006). Demnach liegt Interaktion vor, wenn Individuen in einem gegebenen sozialen Kontext mittels Kommunikation aufeinander in ihrem Erleben und Handeln Bezug nehmen. Hierdurch werden Haltungen, Erwartungen und Handlungen wechselseitig beeinflusst (Schäfers & Kopp, 2006). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Interaktion nicht völlig losgelöst von Kommunikation gesehen werden kann. Interaktionen können nur zwischen einer begrenzten Anzahl von Menschen, in einem begrenzten Zeitraum stattfinden (Burkart, 2002).

4.3 Zwei Ebenen der Kommunikation: verbale versus nonverbale

Zunächst wird eine Begriffsabgrenzung von verbaler und nonverbaler Kommunikation vorgenommen. Verbale Kommunikation manifestiert sich durch das gesprochene beziehungsweise das geschriebene Wort sowie durch Gesten, die Worte oder Buchstaben repräsentieren. Bei der nonverbalen Kommunikation hingegen beeinflusst ein Individuum bewusst oder unbewusst ein anders durch Körpersprache wie zum Beispiel durch Gesichtsausdruck, Gestik, Körperbewegungen oder Positionierung im Raum (Argyle, 2013).

Menschliche Kommunikation erfolgt nicht alleine verbal mittels Worten, sondern auch unter Einsatz aller Sinne, wie zum Beispiel des Hörens, Sehens, Tastens, Riechens und Schmeckens. Die Untersuchungen zur nonverbalen Kommunikation in der Interaktion ergeben, dass der nonverbalen Kommunikation ein größeres Potential zukommt als der verbalen, da Inhalte durch diese akzentuierter vermittelt werden. Hierbei spielen emotionale und vor allem unbewusste Motive eine bedeutende Rolle für den nonverbalen Ausdruck und die Wahrnehmung (Elzer & Sciborski, 2007).

Nach Lächler und Hornung (1999) lässt sich Kommunikation als Bestandteil der Interaktion im sozialen Handeln in zwei Hauptkategorien wie folgt unterteilen:

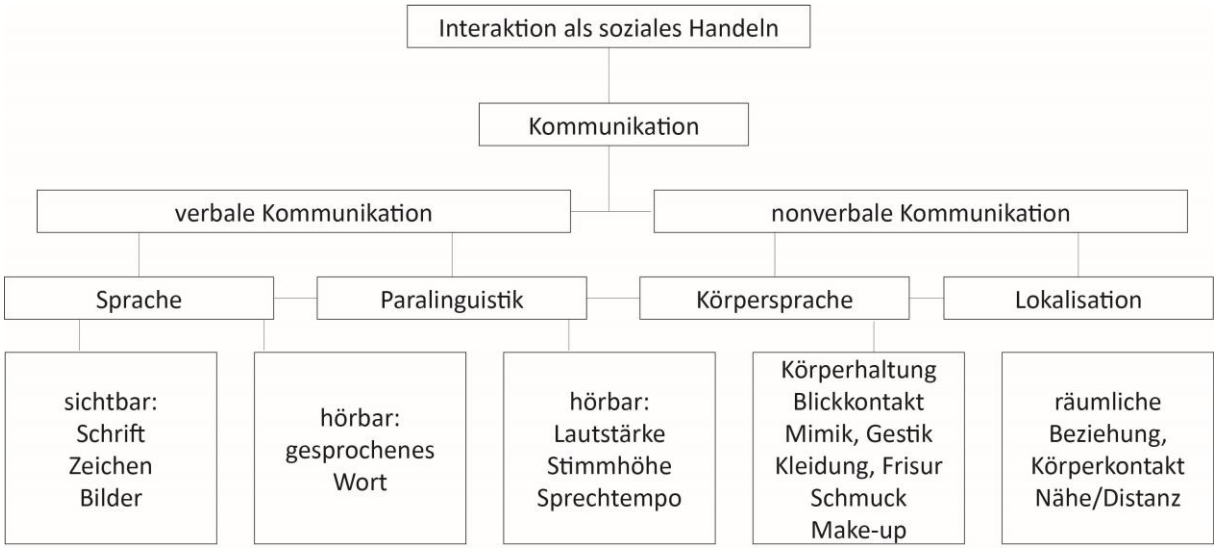

Abb. 1 - Verbale und nonverbale Kommunikation (adaptiert nach Lächler & Hornung, 1999)

Verbale Kommunikation lässt sich unterkategorisieren in Sprache und Paralinguistik, wobei die Sprache wiederum Zeichen beinhaltet, die visuell oder akustisch wahrnehmbar sind. Die Sprache verfügt auch über eine paralinguistische Dimension. Diese gibt ein Abbild von der Sprache in Bezug auf Stimmhöhe, Sprechtempo, Lautstärke usw. Die Körpersprache bezieht sich auf Körperhaltung, Mimik, Gestik, auf alles was die äußere Erscheinung betrifft. Die Lokalisation befasst sich mit der Frage der Position des Individuums in einem gegebenen Raum und wie sich dieses Individuum in Bezug auf andere in diesem Raum befindet (Nähe/Distanz). Die paralinguistische Dimension der Kommunikation und die Körpersprache sind zentral für beide Kommunikationsmodalitäten. Die Körpersprache und die räumliche Beziehung stellen die älteste Art der Kommunikation dar und geben Auskunft über die physische und psychische Befindlichkeit des Individuums (Elzer & Sciborski, 2007).

Die beiden Kommunikationskanäle sind im Züge der Kommunikation jedoch nicht völlig getrennt zu sehen, sondern sie unterstützen und ergänzen einander. So etwa wird das Sprechen von einer Vielzahl von nonverbalen Signalen wie Tonhöhe, Tonfall begleitet (Argyle, 2014).

Manchmal können die beiden Kanäle jedoch widersprüchlich und völlig unabhängig voneinander verlaufen. In diesem Falle wird von inkongruentem Verhalten gesprochen (Elzer & Sciborski, 2007).

4.4 „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ – Charakteristika menschlicher Kommunikation nach Paul Watzlawick

Paul Watzlawick bezeichnet die Grundeigenschaften menschlicher Kommunikation, als nicht endgültig und vollständig. Wenngleich diese fundamentalen Eigenschaften theoretisch instabil sind, so lässt sich doch ein praktischer Nutzen in ihnen erkennen (Watzlawick et al., 2011).

Paul Watzlawick sieht in der Kommunikation *„[…] das Medium der beobachtbaren Manifestation menschlicher Beziehungen“* (Watzlawick et al., 2011, S. 58). Demzufolge ist unter Kommunikation die Überbringung einer einzelnen eindeutigen Mitteilung (message) zu verstehen, während Interaktion als ein wechselseitiger Austausch derartiger Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Individuen gesehen werden kann (Watzlawick et al., 2011). Diese beiden Konzepte bilden für Watzlawick eine Einheit. Für ihn findet Kommunikation nicht nur verbal, sondern auch nonverbal statt, wobei der nonverbalen Kommunikation ein großes Potenzial zugeschrieben wird. Watzlawick zufolge bildet jedes verbale Zeichen und jegliches sonstiges Verhalten wie zum Beispiel Intonation, Redegeschwindigkeit, Unterbrechungen im Redefluss, Lachen, sowie Gestik und Mimik, Körperhaltung und sonstige Sprache des Körpers das 'Material' der Kommunikation (Watzlawick et, al., 2011). Menschliches Verhalten zeichnet sich durch ein Charakteristikum aus, welches, obwohl grundlegend, oft übersehen wird: Es existiert kein Antonym von Verhalten, oder um dies noch einfacher darzustellen: Es ist unmöglich, sich *nicht* zu verhalten. Dies impliziert, dass jedes Verhalten zwischen Individuen Mitteilungscharakter besitzt, das heißt Kommunikation darstellt. Hieraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass eben nicht *nicht* kommunizieren werden kann (Watzlawick et al., 2011). Demzufolge haben sowohl Handeln, als auch Nichthandeln, sowohl Worte, als auch Schweigen Eigenschaften einer Mitteilung: Durch sie werden andere beeinflusst und zeigen diese ihrerseits wiederum eine Reaktion, sodass es unmöglich ist, nicht auf

diese Kommunikation zu reagieren (Watzlawick et al., 2011). Hieraus resultiert das erste metakommunikative Axiom von Paul Watzlawick:

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick et al., 2000, S. 53).

Wird der Inhalt einer Mitteilung analysiert, so manifestiert sich diese in erster Linie als informativer Kern. Jede Mitteilung enthält jedoch eine zusätzliche Dimension, die ebenso wichtig ist und einen Hinweis darauf darstellt wie der_die Empfänger_in diese Mitteilung zu verstehen und zu interpretieren hat. Hierdurch wird ersichtlich, wie der_die Sender_in die Beziehung zu dem_der Empfänger_in empfindet. Dies reflektiert die persönliche Haltung gegenüber anderen. Jede Kommunikation offenbart somit einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Durch den Inhaltsaspekt werden die *„Daten“* transferiert, der Beziehungsaspekt zeigt, wie die Daten zu verstehen sind. Die Beziehungsebene stellt eine Art der Kommunikation über Kommunikation dar und somit ist auch dieses Axiom dem Bereich der Metakommunikation zuzuschreiben (Watzlawick et al., 2011). Hieraus leitet sich Watzlawicks zweites Axiom ab:

„Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersten bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (Watzlawick et al., 2011, S. 63).

In Folge soll die Interaktion, als fundamentales Charakteristikum der Kommunikation, beleuchtet werden. Hierunter ist der Mitteilungsaustausch zwischen den Teilhabenden an der Kommunikation zu verstehen. Dem_der objektiven Beobachter_in offenbart sich eine Folge von Kommunikationen als ein permanenter Austausch von Mitteilungen. Jede_r Teilhabende an dieser Interaktion muss ihr notwendigerweise eine Struktur verleihen, die von Bateson und Jackson in Anlehnung an Whorf [160] als *„Interpunktion von Ereignisfolgen“* bezeichnet wird (Watzlawick et al., 2011). Hieraus leitet sich Watzlawicks drittes Axiom ab:

„Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt“ (Watzlawick et al., 2011, S. 69).

Hierbei stellt sich nicht die Frage, ob diese Interpunktion gut oder schlecht ist. Grundlegend ist hierbei, dass diese Interpunktion verhaltensorganisierend wirkt und somit fundamental für zwischenmenschliche Beziehung ist (Watzlawick et al., 2011).

Im Rahmen der zwischenmenschlichen Kommunikation werden Gegenstände unterschiedlich beschrieben und stellen somit Inhalte der Kommunikation dar. Demnach können sie durch analoge Modalität zum Beispiel mittels einer Zeichnung ausgedrückt werden oder auf dem Wege der digitalen Modalität mittels eines Namens. Mittels analoger Kommunikation, wie eine Zeichnung es darstellt, findet sich etwas besonders Dingartiges in einem Ausdruck, der zur Kennzeichnung des Dings verwendet wird (Watzlawick et al., 2011). Analoge Kommunikation weist manchmal auch eine doppelte Bedeutung auf *„Es sei daran erinnert, daß es Tränen des Schmerzens und Tränen der Freude gibt, daß die geballte Faust Drohung oder Selbstbeherrschung bedeuten, ein Lächeln Sympathie oder Verachtung ausdrücken, Zurückhaltung als Takt oder Gleichgültigkeit ausgelegt werden kann [...]“* (Watzlawick et al., 2011, S. 74). Es stellt sich die Frage, ob nicht alle analogen Mitteilungen eine Doppelbedeutung aufweisen. Kennzeichnend für analoge Kommunikation ist, dass nicht eindeutig identifizierbar ist, um welche von zwei konträren Bedeutungen es sich handelt, und keine Hinweise gegeben sind, um eine klare Differenzierung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu treffen. Diese Differenzierungen müssen von der Kommunikationsempfangenden_dem Kommunikationsempfangendem intuitiv getroffen werden (Watzlawick et al., 2011). Demgegenüber steht digitale Kommunikation, welche auf der Verwendung von Namen basiert. Namen sind Termini deren Beziehung zu den damit beschriebenen Objekten völlig zufällig oder willkürlich sind. Nach Bateson und Jackson hat etwa die Ziffer *„fünf“* nichts charakteristisch *„Fünfartiges“* an sich und das Wort *„Tisch“* nichts besonders *„Tischähnliches“* an sich (Watzlawick et al., 2011). In der digitalen Kommunikation besteht Eindeutigkeit in Bezug auf Bedeutung der Mitteilung und ihrer zeitlichen Zuordnung. Die digitale Kommunikation jedoch verfügt über keine treffende Terminologie, um Beziehungen klar zu definieren. Es sei hervorgehoben, dass digitales Mitteilungsmaterial einen weit höheren Komplexitäts- und Abstraktionsgrad aufweist als analoges (Watzlawick et al., 2011). Die Abgrenzung zwischen digitaler und analoger Kommunikation offenbart sich noch eindeutiger, wenn man sich überlegt, dass das einfache Hören einer Fremdsprache, zum Beispiel durch die Medien, niemals mit dem Verstehen dieser Sprache einhergehen kann. Demgegenüber lassen sich Mitteilungen von Personen aus einem fremden Kulturkreis oft relativ einfach aus Zeichen oder Gebärden dieser Personen heraus interpretieren und verstehen. Die Differenzierung zwischen digitaler und analoger

Kommunikation ist insofern von Bedeutung, als die Inhaltsebene einer Kommunikation digital vermittelt wird, und die Beziehungsebene analog. Somit existieren sie nicht parallel zueinander, sondern ergänzen einander im Rahmen jeder Mitteilung (Watzlawick et al., 2011). Allein menschlichen Wesen sind beide Kommunikationsoptionen gegeben, nämlich sowohl die analoge, als auch die digitale, wobei die analoge Kommunikation für die archaische Gestik oder den Ton der Sprache steht und die digitale zum Beispiel für die Abstraktion in der Sprache (Watzlawick, 2011). Hieraus lässt sich zusammenfassend Watzlawicks viertes metakommunikatives Axiom ableiten:

„Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoge Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und eine logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber für die eindeutige Kommunikationen erforderlichen logischen Syntax“ (Watzlawick et al., 2011, S. 78).

Symmetrische und komplementäre Beziehungsformen bezeichnen Beziehungen, welche entweder auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit basieren. Bei symmetrischen Beziehungsformen ist das Verhalten der beiden Teilhabenden spiegelbildlich und ihre Interaktion ist folglich symmetrisch. Hierbei ist es unerheblich, wodurch sich das Verhalten der Teilnehmenden im individuellen Falle auszeichnet. Sie sind in jeder Hinsicht auf derselben Ebene stehend. Bei komplementären Beziehungsformen gleichen sich die Partner_innen bezüglich des Verhaltens proportional entgegengesetzt an, sodass sie einander ergänzen. Hierdurch entsteht eine neue Proportionalität in der Ausgestaltung des Verhaltens der Partner_innen, welches komplementär ist (Watzlawick et al., 2000). Eine komplementäre Beziehung ist gekennzeichnet durch zwei unterschiedliche Positionen, nämlich die superiore, primäre Position der einen Partnerin_des einen Partners, und die inferiore, sekundäre der anderen_des anderen. Basis für komplementäre Beziehungen stellt der gesellschaftliche und kulturelle Rahmen dar. Ein Beispiel hierfür wäre das Verhältnis zwischen der Lehrenden_dem Lehrendem und der Lernenden_dem Lernendem. Komplementäre Beziehungen stellen auch ein Charakteristikum von höchst spezifischen Beziehungskonstellationen zweier Individuen dar (Watzlawick et al., 2011). Daraus leitet sich Watzlawicks fünftes Axiom ab:

„Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht“ (Watzlawick, 2011, S. 81).

Grundlegeende Störungen der menschlichen Kommunikation nach Paul Watzlawick

Paul Watzlawick leitet aus den fünf Axiomen der menschlichen Kommunikation auch Störungen ab (Watzlawick et al, 2011), wobei er für die fünf genannten Grundlagen der Kommunikation Folgendes festhält:

Axiom 1:

Im Bezug auf das erste Axiom präsentiert Paul Watzlawick das Beispiel einer schizophrenen Person, die durch ihr Verhalten zeigt, dass sie nicht kommunizieren möchte. Er stellt fest, dass es ihrem Gegenüber offen bleibt dieses Kommunikationsverhalten zu interpretieren. Die Neigung sich einer Kommunikation zu entziehen, hat zur Folge, dass sich die betreffende Person einer Verantwortung hierdurch entziehen möchte, oder keine klare Position einnehmen will. Zu einer weiteren Kommunikationsstörung im Rahmen dieses Axioms kommt es ebenfalls wenn versucht wird, die Kommunikation vom Gegenüber abzuweisen oder Verschiedenes vorgetäuscht wird, wie zum Beispiel, Schläfrigkeit oder Unkenntnis der deutschen Sprache (Watzlawick et al., 2011).

Axiom 2:

In Bezug auf das zweite Axiom stellt Paul Watzlawick fest, dass es zu einer Störung kommt, wenn zwischen den Gesprächspartner_innen sowohl auf der Inhaltsebene als auch auf der Beziehungsebene keine Einigkeit gegeben ist. Eine weitere Störung wird verursacht, wenn sich die Gesprächspartner_innen auf der Inhaltsebene nicht einig sind, diese Uneinigkeit jedoch nicht ihre Beziehung beeinflusst. Außerdem kommt es im Rahmen des zweiten Axioms zu einer Störung bei Einigkeit auf der

Inhaltsebene bei gleichzeitiger Uneinigkeit auf der Beziehungsebene. Und schließlich tritt hierbei eine Störung auf, wenn die Inhaltsebene nur deshalb angepasst wird, um die Beziehungsebene nicht zu gefährden (Watzlawick et al., 2011).

Axiom 3:

Watzlawick stellt in Zusammenhang mit Axiom drei fest, dass unterschiedliche Interpretationen in Zuge von Abläufen ein Konfliktpotential in sich bergen. Derartige Konflikte entstehen, wenn die Gesprächspartner_innen davon ausgehen, dass das Gegenüber über die gleichen Informationen verfügt und hieraus übereinstimmende Schlüsse ziehen muss (Watzlawick et al., 2011). Interpunktionskonflikte treten in vielen Facetten des menschlichen Zusammenlebens auf. Ihnen gemeinsam ist, dass zwischen den Partner_innen keine Einigkeit darüber besteht, was Ursache bzw. Wirkung des Konflikts ist. Aus einer Außenperspektive ist keiner der beiden Standpunkte eindeutig. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Interaktion einen kreisförmigen Verlauf aufweist. Jedes Verhalten löst ein Verhalten einer_eines anderen aus, und dieses Verhalten wirkt wiederum auf das unmittelbar auslösende Verhalten zurück (Watzlawick et al., 2011).

Watzlawick führt das Phänomen der sich selbst erfüllenden Prophezeiung an. Dabei geht darum, dass ein gewisses Reaktionsmuster des Umfeldes nur dadurch ausgelöst wird, dass der sich Verhaltende durch sein Auftreten Signale aussendet. Das Reaktionsmuster, welches von ihm erwartet wird, erfüllt sich in Folge tatsächlich (Watzlawick et al., 2011).

Axiom 4:

Die Übertragung von digitaler in analoge Kommunikation birgt ein weiteres Konfliktpotential in sich, da die Partner_innen diese Übertragung je nach der individuellen Sicht ihrer Beziehung vornehmen (Watzlawick et al., 2011).

Axiom 5:

Laut Watzlawick kommt es bei Axiom fünf zu Störungen, die sich entweder auf symmetrische oder auf komplementäre Kommunikationsprozesse beziehen. Zu symmetrischer Eskalation kommt es durch das Bestreben nach Gleichheit, nämlich dann, wenn sich eine Destabilisierung dieser Gleichheit abzeichnet. Charakteristisch für eine derartige Störung ist ein offensichtliches Ringen zwischen den Partner_innen. Diese Störungen führen häufig zur Nicht-Akzeptanz der Selbstdefinition der Partnerin_des Partners (Watzlawick et al., 2011).

Zur Störung einer komplementären Beziehung kommt es, wenn einer der Gesprächspartner_innen Bestätigung ihrer_ seiner selbst von anderen fordert, wobei die_der andere ein konträres Bild von ersterer_ersterem hat (Watzlawick et al., 2011).

4.5 Vier Seiten der Nachricht - Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun

Ausgehend von den Erkenntnissen anderer Forscher_innen aus dem Bereich der Kommunikationswissenschaft wie Paul Watzlawick et al. (1969) und Karl Bühler (1934), entwickelt Friedemann Schulz von Thun ein Modell zur Erklärung von Störungen im Rahmen der Kommunikation (Schulz von Thun, 2010).

Er fasst den grundlegenden Vorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation wie folgt zusammen: Es gibt einen_eine Sender_in, der_die eine Nachricht an einen_eine Empfänger_in richtet, wobei der_die Sender_in diese Nachricht in erkennbare Zeichen verschlüsselt, die vom_von der Empfänger_in entschlüsselt werden müssen. Meist besteht Übereinstimmung zwischen einer gesendeten und empfangenen Nachricht, sodass gegenseitiges Verstehen gegeben ist. Die Qualität der Verständigung ist oftmals Gegenstand von Überprüfung adäquater Entschlüsselung seitens der Empfängerin_des Empfängers. Dies gibt dem_der Sender_in Rückmeldung darüber, ob seine_ihre Sendeabsicht, mit dem was der_die Empfänger_in entschlüsselt hat, übereinstimmt. Dieser grundlegende Vorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation endet somit mit einem Feedback (Schulz von Thun, 2010).

Anhand des Kommunikationsmodells von Friedemann Schulz von Thun werden sprachliche Äußerungen analysiert, indem vier unterschiedliche Aspekte einer Nachricht extrahiert werden. Es beleuchtet diese Nachricht somit aus vier verschiedenen Perspektiven: Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehungsebene, Apell (Schulz von Thun, 2006).

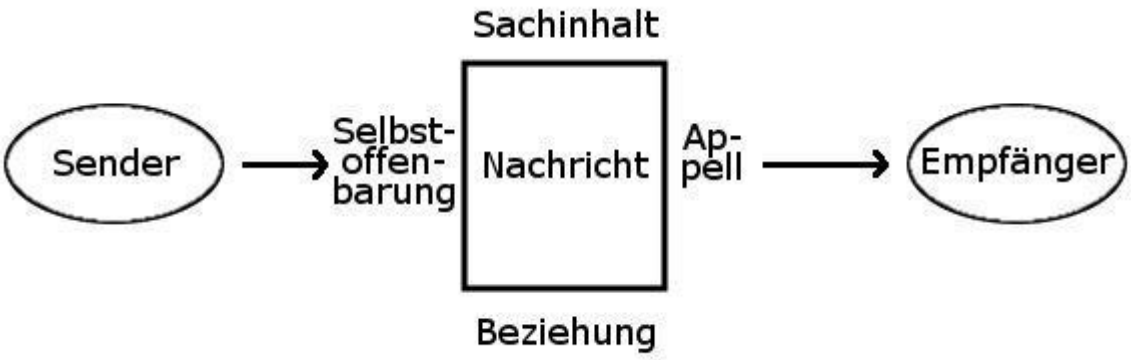

Abb. 2 - Vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht - ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (Schulz von Thun, 2010, S. 30)

Sachinhalt: betrifft konkrete Fakten, welche durch eine Nachricht übermittelt werden (Schulz von Thun, 2010).

Selbstoffenbarung: bezieht sich auf jenen Aspekt der Persönlichkeit der Senderin_des Senders, den diese_r durch die Nachricht bewusst oder unbewusst preisgibt (Schulz von Thun, 2010).

Beziehungsebene: beschreibt das Verhältnis der Senderin_des Senders zum_zur Empfänger_in in Form von *„Du-Botschaften“,* aber auch in Form von *„Wir-Botschaften“*, durch die ein gewisses Nähe-Distanzverhältnis seitens der Empfängerin_des Empfängers reflektiert wird (Schulz von Thun, 2010).

Appell: ist der Versuch einer offenen oder verdeckten Einflussnahme der Senderin_des Senders auf den_die Empfänger_in in Bezug auf dessen_deren Denkweise, Fühlen oder Handeln. Durch offene Einflussnahme werden Bitten oder Aufforderungen zum Ausdruck gebracht; verdeckte Einflussnahme ist jedoch mit Manipulation gleichzusetzen. Kommt es zu Manipulation, verfolgt der_die Sender_in oftmals das Ziel, auch die anderen drei Seiten der Nachricht so zu gestalten, dass seinem_ihrem Appell Gehör verschafft wird (Schulz von Thun, 2006). Die Appellseite der Nachricht ist zwar grundlegend von ihrer Beziehungsseite zu trennen. Sie kann

jedoch sowohl alleine inhaltlich rational ausgedrückt werden, oder gleichzeitig auch eine zwischenmenschliche Beziehung abbilden (Schulz von Thun, 2010).

Dieses Kommunikationsmodell wird als *Nachrichten-Quadrat* bezeichnet. Es beleuchtet die Kommunikation jedoch vor allem aus der Sicht der Senderin_des Senders. Diese_r transportiert sachliche Informationen, präsentiert sich selbst in ihrer_seiner Persönlichkeit, zeigt ihre_seine Haltung gegenüber dem_der Empfänger_in, wodurch diese_r Facetten der Beziehung herauslesen kann. Schließlich versucht der_die Sender_in den_die Empfänger_in in seinem_ihrem Denken, Fühlen und Handeln zu beeinflussen (Schulz von Thun, 2010).

Damit die Kommunikation nicht aus dem Gleichgewicht gerät, muss der_*die kommunikationskompetente Sender_in* stets alle vier Seiten des Nachrichtentransfers berücksichtigen. Andernfalls ergeben sich Kommunikationsstörungen (Schulz von Thun, 2010).

Da herausgefunden wurde, dass Kommunikationsstörungen auch auf der Seite der Empfängerin_des Empfängers liegen, wurde das Modell durch die zusätzliche Perspektive der Empfängerin_des Empfängers erweitert (Schulz von Thun, 2010).

Da jede Aussage vier Seiten hat, können die Botschaften vom_von der Empfänger_in über *„vier Ohren“* gehört werden, also auf vier unterschiedliche Arten verstanden werden. Wie diese Aussagen verstanden werden, hängt davon ab mit welchem *„Ohr“*, das heißt, auf welchen der vier Aspekte der Nachricht sich der_die Empfänger_in gerade konzentriert. Dies ist schließlich entscheidend dafür, in welche Richtung das Gespräch gelenkt wird (Schulz von Thun, 2010).

Abb. 3 - Der vierohrige Empfänger (Schulz von Thun, 2010, S. 45)

Sach-Ohr: Der_die Empfänger_in ist bemüht den Sachinhalt einer Information zu erkennen.

Selbstoffenbarungs-Ohr: Der_die Empfänger_in möchte Facetten der Persönlichkeit der Senderin_des Senders in Erfahrung bringen. Sie_er ist somit personaldiagnostisch tätig und versucht die Frage zu beantworten, wer der_die Sender_in ist. Der_die Empfänger_in sucht nach Motiven des augenblicklichen Verhaltens der Senderin_des Senders (Schulz von Thun, 2010).

Beziehungs- Ohr: Der_die Empfänger_in erfährt aufgrund einer Botschaft etwas über seine_ihre momentane Beziehungslage zum_zur Sender_in, welche durch die Nachricht seitens der Senderin_des Sender ausgedrückt wird. Dies wirkt sich unter Umständen auf das Selbstwertgefühl der Empfängerin_des Empfängers aus (Schulz von Thun, 2010).

Auf der Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene werden Kommunikationsstörungen ausgelöst, wenn der_die Empfänger_in eine Nachricht auf der Beziehungsebene wahrnimmt, wenngleich der_die Sender_in diese Nachricht auf der Selbstoffenbarungsebene transportiert (Schulz von Thun, 2010).

Appell-Ohr: Der_die Empfänger_in filtert mit dem Appell-Ohr eine Aufforderung, beziehungsweise eine Information heraus. In Bezug auf erstere wertet der_die Empfänger_in diese unter der Fragestellung aus, wohin der_die Sender_in ihn_sie haben wolle. In Bezug auf letzteres wertet der_die Empfänger_in die Nachricht in

Hinblick auf die Frage aus, was diese_r mit der neu erworbenen Erkenntnis tun solle (Schulz von Thun, 2010).

Kommunikationsstörungen als Resultat eines überempfindlichen Ohrs

Aus den oben beschriebenen vier Wahrnehmungsdimensionen der Empfängerin_des Empfängers resultieren zahlreiche Kommunikationsstörungen, da es prinzipiell dem_der Empfängerin offensteht, auf welche dieser vier Dimensionen der Nachricht er_sie sich beziehen will. Der_die Empfänger_in hat die Möglichkeit sich auf die Sachseite, auf die Selbstoffenbarungsseite, auf die Beziehungsseite oder auf die Appellseite der Nachricht zu beziehen (Schulz von Thun, 2010).

Beim_bei der Empfänger_in steht das übergroße Ohr symbolisch für eine Überkonzentration auf eine einzelne Dimension der Nachricht:

Das *„Sach-Ohr“*: Aus der Sicht der Empfängerin_des Empfängers erfolgt eine Fokussierung auf die sachliche Dimension der Nachricht, während das eigentliche Problem auf der Beziehungsebene angesiedelt ist, wodurch es zu einer Störung der Kommunikation kommt (Schulz von Thun, 2010).

Das *„Beziehungs-Ohr“*: Ist das Beziehungsohr überempfindlich, kommt es zu Störungen, da neutrale Nachrichten als Urteil zur eigenen Person interpretiert werden, was dazu führt, dass sich der_die Empfänger_in in seiner_ihrer Persönlichkeit verletzt fühlt (Schulz von Thun, 2010).

Das *„Selbstoffenbarungs-Ohr“*: Ist das Selbstoffenbarungs-Ohr überdimensioniert, kommt es dazu, dass der_die Empfänger_in die Botschaft überhaupt nicht auf sich bezieht. Hierdurch kommt es zu einer Immunisierung durch das diagnostische Ohr, das heißt, das Problem wird auf der Beziehungs- und Appellebene ausgeschaltet. Eine weitere Kommunikationsstörung besteht in der Psychologisierung, wobei Sachaussagen allein dahingehend untersucht werden, welche psychische Kraft den_die Sender_in antreibt. In diesem Zusammenhang steht die Intention der Senderin_des Senders im Mittelpunkt, ohne dass die Nachricht auf der Sachebene betrachtet wird. Aktives Zuhören stellt eine Chance dar, nicht diagnostizierend und

aufdeckend, sondern empathisch auf die Gefühls- und Gedankenwelt der Gesprächspartnerin_des Gesprächspartners einzugehen (Schulz von Thun, 2010).

Das *„Appell-Ohr":* Überempfindlichkeit auf dem Appell-Ohr entsteht, wenn ein_e Empfänger_in darauf sensibilisiert ist, anderen Menschen die *„Wünsche von den Augen abzulesen"* und er_sie stellt sich dabei selbst in den Hintergrund. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr, dass Reaktionen automatisch ablaufen. Ist das Appell-Ohr auf eine finale Betrachtungsweise ausgerichtet, nämlich darauf, wozu eine Handlung oder eine Nachricht dient, bewahrt dies davor, unreflektiert beim *„bösen Spiel"* mitzuwirken. Jedoch ein zu großes finales Appell-Ohr führt zur Unterstellung, dass hinter jeder Nachricht eine berechnende Intention steht (Schulz von Thun, 2010).

4.6 Das Idealbild eines symmetrischen Verhältnisses nach Carl Rogers

Carl Rogers (1957) stellt für die Kommunikation im Rahmen eines psychotherapeutischen Beratungsgesprächs sechs Kommunikationsprämissen an eine_n Berater_in und beschreibt drei dieser Prämissen ausführlicher. Diese werden von anderen Autor_innen oftmals als die drei *„Basisvariablen"* Akzeptanz, Empathie und Kongruenz des *„Therapeut_innenverhaltens"* beschrieben, auf die weiter unten näher eingegangen wird. Diese Variablen werden hier als Aspekte der Begegnungshaltung zusammengefasst. Sie entsprechen dem humanistischen Gedanken, welcher der personenzentrierten Psychotherapie zugrunde liegt. Das Verhältnis zwischen Therapeut_in und Klient_in ist dadurch charakterisiert, dass es partnerschaftlich ausgerichtet ist, wenngleich es in professionellem Rahmen stattfindet. Durch die partnerschaftliche Haltung der Therapeutin_des Therapeuten soll der_die Klientin bei der Erforschung seines_ihres eigenen *Ich* einfühlsam unterstützt werden. Dies impliziert, dass der_die Therapeut_in dem_der Klient_in als wertvolles und bedeutungsvolles Individuum durch sein Auftreten das Gefühl vermittelt, dass er_sie keiner Wertung unterliegt, in seiner_ihrer Persönlichkeit akzeptiert wird, wenngleich dem_der Klient_in die Verantwortung für sich selbst nicht abgenommen wird (Kritz, 2014). Weiters empfiehlt Rogers dem_der Therapeut_in auf der verbalen Ebene und der Verhaltensebene übereinzustimmen. Dieses

Vorgehen begründet sich auf tiefem Respekt gegenüber jedem einzelnen Menschen. Respekt vor einem Individuum ist somit bei Rogers von höchster Priorität. Entscheidend ist, ob der_die Klient_in als ein Individuum mit eigenem Wert betrachtet wird, das in der Lage ist, und das Recht hat, sich selbst zu lenken, oder gesteht der_die Berater_in dem Individuum diese Fähigkeit und dieses Rechts nicht zu und ist der Überzeugung, dass das Individuum fremdgelenkt werden muss. Unter letzterer Annahme entstünde ein asymmetrisches Verhältnis, das schließlich in eine Beherrschung der Klientin_des Klienten mündet. Lediglich die durch Respekt gekennzeichnete Beziehung kann daher fördernd für den_die Klient_in sein. Es liegt an der Persönlichkeit der beratenden Person, ob sie selbst einen solch würdevollen Umgang gegenüber anderen pflegt oder nicht. Dies setzt voraus, dass die beratende Person ihre Persönlichkeit entsprechend weiterentwickelt. Carl Rogers betrachtet den Menschen ganzheitlich. Seiner Auffassung nach strebt der Mensch nach Unabhängigkeit, will sich selbst verwirklichen und wirkt ziel- und sinnorientiert. Auf diesem Menschenverständnis basiert seine klientinnenzentrierte Gesprächspsychotherapie: Generell vertritt er ein humanistisches Menschenbild, das gekennzeichnet ist durch eine Einheit von Gefühl und Vernunft. Carl Rogers empfiehlt den beratenden Personen seinen Klient_innen keine direkten Anleitungen zu geben, sondern ihnen nur dabei zu helfen, Unsicherheiten und Ängste abzubauen, um sie hierdurch zu bestärken. Rogers ist der Auffassung, dass Menschen von Geburt an aus ihrer Abhängigkeit hin zur Unabhängigkeit streben und ihr eigenes Selbst entwickeln, um sich von äußerer Kontrolle zu lösen. Dies fördert ihre eigene Entwicklung und somit ihre Möglichkeit die Verantwortung für ihr eigenes Leben zu tragen. In Folge sind Menschen in der Lage, auch Verantwortung für andere zu übernehmen und schließlich auch Veränderungen der Umwelt zu initiieren. Letztendlich meint Rogers, dass es eine Eigenschaft des menschlichen Wesens ist *„sich selbst zu aktualisieren“*, was gleichzusetzen ist, mit seinem Bedürfnis zu wachsen. Voraussetzung für ein solches persönliches Wachstum stellt die soziale Umwelt dar, die je nach Konstellation, ein solches Aktualisieren positiv oder negativ beeinflusst. Letztendlich wirkt ein Mensch im Leben ziel- und sinnorientiert. Nachdem er seine existentiellen Grundlagen gesichert hat, strebt er nach höheren Werten wie zum Beispiel Freiheit und Menschenwürde. Hinter jeder Handlung des Menschen steht eine Absicht, weshalb jede Handlung eine gewisse Struktur aufweist und ein gewisses Ziel verfolgt. Die drei oben genannten

„Basisvariablen“ der klientinnenzentrierten Gesprächspsychotherapie basieren auf diesem positiven Menschenbild (Elzer & Sciborski, 2007). Diese werden nachfolgend näher beschrieben:

4.6.1 Akzeptanz

Dieser Aspekt der Begegnungshaltung, ist schwierig zu beschreiben, da der Begriff *unconditional positive regard* ursprünglich aus dem angloamerikanischen Raum stammt, und mit verschiedenen deutschen Begriffen wie *„positive Wertschätzung und emotionale Wärme“*, *„Akzeptanz“*, *„Achtung“* oder *„Respekt*“ übersetzt wurde, daher ist er semantisch nicht eindeutig (Kritz, 2014, S. 201). Akzeptanz impliziert folgende Teilkomponenten:

Freundlichkeit nicht künstlich vortäuschen. Dies bedeutet, den Klienten_innen nicht vorweg aufgrund ihrer Handlungen und Aussagen den Kategorien Wert und Nutzen unterzuordnen. Bedeutsam ist es vielmehr, dass der_die Therapeut_in bereit ist, die Klienten_innen als Menschen wahrzunehmen und sich auf sie einzulassen (Kritz, 2014).

Den_die Klienten_in respektieren. Es stellt sich die bedeutende Frage, ob Therapeut_innen Klient_innen als Individuen sehen, oder nur auf ein vorgefertigtes Muster von Rollen, Handlungen und Äußerungen reagieren. Klient_innen zu respektieren, bedeutet nicht, dass die Handlungen der Klient_innen ohne Vorbehalt akzeptiert werden, sondern Rogers bezieht sich hiermit auf Liebe im theologischen Sinne *„Agape“*. Das heißt, dass Therapeut_innen den Klient_innen nicht patriarchalisch umsorgen, ihnen nicht sentimental oder oberflächlich liebevoll begegnen (Kritz, 2014).

Keine Ratschläge und Empfehlungen erteilen. Therapeut_innen drängen den Klient_innen nicht ihre Haltungen und Anschauungen auf (Kritz, 2014).

Sich selbst achten. Gelingt es Therapeut_innen die Klient_innen mit positiven Gefühlen der Wärme anzunehmen und wertschätzend zu begegnen, werden Therapeut_innen auch Gefühle der Wärme und Wertschätzung in den Klient_innen hervorrufen. Dadurch wird die Selbstakzeptanz und Selbstachtung der Klient_innen steigen (Kritz, 2014).

4.6.2 Empathie

Umschreibungen für die zweite Teilkomponente der Begegnungshaltung sind *„Verständnis“*, *„einfühlendes Verstehen“* und *„Nichtwertendes Eingehen“* (Kritz, 2014, S. 202). Empathie impliziert folgende Teilkomponenten:

Beziehung anbieten. Empathie bedeutet nicht das Erfassen eines Menschen im Sinne der Statistik oder Diagnostik, sondern zeigt sich in einem zwischenmenschlichen Beziehungsverlauf, welcher auf Offenheit basiert und somit stets dynamisch bleibt. In diesem Beziehungsverlauf sind die *„internen Prozesse“* der Klient_innen den beiden Beteiligten am Therapievorgang zunächst noch verborgen (Kritz, 2014). Die Haltung der Therapeut_innen, die das Streben nach einem einfühlenden Verstehen ausdrückt, die Bereitschaft gemeinsamer Arbeit erkennen lässt und bei den Klient_innen das Gefühl des Verstandenwerdens auslöst, wirkt auf die Klient_innen ermutigend, ihre *„internen Prozesse“* in einer Zusammenarbeit mit den Therapeut_innen, schrittweise selbst herauszufinden (Kritz, 2014).

Verbalisierungsvorgang. Verbalisieren bedeutet hier, dass die Therapeut_innen den Klient_innen kontinuierlich rückmelden, wie sie ihre Erlebniserzählungen verstanden haben (Kritz, 2014).

Gefühle und Empfindungen rückmelden. Die Rückmeldung der Therapeut_innen bezieht sich ausschließlich auf Inhalte, in welchen die Klient_innen ihre Gefühle, beziehungsweise ihre Erlebnisse ausdrücken (Kritz, 2014).

Interpretation vermeiden. Therapeut_innen nehmen von eigenen Interpretationen möglichst Abstand. Die Rückmeldung der Therapeut_innen soll aus der Äußerung der Klient_innen resultieren (Kritz, 2014).

4.6.3 Kongruenz

Die dritte Teilkomponente *„Kongruenz“* wird mit Ausdrücken wie *„Echtheit“* *„Selbstaufrichtigkeit“*, *“Ohne-Fassade-Sein“* oder *„Selbstintegration“* paraphrasiert. Echtheit erfordert eine Reife der Persönlichkeit nach Maßstäben einer humanistischen Psychologie. Hiernach verbirgt sich der Mensch nicht hinter

Kulissen, Rollen und leeren Wendungen und zeigt keine ängstliche Abwehr gegenüber eigenen Gefühlen und Empfindungen, sondern ist gewillt, seine Überzeugungen in einer bestimmten Situation zu äußern. Echtheit manifestiert sich auf der Ebene des Verhaltens, wenn etwa die verbale mit der nonverbalen Kommunikation (wie zum Beispiel Tonfall oder Gesten) übereinstimmt. Echtheit der Therapeut_innen weckt bei den Klient_innen Vertrauen, da hierdurch die Therapeut_innen durchschaubar werden (Kritz, 2014).

Ganzheitlichkeit und Authentizität. Es handelt sich hier um Ganzheitlichkeit im Verständnis einer humanistischen Psychologie und um Wahrhaftigkeit in der Beziehung der Therapeut_innen zu den Klient_innen. Was die Therapeut_innen in Erfahrung bringen, halten sie in ihrem Bewusstsein präsent und dies manifestiert sich im Therapeut_in – Klient_in Gespräch. Auch hier ist die Menschlichkeit der Therapeut_innen von Bedeutung und nicht eine spezielle Technik oder ein eintrainiertes selbstkontrolliertes Verhalten (Kritz, 2014).

Nach Kritz (2001) versteht Rogers psychische Störungen bei Menschen nicht als Erkrankung sondern er sieht ihre Wurzel in Defiziten der Bewusstheit, und führt diese außerdem auf mangelndes Wachstum zurück. Einen zentralen Faktor in der Beratung stellt die Selbstverantwortlichkeit der Hilfesuchenden in einem von einem/r Berater_in geschaffenen Klima des Vertrauens dar. In solch einem Klima, ist es den Klient_innen möglich, zu ihren eigenen Erkenntnissen zu gelangen und ihre eigenen Entscheidungen zu fällen. Diese Atmosphäre begünstigt auch die Entfaltung der Selbstheilungskräfte der Hilfesuchenden. Grundprinzipien der Therapie sind Wärme, Anteilnahme und Akzeptanz. Grundidee der Theorie von Rogers ist die bereits oben angeführte *„Aktualisierungstendenz“* des Menschen, die davon ausgeht, dass es nicht allein der Überlebenstrieb ist, der den Menschen antreibt, sondern dass es das Ziel jedes Individuums ist, das Optimum in seinem Leben zu erreichen (Elzer & Sciborski, 2007). Gemäß Rogers Persönlichkeitstheorie löst eine Beziehung zwischen Therapeut_innen und Klient_innen, die in erster Linie durch die drei oben genannten *„Basisvariablen“* charakterisiert ist, einen Prozess aus, der bei den Klient_innen gehemmte Selbstheilungs- und Selbstaktualisierungspotentiale freisetzt. In einem solchen Klima, ist es den Klient_innen möglich, zunehmende Selbstakzeptanz, Unabhängigkeit, und ein bewussteres Wahrnehmen der eigenen Erlebnisse zu entwickeln. Außerdem fördert dies die Flexibilität und Kreativität der

Klient_innen (Kritz, 2014). Groddeck (2002) fasst die wesentlichsten Aspekte von Rogers klient_innenzentrierter Gesprächsführung wie folgt zusammen: Die Schaffung einer positiven Grundatmosphäre ist erforderlich. Diese ist geprägt durch eine menschliche Beziehung in der sich die Klient_innen akzeptiert fühlen und emotionale Wärme spüren. Ziel ist es, dass die Klient_innen ihre Gefühle offen zeigen und dabei sich selbst erkennen und annehmen können. In Folge sind die Klient_innen, durch die Freisetzung der Selbstheilungs- und Selbstaktualisierungskräfte in der Lage, eigenverantwortlich zu entscheiden. Die Klient_innen sind diejenigen, die aus dem Beratungsgespräch Schlüsse ziehen. Die Beratung mündet schließlich in einen Erziehungs- bzw. Umerziehungsprozess. Für die weitere Zukunft werden den Klient_innen seitens der Berater_innen unterstützende Informationen geboten, damit sie eigenständig im Sinne der Gesprächstherapie fortfahren können (Elzer & Sciborski, 2007).

4.7 Fazit

Um das Wesen der menschlichen Kommunikation besser zu verstehen, erscheint es sinnvoll die theoretischen Zugänge hierfür in dieser Arbeit zu erläutern. Das Ziel ist es die Kommunikation als Werkzeug der zwischenmenschlichen Beziehungen in ihren jeweiligen Dimensionen zu analysieren: Kommunikation und Interaktion sind zunächst eigenständig zu betrachten, wenngleich es in der Sozialwissenschaft einerseits zwar zu einer Verschmelzung kommen kann, das heißt, die Interaktion impliziert einen Kommunikationsakt; andererseits jedoch löst nicht jede Kommunikation unbedingt auch eine Interaktion aus. Kommunikation beinhaltet zwei einander ergänzende Kanäle, nämlich den verbalen und den nonverbalen. Der verbale Kanal bezieht sich auf Worte und Sprache, der nonverbale hingegen beeinflusst das Gegenüber durch den zusätzlichen Aspekt der Körpersprache. Die Funktionsweise der menschlichen Kommunikation ist einerseits durch theoretische Grundlagen wie die *„Fünf Axiome der Kommunikation“,* die von Paul Watzlawick entwickelt wurden, erklärbar. Andererseits dient das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun *„Quadrat einer Nachricht“* zur Analyse der Nachrichtenübertragung von der Senderin zur Empfängerin_vom Sender zum Empfänger. Beide Wissenschaftler leiten aus ihren theoretischen Ansätzen Wurzeln

von Kommunikationsstörungen ab. Für Paul Watzlawick ist die menschliche Kommunikation ein Abbild der menschlichen Beziehungen und ist unmittelbar mit Verhalten verknüpft. Daher impliziert jedes menschliche Verhalten Kommunikation. Laut Watzlawick kommt es im Zusammenhang mit diesen Grundeigenschaften der menschlichen Kommunikation zu signifikanten Störungen. Störungen werden zum Beispiel durch den Versuch ausgelöst sich aus der Kommunikation zurückzuziehen, oder durch ein Auseinandertriften von Inhalts- und Beziehungsebene zwischen den Gesprächspartner_innen. Friedemann Schulz von Thun analysiert eine Nachricht aus vier verschiedenen Perspektiven, nämlich aus der Sach-, Selbstoffenbarungs-, Beziehungs- und Appellperspektive. Um die Kommunikation im Gleichgewicht zu halten, soll der_die Empfänger_in alle vier Perspektiven berücksichtigen. Kommt es bei einem_einer Empfänger_in zu einer Überbetonung einer dieser vier Dimensionen, führt dies zu Kommunikationsstörungen. Der Ansatz von Carl Rogers veranschaulicht hingegen den Rahmen, wie Kommunikation in zwischenmenschlichen Beziehung am besten zu gestalten ist und zeigt, wie Symmetrie in einer Beziehung im optimalen Fall gewährleistet wird. Dieser Rahmen ist markiert von den drei Basisvariablen Akzeptanz, Empathie und Kongruenz, die seine Koordinaten bilden und im Gleichgewicht stehen sollen. Dieser Rahmen ist geprägt von einer Atmosphäre des Vertrauens und der Wertschätzung einer Hilfe suchenden Person, die keiner Wertung unterliegt. Sie wird als eigenständiges Individuum, mit einer Fähigkeit, sich selbst zu lenken, respektiert. In solch einer Atmosphäre ist es der hilfesuchenden Person möglich Wahrnehmungen zu schärfen und sich selbst zu steuern. Dies ermöglicht ihr, zu eigenen Erkenntnissen zu gelangen und eigene Entscheidungen zu fällen.

Für die Gesamtgestaltung der pflegerischen Beziehung sind die in diesem Kapitel dargestellten Ansätze insofern von Bedeutung, als die beiden Kommunikationsansätze einerseits die Grundeigenschaften der Kommunikation und andererseits die Übertragung von Nachrichten zwischen Pflegepersonen und Patient_innen erklären. Darüber hinaus eignen sie sich zur Erläuterung von Kommunikationsstörungen in der pflegerischen Beziehung. Der psychotherapeutische Ansatz der Gesprächsführung von Carl Rogers, hingegen, reflektiert vor allem das Idealbild eines symmetrischen Verhältnisses zwischen einer professionell handelnden und einer hilfesuchenden Person. Durch diesen Ansatz wird veranschaulicht, welche Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung für die

pflegerische Beziehung fördernd sind. Er kann dazu dienen die Kommunikation und die Interaktion in der pflegerischen Beziehung, durch eine entsprechende Haltung der Pflegepersonen, zu verbessern und in einem symmetrischen Verhältnis zu halten.

5. Kommunikation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital

Eine pflegerische Beziehung wird als eine soziale Beziehung verstanden. Diese Beziehung findet zwischen einer Pflegeperson und einer Patient_in, einem Patienten statt. Innerhalb von dieser Beziehung wird anhand von Kommunikation und Interaktion auf ein gemeinsam vereinbartes Pflegeziel hingearbeitet (Fiechter & Meier, 1981). Die Gestaltung einer pflegerischen Beziehung obliegt dem Pflegepersonal.

Dem Kapitel Kommunikation in der pflegerischen Beziehung wird in dieser Dissertation viel Bedeutung beigemessen, da sich die Macht der Pflegepersonen in der pflegerischen Beziehung durch das Kommunikationsverhalten abbildet. Dieses Verhalten wird im empirischen Teil im Rahmen von problemzentrierten Interviews aus Sicht der Patient_innen untersucht. Paul Watzlawick definiert zwischenmenschliche Kommunikation als *„[…] das Medium der beobachtbaren Manifestation menschlicher Beziehungen“* (Watzlawick et. al 2011, S. 57), daraus lässt sich schließen, dass sich in diesen Beziehungen auch Machtverhältnisse widerspiegeln. Friedemann Schulz von Thun weist auch auf die Wichtigkeit der Beziehungsseite einer Nachricht in der zwischenmenschlichen Kommunikation hin: *„Während die Sachbotschaften sich überwiegend auf den Kopf des Empfängers richten und von seinem Verstande empfangen werden, gehen die begleitenden Beziehungsbotschaften gleichsam direkt ins Herz“* (Schulz von Thun, 2006, S. 156). Die Bedeutung der Beziehungsseite hat nicht nur eine kurzfristige Auswirkung auf die Beziehung zwischen der Senderin_dem Sender und der Empfängerin_dem Empfänger, sondern trägt auch wesentlich zur Definition des Selbstkonzepts der Empfängerin_des Empfängers bei *„So einer bin ich also*“ (Schulz von Thun, 2006). Dies kann sich sowohl konstruktiv als auch destruktiv auf das Selbstkonzept auswirken (Schulz von Thun, 2006).

Die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital, zeichnet sich damit aus, dass anhand von ihr existentielle Bedürfnisse der Patient_innen befriedigt werden. Von der Kommunikation in der pflegerischen Beziehung hängt damit auch das Wohlbefinden der Patient_innen ab (Darmann, 2002). Die Gestaltung der pflegerischen Arbeit in der pflegerischen Beziehung setzt eine Interaktion voraus. Verbale und nonverbale Kommunikation bildet die Basis für diese Interaktion. Dieses Erkenntnis geht bereits auf eine Pionierin in den Pflegetheorien Hildegard Peplau zurück (Sieger, Ertl – Schmuck & Harking, 2010).

Die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung ist als professionelle Kommunikation zu verstehen (Elzer & Sciborski, 2007), und in ein komplexes Setting, in dem ökonomische, technische und medizinische Vorgaben richtungsgebend sind, eingebettet (Hewinson, 1994). Professionelle Kommunikation hat das Ziel, die Patient_innen bei der Vorbeugung gesundheitlicher Beeinträchtigung, sowie bei der Genesung zu unterstützen. Die Pflegepersonen befinden sich hierbei in einer beruflichen Rolle, in der sie Fachwissen und Können gegenüber den Patient_innen in ihrer Rolle anwenden, ihre private Seite bleibt verborgen (Elzer & Sciborski, 2007). Wenngleich die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung partnerschaftlichen konzipiert ist, ist sie jedoch von Asymmetrie geprägt. Diese Asymmetrie ist bedingt durch die Tatsache, dass sich Patient_innen und Pflegepersonen nicht auf der gleichen hierarchischen Ebene befinden (Darmann, 2002). Nach Rhode gibt es im Akutspital ein hierarchisch strukturiertes Umfeld, in welchem Patient_innen an der untersten Ebene angesiedelt sind. Die medizinischen, pflegerischen und administrativ-betrieblichen Bereiche sind auf der gleichen Ebene positioniert und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Patient_innen zu versorgen. Dabei dienen sie ihnen und beherrschen sie gleichzeitig (Rhode, 1974).

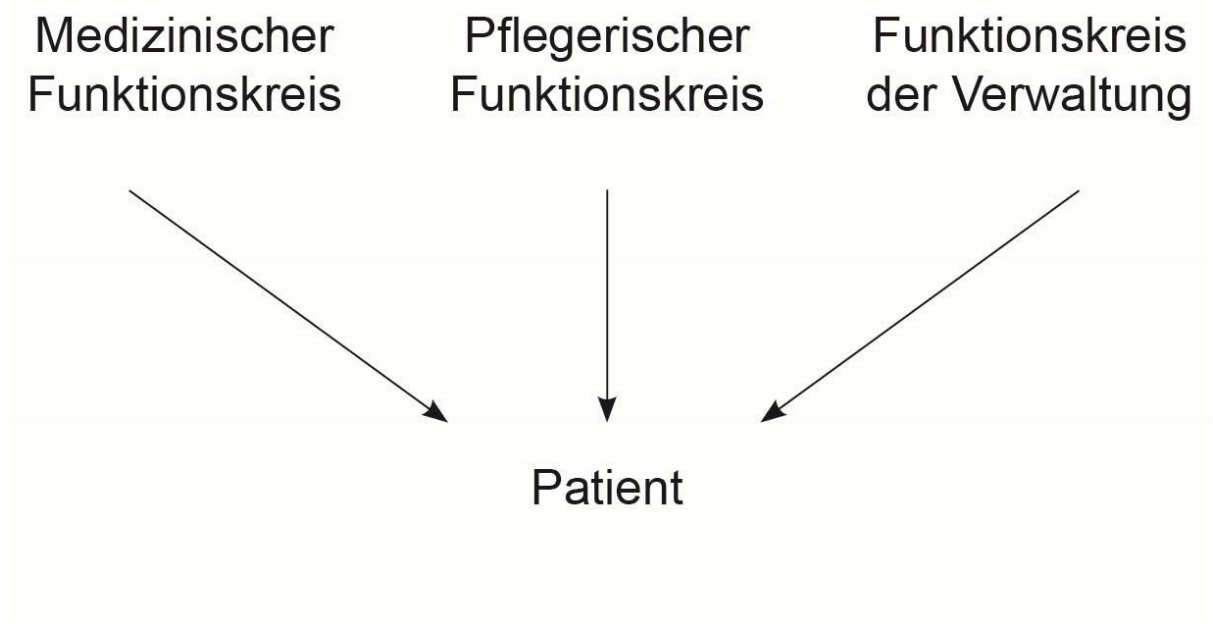

Abb. 4 - Hierarchisch strukturiertes Umfeld im Akutspital (modifiziert nach Rhode, 1974, S. 219)

In der Kommunikation stehen auf Hilfe angewiesene Patient_innen den Pflegepersonen gegenüber, die die fachliche Kompetenz aufweisen, diese Bedürftigkeit auszugleichen. Aus diesem Kompetenzunterschied in der pflegerischen Beziehung ergibt sich eine Machtquelle (Darmann, 2002). Noch genauer wird auf diese Asymmetrie und das daraus resultierende Machtungleichgewicht im folgenden Unterkapitel 5.4. eingegangen.

Die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital findet oft in einer ungünstigen Umgebung statt und wird durch verschiedene Stressoren beeinflusst. Die Patient_innen befinden sich in einer Ausnahmesituation, da sie durch ihre Erkrankung einem psychischen und physischen Druck ausgesetzt sind. Die Patient_innen offenbaren sich mit den aus ihrer Krankheit resultierenden Schwächen und ihrer Hilfsbedürftigkeit. Auf der anderen Seite steht ihnen das Pflegepersonal gegenüber, das oft unter großem Druck arbeitet, viel Arbeit in wenig Zeit verrichten muss und sich insgesamt in einem angespannten Arbeitsumfeld bewegt, in dem wenig Zeit für Gespräche mit den Patient_innen bleibt. Darüberhinaus sehen sich die Pflegepersonen mit einer Flut an Reizen, Anforderungen und Erwartungen unterschiedlicher Seiten im Rahmen ihres Schichtdiensts konfrontiert (Manz, 2015).

Hinsichtlich dieser Überlegungen bildet eine Studie aus dem angelsächsischen Raum (Clark, 1983) die Kommunikation und Interaktion in der pflegerischen

Beziehung im stationären Bereich im Akutspital ab. Diese Studie liegt bereits einige Jahre zurück, jedoch hat sie für diese Dissertation eine erhebliche Bedeutung, weil sie die Kommunikation und Interaktion in der pflegerischen Beziehung umfangreich wie keine andere darstellt. Im Rahmen dieser Studie wurden über mehrere Tage 310 spontane Gespräche zwischen Pflegepersonal und Patient_innen in drei Krankenhäusern mit Hilfe eines Tonbandes aufgezeichnet. Die Daten für diese Studie wurden auch anhand von Beobachtungen und mittels Videoaufnahmen gesammelt. Die Ergebnisse dieser Studie wurden quantitativ wie inhaltsanalytisch ausgewertet und zeigen, dass die durchschnittliche Interaktionszeit zwischen Pflegepersonen und Patient_innen 1,71 Minuten betrug. Die Kommunikation war durch Kürze gekennzeichnet und wurde meist von Pflegepersonen begonnen. Dabei erfolgten mehrere geschlossene Fragen nacheinander, ohne dass den Patient_innen die Möglichkeit gegeben wurde diese zu beantworten. Eine Ausnahme wurde bei schwerkranken und alten Patient_innen festgestellt, die Gespräche dauerten bei dieser Patient_innengruppe im Durchschnitt länger. Dreiviertel der Gesprächsinhalte bezogen sich auf die Behandlung und Pflege, ein minimaler Anteil, nämlich nur 1,3 Prozent betrafen das emotionale Wohlbefinden der Patient_innen. Clark beschrieb die Sprechweise der Pflegepersonen mit den Patient_innen als funktionsorientiert, exakt, bestimmt, freundlich, aber auch oberflächlich und distanziert. Sie stellte ebenfalls fest, dass Pflegepersonen mittels einer Vielzahl an Taktiken die Interaktion zwischen den Patient_innen und ihnen zu kontrollieren versuchten. Die Pflegepersonen behandeln die Patient_innen emotional kalt, die Kommunikation seitens der Pflegepersonen ist nur auf das Notwendigste reduziert (Darmann, 2000). Friedemann Schulz von Thun hält diese Art der Kommunikation charakteristisch für hierarchische Beziehungen, da sich nur eine Seite in der Kommunikationssituation das Recht für dieses Verhalten herausnimmt und die andere sich das nicht erlauben darf (Schulz von Thun, 2006). Ein weiterer Aspekt, der in der Studie sichtbar wird, ist, dass die Pflegepersonen die Interaktion in der pflegerischen Beziehung kontrollieren. Schulz von Thun nennt unterschiedliche Taktiken zur Kontrolle des Empfängers_der Empfängerin. Durch Anweisungen, Vorschriften und Fragen wird die Empfängerin_der Empfänger beeinflusst, der Autor nennt dieses Verhalten *„Lenkung“* (Schulz von Thun, 2006).

„Ein hohes Ausmaß an Lenkung und Kontrolle löst beim Empfänger vielfach inneren Wiederstand aus. Er hat den Wunsch nach Selbstbestimmung, Eigeninitiative und

freier Entfaltung“ (Schulz von Thun, 2006, S. 163). Weiters können negative Gefühle der Patient_innen die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital beeinträchtigen. Dazu gehören: Angst, Unsicherheit, sich alleine fühlen, hilflos und abhängig sein. Die Kommunikation kann ebenfalls durch das plötzliche Erscheinen einer fremden Person beeinträchtigt werden (Müller-Röpke et al., 2011). Darüber hinaus erleben die Patient_innen die Kommunikation oft *„von oben nach unten“*, da sie sich häufig in einer sitzenden oder liegenden Position befinden. Dieser Blickwinkel entspricht der Wahrnehmungsperspektive kleiner Kinder (Wingchen, 2006).

Goffman, der den Begriff der totalen Institution prägt, und hierzu auch das Krankenhaus dazuzählt, hält fest, dass sich das Personal in solchen Institutionen für überlegen hält und glaubt, das Recht auf seiner Seite zu haben (Goffman, 1973). Der ganze Tagesablauf und somit auch die wesentlichen Bedürfnisse der Patient_innen werden nicht von ihnen selbst, sondern vom Personal geplant (Goffman, 1973). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es für eine gelungene Kommunikation notwendig ist, die genannten Störungen zu reduzieren und für eine angemessene Umgebung für das Gespräch zu sorgen (Hausmann, 2009). In dieser Hinsicht ist es wichtig, dass die Kommunikation nicht rein sachlich verläuft, sondern Gefühle auf der Beziehungsebene immer mitschwingen. Stimmlage, Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit angleichen, das Ansprechen des Gegenübers mit Namen oder Blickkontakt halten sind Regeln für eine partnerschaftliche Kommunikation (Hausmann, 2009). Es ist unerlässlich für ein angenehmes Gesprächsklima, dass Sicherheit und Akzeptanz aufgebaut werden können, um zu verhindern, dass sich die Patient_innen aus dem Gespräch zurückziehen, da sie von Kampf- und Fluchtmechanismen überwältigt werden. Die Kommunikation ist beeinträchtigt, wenn es aufgrund einer übermäßigen Ausschüttung von Stresshormonen zu Denkblockaden kommt (Wingchen, 2006). Sofern die Gesprächsvariablen von Carl Rogers – Akzeptanz, Kongruenz und Empathie – in der Kommunikation in der pflegerischen Beziehung seitens der Pflegepersonen berücksichtigt werden, wird den Patient_innen signalisiert, dass sie ernst genommen werden und dass ihnen Raum für den Ausdruck ihrer Emotionen gestattet wird (Wingchen, 2006). Erfolgreiche, wertschätzende Kommunikation schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und trägt zum Wohlbefinden und einer schnelleren Genesung der Patient_innen bei. Dagegen schafft eine misslungene Kommunikation Misstrauen (Hausmann, 2009).

Aus Sicht der Patient_innen wird die Kommunikation im Akutspital grundsätzlich als nicht zufriedenstellend empfunden. In den Studien wurde festgestellt, dass sie sowohl in Bezug auf den Umfang, als auch die Qualität unzureichend ist, und darüber hinaus auch unpersönlich verläuft. Einen zufriedenstellenden Aspekt für die Patient_innen stellt jedoch die Informationsweitergabe im Krankenhaus dar (Darmann, 2002). Richard Steines berichtet in seinem wissenschaftlichen Artikel mit dem Titel *„Is patient power good for nurses?“* welcher im Jahr 2008 in der Pflegezeitschrift *„Nursing Times“* in England veröffentlicht wurde, dass Patient_innen sich verlegen und bekümmert fühlen, wenn das Pflegepersonal mit ihnen in den Kliniken nicht korrekt kommuniziert (Steines, 2008).

Kettunen et al. (2001) beschäftigen sich in der Studie mit dem Titel *„Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients power messeges“* mit der verbalen Kommunikation der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung im Rahmen von Beratungsgesprächen in einem Akutspital in Finnland. Als Stichprobe wurden Patient_innen mit chirurgischen Erkrankungen, die sich schon länger im Akutspital befanden, herangezogen. Die Studie ging der Frage nach, welche Strategien die Patient_innen in der Kommunikation anwenden, um Machtbotschaften zu übermitteln. Weiters wurde untersucht, welchen Einfluss diese Machtbotschaften auf die Interaktion zwischen ihnen und den Pflegepersonen haben (Kettunen et al., 2001). Alle Autorinnen stellen fest, dass Patient_innen im Zuge von Beratungsgesprächen ähnliche Machtstrategien anwenden wie professionelles Pflegepersonal. Es war zu beobachten, dass die Patient_innen die Kommunikation direkt durch die Reichweite ihrer Fragen, umfassende Mitteilungen oder sogar durch Unterbrechungen beeinflussen (Kettunen, 2001). Die Autorinnen der Studie kommen zum Schluss, dass die Patient_innen sich nicht automatisch als tiefer Stehende in der Machtverteilung der pflegerischen Beziehung verstehen und dass nicht nur die Professionellen die Kommunikation bestimmen (Kettunen, 2001). Allerdings ist hier kritisch anzumerken, dass sich die Patient_innen nicht in direkter Abhängigkeit – anders als im stationären Bereich auf den Akutspitalsabteilungen – vom Pflegepersonen befanden, da es sich um Beratungsgespräche handelte.

5.1 Patient_in als Individuum

Unter Patient_in (engl.) patient, ursprünglich auch *„der_die Geduldige“*, wird eine gesundheitlich beeinträchtigte Person verstanden, welche aufgrund einer Erkrankung oder einer Aufweisung von Krankheitssymptomen, eine ärztliche Behandlung in Anspruch nimmt. Unter diesem Begriff wird auch eine gesunde Person verstanden, welche in Einrichtungen des Gesundheitswesens medizinische Leistungen empfängt (Wied & Warmbrunn, 2007).

„*Ein Individuum (lat.: das Unteilbare, engl. Individual (Person) ist das in seiner raumzeitlicher und qualitativen Besonderung einmalige Wesen, das nicht mehr geteilt werden kann ohne seine besondere Identität zu verlieren, die in seiner geschlossener Ganzheit begründet ist“* (Endruweit et al., 2014, S. 183).

Mit dem Unterkapitel *Patient_in als Individuum* wird darauf abgezielt, die Notwendigkeit der Individualität der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung hervorzuheben. Jede Patientin_jeder Patient ist als einzigartiges Individuum wahrzunehmen. Die Wahrnehmung ihrer_seiner Individualität bedeutet ihre_seine besondere Identität zu wahren. Darüber hinaus ist auch ihre_seine subjektive Perspektive zu berücksichtigen. Die Brücke zu dieser Welt kann seitens der Pflegepersonen durch gelungene Kommunikation gebaut werden (Manz, 2015). Gelingt das nicht, fühlen sich Patient_innen in ihrer Individualität nicht angenommen. Die Zusammenarbeit zwischen Patient_innen und Pflegepersonen gelingt unter solchen Umständen weniger gut, da sich der Ausgleich der Hilfsbedürftigkeit nicht an der Individualität der Patient_innen orientiert.

Die Individualität der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung im Akutkspital wird auch im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes berücksichtigt. Demzufolge betrachtet die professionelle Pflege Patient_innen als Individuen. Im Rahmen der Pflegeanamnese werden die individuellen Patient_innenbedürfnisse erhoben. In weiterer Folge werden diese Erkenntnisse in die Pflegeplanung miteinbezogen (Weiss-Faßbinder & Lust, 1997). *„Pflegeanamnese zeichnet sich durch ihre ganzheitliche Betrachtungsweise der Reaktion des Menschen auf Krankheit/Kranksein, Verletzungen, Behinderungen und belastende Lebensereignisse aus“* (Bropst, 2007, S. 34, zit. nach Kürzl, 2014, S. 24). Der Gedanke der Individualität der Patient_innen ist im umfassenderen

Gesundheitsqualitätsgesetz, welches am 01.01.2006 in Kraft trat, eingebettet. Hierin ist die Patient_innenorientierung als Qualitätsmerkmal verankert und definiert. Es hat auf gesamtösterreichischer Ebene Gültigkeit (Letner & Ratzenböck-Höllerl 2009). Was ist demzufolge unter dem Gedanken der Patient_innenorientierung zu verstehen? Akutspitäler zielen in der Patient_innenorientierung darauf ab, die Interessen der Patient_innen zu respektieren und ihnen mit Empathie und Takt zu begegnen, in dem sie alle Prozesse und Strukturen auf die Bedürfnisse der Patient_innen ausrichten. Die Patient_innen erhalten Leistungen, die ihnen nicht nur nützlich sind, sondern auch von ihnen gewünscht werden. Daraus ergeben sich auch Rechte und Pflichten für die Patient_innen. Die Patient_innen werden in ihrer Ganzheit mit allen ihren Dimensionen in den Mittelpunkt gestellt. Ihre spezifischen Leiden werden in diesem Kontext gesehen. Im Rahmen dieses Konzeptes nehmen die Patient_innen eine neue Rolle ein – nämlich weg von passiven Leistungsempfänger_innen hin zu aktiven Mitgestalter_innen (Letner & Ratzenböck-Höllerl, 2009).

In der pflegerischen Beziehung im Akutspital kommt dieses Konzept der Ganzheitlichkeit ebenso zu tragen. Der ganzheitlichen Pflege liegt Holismus zugrunde, eine philosophische Lehre, welche den Menschen als eine Einheit aus vier Dimensionen wahrnimmt, nämlich der biologischen, der psychischen, sozialen und der spirituellen. Im Rahmen der ganzheitlichen Pflege werden die Patient_innen in der pflegerischen Beziehung in allen ihren Dimensionen erfasst. In den maßgeblichen Pflegetheorien wird auch die spirituelle Dimension beschrieben. Unter Spiritualität werden weniger die Glaubensrichtung verstanden, sondern vielmehr ist es ein Bedürfnis eines jeden Menschen. Auch die Pflegeperson ist bei der Erbringung ihrer pflegerischen Leistung als Mensch in den vier Dimensionen zu sehen (Mayer, 2009). Die Pflege beschäftigt sich mit menschlichen Phänomenen aus dem Bereich der Gesundheit und Krankheit (Schrems, 2013). Die Pflegephänomene hängen immer mit Patient_innen in ihrer Ganzheit zusammen. Auch Pflegepersonen begegnen den Patient_innen bei der Gestaltung der pflegerischen Arbeit immer als ganze Person. Aus diesem Grund ist es zu erwarten, dass ein bestimmtes Pflegephänomen nicht zwingend die gleiche Bedeutung für die betroffenen Patient_innen in ihrem sozialen Umfeld und für die sie betreuende Pflegeperson hat. Auf die Frage wie eine Annäherung in der Auffassung dieses Pflegephänomens zustande kommen kann, bietet ein methodologischer Ansatz – die Hermeneutik

(Lehre der Auslegung) – eine Antwort (Schrems, 2013). Laut Jung (2001), besteht das Ziel der Hermeneutik darin, Unverständliches mittels Symbolen, Zeichen, Wörtern, Gesten, Handlungen, Ritualen vor dem Hintergrund eines Kontextes (z.B. eines kulturellen) verstehbar zu machen. In der pflegerischen Beziehung im Akutspital ist die Hermeneutik nutzbar um es Pflegepersonen zu ermöglichen zu einem Verständnis für die pflegerischen Sachverhalte, die die Patient_innen betreffen und zu ihrer Individualität, zu gelangen. Verständnis im hermeneutischen Sinne setzt Vorverständnis voraus. Als Quellen des Vorverständnisses, auf welche kulturspezifisch zurückgegriffen wird, gelten: Erfahrungen, subjektives Erleben, Erkenntnisse der Wissenschaft sowie fachspezifische Kenntnisse. Ein Verstehen vollzieht sich auf zwei Ebenen: nämlich erstens auf das einfache Verstehen, welches Bezug nimmt auf beschriebene und beobachtete Äußerungen sowie zweitens das höhere Verstehen, welches Bezug nimmt auf die Bedeutung eines Phänomens für die Patient_innen. Unter höherem Verstehen ist das Erfassen eines verborgenen Sinns gemeint. Da das Verstehen immer an eine verstehende Person gebunden ist, kann das Verstehen im professionellen Handlungsfeld immer nur eine Annäherung sein, da es nicht möglich ist, die Perspektive des Gegenübers vollkommend nachvollziehen zu können. Die Abweichung zwischen dem objektiven Verstehen eines Sachverhalts und der subjektiven Auffassung dieses Sachverhalts nennt sich hermeneutische Differenz. Die Auslegung eines Pflegephänomens bedeutet somit die Verringerung dieser Differenz (Schrems, 2013).

Eine Verringerung dieser hermeneutischen Differenz erfolgt mittels zweier hermeneutischer Zirkel, welche eine Spiralform aufweisen: In Zirkel Eins erfolgt eine Anreicherung mittels Information und Wissen zum jeweiligen Phänomen, in Zirkel Zwei wird eine Komponente eines Phänomens immer vor dem Hintergrund seiner Ganzheit verstanden, zum Beispiel wird das Pflegephänomen *Gangunsicherheit* vor dem Hintergrund der Lebenswelt der Patient_innen in ihrer Ganzheit wahrgenommen. Gleichzeitig ist es zum besseren Verstehen notwendig, den Einfluss der einzelnen Pflegephänomene auf die Lebenswelt (Ganzheit) zu berücksichtigen. Die Frage nach der Bedeutung eines Pflegephänomens für die betroffenen Patient_innen ist ausschlaggebend, um die Reaktion der Patient_innen auf ihre Krankheitsprozesse zu verstehen. Das Ergebnis orientiert sich nicht an der Richtigkeit der Auslegung des Pflegephänomens, sondern ausschließlich an der

angemessenen Berücksichtigung der Lebenswelt der Patient_innen (Schrems, 2013).

5.2 Soziokultureller Hintergrund der Patient_innen

Wie im vorigen Kapitel beschrieben, wird im Sinne der Hermeneutik, der Lehre der Auslegung, versucht, Unverständliches vor dem Hintergrund eines Kontextes verstehbar zu machen (Schrems, 2013). Hinsichtlich der Hermeneutik hat der soziokulturelle Hintergrund der Patient_innen Einfluss auf ihre persönliche Lebenswelt, was sich wiederum auf ein unterschiedliches Erleben der Pflegephänomene auswirkt. Hofstätter nennt hierfür Beispiele in Bezug auf Erfahrung mit Schmerz, Erleben und Kommunikation hinsichtlich Krankheit sowie Verständnis über die Ursache von Krankheiten und daraus abgeleitete Erwartungen an die Pflegepersonen. Darüber hinaus werden Geschlechterrollen durch soziale, ökonomische und historische Aspekte bedingt. Das Verständnis einer Gesellschaft über das weibliche und männliche Geschlecht wird im Zuge der Sozialisierung verinnerlicht (Hofstätter, 2009).

Trotz Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrunds, ist es notwendig, Patient_innen nicht ausschließlich nach ihren ethnischen, kulturellen, religiösen oder nationalen Merkmalen zu beurteilen, sondern sie zunächst als Personen wahrzunehmen (Seidl, 2013). Es besteht die Gefahr, dass allgemeine Merkmale einer Person oder Gruppe zugeschrieben werden, ohne die individuellen Eigenschaften der Patient_innen miteinzubeziehen. Diese Stereotype halten sich sehr hartnäckig und sind häufig das Resultat von Unsicherheit und Angst der Pflegepersonen (Menche, 2004). Da jeder Mensch auf individuelle Erfahrungen zurückgreifen kann und von individuellen Dispositionen beeinflusst wird, können eigene Wertmaßstäbe des Pflegepersonals auf die Bedürfnisse von Patient_innen anderer kultureller Räume übertragen werden, was zu Missverständnissen und in Folge zu Problemen führen kann. So weist auch Offurum (2003) darauf hin, dass nonverbale Kommunikation maßgeblich kulturell bestimmt wird und dies zu großen Missverständnissen führen kann (Hofstätter, 2009). Beispielsweise bedeutet das Ausweichen des Blickkontakts in muslimischen Gesellschaften Respekt und Demut, wohingegen dieses Verhalten in Österreich als unhöflich, arrogant, herablassend und

in gegengeschlechtlichen Fällen zum Teil als frauenfeindlich wahrgenommen werden kann – ähnlich der Vermeidung des Handgebens (Seidl, 2013). Die Autorin dieser Dissertation folgert aus diesen Missverständnissen, dass sich möglicherweise Nachteile für Patient_innen ergeben können. Ein bekanntes Verhalten muslimischer Patient_innen ist das Erscheinen vieler Angehöriger im Krankenhaus, dies wird von Pflegepersonen häufig aus Rücksicht auf anderen Mitpatient_innen als störend empfunden. Das kann dazu führen, dass sich die Patient_innen nicht verstanden fühlen und sich ein Konflikt für sie ergibt, den sie sich allerdings mit den Pflegepersonen nicht austragen trauen, da sie sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden.

Die Bedeutung der Kulturen für die Pflege ist in den theoretischen Überlegungen von Madeleine Leininger begründet und hat bereits in den 1940er Jahre ihre Bedeutung. Anhand von Vergleichen zwischen amerikanischen und afrikanischen Kindern entdeckte sie, dass der kulturelle Hintergrund einer Person einen Einfluss auf ihre Bedürfnisse hat (Müller-Röpke et al., 2011). Diese Auffassung hat viele Anhänger_innen, aber es gibt auch zahlreiche kritische Meinungen dazu. Diese werfen dem Modell von Madeleine Leininger vor, die Reflexion der eigenen Kultur nicht zu berücksichtigen, Kultur starr und nicht dynamisch wahrzunehmen und das Hintergrundwissen der einzelnen Kulturen nicht ausreichend zu differenzieren und somit keinen praktischen Nutzen darauf ziehen zu können (Seidl & Walter, 2010).

Antor (2002) definiert transkulturelle Kompetenz durch die Fähigkeit, den eigenen Ego-, Ethno- und Soziozentrismus zu überwinden, indem man seine soziokulturelle Lebenswelt reflektiert. Antor nennt dafür drei Säulen: die Erweiterung des Hintergrundwissens über Patient_innen, Selbstreflexion der Pflegepersonen und Empathie in Bezug auf Patient_innen (Hofstätter, 2009).

Um transkulturelle Kompetenz zu erlangen, ist es demnach von Bedeutung, Hintergrundwissen über die Herkunft, Bräuche und Sitten der Patient_innen zu erwerben, um einer Stereotypisierung vorzubeugen und die Patient_innen in ihrer Individualität im Kontext ihrer Soziokultur wahrzunehmen (Hofstätter, 2009). Lea (1997) nennt die zweite Säule der transkulturellen Kompetenz Selbstreflexion. Hierbei wird propagiert, dass sich auch die Pflegepersonen ihrer eigenen soziokulturellen Prägung bewusst werden und die Patient_innen dementsprechend erleben. Geschieht das nicht, besteht die Gefahr das eigene Verhalten als *„normal“*

und jenes aus einem anderen Kulturkreis als abweichend zu empfinden. Als dritte und letzte Säule wird Empathie beschrieben, dafür ist es notwendig die andere Kultur zu akzeptieren. Empathie ermöglicht demnach ein Verstehen der Kultur der Patient_innen (Hofstätter, 2009).

5.3 Relevante Pflegephänomene in der Interaktion

Um die Wahrnehmung der Patient_innen als Individuum abzurunden, ist es neben dem soziokulturellen Hintergrund und ihrer persönlichen Lebensgeschichten, notwendig, objektive Kriterien, sogenannte Pflegediagnosen (siehe Definition S. 87), in die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung miteinzubeziehen. Die für diese Dissertation relevanten Pflegediagnosen richten sich nach Beeinträchtigungen in der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit seitens der Patient_innen. Die Erkrankung der Patient_innen kann bedeuten, dass möglicherweise ihre Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten beeinflusst werden. Als weitere relevante Pflegediagnose in Bezug auf die Interaktion wird Machtlosigkeit angesehen. Die drei Pflegephänomene *beeinträchtigte Kommunikation, beeinträchtigte soziale Interaktion* und *Machtlosigkeit* werden folgendermaßen definiert:

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist, eigene Mitteilungen verbal und/oder nonverbal verständlich zu machen und/oder Mitteilungen anderer Menschen zu verstehen“ (Stefan et al., 2013, S. 346).

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch in unzufriedenstellender und nicht entsprechender Art und Weise an sozialen Kontakten beteiligt ist“ (Stefan et al., 2013, S. 359).

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch das Gefühl hat, keinen Einfluss auf die Gestaltung und Kontrolle von Beziehungen und Situationen zu haben“ (Stefan et al., 2013, S. 652).

Aus einer Pflegediagnose leiten sich übergeordnete Ziele ab, die durch bestimmte Pflegemaßnahmen erreicht werden sollen. Ein Ziel lautet: *„Kommuniziert verbal und/oder nonverbal und äußert, zu verstehen und verstanden worden zu sein“* (Stefan et al., 2013, S. 349). Bei der Pflegediagnose beeinträchtigte soziale

Interaktion wird das Ziel verfolgt: *„Eine zufriedenstellende Beteiligung an sozialen Kontakten wird erreicht“* (Stefan et al, 2013, S. 362). In Bezug auf die Pflegediagnose *Machtlosigkeit* wird das Ziel formuliert, dass Patient_innen Beziehungen und Situationen gestalten und kontrollieren können (Stefan et al., 2013). Besonderes Augenmerk wird auf das Einbeziehen bestehender körperlicher/funktioneller, psychischer und sozialer/umgebungsbedingter Ressourcen der Patient_innen gelegt.

Schwierigkeiten aufgrund von Beeinträchtigungen in der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit der Patient_innen ergeben sich daraus, dass sie ihr Anliegen nicht ausdrücken können oder dass die Pflegepersonen das von Patient_innen Ausgedrückte nicht dekodieren und somit nicht verstehen können. Beispielsweise kann ein beeinträchtigter Hörsinn dazu führen, dass Patient_innen nur schwer Kontakt mit den Pflegepersonen aufnehmen können, die Mitteilungen der Pflegepersonen nicht erfassen können und sich aus der Kommunikation mit anderen zurückziehen. Kulturelle Faktoren haben auf die Interaktion der Patient_innen mit den Pflegepersonen einen wesentlichen Einfluss. Demnach können Schmerzen in unterschiedlichen Kulturkreisen anders ausgedrückt werden und zu Fehleinschätzungen bei den Pflegepersonen führen, da der Appell dahinter missverstanden wird. Machtlosigkeit bezieht sich auf die Handlungsebene der Patient_innen. Die Betroffenen sind selbst nicht in der Lage Einfluss auf eine Sache oder eine Situation zu nehmen, beispielsweise aufgrund mangelnden Durchsetzungsvermögens.

Diese Beeinträchtigungen führen weiter dazu, dass den Bedürfnissen der Patient_innen möglicherweise nicht ausreichend nachgegangen werden kann und somit der Aufbau einer gelungenen und zufriedenstellenden Beziehung zwischen den Patient_innen und den Pflegepersonen erschwert wird.

5.4 Pflegerische Beziehung in ihrer asymmetrischen Konstellation

Unter Asymmetrie in der zwischenmenschlichen Beziehung wird verstanden, dass eine Person auf das Handeln der anderen einen überproportionalen Einfluss ausübt (Bahrdt 2003). Die Ausgangslage einer solchen asymmetrischen Konstellation in der pflegerischen Beziehung im Akutspital ist im Vorhinein bereits determiniert durch ein

Abhängigkeitsverhältnis der Patient_innen von den Pflegepersonen. Dieses resultiert aus einer Konstellation, die einerseits gekennzeichnet ist durch Krankheit, Leid und Hilfesuche seitens der Patient_innen (Darmann, 2002), und andererseits durch ein hierarchisch aufgebautes, für Patient_innen fremdes Umfeld, in dem sie sich, wie bereits dargestellt, auf unterster Ebene befinden. Medizinische, pflegerische und administrativ-betriebliche Funktionsbereiche stehen auf einer hierarchischen Ebene darüber und sind auf die Versorgung der Patient_innen ausgerichtet indem sie ihnen zugleich dienen und sie beherrschen (Rhode, 1974).

Die Patient_innen befinden sich lediglich temporär in diesem Umfeld, in dem ihnen Strukturen und Zuständigkeiten unbekannt sind, und sie sind von ihrer gewohnten Umgebung abgekoppelt (Elzer & Sciborski, 2007). Dies verstärkt ihre Angst und Unsicherheit, wodurch in ihnen ein Gefühl der Machtlosigkeit entstehen kann. Die Pflegepersonen hingegen verfügen über die Kompetenz, den Patient_innen, in einem ihnen wohl bekannten Umfeld, Abhilfe im Sinne einer komplementären Beziehung zu verschaffen (Darmann, 2002). Diese Ausgangslage stellt eine Herausforderung für Pflegepersonen dar, die somit vor der Aufgabe stehen, die Asymmetrie zugunsten der Patient_innen ins Lot zu bringen. Ausgehend von dieser Situation, nehmen Pflegepersonen mittels Kommunikation Einfluss auf das Handeln der Patient_innen.

Zusätzlich wirken folgende Faktoren auf diese Grundkonstellation ein:

Höchste Relevanz kommt hierbei dem Wissensvorsprung seitens der Pflegepersonen gegenüber den Patient_innen zu (Menche, 2004). Die Pflegepersonen befinden sich in einer beruflichen Rolle, in der sie Fachwissen und Können gegenüber den Patient_innen anwenden - ihre private Seite bleibt jedoch verborgen (Elzer & Sciborski, 2007).

Darüber hinaus stellen sowohl das körperliche, als auch das geistige Ungleichgewicht in der Handlungsfähigkeit einen Auslöser zur Entstehung eines asymmetrischen Verhältnisses in der pflegerischen Beziehung dar (Menche, 2004).

Zudem befinden sich die Patient_innen im Akutspital in einer besonderen Lebenslage. Hierdurch kann ihr Selbstbild beeinträchtigt werden, was wiederum Einfluss auf die Kommunikation mit den Pflegepersonen nehmen kann (Menche, 2004).

Nach Dorothea Orem, einer nordamerikanischen Pflegetheoretikerin, ist nicht außer Acht zu lassen, dass jede soziale Wirklichkeit durch Rollen definiert ist, und diese Rollen von sich aus bereits bestimmte Konstellationen zwischenmenschlicher Beziehungen hervorbringen (Kirkevold, 1997). Die inhärenten Rollen von Patient_innen beziehungsweise Pflegepersonen bestimmen psychische und soziale Nähe und Distanz in der pflegerischen Beziehung. Schließlich ist für die betroffene Patientin_den betroffenen Patienten eine Erkrankung ein einmaliges Ereignis, das in ihr_ihm Angst und Betroffenheit entstehen lässt. Für die Pflegepersonen hingegen ist die Erkrankung der Patientin_des Patienten eine von vielen. Die persönliche Betroffenheit in Bezug auf diese Erkrankung und in Bezug auf die Ängste der Patient_innen seitens der Pflegepersonen ist allmählich geringer, was dazu führt, dass sie kommunikativ nicht im adäquaten Ausmaß darauf eingehen (Elzer & Sciborski, 2007). Alle diese Faktoren stellen ein Hindernis für eine offene Kommunikation zwischen Patient_innen und Pflegepersonen dar. Kommunikation unter den gesamten oben beschriebenen Umständen kann nicht als eine Kommunikation im Gleichgewicht verstanden werden.

5.4.1 Bedarf der Patient_innen nach professioneller Hilfe

Auch der Entscheidungsprozess in Bezug auf pflegerische Interventionen ist wesentlich für die Errichtung eines symmetrischen Verhältnisses zwischen Patient_innen und Pflegepersonen. Eine Studie mit dem *Titel „Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital – Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben, sowie der Einflussfaktoren, bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen“* wurde in Wien im Jahr 2009 durchgeführt. Ziel dieser Studie war es, die Präferenzen und die tatsächliche Wahrnehmung der Patient_innen im pflegerischen Entscheidungsprozess im Akutspital zu erheben. 967 Patient_innen an fünf Wiener Akutspitälern an chirurgischen und internistischen Stationen waren an der Untersuchung beteiligt. Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebögen.

Die Ergebnisse reflektieren die Präferenzen der Patient_innen in Bezug auf die Beteiligung an pflegerischen Entscheidungsprozessen, und das tatsächliche Erleben dieser Teilnahme (Smoliner, Hantikainen, Mayer, Ponocny-Selinger & Them, 2009).

Hierbei kristallisieren sich bei der Datenauswertung in Bezug auf die Präferenzen im Entscheidungsprozess zwei Gruppen heraus: Jene, die paternalistische Entscheidungen seitens der Pflegepersonen bevorzugen (38,5%) – das heißt, sie wollen sich im Entscheidungsprozess passiv verhalten – und andere, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung vorziehen (42,1%). Nur wenige Patient_innen geben einer informierten Entscheidung den Vorzug (5,7%). Dieses gewünschte Verhalten stimmt nur mäßig mit dem überein, was Patient_innen real im Akutspital erleben: Paternalistisch wird der Entscheidungsprozess von fast der Hälfte der Patient_innen (48%) wahrgenommen, gemeinschaftlich von 30,3%. Erlebt wird eine informierte Entscheidung von 11,2% (Smoliner et al., 2009). Weiters wurde im Rahmen der Studie der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen nämlich Alter, Geschlecht, Behandlungsform und Gesundheitserleben, auf die gewünschte Form der Entscheidungsfindung untersucht. Hierbei zeigt sich folgendes Bild: die jüngeren Patient_innen bevorzugen eher gemeinsame Entscheidungen als die Älteren, Männer bevorzugen eher paternalistisches Verhalten (43%) als Frauen (34,4%), Operierte geben ebenso eher paternalistischen Entscheidungen den Vorzug (40,2%), als Patient_innen mit konservativer Therapie (35,4%). Die letztgenannten tendierten eher zu informierten Entscheidungen (Smoliner et al., 2009). Schließlich geben Patient_innen bezüglich der Präferenzen hinsichtlich des Informationsprozesses dem Aspekt *„Die Schwester/der Pfleger weiß über meine Situation (Behandlungsgrund, medizinische Therapie) gut Bescheid“* (Smoliner et al., 2009, S.416) mit 80,7% höchste Priorität. Die niedrigste Priorität kommt dem Aspekt *„gemeinsam mit der Schwester/dem Pfleger überlegen, welche pflegerischen Maßnahmen für mich am besten sind“* (Smoliner et al., 2009, S. 416) mit 56,7% zu.

Die Miteinbeziehung der Patient_innen in den Entscheidungsprozess bezüglich der Gesundheitspflege gehört zu den zentralen Patient_innenrechten und ist nach WHO-Kriterien zu fördern (Smoliner et al., 2009). Diesem Gedanken wird durch das Konzept des *Evidence-based Nursing* Rechnung getragen. Dieses Konzept sieht eine individuelle, patient_innenorientierte Pflege vor und basiert auf dem neuesten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse. Auch das *„Erklärende Informieren“* befähigt Patient_innen Entscheidungen zu treffen. Hierbei geht es sowohl um den Inhalt, als auch um die Begründung von pflegerischen Interventionen, das heißt, was wird gemacht und warum wird es gemacht. Dies ist für Patient_innen von Nutzen, sowohl für die aktuelle Situation, als auch für ähnliche Situationen in der Zukunft

(Smoliner et al., 2009). Die oben beschriebene Studie erhebt den Bedarf der Patient_innen in Bezug auf professionelle Unterstützung, in der Gesamtdimension der Entscheidungsfindung.

5.4.2 Ressourcenorientierte Unterstützung der Patient_innen durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Ressourcenorientierte Unterstützung der Patient_innen durch Pflegepersonen, bedeutet, die Ressourcen der Patient_innen zu erkennen und diese bei der professionellen Unterstützung der Patient_innen einzubeziehen (Stefan et al., 2013). Ressourcen sind zu verstehen als Fähigkeiten der Patient_innen den Alltag zu bewältigen. Sie sind für die Wahl entsprechender pflegerischer Interventionen essentiell. Daher ist es die Aufgabe der Pflegepersonen diese Ressourcen zu erkennen, sie zu aktivieren und bei der Pflege mit einzubeziehen. Sie sind individuell, verändern sich und müssen daher laufend erhoben werden. Diese Erhebung und Bewertung erfolgt in der Interaktion mittels Kommunikation gemeinsam mit den Patient_innen. Hieraus leitet sich der Pflegebedarf ab. Dieser wird ermittelt als die Differenz zwischen dem Ressourcenpotential der Patient_innen und den Ressourcen, die sie benötigen, um Aktivitäten des täglichen Lebens zu verrichten (Stefan et al., 2013). Durch die Selbstbeteiligung der Patient_innen wird sowohl deren Genesung, als auch deren Selbstwertgefühl positiv beeinflusst. Hierdurch regt die professionelle Pflege Patient_innen zur Aktivität an. Der frühere Gedanke, die fehlenden Fähigkeiten der Patient_innen einfach auszugleichen, wird hierdurch fallen gelassen (Budinik, 2005).

Unter Professionalität versteht Wilkinson (2011), Fertigkeiten zur eigenständigen Planung und Durchführung, welche sich auf methodische, soziale und fachliche Kompetenzen begründen. Grundlage zur Herausbildung derartiger Kompetenzen stellt die Aus- und Fortbildung dar (Hojdelewicz, 2011). Eine professionelle Pflege setzt eine Ausbildung voraus, welche sich nach gesetzlichen Regeln orientiert (Hojdelewicz, 2011).

Die professionelle Pflege ist als zwischenmenschlicher Beziehungsprozess zu betrachten, bei dem Patient_innen und Pflegepersonen auf ein gemeinsames

Pflegeziel hinarbeiten. Hierbei kommt es zwischen zwei Personen zu einer Wechselwirkung. Sie beeinflussen gegenseitig ihr Verhalten. Die Art und Weise, wie sie einander beeinflussen hängt von den jeweiligen Erfahrungen, Wahrnehmungen und aktuellen Lebenssituationen der beiden Beteiligten ab (Fiechter & Meier, 1981).
Patient_innen erhalten im Akutspital in Österreich durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ressourcenorientierte Unterstützung (Stefan et al., 2013).
Die professionelle ressourcenorientierte Unterstützung der Patient_innen durch Pflegepersonen erfolgt im Rahmen eines Fünf-Schritte-Modells nämlich des Pflegeprozesses. Dieser stellt die Kernaufgabe für das pflegerische Handeln im Rahmen der Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dar. Das Vorgehen nach dem Pflegeprozess-Modell wird durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt (Weiss-Fassbinder & Lust, 1997).

Laut der WHO lässt sich der Pflegeprozess folgendermaßen definieren: „*Der Pflegeprozess ist ein systematisches Vorgehen in der [Gesundheits- und] Krankenpflege, das dazu dient, die Gesundheitsbedürfnisse der Patient_innen bzw. Klient_innen oder einer Gruppe zu erkennen, entsprechende Maßnahmen zu planen und durchzuführen und die erzielten Resultate anschließend zu beurteilen*“
(Schneider, 2002, S. 13, zit. nach Smoliner 1998, S. 1.).

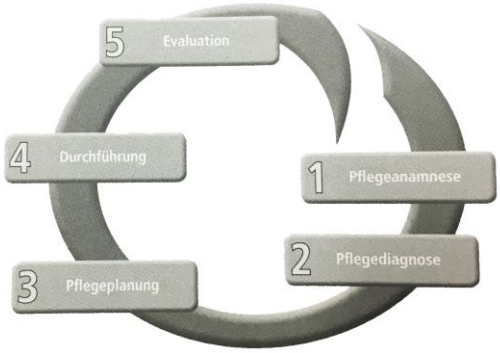

Abb. 5 - Pflegeprozess nach GuKG 1997 (Hoidelewicz, 2011, S. 40)

Das Handeln des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beginnt ihm Rahmen des Pflegeprozesses mit Schritt eins, nämlich der Pflegeanamnese, das heißt, mit der Informationssammlung, über den Ist-Zustand der Patient_innen, über ihre Fähigkeiten, Einschränkungen und Gewohnheiten. Sie findet im Rahmen des Erstgesprächs statt und wird bei Bedarf im Laufe des Akutspitalsaufenthaltes der

Patient_innen ergänzt. Inhalte des Anamnesegesprächs bilden die pflegerische Vorgeschichte, die aktuellen Ressourcen der Patient_innen, ihre Bedürfnisse und Einschränkungen, sowie ihre Sorgen und Wünsche. Die im Rahmen des Anamnesegesprächs gesammelten Daten über die Patient_innen bilden die Grundlage für die Formulierung der Pflegeziele und für die Erstellung des Pflegeplanes (Rappold, Rottenhoffer, Allmer, Burger, Chukwuma-Lunz, Oswald, Staufer, Von Musil, Weissenbacher & Wild, 2009).

Die Resultate der Pflegeanamnese bilden die Grundlage für Schritt zwei, der Formulierung der Pflegediagnose und somit zur Feststellung der Pflegebedürfnisse. Diese Daten werden mit dem vorhandenen fachlichen Wissen der Pflegepersonen verknüpft, und die aktuelle Situation der Patient_innen wird miteinbezogen. Die erhobenen Daten werden geordnet und beurteilt und bilden die Grundlage für die potentiellen Pflegediagnosen. Aus diesen Pflegediagnosen werden jene herausgefiltert, die pflegerisch relevant, beeinflussbar sind und über mehrere Tage hindurch anhalten (Rappold et al., 2009).

Anschließend an die Pflegediagnose werden als Schritt drei die Pflegeziele formuliert. Pflegeziele sind messbare Zustände der Patient_innen, zu einem festgelegten Zeitpunkt in der Zukunft, welche durch pflegerische Maßnahmen erreichbar sind. Es wird zwischen Fern- und Nahzielen differenziert, wobei die Erreichung der Fernziele durch die Nahziele vorhersehbar sind. Die Pflegeziele werden als richtungsbestimmend für die Pflege angesehen. Die Zielsetzung wird durch drei Faktoren beeinflusst: Erkenntnisse aus der Pflegeanamnese, Wunsch der Patient_innen sowie die Möglichkeit der pflegerischen Umsetzbarkeit (Rappold et al., 2009).

Die Planung der Pflegemaßnahmen stellt den vierten Schritt des Pflegeprozesses dar. Pflegemaßnahmen sind pflegerische Interventionen, um festgelegte Ziele zu erreichen. Je nach Komplexität, sind sie entweder durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege selbst durchzuführen, oder können an andere Pflegeberufe delegiert werden. Tätigkeiten, die in den Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie fallen und von Pflegepersonen durchgeführt werden, zählen nicht hierzu. Tragen sie jedoch zur Erreichung der Pflegeziele bei, können sie, unter der Voraussetzung, dass sie von einer Ärztin_von einem Arzt schriftlich angeordnet wurden, aufgenommen werden. Im fünften Schritt der Evaluation vergleicht der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege das

geplante Pflegeziel mit dem tatsächlichen Zustand der Patient_innen und bewertet zu welchem Grad das Pflegeziel erreicht wurde (Rappold et al., 2009).
Zusammenfassend ist zum Pflegeprozess festzuhalten, dass dem zweiten Schritt, nämlich dem Diagnostizieren, in der Pflege eine besondere Relevanz zukommt, da es fundamental zur Lösung der Probleme der Patient_innen, welche sich aus dem mangelnden Selbstpflegevermögen leiten, beiträgt. Um den Begriff der *„Pflegediagnose“* zu definieren, ist daher eine Definition dessen erforderlich, was *Pflege* ist:
„ […] der Schutz, die Förderung und Optimierung von Gesundheit und Fähigkeiten, die Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie die Linderung von Leiden mittels Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen und umfasst auch anwaltschaftliche Tätigkeiten in der Betreuung und Pflege von Individuen, Familien, Gemeinschaften und der Bevölkerung“ (Stefan, Allmer, Schalek, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Pandzic, Tomacek & Vencour, 2013, S. 4f.).

Aus der Definition der Pflege, leitet sich die Definition der Pflegediagnose ab:

„*Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlagen zur Wahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson Verantwortung übernimmt“* (Caroll-Johnson, 1993, zit. nach Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 13).

Pflegediagnosen grenzen einen Lebensaspekt der Patient_innen ein (Stefan, Allmer, Schalek et al., 2013), und sind *„[…] konkrete pflegerische Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess“* (Stefan et al., 2013, S. 16). Sie unterscheiden sich von medizinischen Diagnosen, welche sich mit Erkrankungen beschäftigen, während sich die Pflege, mit ihren Diagnosen, mit dem mangelnden Selbstpflegevermögen der Patient_innen auseinandersetzt (Stefan et al., 2013).

Der Status quo der Patient_innenressourcen bilden den Ausgangspunkt für eine laufende Neuanpassung der Unterstützung der Patient_innen durch Pflegepersonen im Zuge des Pflegeprozesses (Stefan et al., 2013).

Kommunikation ist ein wichtiges Instrument im Pflegeprozess, denn nur mit Hilfe der Kommunikation ist eine Interaktion zwischen dem Pflegepersonal und Patient_innen möglich. Durch sie werden Patient_innen in den Pflegeprozess miteinbezogen, dessen Ziel die Bildung eines gemeinsamen Konsenses ist (Schrems, 2003).

Nicht jede Patientin_jeder Patient weist einen Pflegebedarf auf. Demnach kommt nicht bei jeder Patientin_jedem Patienten der Pflegeprozess zum Tragen. Die Voraussetzung für eine Entfaltung des Pflegeprozesses, ist das Vorliegen eines Problems, welches in die Kernkompetenzen des Gesundheits- und Krankenpflegedienstes fällt und im Rahmen der pflegerischen Beziehung bearbeitet werden kann. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob ein_e Patient_in einen längeren oder kurzfristigen oder auch einen sich wiederholenden Aufenthalt im Akutspital hat (Rappold et al., 2009).

5.5 Einsatz der ethischen Prinzipien durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Gegenstand der Ethik, welches als ein Teilbereich der Philosophie gilt, ist die Frage, ob durch Handlungen die Würde des Menschen und ihre Rechte respektiert oder missachtet werden (Körtner, 2012).

Aufgabe der Pflegeethik ist es, pflegerische Handlungen und Verhaltensweisen gegenüber Patient_innen und ihren Angehörigen zu reflektieren. Sie bildet also in der beruflichen Pflege ein Instrumentarium, zur Lösung der praxisbezogenen moralischen Probleme (Körtner, 2012).

Gemäß dem International Council of Nurses (ICN) (Internationaler Ethikkodex für Pflegende) stellen folgende vier grundlegende Zielsetzungen den Inhalt der professionellen Pflege dar: Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit, Wiederherstellung von Gesundheit sowie die Linderung von Leiden (Körtner, 2012).

Die Prinzipien der Pflegeethik, die aus Medizinethik bekannt sind, sind folgende:

1) Autonomie

Aus dem Prinzip der Autonomie leiten sich drei ethische Grundgedanken ab, nämlich die Nichtdirektivität (das heißt, die Beratung der Patient_innen soll nicht suggestiv

verlaufen, sodass jede Entscheidung über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen letztendlich bei Patient_innen verbleibt) der ärztlichen Beratung, Aufklärungspflicht und Respekt vor Behandlungs-verweigerung. Die Autonomie ist, nach Kant, sittlich begründet und sie ist dem Gewissen und der Verantwortung verpflichtet. Die drei Personengruppen, nämlich Pflegepersonen_ Ärzt_innen und Patient_innen sind von diesem Prinzip berührt (Körtner, 2012).

2) Benefizienzprinzip

Dieses Prinzip beschreibt den Gedanken, dass alle Handlungen, die von Ärzt_innen und Pflegepresonen gesetzt werden, das Wohl der Patient_innen fokussieren sollen. Das Wohl der Patient_innen ist in diesem Zusammenhang das oberste Prinzip (Körtner, 2012).

3) Nichtschadensprinzip

Im Rahmen der pflegerischen Interventionen soll dafür Sorge getragen werden, dass Patient_innen nicht zu Schaden kommen und es soll alles unternommen werden, um Schäden abzuwenden (Körtner, 2012).

4) Gerechtigkeitsprinzip

Der ursprüngliche philosophische Gedanke in Zusammenhang mit dem Gerechtigkeitsprinzip unterscheidet zwischen Verteilungsgerechtigkeit, Tauschgerechtigkeit und Gemeinwohlgerechtigkeit. Der neuzeitliche Gedanke sieht eine Trennung zwischen Recht und Moral vor, wobei J. Rawls wiederum versucht, diese beiden Komponenten in seiner Theorie der Gerechtigkeit zusammenzuführen. In Hinblick auf den Gesellschaftsvertrag definiert er hierbei Gerechtigkeit als Fairness. Der Begriff Fairness heißt, dass alle Beteiligten gleiche Rechte und Pflichten haben, Ungleichheit nur zum Wohle aller erlaubt ist und insbesondere die Schlechtergestellten und Benachteiligten hiervon profitieren sollen (Körtner, 2012). Die Konzepte des Benefizienzprinzips und des Nichtschadensprinzips verschmelzen zum Fürsorgeprinzip. Ein Übermaß an Fürsorglichkeit kann jedoch dazu führen, dass Patient_innen in ihrer Autonomie begrenzt werden, und ihnen keine Entscheidungsfreiheit gelassen wird oder sie sogar manipuliert werden (Körtner, 2012).

Diese vier Prinzipien der Pflegeethik bilden die Grundlage für pflegerisches Handeln und eine Basis für die ethische Urteilsbildung. Hierbei geht es darum, dass alle

Beteiligten bei jeglicher Entscheidungsfindung gleichberechtigt sind. Im Rahmen der Diskursethik (J. Habermas, K. O. Apel) wird von einem herrschaftsfreien Dialog ausgegangen, der auf einen Konsens abzielt. Jedoch die vorgegebene Asymmetrie zwischen Patient_innen und Pflegepersonen, die sich aus der Hilfsbedürftigkeit der Patient_innen herleitet und Fürsorge seitens der Pflegepersonen impliziert, unterminiert diesen Gedanken der Diskursethik (Körtner, 2012).

Die beschriebenen vier Prinzipien der Pflegeethik sollen in das Konzept der Fürsorglichkeit (*care*) eingebettet werden. In diesem Zusammenhang ist Vertrauen von wesentlicher Bedeutung, denn Pflege kann sich nur im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung entfalten (Körtner, 2012). Das Konzept der Fürsorglichkeits-Ethik stellt die Verantwortung füreinander im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung in den Mittelpunkt. Patrizia Benner und Judith Wrubel, zwei Pflegewissenschaftlerinnen, betrachten eine sorgende Haltung als Grundlage für die Praxis der Pflege:

„Erst durch eine von Sorge geprägte Beziehung erwächst das Vertrauen, das es der umsorgten Person möglich macht, die angebotene Hilfe anzunehmen und sich umsorgt zu fühlen“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 25, zit. nach Hiemetzberger et al., 2016, S. 65).

Die Grundlage für Urteilsbildungen kann durch unterschiedliche Wertvorstellungen zwischen Pflegepersonen, Patient_innen und ihren Angehörigen entstehen (Hiemetzberger et al., 2016). Eine weitere Grundlage für Urteilsbildungen kann durch vielfältige, komplexe und oft unvorhersehbare pflegerische Handlungssituationen gebildet werden (Delmar, 2012). Zur Vermeidung von Konfliktpotential ist es erforderlich, dass Pflegepersonen über die Haltungen, Erwartungen und emotionale Befindlichkeit der beteiligten Patient_innen Bescheid wissen und diese bei der Planung der Pflege mit einbeziehen (Darmann 2000). Eine weitere Vermeidung von Konfliktpotential kann durch die Überwindung der divergenten Ziele zwischen Pflegepersonen und Patient_innen erreicht werden. Solche können entstehen, wenn Pflegepersonen dem ethischen Prinzip der Gesundheitsfürsorge folgen, Patient_innen jedoch ihr aktuelles Wohlbefinden, wie zum Beispiel Schmerzfreiheit, Genuss oder Rauchen, in den Mittelpunkt stellen (Darmann, 2010).

In Bezug auf Machtverhältnisse zwischen Pflegepersonen und Patient_innen ist es eine ethische Grundfrage, wie der Handlungsspielraum der Patient_innen, trotz der

asymmetrischen Konstellation in der pflegerischen Beziehung, vergrößert werden kann (Delmar, 2012).

5.6 Fazit

Das besondere an der Kommunikation zwischen Patient_innen und dem Pflegepersonal in der pflegerischen Beziehung im Akutspital, ist es, dass damit existentielle Bedürfnisse der Patient_innen befriedigt werden können. Pflegeperson und Patient_innen stehen dabei in einer Beziehung zueinander. Für die Gestaltung der pflegerischen Arbeit innerhalb der pflegerischen Beziehung ist Interaktion sowie die verbale und nonverbale Kommunikation, die Voraussetzung. Die Kommunikation innerhalb der pflegerischen Beziehung ist zwar partnerschaftlich konzipiert, dennoch ist sie von Asymmetrie geprägt. Die Asymmetrie entsteht, da sich Patient_innen und Pflegepersonen nicht auf derselben hierarchischen Ebene befinden. Innerhalb der Kommunikation sind die hilfebedürftigen Patient_innen auf Pflegepersonen angewiesen, die die fachliche Kompetenz aufweisen, diese Hilfebedürftigkeit auszugleichen.

Dem aktuellen Stand der Forschung zufolge empfinden die Patient_innen die Kommunikation im Akutspital grundsätzlich als nicht zufriedenstellend. Aus Studien geht hervor, dass sie sowohl im Hinblick auf Umfang als auch auf Qualität ungenügend ist, und auch unpersönlich verläuft. Die Patient_innen fühlen sich verlegen und bekümmert, wenn das Pflegepersonal in den Akutspitälern nicht in einer adäquaten Weise mit ihnen kommuniziert. Innerhalb der pflegerischen Beziehung sind alle Patient_innen als einzigartige Individuen wahrzunehmen. Die Wahrnehmung der Individualität bedeutet auch die besondere Identität der Patient_innen und ihre Welt zu verstehen und zu berücksichtigen. Die Brücke zu dieser Welt kann seitens des Pflegepersonals durch erfolgreiche Kommunikation aufgebaut werden. Gelingt dies nicht, fühlen sich Patient_innen in ihrer Individualität nicht angenommen. Für die Wahrnehmung der Patient_innen als Individuen ist es auch notwendig ihren soziokulturellen Hintergrund, wie ihre ethnischen, kulturellen, religiösen oder nationalen Merkmale zu berücksichtigen. Die Involvierung der Patient_innen in den Entscheidungsprozess im Zusammenhang mit der Gesundheitspflege gehört zu den wichtigsten Patient_innenrechten. Einem Konzept

namens *Evidence-based Nursing,* liegt eine individuelle, patient_innenorientierte Pflege zugrunde, welche auf dem neuesten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse basiert. Die Aufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist die Patient_innen ressourcenorientiert zu unterstützen. Das bedeutet die Ressourcen der Patient_innen als Fähigkeiten zu erkennen, welche den Patient_innen dazu verhelfen die Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen. Diese sollen in Zusammenarbeit mit den Patient_innen ermittelt werden, aktiviert und in die Pflege miteinbezogen werden. Dies bildet zugleich den Pflegebedarf ab. Der Pflegebedarf wird aus der Differenz zwischen dem Ressourcenpotential der Patient_innen und den Ressourcen, die sie benötigen, um Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen, ermittelt. Die professionelle ressourcenorientierte Pflege der Patient_innen durch Pflegepersonen wird anhand des Fünf-Schritte-Modells, nämlich dem Pflegeprozess, vorgenommen. Dieses ist fundamental zur Lösung der pflegerischen Probleme der Patient_innen, welche aus dem mangelnden Selbstpflegevermögen resultieren. Dem pflegerischen Handeln liegen die pflegeethischen Prinzipien zugrunde. Diese dienen dazu die pflegerischen Handlungen und Verhaltensweisen gegenüber den Patient_innen zu reflektieren.

6. Rechtliche Rahmenbedingungen in ihrem Einfluss auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung

Im folgenden Kapitel werden rechtliche Rahmenbedingungen dargestellt, die Einfluss auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung haben. Dazu zählen die Rechte der Patient_innen, die Rolle der Angehörigen in der pflegerischen Beziehung sowie das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, das einen Rahmen für die Berufsrechte und Berufspflichten des Pflegepersonals bildet.

6.1 Instrumente der Patient_innen zur Durchsetzung ihrer Interessen

Den Patient_innen stehen folgende Instrumente zur Durchsetzung ihrer Interessen im Akutspital zur Verfügung:

Patient_innenrechte:

Unter Patient_innenrechten werden die Rechte von Patient_innen gegenüber Heilbehandler_innen, insbesondere gegenüber Ärzt_innen sowie gegenüber Sozialleistungs- und anderen Leistungsträger_innen im Gesundheitswesen verstanden.

Die Patient_innenrechte helfen den Patient_innen sich im Rahmen einer Behandlung, während der Pflege und der Betreuung, zu schützen. Es gelten jedoch, je nach medizinischer oder pflegerischer Einrichtung, spezielle Vorschriften, so etwa gibt es in den Krankenanstalten besondere Bestimmungen (Kletečka-Pulker, 2015).

Zu den wichtigsten Rechten der Patient_innen zählen Aufklärung durch Information, das Recht auf Selbstbestimmung, sowie die Anwendung der entsprechenden Instrumente, Patient_innenverfügung und Vorsorgevollmacht welche zur Erlangung dieser vorgesehen sind (Kletečka-Pulker, 2015). Zu den Grundrechten zählen auch das Recht auf Leben, die physische sowie geistige Integrität und das Recht auf Gesundheit und entsprechende medizinische und pflegerische Betreuung. Hierauf basieren spezielle Patient_innenrechte. Besonders zu erwähnen sind hierbei das Recht auf Behandlung und pflegerische Betreuung, das Recht auf Würde, das Recht auf optimale Schmerztherapie sowie das Recht auf Seelsorge und spirituellen Beistand. Schließlich zählt auch noch das Recht würdevoll zu sterben dazu (Körtner, 2012).

Nachfolgend werden die Instrumente zur Durchsetzung der Patient_innenselbstbestimmung dargestellt, wobei diese lediglich in Bezug auf die medizinische Behandlung relevant sind.

Patient_innenverfügung: Die Patient_innenverfügung ist eine vorweggenommene Willenserklärung, die es Patient_innen ermöglicht, eine oder mehrere medizinische Behandlungen abzulehnen, welche rechtlich bindend sind. Die Patient_nnen wollen für einen späteren Zeitpunkt, in welchem sie nicht mehr einsichts-, urteils-, oder

äußerungsfähig sind, hiermit entsprechende Rahmenbedingungen schaffen. Mittels Patient_innenverfügung soll die Patient_innenautonomie möglichst weitgehend umgesetzt werden (Kletečka-Pulker, 2007). Zwei Arten von Patient_innenverfügung, die verbindliche und die beachtliche, sind zu unterscheiden: Eine verbindliche Patient_innenverfügung setzt erstens eine ärztliche Aufklärung über Wesen und Folgen der Patient_innenverfügung in Bezug auf die Ablehnung einer oder mehreren medizinischen Behandlungen voraus. Zweitens ist Voraussetzung, dass sie von einer Notarin_einem Notar, einer Rechtsanwältin_einem Rechtsanwalt oder Patientinnenanwältin_Patientinnenanwalt erstellt wird, wobei die Patent_innen die Auftraggeber_innen sind und persönlich dabei anwesend sind. Ziel dieses Vorganges ist, dass die Entscheidung durch die Patient_innen wohl überlegt ist. Die_der behandelnde Ärztin_ Arzt ist in einem konkreten Behandlungsfall gesetzlich verpflichtet, sich an diese verbindliche Patient_innenverfügung zu halten. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist zwar im Rahmen des Kompetenzbereiches der medizinischen Diagnostik und Therapie von Patient_innenverfügungen betroffen, jedoch können mit diesem Instrument keine pflegerischen Maßnahmen, die in den pflegerischen Kernkompetenzbereich fallen, durch Patient_innen antizipiert, abgelehnt werden. Eine solche Ablehnung ist allerdings aktuell direkt vor einer konkreten pflegerischen Handlungssituation möglich (Kletečka-Pulker, 2007).

Die verbindliche Patient_innenverfügung muss nach fünf Jahren erneuert werden und das oben beschriebene Prozedere muss wiederholt werden. Wird die verbindliche Patient_innenverfügung nach fünf Jahren nicht erneuert, geht sie in eine beachtliche Patient_innenverfügung über.

Eine beachtliche Patient_innenverfügung entspricht nicht den oben genannten Voraussetzungen. Es gibt keine Mindesterfordernisse für diese Art der Patient_innenverfügung, sodass hierzu auch mündliche Willenserklärungen der Patient_innen zählen. Die_der behandelnde Ärztin_Arzt ist nicht streng daran gebunden. Sie dient für sie_ihn lediglich als Orientierungshilfe, wobei der mutmaßliche Patient_innenwille für sie_ihn als Wegweiser dient (Kletečka-Pulker, 2015).

Vorsorgevollmacht: Sie gilt für den Fall, dass ein_e Patient_in nicht mehr einsichts-, urteils- u. äußerungsfähig ist. Der_die Patient_in als Vollmachtgeber_in wählt dabei

im Vorhinein eine oder mehrere Vertrauenspersonen aus. Diese Vollmacht muss vor einem Gericht, Notar_in, oder Rechtsänwalt_in höchstpersönlich durch den Vollmachtgeber_in, in Anwesenheit der Vertrauenspersonen vergeben werden. Die Bevollmächtigten müssen im konkreten Fall Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen, das bedeutet, in diese einzuwilligen, oder sie abzulehnen. Diese Entscheidungen müssen gemäß dem mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers_der Vollmachtgeberin erfolgen (Kletečka-Pulker, 2015). Die Vorsorgevollmacht gilt zeitlich unbeschränkt, sie kann jedoch zu jedem Zeitpunkt von der_Vollmachtgeberin_vom Vollmachtgeber zurückgezogen werden.

Sachwaltschaft: Gerichtliche Bestellung einer gesetzlichen Verteterin_eines gesetzlichen Vertreters für eine volljährige Person, die nicht in der Lage ist, ihre Angelegenheiten ohne Nachteil, für den Fall dass sie nicht einsichts- und urteilsfähig ist, für sich durchzuführen. Die Bestellung einer Sachwalterin_eines Sachwalters erfolgt aufgrund einer Anregung einer Person oder durch eine Intervention ausgehend von einem Amt an ein Gericht. Aufgabe der Sachwalterin_des Sachwalters ist es, Entscheidungen über medizinische Behandlungen für eine bestimmte Patientin_einen bestimmten Patienten zu treffen, und dabei das Wohl der Pflegebefohlenen zu verfolgen (Kletečka-Pulker, 2015).

6.2 Rolle der Angehörigen

Nach George & George (2003) werden Angehörige als Personen definiert, die in vertrauter oder verpflichtender Nähe zu Patient_innen stehen. Dies können etwa Familienangehörige, Freund_innen und Lebensgefährt_innen sein (Schnepp, 2002).

Die Tatsache, dass es Angehörigen möglich ist, Patient_innen im Akutspital zu besuchen leitet sich aus den Patient_innenrechten ab. Laut §14 der Patient_innenrechte ist zu gewährleisten, dass es Patient_innen während der stationären Versorgung in einem Akutspital ermöglicht wird, Besuche zu empfangen und Kontakte nach außen zu pflegen. Die Rechte der Patient_innen sichern auch, dass es ihnen ermöglicht werden muss, Personen ihres Vertrauens anzuführen, welche zu verständigen sind, sollte sich ihr Gesundheitszustand nachhaltig verschlechtern. In diesem Falle ist den Vertrauenspersonen zu gewähren, dass sie auch außerhalb der Besuchszeiten bei den Patient_innen sein können. Die

Vertrauenspersonen der Patient_innen haben das Recht auf medizinische Information durch eine zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte ärztliche Fachperson in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art zu erhalten. Es ist jedoch auch sicherzustellen, dass der Wunsch der Patient_innen, Besuche von bestimmten Personen, sowie Besuche generell abzulehnen, im Akutspital respektiert wird (RIS, 03.05.2017). Meinen eigenen Beobachtungen zufolge, werden die Besuchszeiten, also der persönliche Kontakt der Angehörigen zu den Patient_innen und die medizinische Auskunftserteilung durch die Oberärztin_den Oberarzt der jeweiligen Station oder der Vertretung von jeder einzelnen Krankenanstalt individuell geregelt. Im Interesse anderer Patient_innen kann das Besuchsrecht der einzelnen Patientin_des einzelnen Patienten, also der Besuch seiner_ihrer Angehörigen jedoch begrenzt werden, so z.B. können im Falle einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Patientin_eines Patienten in einem Mehrbettzimmer Angehörige aufgefordert werden, das Zimmer zu verlassen.

Nach Friedmann (1996) hat jede physische, soziale und psychische Destabilität eines Mitgliedes einer Familie, Einfluss auf das gesamte familiäre Umfeld. Eine Krankheit kann somit das gesamte familiäre Gefüge destabilisieren. Gemäß Schnepp (2002b) kann somit davon ausgegangen werden, dass eine Erkrankung die ganze Familie betrifft, und nicht nur Auswirkung auf eine Einzelne_einen Einzelnen hat (Nagl-Cupal, 2011).

Die Patient_innen befinden sich in einem Akutspital in Grenzsituationen, welche für sie schwierig und emotional belastenden sind. In dieser Grenzsituation üben Angehörige auf deren Genesungsprozess einen positiven Einfluss aus (Schnepp, 2002). Weitere persönliche Beobachtungen lassen darauf schließen, dass Angehörige für Patient_innen eine besondere Bedeutung haben, da sie vertraute Ansprechpartner_innen für sie sind. Patient_innen haben die Möglichkeit, den Angehörigen eigene Perspektiven mitzuteilen, sich mit ihnen auszutauschen, und über ihre emotionale Verfassung zu sprechen. Außerdem können sie ihnen Gefühle wie Ängste, Unsicherheiten, oder auch Sorgen mitteilen. Sie können ihnen gegenüber auch ihre körperlichen Beschwerden, wie Schmerzen oder Unwohlsein zum Ausdruck bringen. Der meist fremde Ort einer Station eines Akutspitals, in der sich Patient_innen aufgrund ihrer beeinträchtigten Gesundheit befinden, und in dem sie sich zumeist ausgeliefert fühlen wird für sie durch die Angehörigen ein Stück

vertrauter. Die Angehörigen verfolgen das Ziel der Unterstützung der Patient_innen, sie bieten emotionale Zuwendung und tragen somit zu ihrer emotionalen Stabilität in einem fremden Umfeld bei. Sie vermitteln Patient_innen, das Gefühl, dass sie für sie da sind, und dass sie nicht alleine gelassen werden. Patient_innen haben durch Angehörige die Möglichkeit, auch im Akutspital zur Familie und zu vertrauten Personen Kontakt zu pflegen. Somit stellen Angehörige für Patient_innen eine Brücke zur Außenwelt dar. Durch die Angehörigen wird die Ausnahmesituation der Patient_innen, die durch den Aufenthalt im Akutspital hervorgerufen wird, zum Teil erträglicher. Durch das gesetzlich verankerte Recht der Patientin_des Patienten auf Besuch, haben Angehörige die Möglichkeit sich vor Ort auf einer Akutspitalsstation selbst ein Bild über die Situation der Patientin_des Patienten zu machen, und darüber unter welchen Umständen die pflegerische Beziehung stattfindet. Angehörige haben hierdurch die Möglichkeit, im Sinne des Wohlergehens von Patient_innen beim Pflegepersonal zu intervenieren, offene Fragen zu klären, für eine Patientin_einen Patienten etwas zu bewirken. Damit nehmen sie Einfluss auf die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Patient_innen und somit können sie Einfluss auf das Machtverhältnis in der pflegerischen Beziehung nehmen. Angehörige und Patient_innen verfolgen zumeist gleiche Ziele, eine emotionale Nähe und ein Vertrauensverhältnis verbindet sie.

Angesichts der zunehmenden Transkulturalität der Patient_innen im Akutspital, kommen auch viele Angehörige aus verschiedenen Kultur- und Sprachräumen zu Besuch. Die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient_innen bzw. ihren Angehörigen, die zumeist einem einheitlichen kulturellen Hintergrund entspringen, führen dazu, dass Pflegepersonal auf deren Bedürfnisse aufgrund struktureller Rahmenbedingungen nur begrenzt eingehen kann. Zum Beispiel, kann dies der Fall sein, wenn Angehörige aufgrund ihrer kulturellen Sitten und Gebräuche einer Patientin_einem Patienten in großer Zahl einen Besuch abstatten wollen, und dies vom Pflegepersonal, aus Rücksicht auf Mitpatient_innen, begrenzt werden muss. Transkultureller Kontext, kann die Machtverhältnisse zwischen Patient_innen und ihren Angehörigen einerseits, und dem Pflegepersonal andererseits, zu Ungunsten der ersteren beeinflussen. Eine Diskussion mit dem Pflegepersonal gestaltet sich, zum Beispiel schwierig, wenn Patient_innen und ihre Angehörigen nicht der deutschen Sprache mächtig sind. Patient_innen und Angehörige, die sich nicht in ihrem eigenen kulturellen Umfeld befinden, fühlen sich noch stärker verbunden. Dies

kann auch die Machtverhältnisse zwischen ihnen und dem Pflegepersonal beeinflussen. Die Angehörigen können nicht getrennt von den Patient_innen gesehen werden. Sie verfolgen zumeist ein gemeinsames Ziel und sind bestrebt, die Herausforderungen, die sich in Bezug auf den Genesungsprozess ergeben, gemeinsam zu bewältigen.

6.3 Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Die lange diskutierte Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) liegt seit Juli 2016 vor. Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wurde hierdurch aktualisiert und den neuen gesellschaftlichen Herausforderungen angepasst. Alle drei Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, nämlich der eigenverantwortliche, mitveranwortliche sowie der interdisziplinäre wurden aufgelöst und durch einen Kompetenzbereich ersetzt, der sechs Einzelbereiche umfasst, nämlich pflegerische Kernkompetenzen, Kompetenz bei Notfällen, Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, Weiterverordnung von Medizinprodukten, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam und Spezialisierungen (Rappold, 2016).

1) Die pflegerischen Kernkompetenzen (§14)

Hierzu zählen die eigenverantwortliche Ermittlung des Pflegebedarfs seitens Pflegepersonen sowie die Beurteilung inwieweit Patient_innen Pflegeabhängigkeit aufweisen. Außerdem gehören eigenverantwortliche Schritte, die Pflegepersonen im Rahmen des Pflegeprozesses setzen zu den pflegerischen Kernkompetenzen. Schließlich zählen dazu auch die Prävention, Gesundheitsförderung- und Beratung in der Pflegepraxis- und Wissenschaft.

Wichtige Neuerungen umfassen hierbei vier wesentliche Punkte: Erstens, der gehobene Dienst trägt die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess. Zweitens, der gehobene Dienst unterstützt und fördert die Patient_innen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Drittens, liegt es im Aufgabenbereich des gehobenen Dienstes Pflegegutachten zu erstellen. Viertens, ist der gehobene Dienst für die Theorie- und Konzept geleitete Gesprächsführung verantwortlich (Rappold, 2016).

2) Kompetenz bei Notfällen (§14a)

Diese Kompetenz umfasst die Wahrnehmung und Einschätzung von Notfällen und die Durchführung von Maßnahmen zur Ersten Hilfe. Bei Abwesenheit einer Ärztin_ eines Arztes sind diese unverzüglich zu verständigen (Rappold, 2016).

3) Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§15)

Hierzu gehört die eigenverantwortliche Durchführung ärztlich angeordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten des medizinischen Bereichs (Rappold, 2016).

Die Inhalte dieser Bestimmung wurden praxisnäher gestaltet und erweitert. Diese Erweiterungen betreffen die nicht-invasive Messung der Restharnmenge anhand von sonographischen Methoden, Austausch von suprapubischen Kathetern und PEG-Sonden (perkutane gastrale Austauschsysteme), Handling in Zusammenhang mit Schmerztherapien, Insulin- und Antikoagulationstherapien, vor allem nach Standard Operating Procedures (Rappold, 2016).

4) Weiterverordnung von Medizinprodukten (§15a)

In den Bereichen Mobilisation, Nahrungsaufnahme und Inkontinenzversorgung, aber auch bei Messgeräten und prophylaktischen Hilfsmitteln, sowie Materialien zur Versorgung von Illeo-, Jejuno-, Colon- und Uro- Stomas auch Verbandsmaterialien, ist der gehobene Dienst berechtigt, Medizinprodukte und Heilbehelfe weiter zu verordnen, welche zuvor von Ärzt_innen bereits verschrieben worden sind. Ändert sich die Patient_innensituation, und macht dies eine Änderung der Verschreibung derartiger Behelfe und Produkte erforderlich, ist der gehobene Dienst verpflichtet, dies an Ärzt_innen zu melden. Nur von Ärzt_innen erfolgt die Abänderung oder Absetzung derartiger Materialen. Diese gesamte Bestimmung als solche ist neu (Rappold, 2016).

5) Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§16)

In diesem Zusammenhang bildet der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ein Glied des multiprofessionellen Versorgungsteams, welches aus verschiedenen Gesundheits-, Sozial-, und anderen Berufen besteht. In diesem Bereich besteht für den gehobenen Dienst das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht. Er

ist verantwortlich für die Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen (Rappold, 2016).

In diesem multiprofessionellen Team wurde im Zuge der Novelle hervorgehoben, dass dem gehobenen Dienstes in Bezug auf die Koordination von Behandlungs- und Betreuungsprozessen eine bedeutende Rolle zukommt (Rappold, 2016).

Eine zweite Neuerung betrifft eine erste Einschätzung von *„Spontanpatient_innen“* anhand von standardisierten Triage- und Einschätzungsinstrumenten sowie Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz (Rappold, 2016).

6) Spezialisierungen (§17)

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können spezialisierte Qualifikationen erwerben, welche für ein bestimmtes setting vorgesehen sind. Diese Spezialisierungen umfassen mehrere Bereiche wie zum Beispiel, Kinder- und Jugendlichenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege und Krankenhaushygiene. Auch werden diese Spezialisierungen an eine bestimmte Zielgruppe angepasst. Derartige Spezialisierungen gelten sowohl für Lehrtätigkeiten, als auch für Führungsaufgaben (Rappold, 2016).

Die bereits existierenden Spezialisierungen wurden nicht novelliert. Die aktuellen Rechtsgrundlagen - auch für den Bereich der Ausbildung - sind weiterhin gültig. Es ist jedoch vorgesehen, für diese bestehenden Spezialisierungen in einem zweiten Umsetzungsschritt, Novellierungen durchzuführen. Neu dazugekommen sind Spezialisierungen wie Palliativversorgung, und psychogeriatrische Pflege, Wundmanagement und Stoma-Versorgung (Rappold, 2016).

An dieser Stelle ist zu sagen, dass das neue Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welches aus der Novelle des GuKG resultiert, hier lediglich in verkürzter Form dargestellt ist.

6.4 Fazit

Auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung haben auch rechtliche Rahmenbedingungen einen Einfluss. Den Patient_innen stehen die Instrumente der Patient_innenrechte, die Patient_innenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sachwaltschaft zur Durchsetzung ihrer Interessen zur Verfügung. Die

Patient_innenrechte dienen den Patient_innen dazu, sich während der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu schützen. Es gelten je nach medizinischer und pflegerischer Einrichtung besondere Bestimmungen. Die Patient_innen können ihre Rechte vertreten gegenüber Heilbehandlern (Ärzt_innen) sowie gegenüber Sozialleistungs-, und anderen Leistungsträger_innen im Gesundheitswesen. Die wesentlichen Patient_innenrechten beinhalten, das Recht auf Aufklärung durch Information, auf Selbstbestimmung, und Anwendung der Instrumente der Patient_innenverfügung und Vorsorgevollmacht. Spezielle Patient_innenrechte umfassen das Recht auf Behandlung und pflegerische Betreuung, auf optimale Schmerztherapie sowie auf Seelsorge. Wesentlich ist hierbei auch das Recht, würdevoll zu sterben. Mittels Patient_innenverfügung (vorweggenommene Willenserklärung), können Patient_innen eine oder mehrere medizinische Behandlungen ablehnen. Eine solche Ablehnung ist rechtlich für das behandelnde ärztliche Fachpersonal bindend. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist zwar im Rahmen des Kompetenzbereiches bei medizinischer Diagnostik und Therapie hiervon berührt, jedoch können mit diesen Instrumenten keine pflegerischen Maßnahmen, die in die pflegerische Kernkompetenzen fallen, antizipiert durch Patient_innen abgelehnt werden. Mittels des Instruments der Patient_innenverfügung soll die Patient_innenautonomie möglichst weitgehend umgesetzt werden. Die Patient_innen können hiermit Rahmenbedingungen schaffen, für den Fall, dass sie nicht mehr einsichts-, urteils-, oder äußerungsfähig sind. Die Vorsorgevollmacht gilt für den Fall, dass ein_e Patient_in einmal nicht mehr einsichts-, urteils- und äußerungsfähig ist. Der_die Patient_in agiert hier als Vollmachtgeber_in und gibt Entscheidungsbefugnisse an eine Vertrauensperson ab. Die Bevollmächtigte Person kann im Namen der Vollmachtgeberin_des Vollmachtsgebers Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen, das heißt, in diese einwilligen oder sie ablehnen. Die Sachwaltschaft ist eine gerichtliche Bestellung einer gesetzlichen Vertreterin_eines gesetzlichen Vertreters für eine volljährige Person, die nicht mehr in der Lage ist, ihre Angelegenheiten ohne ihren Nachteil durchzuführen. Auch die Angehörigen haben einen Einfluss auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung. Das Recht auf Besuch der Patientin_des Patienten seitens der Angehörigen (Familienangehörige, Freund_innen) gehört zu den Patient_innenrechten. Hierdurch wird den Patient_innen ermöglicht, Kontakte zur Außenwelt aufrecht zu erhalten. Durch

dieses Recht der Patient_innen haben die Angehörigen die Möglichkeit sich vor Ort auf einer Akutspitalsstation selbst ein Bild über die Situation der Patientin_des Patienten zu machen. Hierdurch können sie auf die Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und Patient_innen einwirken. Aufgrund der zunehmenden Transkulturalität der Patient_innen im Akutspital kann die Kommunikation durch den Faktor Fremdsprache gestört werden. Die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung können in solch einem transkulturellen Kontext zu Ungunsten der Patient_innen beeinflusst werden. Auch das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat einen Einfluss auf die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung, denn dieses gibt einen Rahmen für Kompetenzen und Pflichten vor, in dem das Pflegepersonal agiert. Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wurde novelliert und den neuen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst. Demzufolge umfasst das neue Berufsbild nunmehr sechs Kompetenzbereiche:

Erstens, die pflegerischen Kernkompetenzen, wozu die Ermittlung des Pflegebedarfs seitens der Pflegepersonen sowie die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit zählen. Außerdem inkludieren die pflegerischen Kompetenzen die eigenverantwortlichen Schritte, die die Pflegepersonen im Rahmen des Pflegeprozesses setzen. Zweitens, die Kompetenz bei Notfällen. Hierzu gehören die Wahrnehmung und Einschätzung von Notfällen sowie die Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen. Drittens, die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie. Dazu gehören die eigenverantwortliche Durchführung ärztlich angeordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten des medizinischen Bereichs. Viertens, Weiterverordnung von bereits durch Ärzt_innen verschriebenen Medizinprodukten, sowie Beobachtung der Patient_innensituation. Fünftens, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam. Der gehobene Dienst verfügt über das Vorschlags-, und Mitwirkungsrecht im multiprofessionellen Versorgungsteam, das aus verschiedenen Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen besteht. Schließlich können Angehörige des gehobenen Dienstes spezialisierte Qualifikationen im Bereich der Kinder- und Jugendpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege und Krankenhaushygiene für Lehrtätigkeiten, sowie Führungsaufgaben erwerben.

II. EMPIRISCHER TEIL

7. Forschungsprozess

7.1 Die Forschungsfrage

Wie erleben Patient_innen den Einfluss der Pflegepersonen auf ihr Handeln im Akutspital in Österreich in der Kommunikation und Interaktion?

In dieser Forschungsarbeit wird der *Einfluss der Pflegepersonen auf das Handeln von Patient_innen in der Kommunikation und Interaktion im stationären Bereich eines Akutspitals in Österreich* untersucht. Dieses soll einen Aufschluss darüber geben wie die Machtverhältnisse innerhalb der pflegerischen Beziehung verteilt sind.

Die Auffassung von Macht in dieser Untersuchung orientiert sich an der Definition von Max Weber. Sie beschreibt *„[...] jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht* " (Max Weber [1], (1980) [1922], S. 28).

Hokanson Hawks unterscheidet außerdem zwischen „Macht über jemanden" und „*Macht um zu*" (Hokanson Hawks, 1991). Für die vorliegende Arbeit ist das Konzept der „Macht über jemanden" von Bedeutung. Darunter wird die Einflussnahme auf ein Verhalten anderer verstanden, die Unterordnung und Konformität bewirkt. Konkret wird in dieser Arbeit untersucht, wie die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung aus der Sicht der Patient_innen verteilt sind und wie Patient_innen diese erleben.

7.2 Qualitativer Forschungsansatz

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Design der qualitativen Forschung gewählt. Im Vordergrund der qualitativen Forschung steht die subjektive Sicht der Menschen, ihre persönlichen Erfahrungen und Bedeutungszusammenhänge (Lamnek, 2005). Die qualitative Forschung hat das Ziel, Theorien über typische Handlungen auf Basis der subjektiven Wirklichkeiten der Beforschten herauszufiltern und aufzustellen. Der explorative Charakter dieses

Forschungsansatzes erschließt sich dadurch, dass die Strukturierung des Gegenstandes sich aus den Daten heraus entwickelt. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung bietet die qualitative Forschung ein hohes Maß an Flexibilität. Der gesamte Forschungsprozess wird in der qualitativen Forschung offen gehalten. Der Ablauf des Forschungsprozesses erfolgt durch die Sammlung der Daten, die sich aus dem Zwischenmenschlichen entwickeln und deren Ursprung nicht in einer theoretischen Überlegung verankert ist (Mayer 2015).

In der qualitativen Forschung wird die Kommunikation und Interaktion, welche zwischen dem_der Forscher_in und den zu erforschenden Personen besteht, als ein Teilaspekt der Forschung verstanden. Diese gilt es der Alltagskommunikation so nahe wie möglich zu gestalten. Die Kommunikation hat auch für den Forschungsprozess eine Bedeutung. Dieser Prozess findet anhand eines Dialoges zwischen dem_der Forscher_in und den Daten statt, was auch als ein Aushandelns der Wirklichkeitsdefinition verstanden werden kann (Mayer 2015).

Holloway und Wheeler (1997) definieren weitere Hauptaspekte der qualitativen Forschung. Dazu gehört die emische Perspektive. Damit ist gemeint, dass der_die Forscher_in den Standpunkt der zu beforschenden Person einnimmt. Dabei geht es um die Erforschung der Erfahrung, Empfindung und Wahrnehmung der beforschten Person und nicht um die eigenen Überlegungen. Es geht darum, die subjektive Bedeutung von Erfahrungen von der zu erforschenden Person einzufangen und herauszufinden wie sie diese auslegen. Ein empathisches Verhältnis zwischen der dem_der Forscher_in und der zu erforschenden Person ist dafür unumgänglich. Ein weiterer Hauptaspekt der qualitativen Forschung nach Holloway und Wheeler ist das Primat der Daten. Dabei haben die Daten eine absolute Priorität. Aus diesen wird der theoretischen Rahmen gebildet. Das dritte Hauptkriterium ist der Zugang zum Forschungsfeld. Dabei begeben sich die Forscher_innen in das zu erforschende Umfeld und die zu erforschende Kultur hinein, einerseits um diese kennenzulernen und diese in weiterer Folge interpretieren und den Kontext der Handlungen verstehen zu können. Das nächste Hauptkriterium behandelt die Beziehungen im Forschungsprojekt. Eine vertrauensvolle Beziehung zu der erforschenden Person ist von Voraussetzung, dabei sollte jedoch beachtet werden, dass kein freundschaftliches Verhältnis gepflegt wird. Der_die Forscher_in und die zu beforschende Person sind als Menschen gleichwertig anzusehen wobei der_die

Forscher_in die passive Rolle einnimmt und von der beforschten Person lernt. Das fünfte Hauptkriterium behandelt die Wechselwirkung zwischen Datenerhebung- und Auswertung. Die Forscherin bzw. der Forscher erhebt seine ersten Daten, woraufhin die Auswertung und Interpretation starten kann. Erste Thesen und Kategorien werden gebildet und in weiterer Folge weiterentwickelt oder es werden neue gebildet. Im letzten Hauptkriterium geht es um die dichte Beschreibung des Phänomens, welche aus den erhobenen Daten sowie dem Kontext, das bedeutet, aus dem Umfeld und den dazugehörigen Personen entsteht. Damit sich der_die Leser_in in die Lage der beforschten Person hineinversetzen kann ist es notwendig, dass für sie bzw. für ihn der Forschungsprozess nachvollziehbar gestaltet wird. Das ermöglicht ein empathisches Verstehen (Mayer, 2015).

7.3 Methodologie der Grounded Theory

Die Grounded Theory ist eine qualitative Forschungsmethode welche in den 1960er Jahren von zwei Soziologen entwickelt wurde: Barney Glaser und Anselm Strauss (Strauss & Corbin, 1996). Der Grounded Theory Approach hat ihre Wurzeln im symbolischen Interaktionismus, da der Fokus auf dem reflektierenden, bewusst handelnden und sein Umfeld gestaltendem Individuum liegt (Haller, 2000). In einem zweiseitigen Prozess des Definierens und Interpretierens beziehen sich die Individuen in ihrem Handeln aufeinander indem sie ihre eigenen und die Handlungen anderer definieren und interpretieren (Haller, 2000). Für die vorliegende Untersuchung ist die Kenntnis der Verfasserin dieser Dissertation über der philosophischen Schriften, wie die des Symbolischen Interaktionismus, von Vorteil, da Bedeutungen berücksichtigt werden können, welche die Patient_innen bestimmten Situationen zuweisen. Für die gegenständliche Untersuchung wird die Grounded-Theory-Methodologie nach Strauss und Corbin (1996) ausgewählt, da diese innerhalb der Lehrveranstaltung der Hauptuniversität Wien erlernt und praktiziert wurde. Diese Methodologie sieht eine systematische Reihe von Verfahren vor, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln. Im Rahmen dieser Untersuchung wird das Ziel verfolgt, anhand der Grounded-Theory-Methodologie eine konzeptuelle Ordnung zu erstellen, die die untersuchte Problematik abbildet und erläutert. Die anfänglich noch offene,

weite Fragestellung wird hier im Verlauf des Forschungsprozesses immer mehr eingegrenzt und fokussiert. Das Sammeln und Auswerten von Daten wechseln einander in der gegenständlichen Untersuchung ständig ab.

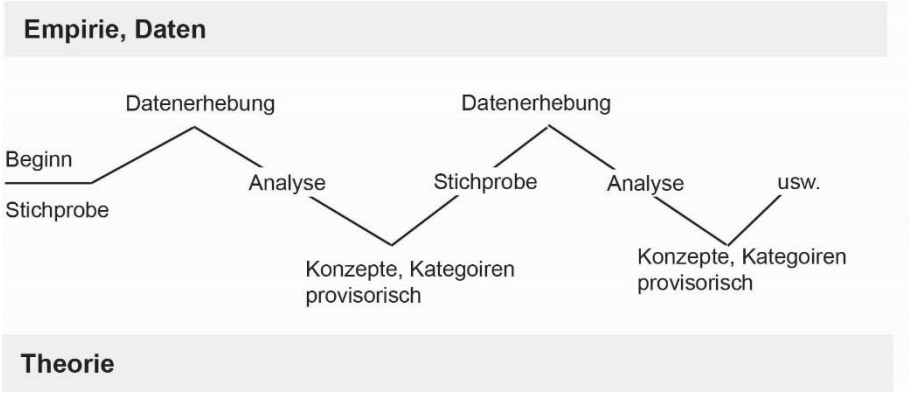

Abb. 6 - Zyklischer Verlauf zwischen Empirie und Theorie nach Haller (2000)

Die drei speziellen Kodierverfahren, nämlich das axiale, das offene und das selektive sind hier zentral für die Datenauswertung. Anhand dieser Verfahren werden die Daten in der vorliegenden Untersuchung aufgebrochen, neu zusammengesetzt und schließlich wird hieraus eine Kernkategorie entwickelt, welche das untersuchte Problem am treffendsten repräsentiert und alle anderen wichtigen Aspekte in sich beherbergt. Ebenfalls zentral ist hier die theoretische Sensibilität, dies bedeutet ein flexibles Reagieren auf erhobene Daten (Strauss & Corbin, 1996). In diesem Sinne wird während des Untersuchungsprozesses anhand der ausgewerteten Daten auf der Basis von bereits erstellten Konzepten, nach und nach, sorgfältig abgewogen, welche Daten für den folgenden Erkenntnisschritt bedeutsam sind und bei welchen Patient_innen sie erhoben werden können. Nach diesem Kriterium werden weitere Patient_innen in die Untersuchung einbezogen.

In der vorliegenden Untersuchung wird die Fachliteratur als Ausgangspunkt herangezogen, um die Forschung zu beginnen. Die Erkenntnisse aus dem Stand der Forschung dienen dazu, eine Liste an Fragen abzuleiten, die zur Formulierung des ersten Interviewleitfadens dienen. Im Verlauf des Forschungsprozesses wird nicht mehr auf die Literatur zurückgegriffen, um die Forschung und Kreativität nicht zu behindern.

Die Methodologie der Grounded Theory ist für die vorliegende Arbeit besonders geeignet, da mit ihrer Hilfe Handlungs- und Prozessmuster von menschlichem Verhalten in Berufsfeldern erforscht werden können. Daher stellt sie auch vor allem für die Pflegeforscher_innen und Soziolog_innen ein geeignetes Forschungsinstrument für ihren Bereich dar (Strauss & Corbin, 1996). Somit eignet sie sich auch hier besonders gut für die Untersuchung der Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung in der Kommunikation und Interaktion.

7.3.1 Konzeptuelle Ordnung

Die meisten Untersuchungen im Rahmen der Methodologie der Grounded Theory zielen darauf ab, eine konzeptuelle Ordnung und keine dicht konzeptualisierte Theorie herauszuarbeiten. Wie bereits oben dargestellt wird auch in der vorliegenden Untersuchung dieses Ziel verfolgt. Die Voraussetzung für eine konzeptuelle Ordnung ist, dass die wichtigsten Vorgehensweisen der Grounded Theory eingehalten werden, ohne dass sie vollständig ausgeschöpft werden. Eine theoretische Kodierarbeit sollte jedoch geleistet werden, auch wenn nicht zu ausführlich, damit ist gemeint, dass die Einzeldimensionen von den Kategorien, die Beziehung zwischen den einzelnen Kategorien und ihren Subkategorien nicht ausgedehnt ausgearbeitet werden. Im Rahmen der konzeptuellen Ordnung ist es unerlässlich, systematisch, selbst wenn nicht zu ausgedehnt, Vergleiche in der Analyse herauszuarbeiten und die theoretische Sensibilität anzuwenden. Ebenso bedeutend ist die Identifizierung von In- vivo Kodes, welche auf die Interessen von zu beforschenden Personen hindeuten. Bei dieser Herangehensweise sind Forschungsergebnisse als vorläufige Interpretationen zu betrachten und unterliegen nicht dem Anspruch einer Theorie (Strauss & Corbin, 1996).

7.4 Instrument der Datenerhebung

7.4.1 Problemzentrierte Interviews

Im Rahmen dieser Untersuchung werden mit Patient_innen problemzentrierte Interviews geführt, welche auf einem Leitfaden basieren. Dieses Interviewverfahren wurde deshalb gewählt, weil es ein geeignetes Instrumentarium darstellt, um Daten

für eine gesellschaftsrelevante Fragestellung zu erheben. Die Forscher_innen rücken in problemzentrierten Interviews ein von ihnen wahrgenommenes, gesellschaftliches Problem in den Mittelpunkt (Witzel, 1982). In diesem Sinne werden mittels problemzentrierten Interviews in der vorliegenden Untersuchung Erkenntnisse über die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung gewonnen.

Für diese Untersuchung ist die Sicht der Patient_innen von Bedeutung. Anhand der Interviews wird das subjektive Erleben der Patient_innen auf die genannte Problematik erhoben. Aus diesem Grund werden die Interviews ausschließlich mit Patient_innen geführt. Ziel der problemzentrierten Interviews ist es, systematisch Informationen zu individuellen und kollektiven Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmustern eines gesellschaftlichen Problems zu sammeln (Witzel, 1982).

Um die Durchführung der Interviews zu unterstützen, erstellt die Verfasserin der vorliegenden Dissertation, einen Leitfaden, der eine Orientierungshilfe darstellt. Dies setzt die Auseinandersetzung mit der bisherigen Literatur hinsichtlich des, für die vorliegende Untersuchung relevanten Problems voraus. Das Literaturstudium bietet einen theoretischen Rahmen für die Erstellung des ersten Interviewleitfadens. Nach dem Literaturstudium werden die wichtigsten Erkenntnisse, in Form von Fragen welche an die Patient_innen gerichtet werden, in diesen Leitfaden aufgenommen. Die Fragen werden offen gehalten um neue Entdeckungen zu fördern. Die Interviews werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend für die Datenauswertung umgehend transkribiert. Die Aufnahmen der letzten drei Interviews wurden vollständig angehört, jedoch wurden nur die relevanten Inhalte transkribiert, da bereits eine Richtung in Bezug auf die Forschungsfrage vorgegeben war. Im Sinne der theoretischen Sensibilität wird der Leitfaden nach Analyse der ersten Interviews kontinuierlich überarbeitet und um neu gewonnene Erkenntnisse ergänzt, die für die Forschungsfrage relevant sind. Vor der Durchführung der Interviews wurde ein Probelauf ausgeführt um festzustellen, ob die Interviewerin mit der Durchführung des Interviews zurechtkommt und ob die Fragen geeignet sind, um die erwarteten Inhalte bei Patient_innen zu eruieren. Nachdem die Vefasserin dieser Dissertation diesbezügliche Ungewissheiten ausräumen konnte, wurde mit dem ersten Interview begonnen.

7.5 Vorgangsweise der Datenerhebung

7.5.1 Beschreibung der Stichprobe

Für die Untersuchung wurden unterschiedliche Einschlusskriterien in Bezug auf die befragten Patient_innen bestimmt. Teilnehmer_innen müssen das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und der deutschen Sprache mächtig sein, um auf die Fragestellungen ausreichend antworten zu können. Eine körperliche und geistige Verfassung, welche eine Befragung zulässt, ist ebenso als Anforderung zu sehen, wie eine Mindestaufenthaltsdauer im Akutspital von drei Tagen. Weitere Voraussetzung ist, dass sich die Patient_innen am Tag der Entlassung aus dem Akutspital befinden.

Die Tabelle 2 beinhaltet die notwendigsten Informationen der teilgenommenen Patient_innen. In die Stichprobe sind 20 erwachsenen Patient_innen aus unterschiedlichen Stationen der Internen Abteilung und einer Station der Chirurgischen Abteilung eines Akutspitals in Wien, die sich in der Entlassungsphase befanden, aufgenommen worden. Insgesamt konnten elf Frauen und neun Männer für die Interviews gewonnen werden. Vier von ihnen hatten Deutsch nicht als Muttersprache. Zwei Teilnehmer_innen waren bis zu dreißig Jahre alt, neun waren zwischen 31 und 60 Jahre, und weitere acht Teilnehmer_innen waren zwischen 61 und 90 Jahre alt. Die Hälfte der Stichprobe gab an, verheiratet zu sein. Hinsichtlich des Berufsstandes sind die Angaben Angestellte_r und Pensionist_in etwa gleich verteilt. Internistische und chirurgische Krankheiten der Patient_innen führten zu dem Aufenthalt im Akutspital, der bei drei Viertel von ihnen bis zu einer Woche andauerte. Die Erhebung der Daten erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Monaten.

Nr.	Geschlecht	Alter	Familien-stand	Beruf	Aufenthaltsgrund	Aufenthalt	Interview-dauer
P1	Weiblich	71	Verheiratet	Pensionistin	Vorbereitung zur Herzoperation	9 Tage	50:11
P2	Männlich	58	Geschieden	Selbstständig	Herzinfarkt	3 Tage	33:07
P3	Weiblich	73	Verheiratet	Pensionistin	Anämie	10 Tage	42:26
P4	Männlich	74	Verheiratet	Pensionist	Peripherearterielle-	3 Tage	23:11

					verschlusskrankheit		
P5	Männlich	78	Verwitwet	Pensionist	Lungenentzündung	5 Tage	20:13
P6	Weiblich	69	Geschieden	Pensionistin	Überwässerung der Lunge	10 Tage	30:17
P7	Männlich	81	Verheiratet	Pensionist	Überwässerung der Lunge	4 Tage	51:09
P8	Weiblich	90	Verwitwet	Pensionstin	Atemnot	3 Tage	35:03
P9	Weiblich	70	Geschieden	Pensionistin	Bluthochdruck	3 Tage	15:56
P10	Weiblich	73	Geschieden	Pensionistin	Niereninsufizienz	12 Tage	14:24
P11	Männlich	50	Verheiratet	Angestellter	Lungenentzündung	3 Tage	22:58
P12	Weiblich	44	Geschieden	Angestellte	Blutzuckerentglei-sung	7 Tage	19:10
P13	Männlich	48	Geschieden	Angestellter	Herzinfarkt	3 Tage	33:28
P14	Weiblich	45	Verheiratet	Ohne Beschäftigung	Angiographie	7 Tage	18:01
P15	Männlich	20	Ledig	Student	Herzmuskel-entzündung	4 Tage	57:09
P16	Weiblich	32	Verheiratet	Angestellte	Schilddrüsen-operation	4 Tage	56:21
P17	Weiblich	28	Verheiratet	Hausfrau	Blinddarmoperation	4 Tage	18:56
P18	Männlich	41	Verheiratet	Angestellter	Operation am Bein	3 Tage	13:17
P19	Weiblich	43	Verheiratet	Angestellte	Bluthochdruck	6 Tage	40:02
P20	Männlich	54	Ledig	Betriebselektri ker	Blutarmut	21 Tage	38:48

Tabelle 2 - Darstellung der Interviewteilnehmer_innen

7.5.2 Feldzugang

Um sich einen Zugang zum Forschungsfeld zu verschaffen und geeignete Teilnehmer_innen für die Untersuchung zu rekrutieren, wurde Kontakt zu einer, der Verfasserin dieser Dissertation, persönlich bekannten Oberschwester eines Akutspitals in Wien aufgenommen. Die Verfasserin hat die Oberschwester über ihre Anliegen informiert und über das Ziel dieser Untersuchung aufgeklärt. Diese übermittelte die Informationen weiter an die Pflegedirektion des Akutspitals. Das Anliegen der Verfasserin wurde von der Pflegedirektion wiederum an die abteilungszuständigen Oberschwestern weitergeleitet, die die jeweiligen Stationsleitungen des Pflegedienstes informierten. Eine Überlegung der Verfasserin war es, Stationen auszuwählen, deren Patient_innen möglicherweise einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Dieser lässt auf eine präsente Kommunikation und Interaktion zwischen Patient_innen und Pfegepersonal schließen. Um dieser Überlegung gerecht zu werden, wurden die Pflegeleitungen der internen und chirurgischen Stationen von der Verfasserin telefonisch kontaktiert, um zu erfahren, ob sich Patient_innen in der Entlassungsphase befinden würden. War dies der Fall, kam diese auf die jeweilige Station um mit den Patient_innen in Kontakt zu treten. Sie informierte die in Frage kommenden Patient_innen über die Möglichkeit eines Interviews und das damit verbundene Forschungsziel. Waren Patient_innen an der Teilnahme interessiert, wurde ein Interviewtermin vereinbart. Von den angesprochenen potentiellen Teilnehmer_innen waren vier Patienten nicht bereit, für ein Interview zur Verfügung zu stehen.

Zum vereinbarten Interviewtermin kam die Verfasserin auf die Station und holte die_den jeweilige_n Teilnehmer_in von ihrem_seinem Zimmer ab. Die Patient_innen meldeten sich am Stützpunkt des Pflegepersonals ab. Die Interviews fanden in einem zuvor reservierten Besucherraum innerhalb der Station, außerhalb der Besuchszeiten statt und dauerten bis zu einer Stunde. Vorab wurden die Teilnehmer_innen über das Ziel der Untersuchung und ihre Rechte informiert und es wurde zusätzlich ein Aufklärungs- und Informationsbogen an sie ausgehändigt. Nach Abschluss des Interviews händigte die Verfasserin den Patient_innen ihre Kontaktdaten aus, falls es noch zu Fragen kommen sollte oder Interesse am Forschungsverlauf oder an den Ergebnissen bestehen sollte. Die Patient_innen

wurden nach Abschluss der Interviews von der Verfasserin wieder zurück in ihre Zimmer begleitet.

7.6 Methode der Datenanalyse

In der vorliegenden Untersuchung kommen zur Datenauswertung drei zentrale Kodierverfahren zur Anwendung: das offene, das axiale und das selektive. Memos (schriftliche Analyseprotokolle) dienen bei dieser Untersuchung dazu, um wichtige Informationen in Bezug auf die Entwicklung der Kategorien während des Forschungsprozesses festzuhalten. Auf die Memos wird im Auswertungsprozess schließlich zurückgegriffen, um Entwicklungen retrospektiv zu erkennen und diese Erkenntnisse wiederum für die weitere Datenanalyse mit einzubeziehen. In der Anfangsphase der Datenauswertung wird mit der Erstellung von vorläufigen Modellen begonnen, die graphisch dargestellt und mit Text beschrieben werden. Diese werden während des Forschungsprozesses immer weiterentwickelt. Schließlich wird hieraus das Kategoriesystem entwickelt, welches die Forschungsergebnisse graphisch darstellt. Dieses Kategoriesystem ist im Kapitel neun *Darstellung der Forschungsergebnisse* präsentiert.

7.6.1 Kodierverfahren – offen, axial und selektiv

Rohdaten können quantitative Informationen liefern, jedoch sind sie nicht dazu geeignet, dass über sie gesprochen wird, oder allein Bezug auf sie genommen wird. Daher ist der erste Schritt der Analyse, die Daten zu konzeptualisieren (Strauss & Corbin, 1996).

Die drei speziellen Kodierverfahren, wie das axiale, das offene und das selektive sind in der vorliegenden Untersuchung die zentralen Instrumente für die Datenauswertung.

Offenes Kodieren

„*Der Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten*“ (Strauss & Corbin, 1996, S.43).

In der vorliegenden Arbeit werden die Daten auf folgende Art und Weise offen kodiert: Aus den Inhalten der Interviews heraus werden In-vivo-Kodes identifiziert, welche auf die Interessen der Patient_innen hindeuten. Zugleich wird Zeile für Zeile und nach Patient__innenereignis offen kodiert, das bedeutet, der Sinn jeder Zeile bzw. jedes Ereignisses wird mit einem Konzept wiedergegeben. Hierdurch werden die Daten aufgebrochen und gründlich auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin untersucht. Dieser Prozess wird durch das Stellen von W-Fragen unterstützt. Die Fragen dienen hierbei als generierend für die Analyse. Mittels dieses Verfahrens werden die Vorannahmen über Phänomen hinterfragt, was wiederum zu neuen Erkenntnissen führt. Die Bildung der Hypothesen und ihre Überprüfung dienen dazu, zu ermitteln, wie Phänomene miteinander verknüpft sind. Mittels Hypothesen werden Schlussfolgerungen gezogen, die wiederum als neuer Ausgangspunkt für die Datensammlung herangezogen werden. Mittels des Verfahrens des offenen Kodierens werden Phänomene, die sich in den Daten zeigen, benannt und kategorisiert. Der Prozess des offenen Kodierens führt zu Entdeckungen von Kategorien.

Axiales Kodieren

„*Eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht*“ (Strauss & Corbin, 1996, S.75).

Beim Prozess des axialen Kodierens werden in dieser Untersuchung die beim offenen Kodieren aufgebrochenen Daten neu zusammengesetzt. Das Hauptaugenmerk beim axialen Kodieren besteht hier darin eine Kategorie in Relation zu den Bedingungen, die sie verursachen, zu setzen. Dabei werden die Verbindungen zwischen den einzelnen Kategorien und ihren Subkategorien, sowie den anderen Kategorien herausgearbeitet, jedoch nicht allzu ausgedehnt. Im Prozess ds offenen Kodierens werden die zugrundeliegenden Handlungs- und interaktionalen Strategien in der pflegerischen Beziehung und deren Konsequenzen ermittelt. Die entwickelten Kategorien werden schließlich an den Ausgangsdaten abgeglichen.

Selektives Kodieren

„*Der Prozess des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen*“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 94).

In der Endphase der vorliegenden Untersuchung wird das selektive Kodieren angewandt. Dabei wird das zentrale Konzept in Form einer Schlüsselkategorie identifiziert. Als Grundlage hierfür dienen die entwickelten und in Beziehung gesetzten Kategorien, sowie die Aufzeichnungen, die während des Forschungsprozesses erstellt wurden. Letztendlich kann die Erkenntnis gewonnen werden, dass das Handeln der Patient__innen in der pflegerischen Beziehung im Umfeld von Akutspitalsstationen, die an dieser Untersuchung beteiligt waren, mit der Schlüsselkategorie *Sich fügen* beschrieben werden kann.

8. Ethische Überlegungen

Patient_innen im Akutspital werden in dieser Untersuchung als besonders vulnerable und somit schützenswerte Gruppe angesehen. Darüber hinaus werden im Rahmen der Interviews personenbezogene Daten, Einstellungen und Erlebnisse, sowie kritische Äußerungen zum stationären Aufenthalt und zu den Pflegepersonen erhoben, die als sensible Daten angesehen werden und mit denen verantwortungsvoll umgegangen werden muss. Um diese Umstände umfassend zu berücksichtigen und weitere ethische Aspekte zu wahren, wird noch vor Beginn der Untersuchung das Vorhaben an die Ethikkommission der Stadt Wien in Form eines Antrags übermittelt. Nach Erfüllung aller Anforderungen seitens der Ethikkommission, wurde ein positives Votum für die Untersuchung erteilt.

Die Verfasserin verpflichtet sich, dafür zu sorgen, dass die Inhalte aus den Interviews nur in anonymisierter Form verarbeitet und verschriftlicht werden, sodass kein Rückschluss auf die einzelnen interviewten Patient_innen möglich ist. Dies entspricht einem geforderten Grundprinzip des Persönlichkeitsschutzes: der Anonymität.

Im Sinne des Grundprinzips der umfassenden Information und freiwilligen Zustimmung, werden die Patient_innen über das Ziel der Befragung aufgeklärt und über die Zwecke der Untersuchung, ihre Rechte und ihre Rolle umfassend informiert. Für die Untersuchung ist die freiwillige Zustimmung der Patient_innen erforderlich. Da die Interviews mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet werden, ist die Erlaubnis für die Aufnahme des Interviews bei den Patient_innnen einzuholen. Es wird ihnen zugesichert, dass die Inhalte zum ehestmöglichen Zeitpunkt verschriftlicht werden und die Aufnahme anschließend gelöscht wird. Sie wurden darüber aufgeklärt, dass sie das Recht haben, das Interview zu unterbrechen oder gegebenenfalls ohne Angabe von Gründen vorzeitig zu beenden. Es muss ihnen zugesichert werden, dass ihnen durch den Abbruch der Teilnahme keinerlei Nachteile entstehen werden.

Die Aufklärung erfolgt zunächst mündlich und anschließend wird ein umfassender Patient_inneninformations- und Aufklärungsbogen vorgelegt, der von den Teilnehmer_innen unterschrieben wir

d und bei der Verfasserin verbleibt („*informed consent*“). Die Patient_innen erhalten ein zweites Exemplar, das zusätzlich die Kontaktdaten der Forscherin beinhaltet. Dadurch soll den Patient_innen die Möglichkeit gegeben werden, bei weiteren Fragen, Bedenken in Bezug auf die Inhalte des Interviews und zur Verfolgung der Ergebnisse der Untersuchung, Kontakt mit der Verfasserin der vorliegenden Dissertation aufnehmen zu können. Der Informationsbogen beinhaltet die Kontaktdaten einer Patient_innenanwältin, an die sich die Patient_innen im Falle von Beschwerden und Anliegen in Bezug auf die Untersuchung wenden können.

Um das psychische Befinden nicht zu belasten, wird bei der Interviewführung behutsam vorgegangen und akzeptiert, wenn die Teilnehmer_innnen einzelne Fragen nicht beantworten wollen. Diese Vorkehrungen sind im Sinne des Grundprinzips Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen oder physischen Schäden zu verstehen.

9. Darstellung der Forschungsergebnisse

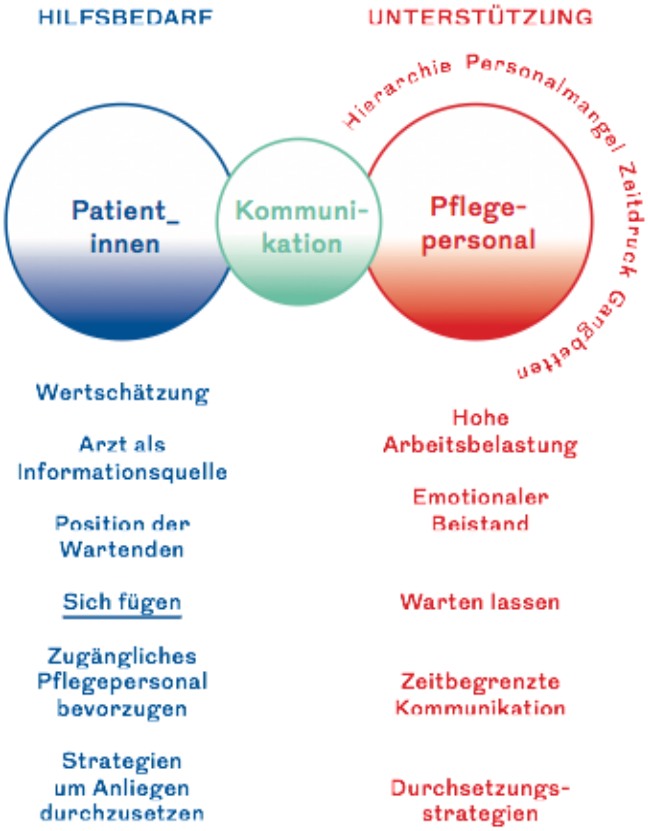

Abb. 7 - Darstellung der Forschungsergebnisse

Abbildung 7. stellt die Forschungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung graphisch dar. Die Auswertung der Interviews ergab zwei zentrale Positionen in der pflegerischen Beziehung: dem Hilfsbedarf der Patient_innen steht die Unterstützung des Pflegepersonals gegenüber. Die Kommunikation stellt dabei das Bindeglied zwischen den Patient_innen und dem Pflegepersonal dar. Im Zentrum der Interviews steht folglich das aufeinander bezogene Handeln der beiden Personengruppen, dass sich in der Kommunikation abbildet. Auf der Seite der Patient_innen werden mehrere Kategorien wie *Hilfsbedarf*, *Wertschätzung*, *Arzt als Informationsquelle*, *Position der Wartenden*, *Sich fügen*, *Zugängliches Pflegepersonal bevorzugen*, *Strategien um Anliegen durchzusetzen* entwickelt, die ihr Handeln gegenüber dem Pflegepersonal, charakterisieren. Die pflegerische Beziehung wird durch die Seite des Pflegepersonals komplettiert. Die Unterstützung der Patient_innen, durch das

Pflegepersonal, wird ihrer Ansicht nach durch die strukturellen Rahmenbedingungen, die im stationären Setting des Akutspitals vorhanden sind, beeinflusst. Die Patient_innen erkennen am Handeln des Pflegepersonals im stationären Alltag zum Teil den Einfluss der strukturellen Rahmenbedingungen auf die Verrichtung ihrer Tätigkeiten. Die Erwartungen und das Handeln der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung werden durch diese Wahrnehmungen einerseits und den benötigten individuellen Hilfsbedarf andererseits, bestimmt. Das Handeln der Pflegepersonen den Patient_innen gegenüber ergibt sich aus der Aufgabe die Patient_innen zu unterstützen. Auf der Seite des Pflegepersonals wurden darüber hinaus in der vorliegenden Untersuchung folgenden Kategorien wie *Hohe Arbeitsbelastung*, *Emotionaler Beistand*, *Warten lassen*, *Zeitbegrenzte Kommunikation*, *Durchsetzungsstrategien* entwickelt, die dessen Handeln gegenüber den Patient_innen abbilden.

In dieser Dissertation geht es um eine Darstellung der Machtverhältnisse, die Patient_innen in der pflegerischen Beziehung in den Interaktionen mit dem Pflegepersonal wahrnehmen. In den Interviews berichten die Patient_innen von alltäglichen Begegnungen mit Pflegepersonen und schildern wie sie den Einfluss des Pflegepersonals auf ihre Handlungen erleben.

Im Folgenden werden die Kategorien, die das Handeln der einzelnen Personengruppen charakterisieren, näher dargestellt. Da in der Untersuchung die Sicht der Patient_innen von Bedeutung ist, wird mit der Darstellung der Kategorien, die ihr Handeln abbilden, begonnen.

9.1 Seite der Patient_innen

9.1.1 Kategorie: Hilfsbedarf

Die Patient_innen sind aufgrund akuter Erkrankungen und geplanter Behandlungen stationär im Akutspital aufgenommen worden. Oberstes Ziel des Aufenthalts ist es, den Gesundheitszustand zu verbessern und bestenfalls vollständig zu genesen. Eine etwaige Verschlechterung der Gesundheit würde nur schwer akzeptiert werden können. Der individuelle Bedarf der Patient_innen an Pflege ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Ressourcenpotenzial der Patient_innen und den

Ressourcen, welche die Patient_innen zu Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen. Der Pflegebedarf wurde in den Interviews von den Teilnehmer_innen häufig thematisiert. Er setzt sich aus den zwei folgenden Bereichen zusammen: Anforderungen, die aus Sicht der Patient_innen unbedingt erfüllt werden müssen (Mussanforderungen) und jenen Wünschen, denen bestenfalls nachgekommen werden soll (Sollanforderungen).

Mussanforderungen aus Sicht der Patient_innen

Durch die Einschränkungen, die eine Erkrankung oder medizinische Behandlung mit sich bringt, sind die Patient_innen auf die Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen. Von den Pflegepersonen wird professionelles Handeln in pflegerischen Angelegenheiten auf Basis ihres fachlichen *Know-hows* erwartet. In den Interviews wird die Wichtigkeit des Erkennens von Bedürfnissen und des entsprechenden Reagierens darauf betont. Die Patient_innen berichten von Bedürfnissen, denen unbedingt nachgekommen werden muss, Pflegepersonen tragen maßgeblich dazu bei, vor allem dringende Bedürfnisse zu erfüllen. So sind Patient_innen auf die Hilfe der Pflegepersonen angewiesen, wenn sie multimorbid sind, in ihrer Mobilität teilweise eingeschränkt sind beziehungsweise im Bett liegen müssen. Es ist ihnen in solchen Situationen nicht möglich, selbstständig zur Toilette zu gehen, ihre Körperpflege zu verrichten und Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Außerdem ist das Pflegepersonal in seiner medizinischen Kompetenz gefragt, sobald sich der Gesundheitszustand der Patient_innen akut verschlechtert. Wenn den vitalen Bedürfnissen der Patient_innen nicht ausreichend nachgegangen werden kann, hat das unangenehme Konsequenzen für die Patien_innen. Im Hinblick auf die nicht ausreichend befriedigten vitalen Bedürfnisse, erleben die Patient_innen einen Kontrollverlust und empfinden sich dem Pflegepersonal ausgeliefert. So berichtet eine Patientin über ihre Erfahrungen im gegenwärtigen Akutspitalsaufenthalt:

> *“Man ist ja abhängig das stört natürlich eine jüngere Person höchstwahrscheinlich noch mehr als eine ältere Person, weil ich ja das nicht gewohnt bin, von jemanden anderen abhängig zu sein, weil wenn man früher das alles selber machen hat können und jetzt geht’s halt nicht, ist das schwierig. Man muss Abstriche machen, akzeptieren, dass es nicht mehr so geht, wie es früher gegangen ist.“ (P19, Z. 58ff.)*

Bei der Befriedigung wichtiger Bedürfnisse spielt der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle. In solchen Situationen, ist es für Patient_innen besonders wichtig, dass das Pflegepersonal die nötigen Maßnahmen besonders schnell umsetzt und sich gleich darum kümmert. Wird auf die dringenden Anliegen der Patient_innen nicht unmittelbar reagiert, sind die Patient_innen aufgefordert zu warten. Wie zuvor beschrieben, können dadurch Nachteile für die Patient_innen entstehen. In dringenden Angelegenheiten ist ein Verhalten der Pflegepersonen, das durch Desinteresse, wenig Engagement und Zuwendung gekennzeichnet ist, inakzeptabel und wird von den Patient_innen als besonders negativ bewertet. Eine junge türkische Patientin berichtet über ihre Aufnahme im Akutspital Folgendes:

> *"Ich habe zu Hause Bauchschmerzen, dann ich komme Notfall [Notfallambulanz] ist unten 10 Uhr ich glaube, aber ich habe schon zwei Stunden gewartet, keine Leute, aber warten. Warum warten? Ich kann nicht sitzen, ich aufstehen, Klo gehen [...] ich will nicht mehr warten, mein Mann sagt noch bisschen, noch bisschen. Mein Schmerzmittel ist fertig, eine alte Schwester, ich sage bitte Schwester ich muss Klo gehen, sie sagt, na tut mir leid mitnehmen [den Infusionsständer mit der Infusion], ich sage, aber warum mitnehmen, ist schon fertig, gar nichts zu tun, sie nicht arbeitet, sie bla, bla mit anderen Damen, wirklich, keine Leute, keine Arbeit, kein Stress, nur sitzen haha, hihi, das ist nicht gutes Kümmern, vielleicht normalerweise ist unten eine Stunde alles fertig, warum warten Leute? Viel Zeit ist weg, wirklich, nicht schnell, schnell. Das ist nicht gute Arbeit." (P17, Z. 3ff.)*

Eine grundlegende Erwartung an das Pflegepersonal hinsichtlich des Hilfsbedarfs, ist die Wahrung der körperlichen Integrität und die Beachtung des Patient_innenwillens in Bezug auf persönlichen Grenzen.

> "*Das ist mein Körper und entscheiden tue ich und sonst niemand darüber." (*P 12, Z.73)

Die Überschreitung und das Nichtwahren dieser Grenzen wird seitens der Patient_innen als inakzeptables Verhalten angesehen.

> *"Ich habe schlechte Venen und wenn jetzt jemand dauernd sticht und aber keine Vene findet und noch einmal, und noch einmal, wo ich da sage, bitte aus, bitte wem anderen schicken, oder einen Arzt schicken, weil das schon*

sehr weh tut, also da mache ich dann nicht mit, weil meine Venen schon so schlecht sind und die die noch da sind zerstochen werden, also da so Versuchskaninchen sein das mache ich nicht mit.“ (P12, Z. 55ff.)

“Ja, da muss ich auch sagen, im ersten ist kommen Pfleger, der will mich waschen, phuu, der will mich waschen, das ich doch peinlich, ich habe gesagt bitte seien Sie doch so lieb. Wir sind zur Waschmuschel gegangen, ich habe gesagt, bitte sein Sie so lieb, tun Sie mich halten, dass ich nicht umfalle und das andere mache alles ich. Gott sei Dank, ich habe das noch nicht gebraucht so und ich habe mich mit nassen Waschlappen bisschen abgeschleckt, waschen ist das nicht gewesen, eher so wie eine Katze.“ (P4, Z.37ff.)

Sollanforderungen aus Sicht der Patient_innen

In der Kategorie *Hilfsbedarf* können folgende Wünsche der Patient_innen als Sollanforderungen an das Pflegepersonal ausgewertet werden:

1.) Wunsch nach mehr Anwesenheit des Pflegepersonals

2.) Aufklärung über pflegerische Intervention und Kommentieren von Vorgängen.

3.) Pflegepersonen sollen zu einem routinierten und reibungslosen Ablauf beitragen:

“ [...] wenn jeder Handgriff sitzt.“ (P2, Z.70)

4.) Wunsch nach Beachtung des Patient_innenwillens auch in nicht dringenden Angelegenheiten wie beispielsweise die Besorgung einer zweiten Bettdecke.

5.) Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit und aktiver Nachfrage.

6.) Professionell auf die Meinungsbildung der Patient_innen Einfluss nehmen.

7.) Wunsch nach höflichen, freundlichen und humorvollen Pflegepersonen, mit welchen ein unkomplizierter Zugang zum gemeinsamen Gespräch möglich ist.

“Die [Pflegepersonen] waren lieb, das war super, die haben Spaß gemacht, die passen ins Krankenhaus, die haben wirklich mit allen geredet, da ist gelacht worden [...].“ (P4, Z.112f.)

Neben den Muss- und Sollanforderungen, die sich in Bezug auf die Kategorie *Hilfsbedarf* ergeben, lässt sich weiteres feststellen, dass die Angehörigen der Patient_innen eine große Rolle spielen. In den Interviews wird beschrieben, dass Patient_innen mitunter ihre Angehörigen mit konkreten Unterstützungsleistungen beauftragen, die anstelle des Pflegepersonals ausgeführt werden. Der Zugang zu den eigenen Familienangehörigen gestaltet sich als unkompliziert und vertraulich. Aus diesem Grund werden Angehörige bevorzugt um bestimmte Tätigkeiten gebeten, die gegenüber dem Pflegepersonal mit einer größeren Hemmschwelle verbunden sein können wie beispielsweise eine Urinflasche auszuleeren, oder einen Leibstuhl zu holen.

> *" […] jetzt ich bin gestern von halb zehn bis heute halb zehn nur gelegen, da sind die Pflegepersonen zu mir gekommen, sie haben die Flasche dann immer weggetragen, das war mir auch peinlich, da habe ich das meiner Frau gesagt, meine Frau hat das gemacht […]." (P4, Z. 85ff.)*

> *P: […] ich habe gewartet bis meine Eltern kommen, die haben mir dann geholfen*
>
> *I: Wie haben Ihnen die Eltern geholfen?*
>
> *P: Die sind zur Schwester gegangen und haben gefragt, ob sie für mich ein Leibstuhl holen können, oder dann haben sie mir einen Tee gebracht. (P19, Z. 41ff.)*

9.1.2 Kategorie: Wertschätzung

Die Patient_innen zeigen grundlegend eine Haltung der Wertschätzung gegenüber den Pflegepersonen. Sie erkennen die Verantwortung, die Pflegepersonen tragen, schätzen ihre Kompetenz und loben sie für ihren Einsatz. Insgesamt haben sie einen positiven Gesamteindruck vom Pflegepersonal. Sie erkennen den hohen Standard der pflegerischen Leistung an. Bezüglich der Frage, nach Verbesserungsvorschlägen wurde wie folgt geantwortet:

“Es ist schwierig, weil wir haben in Österreich einen sehr hohen Standard bei der Pflege und zu 95%, sage ich mal, ist sie sehr, sehr gut […].“ (P13, Z. 141ff.)

“Sowie die [das Pflegepersonal] hier vorgehen, die dürften sehr gut ausgebildet sein, geschult sein, ich kann nicht sagen, was mir in den drei Tagen aufgefallen ist, was verbessert werden kann […] es läuft glaube ich, sehr organisiert ab.“ (P2, Z. 154ff.)

Die Patient_innen erkennen die Kompetenz der Pflegepersonen und schätzen sie als hoch ein.

“ […] ich habe eher das Gefühl gehabt, dass jeder Handgriff sitzt, die wirklich sehr konzentriert, ohne Hektik da vorgehen […].“ (P2, Z. 144f.)

Die Patient_innen schätzen die Leistung des Pflegepersonals, vor allem in schwierigen Situationen bei pflegebedürftigen, bettlägerigen Patienten.

“ […] und vor allem, ich bin ein leichter Patient, weil ich noch jünger bin, aber der Herr, der jetzt da neben mir liegt, ich glaube er ist 85, also da ist das Pflegepersonal sehr gefordert, also das mit Windelwechsel [...] und er ist gestern drei Mal aufgestanden, ist drei Mal umgefallen also da muss ich sagen Hut ab.“ (P13, Z. 28ff.)

Die Patient_innen schätzen die Arbeit des Pflegepersonals als schwer ein.

“ […] ich hätte die Nerven nicht für diese Arbeit, das ist nicht einfach, das ist schwere Arbeit.“ (P5, Z. 83f.)

Die Patient_innen erkennen die Verantwortung, welche die Pflegepersonen tragen und nehmen die Präzision, mit der diese ihre Arbeit verrichten wahr. Sie drücken diesbezüglich Respekt aus.

“Weil es ist erstes Mal eine Riesenverantwortung und sie müssen auf jedes einzelne eingehen […].“ (P1, Z. 10f.)

“Es gibt auch Pflegepersonen die sehr gut stechen, das ist unwahrscheinlich, […] also vom Pflegepersonal, ich muss sagen, kann man nichts Schlechtes sagen.“ (P1 ,Z. 41f.)

Die Patient_innen fühlen sich vom Pflegepersonal rundum versorgt. Sie haben den Eindruck, dass seitens der Pflegepersonen eine optimale Betreuung gewährleistet wird.

“Ja, ja, die sind gekommen, wirklich alles gemacht, deswegen habe ich meinem Mann gesagt, die sind wirklich super.“ (P14, Z. 115f.)

Die Patient_innen loben das Pflegepersonal für ihre Freundlichkeit, ihr Bemühen und ihre Zuvorkommenheit.

“Auch heute, war die [Pflegeperson] die von der Frühschicht gekommen ist, super. Ich bin dann verlegt worden auf die normale Station - zuvor war ich auf der Überwachung bis in der Früh. Und auch jetzt seit in der Früh ist die Schwester, die uns hier im normalen Krankenzimmer betreut, sehr lieb, bemüht, sehr freundlich. Könnte nicht sagen was die besser machen könnte.“ (P2, Z.80ff.)

“ […] also ich habe mich immer bedankt, weil sie sehr freundlich und hilfsbereit waren.“ (P15, Z. 243)

“ [...] das Pflegepersonal ist rund um die Uhr für einen da.“ (P12, Z. 17.)

Die Patient_innen erkennen, dass Abläufe durch das Pflegepersonal koordiniert werden. Sie erkennen hierbei den reibungslosen Ablauf.

“Ich bewundere hier zumindest den Ablauf, ich kriege Lungenröntgen, da kommt der und bringt mich hinunter, dann wieder rauf, dann kommt wieder etwas anderes und das funktioniert nach meinem Gefühl hier sehr gut.“ (P7, Z. 7ff.)

Die Patient_innen beobachten, dass das Pflegepersonal sehr viel mit der Dokumentation beschäftigt ist.

“Ja, na das Pflegepersonal hat viel zu tun, sehr viel Schreibarbeiten.“ (P 19, Z. 47f.)

9.1.3 Kategorie: Arzt als Informationsquelle

Für die Patient_innen sind Ärzt_innen die wichtigsten Bezugspersonen und die ersten Ansprechpartner_innen , an die sie sich mit ihren Fragen bezüglich ihrer Genesung wenden. Derartige Fragen betreffen Unklarheiten in Bezug auf medizinische Diagnosen, den Verlauf des therapeutischen Prozesses, Aufklärung Informationsgewinnung zu ihrem Gesundheitszustand sowie Informationen hinsichtlich ihrer Aufenthaltsdauer im Akutspital. Die Patient_innen erkennen, dass das Pflegepersonal ihnen keine Informationen zu ihrem Genesungsprozess geben kann. Aus Sicht der Patient_innen sind die Ärzt_innen dafür verantwortlich, ihren Informationsmangel auszugleichen.

“Wenn ich was gefragt habe, habe ich den Arzt gefragt, ja, bevor ich zum Pflegepersonal gehe, frage den Arzt selbst, ja und ich erwarte mir von dem Arzt, dass er mir die Auskunft gibt, wenn ich was wissen will über mich, über meine Gesundheit.“ (P11, Z. 100ff.)

Die Stabilisierung, die Verbesserung der Gesundheit oder bestenfalls die Genesung, ist das wichtigste Ziel der Patient_innen im Akutspital. Diese Faktoren haben oberste Priorität. Auf die Frage, welche Erwartungen die Patient_innen an ihren Akutspitalsaufenthalt haben, antworten sie wie folgt:

“Das ich gesund werde, natürlich, das ist einmal Priorität, alles andere ist ja, zweitrangig.“ (P11, Z. 75f.)

“[…] das ich gesund werde, aber ich glaube das macht nicht das Pflegepersonal, sondern die Ärzte, das sie mich gesund machen.“ (P19, Z. 101ff.)

Auf die Frage nach einem gelungenen Aufenthalt im Akutspital nennen die Patient_innen ihre Genesung sowie das damit verbundene ärztliche Handeln, wie etwa gelungene medizinische Eingriffe. Außerdem soll sich die Gesundheit nicht verschlechtern, Patient_innen erwarten sich eine fortschreitende Genesung. Eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann daher aus subjektiver Sicht der Patient_innen, als gescheiterter Aufenthalt im Akutspital angesehen werden. Die wichtigste Informationsquelle der Patient_innen sind, wie oben erwähnt, die Ärzt_innen. Das verdeutlicht, dass Patient_innen keine besonderen Erwartungen an das Pflegepersonal während ihres Akutspitalsaufenthalts haben. Patient_innen sehen Pflegepersonen als unterstützend bei der Erreichung ihrer Ziele, da sie es lediglich als Ausführende der ärztlichen Anordnungen betrachten. Patient_innen sind der Ansicht, dass ärztlich angeordnete medizinische Maßnahmen durch das Pflegepersonal auf sie wirken. Somit sehen die Patient_innen die Pflegepersonen als Akteure, die einen Beitrag zu ihrem Genesungsprozess leisten und sind der Ansicht, dass das Pflegepersonal durch Ärzt_innen in ihren Genesungsprozess involviert wird.

> *"Schauen Sie ich erwarte mir vom Pflegepersonal eigentlich nicht vieles […]." (P11, Z. 84ff.)*
>
> *"[…] am Anfang wussten die noch nicht was ich habe, also da waren die Ärzte gefragt." (P2, Z. 158.)*

Die meisten Patient_innen erwarten sich vom Pflegepersonal keine Aufklärung über ihre Erkrankung, aber wenn ihnen das Pflegepersonal eine schriftliche Einverständniserklärung über eine medizinische Behandlung hinterlegt, wenn sie gerade nicht im Zimmer sind, dann wird erwartet, dass darauf hingewiesen wird.

> *"Man unterschreibt, dass man die Broschüre bekommen hat und das wird einfach aufs Nachtkästchen gelegt, du weist gar nicht was du da bekommst, aber das ist eigentlich eine Kleinigkeit […] vielleicht einen Satz dazu […] Unterlagen sind da, also gut ich war in einer nicht so schlechten Verfassung, dass ich das nicht lesen hätte können, was sie mir zum unterschreiben gegeben haben." (P2 ,Z 83ff.)*

Nur eine kleine Anzahl an Patient_innen erwartet sich vom Pflegepersonal Information in Bezug auf ihre Erkrankung (3 von 20). Die meisten (17 von 20 der interviewten Patient_innen) erwarten sich von den Pflegepersonen aber keinerlei Informationen zu ihrer Erkrankung. Die Patient_innen dürften erkennen, dass die Pflegepersonen bei derartigen Fragen manchmal an die Grenzen ihrer Kompetenzen stoßen.

I: Und zur ihrer Erkrankung, hatten sie auch Erwartungen an das Pflegepersonal zur Information über ihre Erkrankung?

P: Ja, z. B. wie viele Einheiten ich spritzen muss, wegen Insulineinstellung, also solche Fragen kriege ich schon beantwortet, oder wenn sie sich nicht auskennen […] dass eben der Arzt gerufen wird. (P12, Z.25ff.)

"Naja, wenn ich gefragt habe, was ich habe, weil ich nicht gewusst habe, was ich habe, dann hat sie [Pflegeperson] gesagt, Auskunft gibt mir dann bei der Visite die Ärztin. Ich habe Lungenentzündung, aber was genau ist [wurde mir nicht gesagt]?" (P5, Z. 91ff.)

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass Patient_innen gegenüber den ärztlichen Vorgaben sehr fügsam sind.

9.1.4 Kategorie: Position der Wartenden

Die Patient_innen sind im stationären Bereich des Akutspitals häufig damit konfrontiert, warten zu müssen. Sie können nur wenig Einfluss auf den zeitlichen Ablauf nehmen. Wenn Patient_innen etwas von Pflegepersonen benötigen oder mittels Patient_innenglocke das Pflegepersonal rufen, sind sie zumeist in der Position der Wartenden.

Die Patient_innen versuchen die Erledigung ihrer Anliegen nicht zeitlich zu steuern. Sie akzeptieren das Warten und kalkulieren es mit ein, da sie sehen, dass das Pflegepersonal unter Mehrfachbelastung leidet, seine Tätigkeiten unter Zeitdruck verrichten muss und der Arbeitsalltag des Pflegepersonals von hohem Arbeitsaufwand geprägt ist. Die Patient_innen nehmen darauf Rücksicht, machen keine Zeitvorgaben, und geben dem Pflegepersonal Spielraum bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse.

" […] sie [Pflegeperson] rennt schon wieder dort und dort, da ist schon wieder der nächste [Patient] und dann frage ich sie: Schwester wenn Sie ein paar Minuten Zeit für mich haben, bitte kommen Sie vorbei. Dann kommt sie und fragt, was wollen Sie. Also, bisschen, bisschen zu wenig, weil die armen

Teufel können auch nichts machen, sie können nicht mehr als arbeiten.“ (P5, Z41ff.)

“Nein, nein ich habe gefragt und gesagt, was Ding ist und wenn Zeit ist machen Sie mir das, ich glaube, dass die Schwestern manchmal überfordert sind.“ (P5, Z.14f.)

Patient_innen unterscheiden in Bezug auf das Warten dringende und nicht dringende Situationen. Bei der Befriedigung dringender Bedürfnisse spielt der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle. In diesen Situationen, ist es für Patient_innen besonders wichtig, dass das Pflegepersonal die nötigen Maßnahmen besonders schnell umsetzt.

“Man [Pflegepersonal] kann im Vorhinein nicht unterscheiden was ist los, manche haben nur Durst, manche wollen nur was gewechselt haben, andere müssen dann aber dringend aufs Klo, das war bei dem Herren der Fall der ganz in der Ecke hinten saß, das Problem war, er konnte es einfach nicht halten, hat drauf gedrückt und musste schon sofort auf die Toilette und hat schon eingenässt, aber man weiß eben nicht ob es akut ist oder nicht, in solchen Situationen ist es dann schon wichtig, dass man [Pflegeperson] schnell kommt.“ (P 16, Z.94ff.)

Wird nicht unmittelbar auf die dringenden Anliegen der Patient_innen reagiert und sind sie dann darauf angewiesen zu warten, kann das zu Nachteilen für sie führen.

P: Oder wenn ich die Schüssel gebraucht habe, da ist schon jemand gekommen, aber dann habe ich, wer weiß wie lange, auf der Schüssel gewartet, bis wer gekommen ist.

I: Aber haben Sie da nicht geläutet?

P: Oh, ja, da habe ich schon geläutet, dann hat sie [Pflegeperson] gesagt, ja gleich, gleich. Dann irgendwann ist sie gekommen und hat mir die Schüssel weggenommen. Da sind zu viele Leute glaube ich, die Patienten. Die kommen gar nicht nach […]. Da ist der und der. (P 6, Z. 26ff.)

Sollte nach Einschätzung der Patient_innen eine zeitliche Verzögerung einer pflegerischen Maßnahme ihre Genesung beeinträchtigen, würden sie beim Pflegepersonal intervenieren.

„Ja nachdem ich durch die lange Zeit mitkriege, dass z. B. in der Nacht sind nur zwei Pflegepersonen, wenn es nicht wirklich dringend notwendig ist mein Anliegen, dann ok, verschiebt man auf morgen, wenn es z. B. jetzt Nacht wäre, also wenn jetzt wirklich notwendig ist, dann muss ich mich rühren." (P20, Z. 64ff.)

Die Patient_innen wollen auf die Unterstützung des Pflegepersonals unter keinen Umständen warten, wenn sich ihr Gesundheitszustand akut verschlechtert oder wenn sie unter Schmerzen leiden. Unter solchen Bedingungen ist ein Verhalten der Pflegepersonen, das von den Patient_innen als unaufmerksam, wenig engagiert und distanziert gedeutet wird, für sie inakzeptabel und wird besonders negativ gewertet.

Ein Patient berichtet über seine Aufnahme im Akutspital Folgendes:

„Ich bin mit der Rettung hier gebracht worden und dann war ich sechseinhalb Stunden in der Aufnahme, und da sitzt man beim Eingang, wo der Rettungswagen stehen bleibt, da zieht es, Klimaanlage zieht. Pflegepersonal läuft vorbei und ob es kalt ist oder nicht, es interessiert niemand was […] manchmal habe ich den Eindruck, wenn man dort einen Anfall bekommt und es sind in der Nacht keine andere Patienten, merken die das nicht. Also das war eine Tortur. Also dort wird man noch kranker als man schon ist […], weil die Schwestern waren nur in der Ordination [Untersuchungsraum], nicht? Dort, hatte ich keinen Kontakt [zum Pflegepersonal], das ist ja, du bist mehr oder weniger auf sich alleine gestellt, du kriegst nicht zum Trinken, du wirst nicht gefragt, brauchst du eine Decke, Kopfpolster oder irgendetwas, also da kümmert sich keiner darum." (P2, Z. 36ff.)

Der Patient beklagt die schlechten Bedingungen, denen er während des Wartens ausgesetzt ist. In Situationen, in denen der Gesundheitszustand der Patient_innen schlecht ist oder sich akut verschlechtert, haben die Patient_innen den dringenden Wunsch, dass das Pflegepersonal für sie da ist.

Wenn die Patient_innen bei der Erledigung dringender Bedürfnisse warten müssen, haben sie das Gefühl abhängig zu sein. Um mit dieser Abhängigkeit zurecht zu kommen, wenden sie Bewältigungsstrategien an, wie zum Beispiel: einsichtig zu sein, die Situation so zu akzeptieren wie sie ist, Abstriche zu machen, einen Blick in

die Zukunft zu werfen, indem sie sich sagen, dass es schon besser werden wird und dass das Abhängigkeitsverhältnis bald nicht mehr gegeben ist.

Wenn nach Ansicht der Patient_innen Mitpatient_innen zu lange auf die Erfüllung von Bedürfnissen warten müssen, setzen sie sich für deren Interessen ein. Sie läuten die Patient_innenglocke, damit diese die nötige Unterstützung seitens des Pflegepersonals bekommen.

> *" […] oder eben die alte Dame neben mir, die hat auch geläutet und gesagt, es kommt niemand, wenn sie läutet und dann hat sie eben geläutet und dann ist die Schwester gekommen und hat gefragt, wer was braucht, ja dann hat sie gesagt, der Herr wartet schon seit einer Stunde auf sein Getränk". (P16 ,Z. 52ff.)*

Die Patient_innen haben zwar Verständnis dafür, wenn sie auf Unterstützung durch des Pflegepersonals warten müssen, allerdings lässt sich aus den Beschreibungen der Patient_innen darauf schließen, dass sie es als äußerst positiv bewerten, wenn ihre Anliegen unmittelbar erledigt werden.

> *I: Was macht für Sie einen gelungenen Krankenhausaufenthalt aus?*
>
> *P: Ja, dass wenn man etwas braucht, dass es sich sofort darum gekümmert wird. (P15, Z. 1f.)*

Die Patient_innen machen ihr Wohlbefinden im Akutspital davon abhängig, ob das Pflegepersonal sofort ihre Anliegen erledigt und auf sie eingeht.

> *I: Und was bedeutet für Sie, sich im Krankenhaus wohl zu fühlen?*
>
> *P: Ja, dass die Wünsche erfüllt werden, wenn jemand was braucht, dass sich sofort darum gekümmert wird. (P15, Z.7ff.)*

> *I: Mit welchen Eigenschaften würden Sie eine wünschenswerte Pflegeperson beschreiben?*
>
> *P: Ja, zuvorkommend, nett auf dich eingehend.*
>
> *I: Auf dich eingehend, was ist damit gemeint?*

P: Ja, wenn ich Fragen habe, dass sich darum gekümmert wird, oder wenn ich etwas brauche, dass auch gebracht wird, oder in manchen Spitälern sagt man was und Stunden später kriegt man es. (P12, Z.38ff.)

Die Patient_innen relativieren das Warten. Sie vergleichen ihre Situation im Akutspitals mit jener zu Hause und ziehen den Schluss, dass sie eine Dienstleistung im Akutspital erhalten, und nehmen dafür das Warten in Kauf. Sie sehen eine Pflegeperson in ihrer Gesamtheit – inklusive ihrer privaten Dimension.

" […] weil wenn ich sage höflich bitte, wenn sie [Pflegeperson] Zeit hat, weil es muss ja nicht gleich sein, dann sagt sie ich komm gleich, was will ich mehr, na was will ich mehr, zu Hause muss ich es selber machen, da werde ich bedient, nein, solche Schwierigkeiten habe ich nicht, weil sie tun eh was sie können, also was soll es. Wenn eine Frau [Pflegeperson] Beruf zu Hause Haushalt hat und noch Kinder hat, also was wollen Sie da, was wollen Sie von so einer Frau?" (P5, Z. 128ff.)

Das Verständnis der Patient_innen für die Wartezeiten im Akutspital resultiert zum Teil aus ihren Einstellungen.

"Dass Wartezeiten entstehen ist ganz logisch, zum Kranksein muss man Zeit haben […]." (P7, Z. 7f.)

Die Patient_innen erleben das Warten im Akutspital als "tote Zeit".

Auf die Frage: *"Wie haben Sie das Warten hier im Krankenhaus erlebt?"* antwortet ein 54-Jähriger Patient Folgendes:

*"Ja, ich meine die Hälfte seines Lebens wartet der Patient vergebens. Ja, es ist so […]." (*P20, Z. 76)

Die Patient_innen empfinden während des Aufenthalts im Akutspital, dass sie viel Zeit haben, trotz eigener Aktivitäten keinen Zeitvertreib finden und der Aufenthalt für sie langweilig ist.

I: Wie haben Sie das Warten hier im Akutspital erlebt?

P: […] Ich habe immer was zum Lesen da, ich habe mein Handy immer dabei, mit dem ich mit meinen Freunden kommuniziere, also das geht schon. Natürlich gibt es irgendwann mal Zeiten, da weiß man momentan nicht wirklich

was man machen soll, aber wie gesagt, es bleibt einem nichts anders übrig, nein? (P20, Z. 75ff.)

„[…] erster Tag ich bin krank, ich nur schlafen, legen, zweiter Tag, dritter Tag, aber ist langweilig, so lange schauen nur auf die Uhr, 10: 20h., 10:30h., 10:40h., ja Tag ist so lang.“ (P17, Z. 41ff.)

9.1.5 Kategorie: Sich fügen

Eine sich als zentral herauskristallisierende Kategorie der Patient_innen in Bezug auf ihren Hilfsbedarf ist *Sich fügen*. In den Interviews zeigt sich, dass die Patient_innen Pflegepersonen mit geringen Erwartungen begegnen, keine großen Ansprüche stellen, Angebote seitens der Pflegepersonen überwiegend annehmen und unerwünschtes Verhalten hinnehmen. Die Patient_innen erkennen den hohen Arbeitsaufwand und den Zeitdruck, dem die Pflegepersonen ausgesetzt sind. Sie wollen ihnen dadurch keine Last sein und nehmen Rücksicht auf sie.

“ […] ich will auch kein Pflegepersonal sekkieren, weil ich weiß wie das ist, es liegen viele Menschen da, das Pflegepersonal, wenn mir etwas sagt, das und das muss ich machen da mache ich es halt, auch wenn es mir nicht passt“. (P4, Z. 48ff.)

“Ja wie gesagt, weil die eh genug am Hals haben, wie gesagt, vielleicht etwas schwierigere Patienten und ich muss es nicht unbedingt schwerer machen, als was der Dienst schon ist, nein?“ (P 20, Z. 99f.)

Dementsprechend äußern die Patient_innen zumeist nur die notwendigsten und dringlichsten Anliegen gegenüber dem Pflegepersonal. Sie vermeiden direkte Kritik.

I: Warum glauben Sie äußert niemand Kritik zum Pflegepersonal?

P: Weil wir wissen, dass es schwer ist, es sind Einsparungsmaßnahmen, sie sind überfordert. (P16, Z. 151f.)

Sie rechtfertigen dieses Verhalten im Nachhinein, indem sie die positiven Erfahrungen, die sie im Akutspital gemacht haben, hervorheben, die schwierigen Situationen mit dem Pflegepersonal relativieren und ihr eigenes Verhalten dabei

hinterfragen. Für viele Patient_innen ist das Anbringen von Kritik im Lichte einer anstehenden Entlassung von geringerer Bedeutung. Schließlich dominieren die Vorfreude auf das Zuhause und die gewohnte Umgebung.

Die Patient_innen fügen sich dem Pflegepersonal, weil sie dieses als Ausführende der ärztlichen Anordnungen sehen. Sie sind der Meinung, dass die medizinischen Maßnahmen durch das Pflegepersonal auf sie wirken und erachten diese für ihre Genesung als essentiell. Mit der Haltung sich „*zu fügen*“, zielen die Patient_innen darauf ab, den eigenen Genesungsprozess nicht zu behindern und indirekt zur Verbesserung ihrer Gesundheit beizutragen. Die Patient_innen sehen das Pflegepersonal als unterstützend bei der Erreichung ihrer Ziele an. Aus diesem Grund befolgen sie die Anordnungen des Pflegepersonals mit sehr wenigen Ausnahmen beinahe ohne Wiederstand. Die Verbesserung der Gesundheit oder bestenfalls die Genesung, sind die obersten Ziele der Patient_innen im Akutspital.

> *“Solange man die Medizin bekommt, und man nicht kränker wird als vorher läuft alles gut.“ (P16, Z. 162ff)*

Die Patient_innen haben nur bei der Menüauswahl den Eindruck, selbst entscheiden zu können. Hinsichtlich der Körperpflege nehmen sie nicht wahr, dass sie über den Zeitpunkt und das Ausmaß der pflegerischen Unterstützung, wie beispielsweise, dass nur der Rücken gewaschen wird, mitentscheiden können.

Es konnten weitere Detailergebnisse ausgearbeitet werden, bei denen ein Einfluss auf das Verhalten der Patient_innen *“Sich fügen*“ ermittelt werden konnte. Die anfängliche Annahme, dass Spitalsvoraufenthalte der Patient_innen einen Einfluss auf die Dauer des gegenwärtigen Aufenthalts und auf das Verhalten der Patient_innen in Bezug auf das Machtverhältnis in der pflegerischen Beziehung haben könnte, kann durch die Interviews nicht bestätigt werden. Als altersspezifisches Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Gruppe der älteren Patient_innen (ab 70 Jahren) in der pflegerischen Beziehung den Grundlagen des guten Benehmens folgt. Sie empfinden ein Hinterfragen oder Ablehnen der pflegerischen Maßnahmen als unhöflich und wollen so gegenüber dem Pflegepersonal nicht auftreten und fügen sich. Weiteres scheint auch die Persönlichkeit und die individuelle Einstellung der Patient_innen im Verhalten mit dem Pflegepersonal eine Rolle zu spielen. So schildert ein Interviewteilnehmer, wie er auf die Anweisungen des Pflegepersonals reagiert:

„[…] also wenn Sie zu mir sagen, bitte stehen Sie auf, für mich ist das ein Anstand dass ich aufstehe und Sie ihren Job machen lasse, wenn Sie das als Pflegeperson zu mir sagen, das ist automatisch das ich aufstehe“. (P11, Z. 138)

Im Zuge der Interviews wurden die Patient_innen mit der Frage konfrontiert, unter welchen Umständen sie eine pflegerische Maßnahme ablehnen oder abbrechen würden und sich somit nicht (mehr) fügen würden. Diesbezüglich nennen sie folgende Gründe: unnötige Schmerzen zu haben, sich als “Versuchskaninchen“ zu fühlen, missglückte pflegerische Maßnahmen (z.B. häufiges Verstechen bei der Blutabnahme), Verwechslung mit anderen Patient_innen oder inakzeptables Auftreten der Pflegeperson (z.B. sehr unfreundlich sein, frech sein) Hierzu äußert sich eine 44-jährige Patientin folgendermaßen:

„Ich habe schlechte Venen und wenn jetzt jemand dauernd sticht und aber keine Vene findet und noch einmal, und noch einmal, wo ich da sage, bitte aus, bitte wen anderen schicken, oder einen Arzt schicken, weil das schon sehr weh tut, also da mache ich dann nicht mit, weil meine Venen schon so schlecht sind und die die noch da sind zerstochen werden, also da so Versuchskaninchen sein, das mache ich nicht mit.“ (P12, Z. 55f.)

I: Wie müsste sich eine Pflegeperson verhalten, dass Sie sagen, ich mache das nicht mit?

P: Also, wenn sie mir unsympathisch auffällt, nehme ich an, oder wenn sie natürlich frech […]. (P11, Z. 126f.).

In der vorliegenden Untersuchung konnten für die Kategorie *„Sich fügen“* folgende Erkenntnisse ermittelt werden:

1.) Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Haltung „*sich fügen“.*
2.) Die Patient_innen verfolgen die Grundhaltung „*sich fügen*“, jedoch kommt es vor, dass Patient_innen ihre Anliegen gegenüber dem Pflegepersonal durchsetzen, wenn es um die vitalen Bedürfnisse, wie Durst, aufs WC gehen, geht.

3.) Es konnten keine Patient_innen ermittelt werden, die die grundsätzliche Haltung *„sich fügen“* nicht eingenommen haben.
4.) Die Patient_innen fügen sich, weil sie bisher keine negativen Erfahrungen bezüglich dem Voranschreiten ihres Genesungsprozesses mit dem Pflegepersonal gemacht haben.
5.) Die Patient_innen dulden ein aus ihrer Sicht unerwünschtes Verhalten des Pflegepersonals, solange dieses nicht unmittelbar schädigend auf die Genesung wirkt.

Weitere Aspekte, weshalb die Patient_innen mit der Äußerung von Kritik gegenüber dem Pflegepersonal zurückhaltend sind, sind folgende:

1.) Sie befürchten dadurch Nachteile für ihre Genesung.
2.) Kleinigkeiten wie zum Beispiel ein ausständiger Verbandswechsel, der mit einer zeitlichen Verzögerung durchgeführt wurde, werden nicht als ein Anlass für eine Kritikäußerung angesehen.
3.) Die Patient_innen möchten keine schwierigen Patient_innen sein.
4.) Ein vorhandenes Problem hat sich von selbst erledigt.
5.) Mangelnde Deutschkenntnisse.
6.) Schlechter Gesundheitszustand, körperliche Schwäche.
7.) Konfliktvermeidung
8.) Keine Kritikäußerung im Nachhinein, da nicht in Erfahrung gebracht werden kann, wer die Pflegeperson war.

9.1.6 Kategorie: Zugängliches Pflegepersonal bevorzugen

Die Patient_innen bevorzugen Pflegepersonen mit einer ihnen gegenüber aufgeschlossen Haltung. Eine solche Haltung fördert die Kommunikation der Patient_innen und hat somit einen großen Vorteil für sie. Die Offenheit der Pflegepersonen erleichtert den Patient_innen den Zugang zur Kommunikation, ermutigt sie, Fragen zu stellen um ihren eventuellen Informationsbedarf zu decken. Die Patient_innen wählen offene Pflegepersonen als ihre Ansprechpartner_innen, da ihnen gegenüber Hemmschwellen nicht so groß sind. Die Patient_innen können sich die Pflegepersonen nicht aussuchen, sie finden jedoch trotzdem Wege, sich an eine

Pflegeperson zu wenden, von der sie zuvor festgestellt haben, dass sie für Kommunikation offen ist. Patient_innen beobachten die Pflegepersonen bei der Verrichtung ihrer Tätigkeiten, oder während der Interaktionen mit anderen Patient_innen. Hieraus bilden sie sich eine Meinung über sie und schätzten sie ein. Und wenn diese bei Ihnen den Eindruck hinterlassen, dass sie für eine Kommunikation mit Patient_innen offen sind, dann wählen sie sie als Ansprechpartner_innen, wenn sie Bedürfnisse haben oder, wenn sie Informationen benötigen. Eine afrikanische Patientin berichtet:

> *P: Ich bin schon lange im Zimmer, ich sehe dich [Pflegeperson] jeden Tag, vielleicht zwei Mal, jetzt bin ich eine Woche da, ich sehe das, wie die Person ist.*
>
> *I: Wie sehen Sie das?*
>
> *P: Kurz reden. Wenn ich frage dir [sie] antwortet und aus. (P 14, Z. 147 f.)*

Die Patient_innen beobachten die Pflegepersonen. Sie überlegen, wie sie zu etwas kommen, das ihnen wichtig ist. Sie überlegen, welche Pflegepersonen sie wählen, wenn sie Informationen benötigen oder, wenn sie ein offenes Gespräch führen möchten.

Eine afrikanische Patientin wählt den Pfleger Lukas, als ihren Ansprechpartner, weil er für die Kommunikation ihr gegenüber offen ist, er lacht viel. Von diesem Pfleger bezieht sie ihre Informationen.

> *„Ja, ja, ein Herr, das ist der Herr Lukas, der ist sehr nett. Ich frage ihn auch. Der erklärt mir auch, ist auch nett, redet, lacht, macht Spaß.“ (P14, Z. 95ff.)*

Die afrikanische Patientin nutzt die Gelegenheit, Informationen einzuholen, wenn sie sich mit diesem Pfleger ohnehin bereits im Gespräch befindet.

I: Also Sie stellen nur dem Pfleger Manfred Fragen?

P: Ja

I: Warum nur ihm?

P: Ja, weil er ist ein offener Mensch. Reden, lachen, Spaß [machen], fragen, lachen, dann habe ich ja, direkt sofort Fragen [gestellt] und so. Ich liebe die Leute, sie offen,

ich bin so, weil ich bin offener Mensch, ich will auch mit der offener Mensch reden, aber die was sind bisschen zu, ich kann mit solche Leute nicht so viel zu tun [haben] […].

I: Wie verhält sich eine Pflegeperson, wenn sie nicht so offen ist? Wie erkennen Sie das?

P: Ich sehe sie nur so, was du brauchst, [was ich brauche] rede ich, was du brauchst nicht [was ich nicht brauche], dann mit solche Leute kann ich nicht weiter reden. (P14, 136ff.)

Ein jüngerer Patient, 20 Jahre alt, wendet sich mit seinen Anliegen lieber an eine Pflegeperson, die er bereits kennt.

> " *[…] die eine, was so Witze gemacht hat, die habe ich schon öfter gefragt, sobald ich sie gesehen habe, bin ich zu ihr gegangen, wenn ich was gebraucht habe […]." (*P15, Z. 41ff.)

Eine offene Haltung der Pflegepersonen gegenüber den Patienten ermutigt diesen zu *small talk:*

> *„Also mit diesem Pfleger rede ich sehr, sehr locker, sage ich einmal. Das ist ein junger Pfleger, der ist engagiert und man kann unheimlich gut mit ihm sprechen. Wir haben ein paar Worte gewechselt, aber fragen Sie mich jetzt bitte nicht, um was da genau gegangen ist." (P20, Z. 37ff.)*

Pflegepersonen, die in der Kommunikation kurz angebunden sind, wünschen sich Patient_innen nicht. Aber sie können sich die Pflegepersonen nicht aussuchen.

> *I: Welche Pflegeperson würden Sie nicht wollen?*
>
> *P: Na, ja wie soll ich sagen, die halt mürrisch ist, aber das ist nicht da.*
>
> *I: Und was meinen Sie mit mürrisch?*
>
> *P: Na ja, kurz angebunden und so halt, nicht?*
>
> *I: Und kurz angebunden, was bedeutet das?*
>
> *P: Na ja, das sie nicht aufklärt oder so irgendwie, das was passiert. (P7* ,Z.55 ff.)

„Ja, es ist ein Pfleger der vielleicht ein bisschen, wie soll ich sagen, reservierter ist. Okay zu dem finde ich auch einen schlechteren Zugang (…).“ (P20, Z.115ff.)

Die Patient_innen unterscheiden zwischen den einzelen Pflegepersonen. Sie berichten dass es Pflegepersonen gibt, welche nett, freundlich und zuvorkommend sind aber auch solche, die mürrisch sind, wenig sprechen und Pflegehandlungen nicht erklären.

Für die Patient_innen spielt es eine große Rolle, ob Pflegepersonen zu ihnen freundlich sind oder nicht. Das erwähnen fast alle interviewten Patient_innen. Sie erwarten sich vom Pflegepersonal, dass sie zuvorkommend, nett und höflich sind und ihnen entgegenkommen.

I: Mit welchen Eigenschaften würden Sie eine wünschenswerte Pflegeperson beschreiben?

P: Ja, zuvorkommend, nett auf dich eingehend. (P12, Z. 39f.)

Episoden, bei denen eine Pflegeperson einmal nicht freundlich war, werden von den Patient_innen sehr detailliert beschrieben, selbst wenn diese schon länger zurückliegen.

Die Patient_innen hätten gerne mehr persönliche Kontakte zum Pflegepersonal. Sie erwarten aber diese nicht, weil sie sehen, dass das Pflegepersonal viel zu tun hat.

“*Vielleicht mehr auf die Patienten eingehen, vielleicht bisschen mehr geselliger [sein].“ (*P11, Z. 84)

Bei Pflegepersonen, die sich auf das Notwendigste in der Kommunikation mit Patient_innen beschränken, fühlen sich Patient_innen nicht wohl. Gegenüber solchen Pflegepersonen drücken sie nur ihre unmittelbaren Bedürfnisse aus, aber nichts darüber hinaus.

Die Patient_innen bevorzugen eine heitere offene Atmosphäre.

“[…] die eine war aus der Steiermark, die eine war aus München, die waren lieb, das war super, die haben Spaß gemacht, die passen ins Krankenhaus, die haben wirklich mit allen geredet, da ist gelacht worden […].“ (P4, Z. 114ff.)

Eine heitere offene Atmosphäre steigert das Wohlbefinden der Patient_innen.

P: […] manche haben auch versucht, also eine war auch so, sie hat versucht bisschen Witze zu machen, aufzuheitern.

I: Und wie haben Sie das erlebt? Also das war eine Schwester, eine kleinere, und sie war lustig, hat auch selber viel gelacht und uns so halt mit ihrer Freude angesteckt.

I: Und das hat Ihnen gut getan?

P: Ja schon sehr gut, ja dass man sieht, dass die auch glücklich ist.

I: Und wenn eine Pflegeperson z. B. gar nichts sagt, was fühlt dann der Patient? Wenn sie z. B. kommt und nur die Arbeit verrichtet?

P: Ja, das ist dann schon halt demotivierend, das zieht wahrscheinlich auch einen runter, weil man sich denkt, ja die hat auch keine Lust. Ich liege hier, ich habe auch keine Lust, wahrscheinlich so denkt er sich.

I: Würden Sie das auch so empfinden?

P: Ja, wahrscheinlich, aber mich würde es nicht so stören. Sicher ist es angenehmer, wenn die freundlich sind hier. (P15, Z. 247ff.)

Das Pflegepersonal ist im stationären Bereich eines Akutspitals ist der erste Ansprechpartner für Patient_innen. Eine gelungene Kommunikation mit dem Pflegepersonal gilt für Patient_innen als Teil eines gelungenen Akutspitalaufenthalts, da mittels gelungener Kommunikation auf ihre Anliegen wird.

I: Was macht für Sie einen gelungenen Krankenhausaufenthalt aus?

P: Eine Rundum- Betreuung, eben während der Betreuung dass man alles melden kann. Dass man alles sagen kann und dass darauf eingegangen wird.

I: Und wer soll darauf eingehen?

P: Sowohl Schwestern, wie Ärzte, nein? Wenn ich das der Schwester melde, dass sie das weitergibt. (P10, Z. 16ff.)

9.1.7 Kategorie: Strategien um Anliegen durchzusetzen

Die Patient_innen müssen Pflegepersonen ihre Anliegen zum richtigen Zeitpunkt kommunizieren und manchmal wiederholt auf ihre Anliegen hinweisen. Die Kategorie *Strategie um Anliegen durchzusetzen* steht im Gegensatz zur Kategorie *Sich fügen*. In dieser Kategorie werden verschiedene Durchsetzungsstrategien der Patient_innen dem Pflegepersonal gegenüber dargestellt und analysiert.

Zusätzlich wurden Bedingungen ermittelt, die die Durchsetzung der Patient_innen erleichtern, nämlich die Unterstützung durch Mitpatient_innen. Patient_innen nehmen teilweise auch den Hilfebedarf der pflegebedürftigen Mitpatient_innen wahr und setzen sich dafür ein, wenn sie eine unrechte Behandlung bei diesen vermuten.

> *"[…] man beobachtet wenn jemand im Zimmer liegt und neben mir liegt eine bettlägerige Person, die ein bisschen jammert, etc. dann ich schaue dann schon wie Pflegeperson diejenige behandelt, also da greife ich schon dann ein, wenn ich sehe, dass sie schlecht behandelt wird, oder wenn z.B. die kann nicht alleine Essen und wenn ich sehe, dass das Frühstück auf den Tisch einfach hin geklatscht wird, oder ja, isst, oder isst halt nicht also da mache ich nicht mit, also da melde ich mich dann schon zum Wort und sage hallo so nicht." (P 12, Z.62ff.)*

Folgende Strategien der Patient_innen zur Durchsetzung ihrer Anliegen wurden ermittelt:

Sich beschweren

Im pflegerischen Interaktionsprozess setzt sich eine Patientin bei der Pflegeperson durch, indem sie darauf besteht, dass ihr Wunsch gemäß ihren Vorstellungen erfüllt wird, indem sie eine Beschwerde wegen der Unfreundlichkeit der Pflegeperson äußert. Die Patientin übt diesbezüglich eine offene Kritik an die Pflegeperson. Daraufhin erfüllt die Pflegeperson den Wunsch der Patientin. Sie nimmt keine verbale Stellungnahme zu dieser Kritik, reagiert jedoch nonverbal darauf:

Ein Patient erzählt aus seiner subjektiven Sicht über eine von ihm beobachtete Interaktion zwischen einer Patientin und einer Pflegeperson:

P: Da gab es dann einen Zwischenfall mit einer Frau, das sich beschwert hat, dass Pflegepersonal war auch so unfreundlich bei der Aufnahme, weil die Pflegeperson ihr was gebracht hat, das wollte sie nicht und die Pflegeperson hat die Augen verdreht und ist weggegangen.

I: Was hat die Patientin gesagt?

P: Ja, die hat sich beschwert, das sie unfreundlich sind und dass sie freundlicher sein können. Dann hat die Pflegeperson nichts mehr gesagt. Die Pflegeperson hat nichts dagegen gesprochen, ja sie hat nur gesagt, ich bringe Ihnen das.

I: Hat sich dann die Pflegeperson bei der Patientin entschuldigt?

P: Das glaube nicht, dass sie sich entschuldigt hat. (P15, Z.36ff.)

Etwas mit Nachdruck einfordern

Ein Patient erzählt über eine Erfahrung mit einer Pflegeperson, die er in einem Akutspital vor einigen Jahren gemacht hat. Hierbei weist er die Pflegeperson darauf hin, dass er, trotz seiner Immobilität, noch in der Lage sei, eigenständig zu agieren. Er setzt sein Anliegen durch wiederholtes Verlangen durch:

P: Ich habe einmal einen Fall gehabt. Ich bin nicht sekkant, dass ich da, bitte bringen Sie das, bitte bringen Sie das. Weil es gibt manche die sekkieren, ich nicht und ich habe irgendwas wollen. Ich habe Bypass [Operation] gehabt. Ich bin so gelegen im Bett und ich sag, können Sie mir bitte bringen ein Tee oder irgendwas und die hat mich ganz ignoriert und so.

I: Eine Pflegeperson?

P: Ja, ja, sie sagt ich komm wieder. Ich habe gesagt, bitte haben Sie mich falsch verstanden, sie gibt keine Antwort. Vielleicht hat sie zu Hause irgendein Problem. Sie denkt auf was anders, kann ja auch sein, und dann habe ich gesagt, passen Sie auf, ich sage Ihnen was, seien Sie so lieb bringen Sie mir das, ich bin nicht da deppert, ich bin nur operiert, habe ich gesagt, und auf das hinauf hat sie das gebracht. Aber wissen Sie wäre ich nicht so, weiß ich nicht ob sie das auch gemacht hätte, ich habe gesagt hirndeppert bin ich nett, ich

will nur, bitte bringen Sie mir Tee. Ich kann nicht aufstehen, und dann ist kommen, bitte brauchen Sie was? Da habe ich mir gedenkt, siehst musst so reden. Das ist mir einmal passiert, aber sonst mit aller Achtung, wenn ich was will. (P4 ,Z. 13ff.)

An der eigenen Meinung festhalten - auf etwas bestehen

Eine türkische Patientin weist eine Pflegeperson auf ihre körperliche Handlungsunfähigkeit hin und trotz einer gegenteiligen Meinung der Pflegeperson lässt sich die Patientin von ihrer Meinung nicht abbringen, wodurch sie sich gegenüber der Pflegeperson durchsetzt. Dieses Verhalten der Patientin löst bei der Pflegeperson Frustration aus. Die Patientin berichtet, dass sie sich durch dieses Verhalten der Pflegeperson emotional negativ berührt fühlt:

P: Erster Tag, ich kann nicht aufstehen, ich bin Operation, ich sage bitte Tee oder Wasser bringen, sie [Pflegeperson] sagt, ich kann aufstehen, ich [sage] heute erste Tag ich Operation, ich kann nicht aufstehen, tut mir leid.

I: Und hat sie Ihnen das Getränk gebracht?

P: Bringen - aber so ungern, sowie schlägt mir, aber warum, deiner Job, du musst gemacht, Geld nehmen, ich zahle auch, du nehmen auch. Nein gefällt mir nicht, ich bin traurig, warum so? […]. (P17, Z. 12ff.)

Verlangen

Eine Patientin verfolgt hier die Strategie, nicht abzuwarten um etwas Gewünschtes vom Pflegepersonal zu erhalten, sondern ergreift selbst die Initiative und verlangt es.

P: Ich nehme ständig ab und da gibt es das Fortimel, das ist Aufbaumittel, aber von selbst hätten [Pflegepersonen] es mir nicht gegeben.
I: Aber als Sie es verlangt haben?
P: Dann habe ich es gekriegt, aber du musst sie aufmerksam machen, dann bekommst du es, aber von selbst nicht und der Speiseplan, darauf hat uns auch niemand aufmerksam gemacht, dass wir innerhalb von drei Spießen

wählen können, also das muss ich auch kritisieren. Aber ansonsten war alles [in Ordnung], wenn Sie verlangen das, dann kriegen Sie es, aber nur müssen Sie es verlangen. Da kann man läuten, dass Schwester kommt und dann verlange ich, wenn ich etwas brauche. (P3 ,Z. 57ff.)

Lauter Hilferuf

Eine Patientin ist seit sieben Tagen bettlägerig und liegt, aufgrund von hohem Blutdruck, im Überwachungszimmer. In einer Situation, wo sich ihr Gesundheitszustand akut verschlechtert, erbricht sie und schreit um Hilfe. Ihre Strategie zielt darauf ab, die Pflegepersonen schnellstmöglich zu sich zu rufen, die gerade im Zimmer sind. Als die Patientin um Hilfe schreit, wird dies vom Pflegepersonal als eine akute, für die Patientin bedrohende Situation angesehen. Das Pflegepersonal agiert in solchen Situationen sehr schnell.

P: Oder wenn es mir schlecht gegangen ist, zwei Mal habe ich gebrochen und da ist sie [Pflegeperson] gleich zu mir gekommen.

I: Haben Sie geläutet?

P: Nein, ich selber habe nicht mehr läuten können […] habe ich eh dann mehr geschrien, weil die [Pflegepersonen] waren eh gerade im Zimmer […]. (P19, Z. 25ff.)

Oftmaliges Läuten – beharrlich sein

Die Patient_innen läuten beharrlich die Patient_innenglocke, wenn sie Unterstützung des Pflegepersonals bei der Befriedigung ihrer vitalen Bedürfnisse benötigen, wie zum Beispiel einen Toilettengang oder einen Leibstuhl benötigen oder wenn sie Durst haben und das Pflegepersonal, um ein Getränk ersuchen möchten. Die Patient_innen nutzen auch die Gelegenheit, wenn eine Pflegeperson ins Patient_innenzimmer kommt und sprechen diese an, um Bedürfnisse auszudrücken oder offene Fragen zu klären.

I: Wie haben Sie an das Pflegepersonal weitergeleitet, das was Sie gebraucht haben?

P: Da musst du läuten, dann kommt das Pflegepersonal zu dir und fragt dich, was du brauchst.

I: Haben Sie noch andere Wege benutzt um das Pflegepersonal zu kontaktieren?

P: Ja ,die kommen ab und zu, die kommen zwischendurch immer, sie gehen rein, raus, rein, raus und wenn ich da Fragen habe, dann habe ich auch gefragt, natürlich. (P19 ,Z. 13ff.)

"Im Überwachungsraum, da waren sechs Patienten, drei Männer drei Frauen, die hatten unterschiedliche Operationen, manche sind bettlägerig […] die Herren [haben] doch fast jede Stunde geläutet […]." (P16 ,Z. 4ff.)

In Situationen, in denen das Pflegepersonal andere Prioritäten hat, müssen die Patient_innen viel Einsatz leisten und beharrlich sein, wenn sie das Pflegepersonal kontaktieren möchten.

"Wenn du was gebraucht hast, hast du müssen 100 Mal läuten, dass überhaupt wer kommt." (P6 ,Z.17)

Lauter und auffälliger auftreten

Die Patient_innen erhöhen gelegentlich die Stimmlage, wenn sie dem Pflegepersonal ihr Anliegen mitteilen wollen.

" […] also ich wenn ich etwas möchte, stehe ich halt auf und hole mir das, oder ich mache mich öfter bemerkbar, oder ich spreche lauter oder läute öfter […]." (P16, Z. 78ff.)

Gelegentlich Mitpatienten um Unterstützung bitten

Wenn Patient_innen einen Hilfsbedarf haben, bitten sie gelegentlich Mitpatient_innen um Unterstützung, damit der Kontakt zum Pflegepersonal hergestellt wird, zum Beispiel, wenn die Patient_innenglocke nicht funktioniert. Die Intervention der

Mitpatient_innen beim Pflegepersonal führt dazu, dass das Pflegepersonal auf den Hilfsbedarf reagiert.

> *„Ja, das haben wir auch schon gemacht, dass die anderen [Patient_innen] für uns läuten, weil gestern, zum Beispiel, ist meine Glocke kaputt gegangen und hat Störung gezeigt, ich habe gebeten die andere [Patientin], ob sie mir läuten kann, weil ich habe aufs Klo müssen." (P19, Z. 38ff.)*

Gelegentlich Familienangehörige einbinden:

Die befragten Patient_innen bitten gelegentlich Familienangehörige ihre Anliegen beim Pflegepersonal anzubringen.

> *P: […] oder ich habe gewartet bis meine Eltern kommen. Die haben mir dann geholfen [...].*
> *I: Wie haben Ihnen die Eltern geholfen?*
> *P: Die sind zur Schwester gegangen und haben gefragt, ob sie für mich ein Leibstuhl holen können […]. (P19.Z. 41ff.)*

Zusammenfassend wurden folgende Strategien des Pflegepersonals in Pflegesituationen, in denen sich Patient_innen nicht fügen, ermittelt: nicht mehr dagegen sprechen, Einsatz nonverbaler Kommunikation wie Augen verdrehen, keine Stellungnahme zur offenen Kritik der Patient_innen nehmen, sich bei Beschwerden der Patient_innen nicht entschuldigen, angeforderte Getränke so energisch auf den Tisch stellen, dass es eine Patientin so empfindet, als hätte sie von der Pflegeperson körperliches Leid erfahren.

9.2 Seite des Pflegepersonals

9.2.1 Kategorie: Strukturelle Rahmenbedingungen

Unter strukturellen Rahmenbedingungen wird in dieser Dissertation, der von Patient_innen wahrgenommene organisatorische Rahmen verstanden, in dem Patient_innen im stationären *Setting* des Akutspitals Unterstützung vom Pflegepersonal erhalten. Aus Sicht der Patient_innen wirken die hierbei entstehenden Impulse indirekt über das Pflegepersonal auf sie ein. Patient_innen sehen ihren eigenen Hilfsbedarf im Kontext der strukturellen Rahmenbedingungen. Diese Impulse beeinflussen ihre Erwartungen und damit auch ihr Verhalten dem Pflegepersonal gegenüber. Die strukturellen Rahmenbedingungen nehmen somit auch einen Einfluss auf die Kommunikation und Interaktion zwischen dem Pflegepersonal und den Patient_innen. Sie haben direkten Einfluss auf die Unterstützungsleistung des Pflegepersonals und diesem Einfluss kann sich, laut den Patient_innen, das Pflegepersonal nicht entziehen.

Die interviewten Patient_innen sind der Ansicht, dass das Pflegepersonal einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt ist. Diese resultiert, ihrer Meinung nach, aus personeller Unterbesetzung. Die Patient_innen nehmen in Zusammenhang mit den Arbeitsabläufen des Pflegepersonals einen Prozess wahr, der durch Stress und Schnelligkeit charakterisiert ist. Sie berichten darüber, dass das Pflegepersonal unter Druck steht. Diese strukturellen Rahmenbedingungen führen die Patient_innen auf organisatorische Mängel zurück, die durch das Gesundheitssystem verursacht sind. Um dem Pflegepersonal nicht zur Last zu fallen, sind die Patient_innen bemüht, mitzuarbeiten und streben nach Selbstständigkeit. Sie erwarten und fordern vom Pflegepersonal nur das Notwendigste, sind zurückhaltend, kooperativ und nachsichtig. Die Erwartungen und das Verhalten in der pflegerischen Beziehung seitens der Patient_innen werden durch deren Wahrnehmungen und individuellen Hilfsbedarf bestimmt.

Im Folgenden werden die, von den Patient_innen wahrgenommenen Aspekte in Bezug auf die strukturellen Rahmenbedingungen im Einzelnen darstellt:

Personelle Unterbesetzung

Die Patient_innen sind der Meinung, dass zu geringe Personalressourcen vorhanden sind, und hierdurch die persönliche Betreuung, das heißt das Eingehen auf die Patient_innen in Mitleidenschaft gezogen wird, z.B. berichten die Patient_innen darüber, dass ihre Bedürfnisse nicht unmittelbar befriedigt werden können. Sie haben den Eindruck, dass das Pflegepersonal überfordert ist. Die Patient_innenstrategien, die angewandt werden, sind es, dem Pflegepersonal verständnisvoll entgegen zu kommen und ihm genügend Zeit zu lassen, um ihre Anliegen zu erfüllen.

P: Da habe ich die Meinung, das Pflegepersonal unterbesetzt ist

I: Und wie sehen Sie das?

P: Ganz einfach, dass sie noch was gleich machen das oder das und das ist unmöglich.

I: Und was macht das Pflegepersonal in solchen Situationen, haben Sie das beobachtet?

P: Die Fräulein Nicole kommt gleich, die hat nur noch das fertig zu machen und das und das geht nicht, ich glaube, dass viele Pflegepersonen überfordert sind und dass sie keine Zeit haben.

I: Und das haben Sie auch bei Ihnen erlebt dass keine Zeit war?

P: Nein, nein, ich habe gefragt und gesagt was Ding ist und wenn Zeit ist, machen Sie mir das, ich glaube, dass die Schwestern manchmal überfordert sind. Es kommt darauf an welche Patient_innen da sind, weil manche sind unanständig, das muss man auch einkalkulieren, also das ist nicht so leicht. (P5, Z. 3ff.)

Die Patient_innen berichten darüber, dass die Bedürfnisse der Patient_innen überwiegend befriedigt werden, wenngleich wenig Pflegepersonal vorhanden ist, und zu viele verschiedene Tätigkeiten auf das Pflegepersonal zeitgleich entfallen.

“Ich meine ich verstehe das, ich verstehe, dass zu wenig Personal ist, sie können sich nicht um alles kümmern, aber wenn ich was gebraucht habe, ist schon jemand gekommen.“ (P6, Z. 137ff.)

Aus Sicht der Patient_innen, besteht Verbesserungspotenzial in Bezug auf ein individuelleres Eingehen des Pflegepersonals auf die Patent_innen. Eine derartige Verbesserung wäre, ihrer Auffassung nach, durch eine Aufstockung der Personalressourcen gegeben.

> *P: Bisschen verbessern kann man schon, alles kann man nicht verbessen, aber bisschen.*
>
> *I: Jetzt wenn sie sagen bisschen verbessen kann man schon, an was denken Sie konkret?*
>
> *P: Auf Patienten mehr eingehen. Aber wenn kein da ist, kann man nicht verbessern*
>
> *I: Wenn was nicht da ist?*
>
> *P: Personal, wenn kein Personal da ist kann man nicht verbessern. (P6, Z. 211ff.)*

Pflegepersonal unter Druck

Die Patient_innen nehmen einen Druck wahr, unter dem Pflegepersonen ihre pflegerischen Tätigkeiten verrichten. Die Arbeitsbelastung macht die gegenseitige Unterstützung der Pflegepersonen erforderlich. Hierdurch kommt es gelegentlich dazu, dass Pflegepersonen eine Tätigkeit an einer anderen Patientin_einem anderen Patienten unterbrechen müssen.

> *"Weil sie ständig, weil wenn die eine Pflegeperson jetzt bei mir ist, ja und etwas machen soll, jetzt ruft die nächste Pflegeperson und sagt, hilf mir, da merkt man, da ist ein Druck dahinter." (P1, Z. 48ff.)*

Die Patient_innen erwarten, aus Rücksicht auf die Arbeitskonditionen des Pflegepersonals keine Leistungen, welche über die grundlegenden Bedürfnisse hinausgehen.

Stress

Die Patient_innen nehmen die Verrichtung der pflegerischen Tätigkeiten in einem Umfeld wahr, welches für die Pflegepersonen von Stress geprägt ist. Sie befürchten, dass die existierenden Personalressourcen dazu führen könnten, dass das Pflegepersonal seinen Aufgaben nicht mehr entsprechend nachkommen kann.

> *"Ja, doch, das Pflegepersonal ist dann wirklich, muss ich sagen, gestresst, es würde vielleicht mehr Personal gehören, weil sie ja doch, irgendwann klappt es dann bei ihnen nicht mehr." (P1, Z. 23ff.)*

Schneller Ablauf

Die Patient_innen nehmen die Notwendigkeit der hohen Geschwindigkeit, in der Pflegepersonen sich von Patient_in zu Patient_in bewegen und eine kurze Verweildauer bei einzelnen Patient_innen wahr.

Die Patient_innen erkennen, dass die Ressourcen des Pflegepersonals nicht nur auf sie alleine entfallen, sondern dass diese auch mit anderen Patient_innen geteilt werden. Daher entfällt nur ein kleiner Teil dieser Gesamtressourcen auf eine zu pflegende Person. Sie bemerken, dass das Pflegepersonal von einem zu pflegenden Menschen zum nächsten eilt.

> *"Und wenn das nur Wasser ist ,wenn man läutet ,sie kommen, sie bringen, aber sie laufen gleich weiter, der nächste läutet schon wieder, der will auch was haben." (P1, Z. 84ff.)*

Die Patient_innen erleben das Pflegepersonal als sehr beschäftigt und äußerst mobil.

> *"Sie haben alle ihre Arbeit […] die rennen hin und her." (P7, Z. 89f.)*

Die Patient_innen haben den Eindruck, dass das Pflegepersonal einen umfassenden Aufgabenbereich erfüllt.

> *"Sie huschen hin und her, sie machen alles […]" (P8, Z. 113f.)*

Gangbetten

Die Notwendigkeit auf dem Gang zu liegen, ergibt sich aus der Tatsache, dass mehr Patient_innen aufgenommen werden, als Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Dadurch bekommen manche Patient_innen keinen Platz in einem Zimmer. Die Art der Unterbringung der Patient_innen, die Tatsache, dass das Bett am Gang steht, hat Auswirkung auf deren Privatsphäre. Der_die Patient_in kommt nicht zu Ruhe, kann nicht gut schlafen. Im Zimmer haben die Patient_innen zumindest ein kleines eigenes Revier, das sie am Gang nicht haben. Hierzu kommt die Ungewissheit, wo sie als nächstes einen Platz bekommen werden.

Die Patient_innen erleben das Liegen in Gangbetten als inakzeptabel, da sie sich dem allgemeinen Geschehen des Stationsalltags eines Akutspitals ausgeliefert fühlen und lehnen daher auch das vorübergehende Verweilen in Gangbetten ab. Wenngleich die Patient_innen das Bemühen des Pflegepersonals in Ausnahmesituationen anerkennen, fühlen sie sich durch das Liegen in Gangbetten eingeengt.

> *“ […] und das einzige […] waren die Gangbetten, ich bin auch am Gang gelegen und es war nicht angenehm, alles hörst von rundherum aber ich bin dann gleich in das Zimmer gekommen, aber trotzdem Gangbetten, nein.“ (P1, Z.11ff.)*

> *“Ja rundherum da fühlt man sich wie im Gefängnis, sie [Pflegepersonen] sind zwar sehr bemüht und alles […]“ (P1, Z. 16)*

Gesamtablauf im Akutspital sichern

Die Patient_innen erkennen, dass das Pflegepersonal auch für Organisation und Koordination der Station zuständig ist und den Gesamtablauf auf der Akutspitalstation sichert

> *“Na ja das fängt in der früh an, sagen wir die Tabletten, dann Frühstück und die ganzen Behandlungen, da in dem Spital wird man runter geführt das ist ein weiter Weg und da gibt es Transporteure, die sind auch irgendwie immer im Einsatz, das ist wirklich gut organisiert, ich kann nichts nachteiliges sagen.“ (P7, Z. 100ff.)*

Aus Sicht der Patient_innen leistet das Pflegepersonal eine umfassende Betreuung der Patient_innen.

> *“Ja, Leute die nicht mobil sind, die werden gewaschen. Beim ersten oder bei den zweiten Aufenthalt war ein 91-Jähriger Mann, der ist komplett betreut worden.“ (P7, Z.105ff.)*

> *“ […] also was halt alles anfällt.“ (P7, Z. 111f.)*

Die Betreuung wird seitens des Pflegepersonals rund um die Uhr verrichtet.

> *“Ja, das Essen abräumen, die Urinflasche, in der Nacht steht man nicht so gerne auf, also darum kümmern sie sich, das Pflegepersonal […].“ (P7 ,Z. 113f.)*

Organisatorische Mängel

Ein Patient kritisiert die Umstände unter denen er den Anstieg seiner Blutwerte und der medizinischen Diagnose bei Verdacht auf einen Herzinfarkt abwarten muss wie folgt:

1) Örtlichkeit: Der Patient erachtet den Warteraum der Erstversorgungambulanz, in dem er medizinisch nicht überwacht und pflegerisch nicht beobachtet wird, als ungeeignet für ein Verweilen in seinem beeinträchtigten Gesundheitszustand.

2) Unangenehme Warteposition: Der Patient kritisiert, dass trotz seiner Umstände keinen Liegeplatz bekommen.

3) Raumtemperatur: Der Patient bemängelt die Zugluft aus der Klimaanlage, welcher er ausgesetzt ist.

4) Informationsmangel: Er fühlt sich unzureichend von den Ärzt_innen informiert.

5) Betreuungsmangel: Der Patient empfindet, dass sich niemand um ihn kümmert.

Der Patient führt all diese Faktoren auf organisatorische Mängel zurück. Seinem Empfinden nach führt es unter diesen Umständen dazu, dass sich seine Gesundheit verschlechtert.

> *“Ich bin mit der Rettung hier gebracht worden und dann war ich sechseinhalb Stunden in der Aufnahme, und da sitzt man beim Eingang, wo der*

Rettungswagen stehen bleibt, da zieht es wegen der Klimaanlage. Keine Informationen bekommst du“. (P 2, Z. 24ff.)

„Weil dort kümmert sich niemand um dich, also das ist vielleicht ein organisatorischer Fehler vom ganzen System, du sitzt dort, wie ein Idiot.“ (P2, Z. 150f.)

“Also dass man sechseinhalb Stunden auf der Erstversorgungambulanz warten muss, bis man betreut wird, auch wenn sie mir gesagt haben, dass das mit dem EKG und den Blutwerten erst in ein paar Stunden ansteigt, [ist nicht in Ordnung].“ (P2, Z. 152ff.)

“Also dort wird man noch kränker als man schon ist.“ (P2, Z. 34.)

Einbeziehung von Mitpatienten

Die Patient_innen sind der Ansicht, dass sich das Pflegepersonal aufgrund knapper struktureller Ressourcen auf die Aufmerksamkeit und gegebenenfalls auf Intervention der Mitpatient_innen verlässt.

“Ich glaube man vertraut darauf dass die anderen Patient_innen auch ein bisschen auf die anderen schauen“. (P16, Z. 179ff.)

“Ja ,manchmal habe ich den Eindruck, wenn man dort einen Anfall bekommt und es sind in der Nacht keine andere Patienten da, merken die [ärztliches und pflegerisches Personal] das nicht“. (P2, Z. 30ff.)

Rücksicht nehmen und nach Selbstständigkeit streben.

Die Patient_innen zeigen Verständnis für das Pflegepersonal. Sie sind der Ansicht, dass die anderen Patient_innen gelegentlich schwierig in ihrem Verhalten sein können. Sie sind bestrebt, ein solches, für das Pflegepersonal belastendes Verhalten zu vermeiden, um dem Pflegepersonal nicht noch mehr Arbeit anzulasten. Die Patient_innen sind mit Forderungen an das Pflegepersonal zurückhaltend, denn sie sind der Meinung dass das Pflegepersonal unter hoher Arbeitsbelastung steht.

„[…] ich muss ehrlich sagen, ich bin ein Patient, der dem Pflegepersonal versucht so viel wie möglich an Arbeit abzunehmen, das heißt wirklich mitzuarbeiten.“ (P20, Z. 26f.)

P: […] da sage ich mir ok, die sind eh gestresst genug, weil da doch etliche Patienten sind, teilweise schwierige Patienten, das will ich für mich vermeiden, dass ich ein schwieriger Patient bin.

I: Warum wollen Sie das vermeiden?

P: Ja wie gesagt, weil die eh genug am Hals haben, wie gesagt [...] vielleicht etwas schwierigere Patienten und ich muss es nicht unbedingt schwerer machen, als der Dienst ohnehin schon ist. (P20, Z. 91ff.)

“Im Überwachungsraum, da waren sechs Patienten, drei Männer und drei Frauen, die hatten unterschiedliche Operationen - manche waren bettlägerig, […] also ich konnte dann wieder aufstehen, also mir war es viel lieber nicht eine Last zu sein sondern selbständig zu sein, was auch für die Schwestern angenehm war, weil eine Patientin weggefallen ist, wobei die anderen Herren doch fast jede Stunde geläutet haben, oder geschrien haben.“ (P16, Z. 4ff.)

9.2.2 Kategorie: Unterstützung

Die Patient_innen erwarten vom Pflegepersonal als Untersütztung vornehmlich die Befriedigung ihrer unmittelbaren Bedürfnisse für die sie selbst nicht sorgen können und die Befolgung ärztlicher Anordnungen, die ihrer Genesung dienen sollen. Die Art der Unterstützung, die Patient_innen in den Interviews angeben, umfassen ein weites Spektrum an pflegerischen Tätigkeiten, wobei folgende genannt werden: Individuelle Betreuung und Unterstützung leisten, Körperpflege verrichten, Bedürfnisse befriedigen, Verbände wechseln, Blut abnehmen, Hilfe bei der Berechnung der nötigen Insulineinheiten leisten, Blutdruck messen, Tabletten austeilen, bei der Medikamenteneinnahme helfen, auf den Notfall vorbereitet sein, sofortige Hilfestellung bieten, ärztliche Anordnungen einholen, beraten, Fragen der Patient_innen beantworten, auf Patient_innen eingehen, Benötigtes zeitgerecht

bringen, sich um Wäsche der Patient_innen kümmern, Patienten ankleiden, Betten machen, Hemden wechseln, bei Toilettengang unterstützen, Kontakt zum Arzt herstellen, auf Patient_innenglocke reagieren, Infusionen abhängen, Urinflaschen wechseln, Wunden versorgen, dafür sorgen, dass Patient_innen zu essen und zu trinken haben, Frühstück verteilen, Essen abräumen, Beine bandagieren, machen was anfällt, zum Wohlergehen der Patient_innen beitragen, rundum Versorgung leisten, Patient_innenforderungen erfüllen, sich um die Patient_innen kümmern, Untersuchungen der Patient_innen unterstützen, koordinieren, Gesamtablauf sichern, auf Bedürfnisse abgestimmt handeln, Prioritäten setzen, Patiente_innen auf zu Hause vorbereiten.

Auf die Frage, welche Aufgaben das Pflegepersonal im Akutspital hat, geben die Patient_innen folgende Antworten:

> *"Schauen dass die Patienten richtig gepflegt werden und dass sie das machen, was die Ärzte für Pflege anschaffen und ja dass eben die richtigen Untersuchungen unterstützen sowie eben, ja, Blut abnehmen, wenn ein Patient nur liegen kann, dass die Bettwäsche und auch das Waschen von Patienten übernehmen." (P13, Z. 84ff.)*

> *"Wenn ich krank bin und ich kann das selber leider nicht mehr machen, Waschen, Zähne putzen, wenn ich nicht mehr essen kann, füttern, weil der Nachbar wird gefüttert zum Beispiel, ja solche Aufgaben muss das Pflegepersonal übernehmen, wenn wir nicht in der Lage sind selber diese zu machen." (P19, Z. 89ff.)*

> *"Für Wohlergehen der Patienten zu sorgen, Anweisungen, der Ärzte richtig umzusetzen." (P20, Z. 12f.)*

Die Patient_innen nehmen wahr, dass die strukturellen Rahmenbedingungen einen direkten Einfluss auf die Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals haben. Die daraus entstehenden Impulse wirken indirekt über die Pflegepersonen auf die Patient_innen ein und beeinflussen deren Erwartungen und auch das Handeln des Pflegepersonals gegenüber den Patient_innen. Die Patient_innen bewerten die Arbeitsumstände des Pflegepersonals als schwierig: von ihnen werden personelle Unterbesetzung, hohe Arbeitsbelastung, Stress und Zeitdruck wahrgenommen.

Die Kompetenzen des Pflegepersonals werden hingegen von den Patient_innen in erster Linie in der Ausführung der ärztlichen Vorgaben gesehen. Die Patient_innen sind der Ansicht, dass Pflegepersonen ausschließlich auf Anordnung der Ärzt_innen agieren. Den Patient_innen ist nicht bewusst, dass es Maßnahmen gibt, die vom Pflegepersonal getätigt werden, die sich nicht auf Anordnungen der Ärzt_innen stützen. Einen Kernkompetenzbereich der Gesundheits- und Krankenpflege, in dem das Pflegepersonal eigenverantwortlich agiert, erkennen sie nicht. Methodisches Vorgehen des Pflegepersonals im Rahmen des Pflegeprozesses in diesem Bereich wird von den Patient_innen nicht als Kompetenz wahrgenommen.

> *"Na ja, wie gesagt, die Anweisungen sind von Ärzten, also das Personal, die Schwestern können auch nichts tun, sie können nur tun, oder die Medikamente verabreichen, was die Ärzte vorschreiben." (P17, Z. 17ff.)*

> *" […] aber das sagen ihnen die Ärzte, weil das Pflegepersonal sagt nur das was die Ärzte sagen, und da haben sie gesagt, ja Sie kommen morgen gleich in der Früh dran, da sage ich, hoffentlich […]."* (P4, Z. 67ff.)

Wahrnehmung der Pflegeanamnese

Die Patient_innen erkennen die Pflegeanamnese [Erstgespräch] nicht als ersten Schritt im methodischen Vorgehen des Pflegepersonals. Sie beschreiben die Pflegeanamnese als eine Abfolge von Fragen, die ihnen vom Pflegepersonal gestellt werden. Dem wird von den Patient_innen keine Bedeutung beigemessen. Sie erleben die Pflegeanamnese als Abfragen eines Fragenkataloges und weniger als ein Gespräch.

> *"Ja, ja ich weiß. Das war alles in Ordnung, das ist eine Liste, da ist alles ausgefüllt worden." (P 4, Z. 141)*

Die Patient_innen nehmen die Pflegeanamnese als Routine wahr, die zum Ablauf bei der Aufnahme auf einer Akutspitalsstation dazugehört.

> *I: Wie haben sie sich bei diesem Gespräch [Pflegeanamnese] gefühlt, war das Gespräch offen?*

> *P: Wie soll ich das erklären ,ich finde nichts dabei ,ich habe das gesagt, wann die was gefragt hat oder derjenige, ich weiß das jetzt nicht, war das eine Frau. (P4, Z. 136ff.)*

Mitentscheiden

Nur eine von zwanzig interviewten Patient_innen ist sich ihres Entscheidungsrechts bewusst, sie entscheidet selbst darüber, ob sie eine Pflegehandlung zulässt, oder nicht und erwartet vom Pflegepersonal, dass ihre Meinung akzeptiert wird.

> *I: Und was glauben Sie, wie würde das Pflegepersonal reagieren, wenn Sie sagen würden, nein, da mache ich nicht mit?*
>
> *P: Na ja, dass sie es eigentlich so hinnehmen wie ich es sage, weil das ist mein Körper und entscheiden tue ich und sonst niemand eigentlich drüber. (P12, Z. 73ff.)*

Alle anderen interviewten Patient_innen haben berichtet, dass sie bei der Pflege nicht mitentschieden haben. Einige von ihnen haben das Gefühl, dass sich ihr Handlungsspielraum beim Mitentscheiden in der Pflege auf die Menüwahl des Essens beschränkt, vielleicht aus dem Grund, da hier schriftlich aus mehreren Möglichkeiten gewählt werden kann.

> *I: Haben Sie hier die Möglichkeit bei der Pflege mitzuentscheiden?*
>
> *P: Ja, man kriegt beim Essen eine Liste, die kann man ausfüllen, das habe ich mit meiner Frau ausgefüllt […]. (P7, Z. 128ff.*)

> *I: Welche Möglichkeiten hatten Sie mitzuentscheiden bei der Pflege?*
>
> *P: Eigentlich nicht, nein. (P3, Z. 82f.)*

Entscheidungsmöglichkeiten wie zum Beispiel die Frage, ob der_die Patient_in vom Bett aufstehen möchte, werden nicht als solche gesehen. Dabei wird im Zuge mancher Interviews ersichtlich, dass die Patient_innen beim Waschen oder bei der Mobilisation durchaus mitentscheiden.

> *„Waschen, habe ich gesagt, nein, weil ich mache es selber.“ (P14, Z. 76)*

Eine interviewte Patientin delegiert Entscheidungen an eine Person ihres Vertrauens, ihre Tochter.

> *I: Und wobei haben Sie das Gefühl, dass Sie bei der Pflege mitentscheiden konnten?*
>
> *P: Das macht alles meine Tochter.* (P8, Z. 58ff.)

Eine andere Patientin ist der Meinung nicht bei der auszuführenden pflegerischen Maßnahme mitentscheiden zu können.

> *I: Hatten sie hier die Möglichkeit bei der Pflege mitzuentscheiden?*
>
> *P: Was die Pflege hier betrifft nicht, eigentlich nein […]. (P12, Z. 82f.)*

Grenzen der Kompetenzen erkennen

Die Patient_innen erkennen die Grenzen der Kompetenzen des Pflegepersonals Wenn diese überschritten werden, wenden sich Pflegepersonen an Ärzt_innen, um das gesundheitsbezogene Problem der Patient_in_des Patienten zu lösen.

> *P: […] sie [Pflegepersonen] helfen wenn man was braucht, sie rufen gleich Arzt, wenn irgendwas passiert, das habe ich schon bemerkt, weil wenn mit Patienten irgendetwas ist, wo sie sich selba nicht mehr trauen, dann holen sie den Arzt, also ich fühle mich da eigentlich sehr gut, muss ich sagen mit dem Pflegepersonal […]. (P1, Z. 31ff*.)

> *I: Und da wo Sie […] zum Stützpunkt etwas fragen gegangen sind, was war das?*
>
> *P: Das war wegen dem Bauchschmerzen, wegen der Tablette, aber davor habe ich schon eine verlangt, da war eine Pflegeperson im Zimmer, da habe ich verlangt, ob ich eine haben kann, [der Arzt] wurde angerufen ob sie mir eine geben dürfen, haben sie mir eine geben dürfen […]. (P15, Z. 236ff.)*

Pflegepersonen fungieren für die Patient_innen auch als Kontaktpersonen zu Ärzt_innen, sie haben eine Vermittlungs- und Kontaktherstellungsfunktion.

> *I: Und welche Fragen hatten Sie an das Pflegepesonal?*

P: […], wann wieder ein Arzt da ist, oder das ich mit einem Arzt sprechen möchte, dass sie praktisch das herstellen, oder telefonieren, wenn ich mich mit Medikamenten nicht auskenne. (P 12, Z. 20ff.)

Informationen

Die Patient_innen wenden sich bezüglich wichtiger Informationen an die Ärzt_innen, sie bekommen aber auch vom Pflegepersonal Hilfestellungen zum Umgang mit ihrer Erkrankung.

I: Haben Sie vom Pflegepersonal Informationen bekommen?

P: Beispiel welche Informationen?

I: Zum Beispiel zum Umgang mit Ihrer Erkrankung?

P: Nein, das ist nur der Herr Lukas [Pfleger], was ich habe gesagt, dieser Mann, der hat mir viel erklärt, dass ich aufpassen wegen dieser Essen und das und das, nicht so viel Fett, vielleicht weniger süß. (P14, Z. 167ff.)

I: Hatten sie auch Erwartungen an das Pflegepersonal Informationen zu ihrer Erkrankung zu erhalten?

P: Ja, zum Beispiel wie viele Einheiten ich spritzen muss, wegen Insulineinstellung, also solche Fragen kriege ich auch schon dann beantwortet, oder wenn sie sich nicht auskennen dass eben der Arzt gerufen wird. (P12, Z. 25ff.)

Prioritäten setzen

Die Patient_innen erkennen, dass das Pflegepersonal bei der Verrichtung der Unterstützungsleistungen auch Prioritäten setzen muss. In akuten Situationen, wenn sich der Gesundheitszustand der Patient_innen verschlechtert, leistet das Pflegepersonal sofort Abhilfe.

“Und in der Nacht habe ich gebrauch zum Inhalieren und die eine [Pflegeperson] war auch schnell da.“ (P 6, Z. 28)

Die Bedürfnisse der Patient_innen haben unterschiedliche Prioritäten, was auch Auswirkungen auf die anderen Patient_innen hat, das heißt, diese müssen auf die Unterstützung des Pflegepersonals warten.

“Der Herr links neben ihm, der hat, der hat sich alle Stunde irgendwie angemacht, der müsste ständig gewaschen und gewickelt werden, und das heißt er hatte Priorität, dann die Dame gegenüber von ihm hat ständig geschrien und die Patientenglocke gedrückt, also ich glaube, das waren zwei Patienten, die halt sehr viel Aufmerksamkeit gebraucht haben, und darauf sind die anderen eher untergegangen (…).“ (P16, Z. 29ff.)

Die Aufnahme von Patient_innen auf eine Akutspitalstation hat für das Pflegepersonal auch Priorität. Bei ihrer Versorgung interagieren oft drei Personengruppen: Pflegepersonal, Ärzt_in, Patient_in. Eine Aufnahme bedeutet hohen Arbeitseinsatz für das Pflegepersonal, es ist zu diesem Zeitpunkt hauptsächlich mit der aufzunehmenden Person beschäftigt.

Ein 21-jähriger Patient berichtet über seine Aufnahme auf eine Akutspitalstation:

I: Und wie lange hat das gedauert, die Erstversorgung?

P: Bis ich schlafen konnte?

I: Ja.

P: Ja ,so eine gute Stunde. Zuerst war die Schwester, die mir das erklärt hat mit der Fernbedienung, dann der Arzt, dann der Pfleger der mir nochmal erklärt hat das mit dem wenn ich aufs Klo kann oder so, dass er das sieht dann, weil das macht ein komisches Geräusch, der Monitor, wenn man absteckt, und dann ist ein Arzt zu mir gekommen und hat eben mit mir noch, ja Fragen gestellt und alles, und davor war noch eine Schwester, die hat mir eine Infusion gegeben.

I: Und wie war das als sie zu Ihnen gekommen ist?

P: Sie hat gesagt, mein Kaliumwert ist ein wenig unter dem Durchschnitt und ich muss jetzt für ein paar Stunden die Infusion kriegen, dann hat sie mir noch

*gesagt, das kann manchmal passieren, dass es beginnt zum Brennen dann soll ich sofort Bescheid sagen, dass sie mir es neue machen, also eh alles sofort erklärt, dann ist der Arzt gekommen. (*P 15, Z. 203ff.)

Unterstützungsleistung

Die Patient_innen verinnerlichen den Tagesablauf auf der Akutspitalstation im Laufe ihres Aufenthaltes.

"*Also um 10 Uhr. da kommen sie glaube meistens waschen*." *(P6, Z. 80)*

Die Patient_innen fordern auch aus Eigeninitiative pflegerische Unterstützung an.

"Wenn du gesagt hast, kannst mir den Buckel waschen*." (P6, Z. 74)*

Die Patient_innen berichten, dass Pflegepersonen einerseits die Bedürfnisse der Patient_innen im Rahmen ihrer pflegerischen Tätigkeit wahrnehmen und diese entsprechend erledigen und andererseits die Patient_innen auch nach diesen fragen.

" […] wenn sie [Pflegepersonen] gesehen haben die Urinflasche war entsprechend voll, haben sie automatisch getauscht." (P2, Z.123f.)

" […] sie tun eh viel nachfragen auch, ob wir was brauchen." (P19, Z. 73f.)

Die Patient_innen sind der Ansicht, dass das Pflegepersonal sie kompetent unterstützt. Sie erachten eine Pflegeperson dann als gut, wenn sie für einen reibungslosen Ablauf sorgt.

I: Wie würden Sie eine gute Pflegeperson beschreiben?

P: Das rund herum alles passt […]. (P10, Z. 40f.)

Aus subjektiver Sicht einer Patientin hat das Pflegepersonal ihre Bedürfnisse in der Mehrzahl der Fälle befriedigt.

I: Was würden Sie sagen, wie wurden ihre Wünsche und Bedürfnisse hier vom Pflegepersonal befriedigt. Auf einer Skala von eins bis zehn, eins ist sehr schlecht, zehn ist sehr gut, wie würden sie es einstufen […]?

P: Sechs, sieben (…). (P6, Z. 89ff.)

Diese Patientin vermisst zwar das “Zwischenmenschliche“ seitens des Pflegepersonals, bringt hierfür aber Verständnis auf, da sie die Ursache in den strukturellen Rahmenbedingungen vermutet. Letztendlich sieht sie die Unterstützungsleistung des Pflegepersonals aber als erfüllt an.

> *“Ja schon bisschen besser ja, bisschen mehr eingehen schon, bisschen mehr Fragen, wie geht’s, wie steht´s, geht es ihnen ehhh gut, oder brauchen sie irgendwas oder.“ (P6 ,Z. 222ff.)*

> *“Ich meine ich verstehe das, ich verstehe, das zu wenig Personal ist, sie können sich nicht um alles kümmern, aber wenn ich was gebraucht habe, ist schon jemand gekommen.“ (P6, 137f.)*

Persönlichkeit

Letztendlich sind die Patient_innen der Ansicht, dass die Persönlichkeit der Pflegepersonen eine Rolle spielt, wie pflegerische Unterstützung verrichtet wird. Patient_innen unterscheiden zwischen freundlicheren, aufmerksamen Pflegepersonen, die in der gegebenen Situation das richtige tun und solchen die in den Augen der Patient_innen nur ihre Arbeit verrichten.

> *“ […] es gibt Schwestern die halt freundlicher als andere sind und auch sehen was zu tun ist.“* (P16, Z. 17ff.)

> *“ […] die Schwester, die uns hier betreut in normalen Krankenzimmer ist sehr lieb, bemüht, sehr freundlich, könnte nicht sagen was die besser machen könnte.“ (P2, Z. 80ff*.)

9.2.3 Kategorie: Hohe Arbeitsbelastung

Die Patient_innen nehmen eine hohe Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal wahr. Diese Belastung resultiert, ihrer Meinung nach, aus zwei Umständen:

Erstens sind die Patient_innen krank, körperlich geschwächt und physisch, zum Beispiel in der Bewegung, eingeschränkt. Einige sind multimorbid, bettlägerig oder

operiert. Außerdem befinden sie sich im Extremfall in einem lebensbedrohenden Gesundheitszustand. Sie sind emotional belastet, benötigen Hilfe, Aufmerksamkeit und Betreuung. Hierbei sind Pflegepersonen ihre ersten Ansprechpartner_innen. Das Pflegepersonal leistet für die Patient_innen eine umfassende Unterstützung. Die von den Patient_innen genannten unterstützenden Tätigkeiten des Pflegepersonals sind in der *Kategorie 9.2.2 Unterstützung* aufgelistet. Manche Patient_innen weisen einen besonders hohen pflegerischen Bedarf auf. Das Pflegepersonal ist hierbei besonders schwerer, körperlich belastender Arbeit ausgesetzt. Solche Situationen erfordern, dass bei manchen Patient_innen mehrere Pflegepersonen gleichzeitig beschäftigt sind.

> *"Und die [Patientin] neben mir, die hat so wahnsinnig […] schwere Beine, jetzt muss er [Pfleger] jemanden rufen, weil die müssen den einzelnen Fuß extra ins Bett geben, na alleine schafft er das nicht, nein. Also das habe ich bemerkt. Wie gesagt, da ist gleich einer gekommen, wie er gerufen hat und die haben zusammengearbeitet und das hat funktioniert." (P1, Z. 53ff.)*

> *"Der Herr links neben ihm, der hat, der hat sich alle Stunden irgendwie angemacht, der musste ständig gewaschen und gewickelt werden, und das heißt, er hatte Priorität. Dann die Dame gegenüber von ihm hat ständig geschrien und die Patientenglocke gedrückt. Also ich glaube, das waren zwei Patienten, die halt sehr viel Aufmerksamkeit gebraucht haben." (P16, Z.29ff.)*

Außerdem besteht aus der Sicht der befragten Patient_innen personelle Unterbesetzung. Es wird bemerkt, dass das Pflegepersonal unter Zeitdruck agiert und mehrere Tätigkeiten gleichzeitig ausgeübt werden. Der Arbeitsalltag des Pflegepersonals ist somit durch Schnelligkeit geprägt.

> *"Und das ist und auch wenn das nur Wasser ist, wenn man läutet, sie kommen, sie bringen, aber sie laufen gleich weiter, der nächste läutet schon wieder, der will auch was haben, würde ich sagen, dass das ein wenig, zu wenig Personal ist." (P1, Z. 84ff.)*

Die Patient_innen empfinden, dass das Pflegepersonal seine Tätigkeiten unter Zeitdruck verrichtet.

“Weil sie ständig, weil wenn die eine Pflegeperson jetzt bei mir ist, ja und etwas machen soll, jetzt ruft die nächste Pflegeperson und sagt, hilf mir, da merkt man, da ist ein Druck dahinter.“ (P1, Z. 48ff.)

Die Patient_innen beobachten, dass das Pflegepersonal in seinem Berufsalltag Stress ausgesetzt ist.

“ […] bisschen wenig sind sie, das ist man merkt schon dann den Stress (…), das ist schon dann viel, aber der Patient merkt dann das nicht […]“ (P1, Z. 31ff.)

Diese zuvor genannten Umstände, die das Pflegepersonal in der Unterstützung der Patient_innen prägen, beeinflussen die Erwartungen der Patient_innen und die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung.

P: Na ja, ich kann nicht sagen ich bin so alt, mir ist nicht gut, oder ich bin nicht zufrieden, weil ich alleine bin.

I: Und haben Sie das gesagt?

P: Nein […]. (P8, Z. 87ff.)

I: Haben Sie den Pflegepersonen das gesagt über ihre Gefühle?

P: Nein […] die haben wirklich keine Zeit, sie sind bei der, bei dem und bei dem aber mir fehlt nichts. (P8, Z. 92ff.)

Aus diesem Zusammenspiel der Faktoren, welche die Unterstützung seitens des Pflegepersonals beeinflussen, fordern die Patient_innen von sich aus nur das Notwendigste. Wird ihnen jedoch seitens des Pflegepersonals etwas angeboten, nehmen sie es zumeist in Anspruch.

9.2.4 Kategorie: Emotionaler Beistand

Die Pflegepersonen leisten vor allem für Patient_innen emotionellen Beistand, die alt, bettlägerig, desorientiert und unruhig sind und die Bedürfnisse äußern, welchen die Pflegepersonen nicht nachkommen können, zum Beispiel, wenn Patient_innen in der Nacht Familienangehörige rufen. Emotioneller Beistand der Pflegepersonen wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden der Patient_innen aus.

In Situationen, in denen Patient_innen desorientiert und unruhig sind, wirkt das Pflegepersonal beruhigend auf sie, und geht möglichst intensiv auf ihre Bedürfnisse ein. Eine Patientin erzählt über eine Mitpatientin, welche sich im gleichen Patient_innenzimmer befindet, in der Nacht unruhig ist und die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals benötigt:

> *P: Ja, die hat den Schub von Alzheimer. Sie hat ununterbrochen geläutet, ununterbrochen musste jemand kommen, der Polster ist zu weit runtergerutscht und sie braucht noch da was und sie braucht noch da was und wir haben in der Nacht nicht schlafen können, weil sie angefangen hat, einfach zu schreien, also das ist dann schon bitter für das Pflegepersonal.*
>
> *I: Ja, und wenn das wiederholt passiert ist, wie haben dann die Pflegepersonen reagiert?*
>
> *P: Die sind alle gekommen.*
>
> *I: Aber was haben sie dann zu dieser Patientin gesagt?*
>
> *P: Naja, es ist die Pflegeperson dann gleich gekommen und hat mit ihr gesprochen, es geht schon, hat ihr den Polster wieder so hingelegt, und wenn der Mund zu trocken war, da haben sie etwas gebracht und den Mund eingepinselt, dann haben sie ihr Wasser gegeben, sie wollte kaltes Wasser […] und sie haben sich so bemüht damit sie eben ruhig wird und das Gefühlt hat, [als] wenn sie nur für sie da sind. (P1, Z. 120ff.)*

Ein anderer Patient nimmt ebenfalls wahr, dass das Pflegepersonal die Patient_innen beruhigt, indem sie gut auf sie zuredet.

> *I: Wie passiert das, wie bringt eine Pflegeperson einen Patienten zur Ruhe?*
>
> *P: Zureden und sagen, so weiter und sofort, machen wir das und das, nehme ich gleich Sie dran und zureden, dass es gar nicht zum Ding [Konflikt] kommt.*
>
> *I: Das heißt, wie wirkt es sich auf den Patienten aus?*
>
> *P: Beruhigend, das ist wichtig, ja? (P5, Z. 86ff.)*

Auch mobile Patient_innen, die über einen hohen Grad an Selbständigkeit verfügen, wünschen sich vom Pflegepersonal zwischenmenschliche Nähe und individuelle Betreuung. Wenn es den Patient_innen gesundheitlich schlecht geht, wünschen sie

sich vom Pflegepersonal emotionale Unterstützung, Anteilnahme und dass das Pflegepersonal ihnen beisteht und hilft. Wenn eine Pflegeperson in solchen Situationen nur ihre Arbeit ausführt, sich aber nicht warmherzig gegenüber der Patientin_dem Patienten verhält, genügt das den Patient_innen nicht. Alleine die Kompetenz des Pflegepersonals ist für die Patient_innen in solchen Situationen zu wenig. Empathie ist erwünscht. Wenn der Gesundheitszustand der Patient_innen schlecht ist, wünschen diese sich, dass sie vom Pflegepersonal in einer Atmosphäre betreut werden, welche von Anteilnahme gekennzeichnet ist, und dass nicht alles automatisiert abläuft.

> *I: Und da wo es Ihnen so schlecht gegangen ist, können Sie sich an Situationen mit dem Pflegepersonal erinnern?*
>
> *P: Also da war ein junger Mann, der war sehr nett muss ich sagen.*
>
> *I: Ein Pfleger?*
>
> *P: Pfleger, der war sehr nett, ziemlich warmherzig, er hat schon diesen Eindruck gemacht, also so wie der Mensch hier war, war ok […] er ist mir sympathisch vorgekommen, er war zuvorkommend, sagt man so, das spürt man sofort. (P11 , Z. 106ff.)*

Patient_innen empfinden es als wohltuend, wenn ihnen das Pflegepersonal zuhört.

> *I: Und haben Sie eine Pflegeperson, die auch so nett war oder Ihnen besonders aufgefallen ist, hier erlebt?*
>
> *P: […] ja ,so eine kleine Schwester war da ,die war sehr nett, aber wie die heißt , weiß ich gar nicht ,sie war sehr hilfsbereit und hat zugehört. (P9, Z. 84ff.)*

Eine jüngere Patientin, 46 Jahre alt, berichtet, dass sie ihren Leidensdruck mit dem Pflegepersonal besprechen kann und dass sie das Gefühl hat, das Pflegepersonal kümmere sich um sie.

> *I: Haben Sie mit dem Pflegepersonal ihre Gefühle, Ängste oder Sorgen angesprochen?*
>
> *P: Ja, habe ich wegen der Psyche, weil durch Diabetes […], ich bin depressiv, und es wird dann schon [darauf] eingegangen.*

I: Und wie wird darauf eingegangen?

P: Dass man sich darum kümmert, dass einer mit [mir] eben das bespricht. (P12, Z. 42ff.)

Die Patient_innen erwarten vom Pflegepersonal Fürsorge und emotionalen Beistand, vor allem, wenn ihr Gesundheitszustand schlecht ist oder sich akut verschlechtert.

Ein 58-jähriger Patient beschreibt seine Wahrnehmung und seine Erwartungen an das Pflegepersonal in Bezug auf den emotionellen Beistand während der Wartezeit auf die Auswertung seines Bluttests in der Erstversorgungambulanz da bei ihm Verdacht auf Herzinfarkt besteht, folgendermaßen. Hierbei drückt sich der Wunsch des Patienten aus, dass sich das Pflegepersonal um ihn kümmert, nämlich durch Anwesenheit, Kommunikation, Fürsorge und Aufmerksamkeit.

"Dort [in der Erstversorgungambulanz], zum Pflegepersonal hatte ich keinen Kontakt, das ist ja, du bist mehr oder weniger auf sich alleine gestellt, du kriegst nicht zum Trinken, du wirst nicht gefragt, brauchst du eine Decke, Kopfpolster oder irgendetwas, also da kümmert sich keiner darum. Die haben halt ihre Arbeit gemacht, ja vorbei gelaufen, […] mit den Blutproben […]." (P2, Z. 46ff.)

Wenn sich das Pflegepersonal vor allem auf die Erledigung seiner Aufgaben konzentriert, dem Patienten, nach dessen Ansicht, allerdings keine menschliche Zuwendung zukommen lässt, erlebt es der Patient so, als ob sich das Pflegepersonal nicht um ihn kümmere. Obwohl das diagnostische Verfahren im Gange ist und die Pflegepersonen daran beteiligt sind, fühlt er sich so, als ob er auf sich alleine gestellt wäre. Der Patient empfindet Desinteresse seitens des Pflegepersonals. Fehlender emotionaler Beistand führt dazu, dass sich der Patient noch kränker fühlt, als er schon ist.

"Pflegepersonal läuft vorbei und ob es kalt ist oder nicht, es interessiert niemand was. Ja, manchmal habe ich den Eindruck, wenn man dort einen Anfall bekommt und es sind in der Nacht keine andere Patienten, merken die das nicht. Also dort wird man noch kränker als man schon ist." (P2, Z. 24ff.)

Der Patient wird dann in Folge vom Pflegepersonal in den Raum hineingerufen, wo die Diagnostik erfolgt. Dort erlebt er einen aufgabenorientierten Ablauf seitens des Pflegepersonals und eine rasche medizinische Untersuchung seitens der Ärzt_innen.

Es passiert einiges, vor allem medizinisch- diagnostische Verfahren, alles verläuft schnell, danach ist der Patient wieder im Warteraum, alleine.

> *“Na, dort sind sie freundlich und das ist okay, ja? Aber da ist man nicht lange, da wird das EKG gemacht, Blut abgenommen und dann bist du wieder draußen, dann wartest du eineinhalb Stunden bis was passiert, bis dann das Resultat kommt. In der Erstversorgungambulanz kümmert sich keine Pflegeperson um dich, sicher kommen sie und geben sie dir eine Infusion gegen Schmerzen, aber das war es schon.“ (P2, Z. 56ff.)*

Der Patient meint, in Bezug auf das Pflegepersonal, in der Notfallambulanz:

> *“Ja, da ist das Pflegepersonal praktisch nicht vorhanden […].“ (P2, Z. 64.)*

Kümmert sich das Pflegepersonal nicht liebevoll und freundlich um den Patienten in seiner Not, sondern orientiert sich an rascher Erledigung notwendiger pflegerischer Maßnahmen - also am aufgabenorientierten Ablauf - fühlt er subjektiv, dass das Pflegepersonal gar nicht vorhanden ist.

Nach Auswertung der Diagnostik, wird der Patient auf eine internistische Station gebracht. Er spürt gleich den Unterschied, er fühlt, dass sich das Pflegepersonal sofort um ihn kümmert. Die Pflegepersonen sind bemüht. Er empfindet sowohl seitens des Pflegepersonals, als auch seitens der Ärzt_innen, sofortige Hilfeleistung, die ihn zufrieden stellt.

> *“ […] und dann auf der Station war das wie Tag und Nacht. Da ist man dann sofort freundlich vom Pflegepersonal empfangen worden. Man hat sich sofort um mich gekümmert, ist die Ärztin gleich gekommen. Ja, Pflegepersonen hier auf der Station kann ich nur sagen sind sehr, sehr bemüht, freundlich.“ (P2, Z.59ff.)*

Auf der internistischen Station hat der Patient das Gefühl der Sicherheit, er fühlt sich gut aufgehoben. Das macht es aus, dass der Patient innerlich empfindet, dass jemand da ist.

Die Patient_innen erachten auch ihre Familienangehörige als zuständig für ihre emotionale Betreuung.

> *„Dafür ist die Familie da, mein Mann kommt jeden Tag, er kommt jeden Tag, die Tochter kommt, die Enkeln, die kommen zeitweise, die schreiben ja sms*

Oma wie geht es dir? Wann kommst du nach Hause? Haben sie dir wieder wehgetan? Meine Tochter, wie sie jetzt da war, hat sie gesagt die Enkelkinder können nicht kommen, sie können nicht sehen, wie sie der Oma weh tun, also diese blauen Flecken […]" (P1, Z. 212ff.)

Wiederholte Stationsaufenthalte in einem Akutspital erachten die Patient_innen als einen vorteilhaft für die Beziehung zu den Pflegepresonen. Die Patient_innen haben die Möglichkeit diese besser kennenzulernen, eine tiefere Beziehung zu ihnen aufzubauen. Die zwischenmenschliche Beziehung ist ihnen sehr wichtig. Sie beschreiben diese folgendermaßen: „*offen für Gespräche zu sein*", "*zuhören*", "*warmherzig sein*", "*menschlich sein*", "*freundlich sein*", "*nett sein*."

Die Akutspitalsstation wird durch wiederholte Aufenthalte für die Patient_innen zu einem vertrauten Ort und das Verhältnis zu den Pflegepersonen wird hierdurch auch vertrauter.

" […] ich bin hier schon so, als wenn ich da zu Hause wäre. […] ich kenne schon die meisten [Pflegepersonen]. Auch das ist natürlich ein riesen Vorteil, ganz ein anderes Verhältnis, sagen wir so." (P1, Z. 3ff.)

9.2.5 Kategorie: Warten lassen

Die Patient_innend erleben dass das Pflegepersonal sie warten lässt, wenn Anliegen geäußert werden, aber ihr Gesundheitszustand nicht akut gefährdet ist.

Es gibt verschiedene Gründe, warum das Pflegepersonal Patient_innen warten lässt. Aus der Sicht der Patient_innen ist das Pflegepersonal mit mehreren Anforderungen gleichzeitig konfrontiert. Es wird von den Patient_innen wahrgenommen, dass nicht alle Aufgaben auf einmal erledigt werden können daher werden Prioritäten gesetzt. Daraus ergeben sich für die Patient_innen Wartezeiten, die in vielen Fällen aus einer verzögerten Reaktion des Pflegepersonals auf die Erfüllung der Patient_innenbedürfnisse resultieren.

„Wenn ich geläutet habe, es hat einige Minuten gebraucht, ich habe eine Infusion gehabt und musste auf die Toilette und ich habe auf die Uhr geschaut und es sind schon 10 bis 11 Minuten vergangen" (P16, Z. 91ff.)

“ […] in der Nacht das sie [Pflegepersonen] nicht so schnell kommen aber da sind ja, weiß nicht viele Betten auf der Station, und wenn jeder läutet können sie nicht überall gleichzeitig sein.“ (P19, Z. 51ff.)

„Das Fräulein Nicole kommt gleich, die hat nur noch das fertig zu machen […].“ (P5, Z. 8)

Die Patient_innen berichten über Strategien, welche das Pflegepersonal anwendet, wenn es ihre Bedürfnisse nicht unmittelbar erfüllen kann. Folgende Strategien werden dabei genannt: Zeitfenster ankündigen, sich entschuldigen und vertrösten.

„Sofort, ich mach nur das und bin gleich bei Ihnen […].“ (P 5, Z. 70)

“Na wenn sie [Pflegeperson] zum Beispiel gesagt hat, ich komme gleich, ich muss nur noch die Kartei holen, dann ist sie gekommen und hat gesagt, entschuldigen Sie, ich konnte nicht, weil ich muss zur Visite, oder was weiß ich, sage ich, ist ja doch selbstverständlich, dann ist sie wieder da […]“. (P8, Z. 17ff.)

„Ja, die horchen schon zu, wenn man ihnen was sagt, wenn sie keine Zeit haben, dann sagen sie, entschuldigen Sie, ich habe was zu tun. Ich persönlich gebe der Schwester die Antwort, ich habe kein Stress, ich bin hier die ganze Nacht, zu mir können Sie kommen, wann Sie wollen […]“ (P8, Z. 83ff.)

I: Wenn Sie sich hier aussprechen wollen würden?

P: Dann sagt sie [Pflegeperson] entschuldigen Sie ich habe jetzt keine Zeit, wenn ich Zeit habe, dann höre ich mir das an.

I: Und ist sie dann gekommen?

P: Ja selbstverständlich, da ist es eben gefragt worden was zu Hause ist, ob ich jemanden habe. (P8, Z. 121ff.)

Manchmal müssen die Patient_innen ein wiederholtes Mal die Patient_innenglocke läuten da das Pflegepersonal andere Prioritäten hat.

Es gibt weitere Beobachtungen der Patienten_innen. In Situationen, in denen sich der Gesundheitszustand der Patient_innen akut verschlechtert, schafft das

Pflegepersonal schnell Abhilfe, in solchen Situationen müssen Patient_innen auf die pflegerische Unterstützung nicht warten.

> *“Und in der Nacht habe ich gebraucht zum Inhalieren und die [Pflegeperson] war auch schnell da.“ (P6, Z. 28)*

Schlussfolgernd lässt sich aus den Patient_innenberichten für die vorliegende feststellen, dass das Pflegepersonal meist in angemessener Zeit reagiert, auch wenn Patient_innen oft auf die Erledigung ihrer Bedürfnisse und Anliegen warten müssen,. In wenigen Fällen wurde nach Meinung der Patient_innen nicht ausreichend schnell auf die Anliegen der Patient_innen eingegangen, zum Beispiel bei Befriedigung vitaler Bedürfnisse ist es einmal für einen nicht mobilen Patienten zu spät gewesen. Zwei von zwanzig Patient_innen sehen sich in der Verantwortung sich selbst zu melden, um zu verhindern, dass das Pflegepsersonal zu spät auf ihre Bedürfnisse eingegeht

9.2.6 Kategorie: Zeitbegrenzte Kommunikation

Die Patient_innen beschreiben die Kommunikation mit dem Pflegepersonal als zeitlich beschränkt. Ihrer Ansicht nach haben die strukturellen Rahmenbedingungen einen großen Einfluss darauf, wie das Pflegepersonal die Kommunikation gestaltet.

Die Patient_innen empfinden, dass die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und ihnen von Schnelligkeit geprägt ist. Pflegepersonen sind kurz angebunden, dadurch entsteht wenig Raum für Zwischenmenschliches. Laut den Patient_innen beschränkt sich das Pflegepersonal aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und des dadurch hervorgerufenen Zeitdrucks in der Kommunikation auf das Notwendigste.

> *“ […] eigentlich viel gesprochen ist nicht worden, man hat gesehen, die haben müssen schon gehen, die haben mehr zu tun auch, da kann man nicht, da kann ich jetzt nicht dauernd reden, das mache ich nicht, wem aufzwingen.“ (P 9, Z. 64ff.)*

> *“Sie sind zu kurz da, sie kommen und gehen, und […] sie laufen gleich weiter, der nächste läutet schon wieder […].“ (P1, Z. 91f.)*

Die Verweildauer des Pflegepersonals bei den Patient_Innen wird als kurz beschrieben und ist hauptsächlich auf das Erledigen der pflegerischen Tätigkeiten beschränkt, die Kommunikation dabei mit den Patient_innen wird als spärlich empfunden.

Eine afrikanische Patientin beschreibt die Kommunikation mit einer Pflegeperson während einer Blutabnahme. Die Kommunikation ist äußerst knapp und wird auf das Wesentliche reduziert. Nach einer kurzen Erkundigung zum Wohlbefinden folgt die Ankündigung zur bevorstehenden pflegerischen Handlung.

> I: S*ind Sie heute mit dem Pflegepersonal in Kontakt gekommen?*
>
> *P: Heute, ja.*
>
> *I: Wie war das, können Sie mir das schildern? Ist eine Pflegeperson in Ihr Zimmer gekommen? Was hat sie gesagt?*
>
> *P: Ja, alles ok? Geht's Ihnen gut? Habe gesagt mir geht gut und dann einfach Blutabnahme und ist wieder gegangen.*
>
> *I: Hat diese Pflegeperson noch etwas gesagt, zur Blutabnahme?*
>
> *P: Nein.*
>
> *I: Nur geht's Ihnen gut? Ja, hat mich gefragt, ob mich geht so gut, habe gesagt danke. Muss eine Blutabnahme [machen], […] habe ich gemacht [habe ich machen lassen] dann hat sie mir gesagt wiedersehn.*
>
> *I: Ja und hat sie gesagt für was ist die Blutabnahme?*
>
> *P: Nein.*
>
> *I: Und als sie die Blutabnahme beendet hat, hat sie noch etwas zu Ihnen gesagt?*
>
> *P: Sie hat mir gesagt nur wiedersehn.* (P14, Z. 10ff.)

Die Patient_innen sind der Ansicht, dass Gespräche zwischen ihnen und dem Pflegepersonal in Konkurrenz zu ihrer Arbeit stehen. Patient_innen bemerken, wenn sich das Pflegepersonal die Zeit für ein Gespräch nimmt, ihm diese fehlt, um die Arbeit zu erledigen, denn beides geht nicht.

“Naja längere Gespräche, also dass ist sie nehmen sich zwar die Zeit aber dafür haben sie hinter danach den Druck, weil die fehlt ihnen, die Zeit, sie müssen aber das fertig machen, weil sie müssen es soweit machen, denn der eine läutet und der anderer läutet auch schon wieder, wie will sie kommunizieren, geht nicht.“ (P1, Z. 95ff.)

Die Patient_innen sind in der Kommunikation zurückhaltend, sie haben Verständnis dafür, dass sie mit dem Pflegepersonal nicht alles ausreden können, da sie sehen, dass das Pflegepersonal wenig Zeit hat.

„Da ist die Zeit, bisschen wenig Zeit dass man mit der Schwester etwas ausreden kann, Schwester so oder so oder das oder das, weil sie hat wenig Zeit, ich will sie gar nicht aufhalten, weil der andere Patient wartet auf sie, das ist nicht so einfach, nein?“(P5, Z. 37ff.)

I: Sie haben mit dem Pflegepersonal nicht viel gesprochen?

P: Nein.

I: Warum nicht?

P: Erstens sie haben keine Zeit gehabt und dann, ja, […] ich habe mir gedacht, wenn sie eh so unter Druck stehen, dann brauche ich nicht noch zusätzlich belasten, nein? (P10, Z. 107ff.)

Die Patient_innen nehmen Rücksicht auf das Pflegepersonal und lassen ihm einen zeitlichen Spielraum.

„Schwester wenn mehr Zeit ist, kann ich Sie dann was fragen? Schwester wenn Sie ein paar Minuten Zeit für mich haben, bitte kommen Sie vorbei, dann kommt sie und fragt was wollen Sie?“ (P5, Z. 41ff.)

Die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung ist seitens des Pflegepersonals begrenzt, jedoch nehmen sich die Pflegepersonen gelegentlich die Zeit, um mit den Patient_innen über Privates zu sprechen. Patient_innen empfinden dies als angenehm**.** Sie erzählen in den geführten Interviews gerne von Situationen, in denen sich das Pflegepersonal die Zeit nimmt, um mit ihnen zu plaudern.

Einige Patient_innen würden sich gerne längere Gespräche mit dem Pflegepersonal wünschen, aber sie erwarten es nicht, weil sie sehen, wie viel das Pflegepersonal zu

tun hat. Trotzdem ist es Patient_innen nicht egal, wie sich Pflegepersonal in der Kommunikation verhält, sie empfinden längere Gespräche mit dem Pflegepersonal als positiv, fordern diese aber nicht ein.

> *P: Da hat sich gestern eine [Pflegeperson], die ist zufällig eine vis-a-vis Nachbarin von meinem Schwiegersohn in dem Bezirk, hat sich gestern zu mir gesetzt da draußen, und ein Pfleger auch einmal und haben wir geplaudert aber privates hauptsächlich.*
>
> *I: Und wie haben Sie es empfunden?*
>
> *P: Ja, also eh angenehm, nicht. Ja aber ich kenne Sie schon seit dem ersten Aufenthalt, es hat sich herausgestellt, dass sie vis-a-vis von meinem Schwiegersohn wohnt [...].*
>
> *I: Und wie haben Sie sich nach diesem Gespräch gefühlt?*
>
> *P: Ja wie soll ich es sagen, es war eine Abwechslung, sagen wir so, die [Pflegepersonen] haben keine Zeit, dass sie sich, das war zufällig am Nachmittag, wo es bisschen ruhiger war, dann hat sie sich zu mir gesetzt, sie haben alle ihre Arbeit ,obwohl so viele da sind aber die rennen hin und her. (P7, Z. 74ff.)*

Die Patient_innen sehen die Pflegepersonen mit allen ihren Dimensionen. Sie erachten die Persönlichkeit einer Pflegeperson als einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gestaltung der Kommunikation sowie auf ihr berufliches Engagement. Auch die Tagesverfassung sowie Privates von Pflegepersonen werden von den Patient_innen als einflussnehmend auf die Kommunikation dargestellt.

> *P: […] nur manche sind ein bisschen mit sich selbst nicht zufrieden.*
>
> *I: Und wie merken das die Patienten?*
>
> *P: Na wenn sie so hüsching sind und ablehnend. (P8, Z. 34ff.)*
>
> *„Das ist individuell, das ist Sympathie wahrscheinlich auch dabei. Das ist auch die Lage, wie man sich fühlt, ob man genervt ist, ob man gestresst ist, ob man das ist.“* (P11, Z. 13f.)

Zusammenfassend lässt sich aus den Berichten der Patient_innen ableiten, dass die Patient_innen das Gefühl haben ihre Anliegen anbringen zu können und das trotz

der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals, die starke Auswirkungen auf die Kommunikation hat.

> *“Also ich muss sagen ich habe da keine schlechte Erfahrung, weil sie kommen, man kann fragen, sie geben Antwort […].“ (P1, Z. 29f.)*

9.2.7 Kategorie: Durchsetzungsstrategien

Das Pflegepersonal unterstützt die Patient_innen im Akutspital bei ihrer Genesung. Bei diesem Prozess sind die Patient_innen auf die Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen. Hierbei nimmt das Pflegepersonal bei der Gestaltung der pflegerischen Arbeit mittels unterschiedlichen Strategien Einfluss auf das Handeln der Patient_innen. Im Rahmen dieser Dissertation wurden neben den unterschiedlichen Durchsetzungsstrategien des Pflegepersonals auch jene Umstände ermittelt, welche diese Durchsetzung für das Pflegepersonal erleichtern bzw. erschweren können: Körperliche Schwäche und emotionale Belastung, sowie die Tatsache, dass die Patient_innen in Bezug auf ihre Erwartungen an das Pflegepersonal unaufdringlich, zurückhaltend, unkritisch sind und nur das Notwendigste verlangen. Die Umstände, in denen sich die Patient_innen befinden und ihr Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal äußern, ermöglicht diesem, seine Durchsetzungsstrategien ausüben zu können. Die Anwesenheit der Angehörigen und die Intervention der Mitpatient_innen sind hingegen Bedingungen, die die Durchsetzung erschweren können:

> *“ […] und erst als seine Frau dann gekommen ist, hat man sich mehr mit ihm beschäftigt in dem man bemerkt hat, okay, da ist noch jemand dem es noch mehr auffallen könnte. Oder das eben die alte Dame neben mir, die hat auch teilweise dann geläutet und hat gesagt, es kommt niemand, wenn ich läute. Und dann hat sie eben geläutet und dann ist die Schwester gekommen und hat gesagt, wer braucht was, ja dann hat sie gesagt, der Herr wartet schon seit einer Stunde auf sein Getränk, dass man selbst als Patient darauf aufmerksam machen muss.“ (P16, Z. 49ff.)*

Nachfolgend werden die einzelnen Durchsetzungsstrategien des Pflegepersonals dargestellt:

Vertrösten

Wenn Pflegepersonen nicht unverzüglich auf die Bedürfnisse der Patient_innen eingehen können, verweisen sie sie darauf, dass die gewünschte Handlung zu einem späteren Zeitpunkt gesetzt wird. Die Strategie der Pflegepersonen, ist es hierbei, die Patient_innen zu vertrösten.

> *P: Oder, wenn ich die Schüssel gebraucht habe, da ist schon jemand gekommen, aber dann habe ich wer weißt wie lange auf der Schüssel gewartet, bis wer gekommen ist […].*
>
> *I: Aber haben Sie da nicht geläutet?*
>
> *P: Oh, ja, da habe ich schon geläutet, dann hat sie gesagt ja gleich, gleich. (P6, Z. 26ff.)*

Nicht auf die Patient_innen hören – Patient_innen anleiten

Eine interviewte Patientin berichtet über eine Interaktion zwischen einem Mitpatienten, der Durst hat, und nach einem Getränk in einem Schnabelbecher verlangt, und einer Pflegeperson, die ihm geholfen hat, dieses Bedürfnis zu befriedigen: Die Pflegeperson hat sich selbst ein Bild von der Situation des Patienten gemacht und handelte danach. Sie nimmt sich der Situation an, knüpft jedoch nicht an die Vorstellung des Patienten an, sondern handelt nach eigener Vorstellung. Möglicherweise möchte sie mit dieser Strategie seine Selbstständigkeit fördern.

> "*Er [der Patient] hat dann gesagt, schauen Sie, ich kann da aus dem Glas nicht trinken. Und sie [Pflegeperson] hat dann gemeint, ja das geht schon, probieren Sie, setzen Sie sich auf und nehmen Sie das Glas so in die Hand. Also sie hat dann immer versucht [...] ihm nicht den Schnabelbecher zu bringen. Schauen Sie, Sie können eh einschenken, sagte sie. Dann verneinte er und sagte. Ich kann das Bett nicht aufstellen. Aber sie hat gemeint. Das geht, man muss sich ein bisschen aufsetzen […] [Schließlich] ist sie auf ihm*

*zugekommen, ja und er hat dann sein Getränk eben getrunken […]“ (*P16, Z. 21ff.)

Direkte Aufforderung

Die Pflegeperson nimmt Einfluss auf das Handeln des Patienten indem sie ihn, mittels direkter Aufforderung zurechtweist. Der Patient befolgt die entsprechende Anweisung ohne Widerstand.

P: Ja die eine Krankenschwester hat gesagt. Seien sie leise, weil Sie sind nicht alleine hier im Krankenhaus. Gestern zum Beispiel hat mein Nachbar [ein Mitpatient] fernsehen geschaut, man muss Kopfhörer tragen, und die sind ihm herunter gefallen in der Nacht, weil er eingeschlafen ist. Und ich denke mir, ich weiß es nicht, es ist zehn Uhr in der Nacht und es ist noch so ein Lärm, und ich habe nach der Schwester geläutet.

I: Was hat die Schwester dann gesagt?

P: Bitte können Sie es abdrehen? Und er hat sich sofort entschuldigt und gesagt, es tut ihm leid. (P19, Z. 77ff.)

Anweisungen geben

Das subjektive Empfinden des Patienten, dass das Pflegepersonal kurz angebunden ist, kurze Anweisungen statt Anleitungen erteilt, und unfreundlich ist, erweckt beim ihm den Eindruck, dass die Pflegepersonen lediglich daran interessiert sind, ihre Arbeit schnellstmöglich zu erledigen. Ein derartiges Vorgehen des Pflegepersonals empfindet er als grenzwertig. Er ist jedoch bereit, dies bis zu einer gewissen Grenze über sich ergehen zu lassen, da es sein Ziel ist, möglichst schnell zu genesen und er empfindet eine Pflegehandlung als dieser Genesung dienend. Bei Überschreitung dieser Grenze, würde der Patient, laut seinen Angaben beim Pflegepersonal intervenieren und ein, seiner Vorstellung entsprechendes Verhalten einfordern.

P: […] in der Erstversorgungambulanz, waren sie [Pflegepersonen] eher unfreundlich, also sie waren kurz und bündig, dass alles schnell geht, dass sie schnell fertig werden und sie haben nicht viel Freundlichkeit gezeigt […].

I: Wie würden sie das Verhalten der Pflegepersonen in der Erstversorgungambulanz beschreiben?

P: Anweisungen geben.

I: Und wie haben sie das empfunden?

P: Also, so lange sie nicht irgendwie noch komischer zu mir sind, dann denke ich mir, ja, ich mache das jetzt einfach.

I: Mit noch komischer, was meinen Sie?

P: Falls ich jetzt falsch liege, oder die Hand falsch [liegt] und sie sich dann beschweren würden […]. Wenn sie unfreundlich sein würden, dann würde ich sagen, sie können bisschen freundlicher sein.

I: Welches Gefühl haben Sie dabei gehabt?

P: Ja ,dass die es halt schnell hinter sich bringen wollen und nach Hause gehen [wollen], die Ärztin und die Pflegerin. (P15, Z. 25ff.)

Ein bisschen streng sein

Die Strategie der Pflegeperson „*ein bisschen streng sein"* löst in einem anderen Patienten eine emotionale Betroffenheit aus. Dieser lässt es jedoch über sich ergehen. Die Folge dieser Strategie ist, dass sich der Patient aus der Kommunikation mit der betreffenden Pflegeperson zurückzieht.

I: Und Sie haben gesagt nettes Pflegepersonal wäre welches? Wenn Sie ein Beispiel nennen würden.

P: Nett zu den Patienten, höflich. Es kommt darauf an wie man zu den Menschen ist. Natürlich, wenn ich jetzt ein bisschen streng bin [Patient meint, wenn eine Pflegeperson ein bisschen streng ist] […].

I: Und wie fühlt sich der Patient, wenn eine Pflegeperson ein bisschen streng ist?

P: Ich, zum Beispiel, habe einen starken Charakter.

I: Aber was haben Sie gefühlt?

P: Ich denke mir meinen Teil dabei, also was soll ich Ihnen dazu mehr sagen, also ich [werde] […] meine Energie [nicht verschwenden] damit ich da debattiere oder so irgendwas. Ich denke mir meinen Teil dabei […]. (P11, Z. 27ff.)

Die Stimme erheben

Aus subjektiver Sicht des Patienten erhebt die Pflegeperson die Stimme und stellt eine Sanktion in Aussicht. Der Patient zeigt für dieses Verhalten Verständnis und führt es auf die Arbeitsbelastung der Pflegeperson zurück:

“ […] es kann sein, dass eine [Pflegeperson] bisschen ein lautes Wort sagt, anders als es sonst sagt. Ich kann nicht sagen, wenn eine Schwester zu viel Arbeit hat und ist einmal laut mit mir, dass es schlechte Schwester ist, nein? Und sie geht auf die Patienten los, sie hat gerade zu viel Arbeit gehabt, nein und dann hat sie ein lautes Wort gesagt, wenn [es] jetzt keine Ruhe gibt oder was […].“ (P5, Z. 75ff.)

Zeitfenster ankündigen

Die Pflegeperson möchte dem Wunsch des Patienten nachkommen, wobei sie zugleich eine zeitliche Verzögerung ankündigt.

“Sofort, ich mach nur das und bin gleich bei Ihnen […].“ (P 5, Z. 70)

Suggerieren, subtile Lenkung

Die Pflegeperson deutet der Patientin unterschwellig an, dass sie etwas für notwendig erachtet, ohne es offen darzulegen.

“ […] sie [die Pflegeperson] hat dann gesagt, aber heute brauchen Sie schon ein frisches Nachthemd, nicht? Naja, aber in einer Art und Weise, wo man sich schon gekümmert fühlt, man denkt sich, das ist aber nett […].“ (P1, Z. 200ff.)

Zuversicht vermitteln, Zureden

Die Patientin berichtet über eine Situation, die von ihr beobachtet wurde, in der das Pflegepersonal vieles daransetzt, auf die Bedürfnisse der Patientin mit Sorge einzugehen:

> *“ […] sie [Pflegepersonen] helfen und erklären: Jetzt bleiben sie liegen, und jetzt setzen sie sich auf. Und macht man das, und macht man das und Sie werden sehen, das wird schon funktionieren […]“. (P1, Z. 37ff.)*

Sich entschuldigen

Die Pflegeperson entschuldigt sich für die Wiederholung einer misslungenen pflegerischen Maßnahme (nämlich hier einer Blutabnahme) und bringt den Patienten hierdurch dazu, dass er eine Wiederholung zulässt:

> *I: Was haben die Pflegepersonen dazu gesagt, als sie Sie verstochen haben?*
>
> *P: Es tut mir leid, also sie haben sich immer entschuldigt. (P1, Z. 224f.)*

10. Ergebnisdiskussion

Hinsichtlich der Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung wurden wissenschaftliche Erkenntnisse von Pflegewissenschafter_innen aus Deutschland, Dänemark, Finnland, England und Australien erhoben. Aus diesen Studien geht hervor, dass die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung asymmetrisch verteilt sind und ein Machtgefälle, zugunsten des Pflegepersonals vorliegt. Die Grundlage für die asymmetrische Beziehung ist durch das Abhängigkeitsverhältnis der Patient_innen von den Pflegepersonen vorgegeben. Das Abhängigkeitsverhältnis wird durch die Hilfsbedürftigkeit von Patient_innen hervorgerufen. Dadurch entsteht eine Kluft zwischen den Hilfsbedürftigen und denjenigen welche die Kompetenzen besitzen diese Hilfbedürftigkeit auszugleichen. Innerhalb der pflegerischen Beziehung hat das Pflegepersonal eine Erwartungshaltung gegenüber den Patient_innen hinsichtlich der Erfüllung ihrer Vorgaben. Seitens der Patient_innen äußert sich der Wille zur Zustimmung gegenüber dem Pflegepersonal.

Innerhalb der Pflegewissenschaft ist auch die Analyse der Macht nach Michel Foucault für die Ermittlung der Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung relevant. Die Diskursanalyse ist ein Instrumentarium mit welchem die untergeordnete Rolle der Patient_innen in der pflegerischen Beziehung, auf der Mesoebene der Gesellschaft ermittelt wird. Dieser pflegediagnostische Diskurs ist durch den Begirff der Normalisierung geprägt. Foucault beschreibt die Normalisierung als eine empirisch - analytische Methode, mit welcher der erhobene Mittelwert zum Standard gemacht wird und anhand diesem Mittelwert, Patient_innen gemessen und die Pflegemaßnahmen, danach ausgerichtet werden, wobei Ergebnisse an den Körpern der Patient_innen zu erzielen sind, welche der Norm bzw. der Normalität entsprechen. Powers (1999) kommt zu dem Entschluss, dass durch den Prozess der Normalisierung eine Unterdrückung der Patient_innen erfolgt, welcher durch Anweisungen seitens der Pflegepersonen hervorgerufen wird und die Konsequenz zur Folge hat, dass kein Konsens zwischen den Patient_innen und dem Pflegepersonal angestrebt wird, sondern das pflegerische Handeln sich nach einem bestimmten Endergebnis richtet. Schließlich entwickelt sich nach dem foucault'schem Verständnis eine Dysbalance in der Machtverteilung innerhalb der pflegersichen Beziehung und daraus resultiert, dass die Pflegepersonen in dem pflegediagnostischen Diskurs als uneingeschränkte Autoritäten hervortreten. Aus der

Fachliteratur ist zu entnehmen, dass die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung, in welchen Patient_innen eine untergeordnete Rolle einnehmen, grundsätzlich abgelehnt werden, weil durch diese die Patient_innen als passive Empfänger_innen der pflegerischen Leistungen konstruiert werden. Entgegen dessen werden in den neuen pflegerischen Ansätzen Patient_innen als Handlungspartner_innen und aktive Akteur_innen gesehen.

Das Ziel der vorliegenden Dissertation ist, Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung in einem Akutspital in Österreich aus der Sicht der Patient_innen zu untersuchen und zu beschreiben. Für diese Untersuchung wird die Definition der Macht nach Max Weber herangezogen. Max Weber beschreibt, dass Macht von subjektivem Handeln geleitet ist und das Potential beherbergt, die Handlungen anderer innerhalb von sozialen Beziehungen zu beeinflussen. Somit versteht er unter Macht ein aufeinander bezogenes zwischenmenschliches Handeln. Hierbei stellt eine soziale Beziehung die Grundlage für die Entstehung eines Machtverhältnisses dar.

Für die vorliegende Untersuchung der Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung ist die Sicht der Patient_innen von Bedeutung, da die Patient_innen als Auftraggeber_innen erachtet werden, welche pflegerische Leistungen vom Pflegepersonal in Anspruch nehmen. Demzufolge sind die Bedürfnisse der Patient_innen entscheidend für das Ausführen von pflegerischen Handlungen durch die Pflegepersonen. In der vorliegenden Dissertation wird daher angestrebt die Machtverhältnisse aus der Sicht der Patient_innen zu beschreiben um die Auswirkungen dieser auf die Patient_innen darzustellen. Es ist wichtig sich mit Machtbeziehungen in der pflegerischen Beziehung zu beschäftigen, um zu erfahren, wie diese funktionieren, was die Ursachen dieser Machtbeziehungen sind und herauszufinden, welche Dynamiken Einfluss auf die Machtverteilung haben.

In diesem Abschnitt der Dissertation wird versucht auf die folgenden Fragen einzugehen: Welche Bedingungen sind dafür verantwortlich, dass die Pflegepraxis noch nach alten Mustern gestaltet wird, in welchen Patient_innen nicht als aktive Handlungspartner_innen in der pflegerischen Beziehung wahrgenommen werden? Was steht der Partnerschaftlichkeit in der pflegerischen Beziehung im Wege? Welche Probleme entstehen dadurch für die Patient_innen? Welche Möglichkeiten gibt es, um den asymmetrischen Machtverhältnissen in der pflegerischen Beziehung entgegenzuwirken? Wo könnte angesetzt werden, damit in Zukunft die Diskrepanz

zwischen Theorie und Praxis überwunden wird? Welche Maßnahmen könnten diesbezüglich seitens der Entscheidungsträger_innen aber auch seitens des Pflegepersonals gesetzt werden?

Für die befragten Patient_innen im Akutspital ist das wichtigste Ziel die Verbesserung ihrer Gesundheit und im besten Fall ihre Genesung. Vom Pflegepersonal werden die Patient_innen dabei unterstützt. Die Patient_innen sind wiederum auf die Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen. Im Laufe dieser Untersuchung wurde eine zentrale Kategorie entwickelt, die als *Sich fügen* beschrieben werden kann. In dieser Kategorie wird das zentrale Verhaltensmerkmal der Patient_innen in Bezug auf ihren Hilfsbedarf innerhalb der pflegerischen Beziehung beschrieben. *Sich fügen* bedeutet, dass sich Patient_innen den Anliegen seitens des Pflegepersonals überwiegend fügen und dessen Angebote annehmen. Aus diesen Gegebenheiten lässt sich ein Abhängigkeitsverhältnis zum Nachteil der Patient_innen feststellen.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Patient_innen den Pflegepersonen gegenüber mit geringen Erwartungen begegnen, keine großen Ansprüche stellen, Angebote seitens der Pflegepersonen überwiegend annehmen und aus ihrer subjektiven Sicht unerwünschtes Verhalten des Pflegepersonals hinnehmen.

Den Patient_innen ist der hohe Arbeitsaufwand und der Zeitdruck, unter welchem die Pflegepersonen arbeiten, bewusst. Aus diesem Grund möchten sie ihnen keine Last sein und nehmen Rücksicht auf sie. Demzufolge äußern die Patient_innen zumeist nur die notwendigsten und dringlichsten Anliegen gegenüber dem Pflegepersonal. Sie halten sich mit direkter Kritik zurück. Das Pflegepersonal wird von den Patient_innen als Ausführende der ärztlichen Anordnungen gesehen und demnach sind die Patient_innen bereit sich dem Pflegepersonal zu fügen. Der Bereich der Kernkompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege, indem das Pflegepersonal im Rahmen des Pflegeprozesses eigenverantwortlich agiert, bleibt für die Patient_innen verborgen, denn sie erkennen diesen nicht.

Aus dieser Tatsache lässt sich schließen, dass Patient_innen vom Pflegepersonal auch nicht über ihren Kernkompetenzbereich informiert werden. Es stellt sich die Frage wie seitens des Pflegepersonals die Edukation der Patient_innen über diesen Bereich und über seine Rolle im stationären Bereich eines Akutspitals vorgenommen werden kann. Hier geht es vor allem um das Informieren der Patient_innen und um

die Frage das Auftreten des Pflegepersonals vor den Patient_innen. Zum Beispiel im Rahmen einer Visite, wenn die Pflegepersonen lediglich das dokumentieren was die Ärztin_der Arzt sagt, erzeugt das bei Patient_innen einen anderen Eindruck über das Pflegepersonal, als wenn es sich auch selbst einbringt.

Da die Patient_innen der Meinung sind, dass das Pflegepersonal ausschließlich nach ärztlicher Anordnung agiert und dass die medizinischen Maßnahmen durch das Pflegepersonal auf sie wirken, erachten sie das Pflegepersonal für ihre Genesung als essentiell.

Die Patient_innen sehen das Pflegepersonal als ein wichtiges Verbindungsglied zwischen den ärztlichen Anordnungen und den medizinischen Maßnahmen. Durch die Haltung *sich fügen* zielen die Patient_innen darauf ab, den eigenen Genesungsprozess nicht zu behindern und indirekt zur Verbesserung ihrer Gesundheit beizutragen. Die Patient_innen erachten das Pflegepersonal als unterstützend bei der Erreichung ihrer Ziele im stationären Bereich des Akutspitals. Demnach folgen sie den Anordnungen des Pflegepersonals, bis auf wenige Ausnahmen, beinahe ohne Wiederstand.

Die Patient_innen nehmen war, dass sie nur bei der Menüauswahl die Möglichkeit haben mitzuentscheiden. In Bezug auf die Körperpflege nehmen die Patient_innen jedoch nicht wahr, dass sie trotz der Nachfrage seitens des Pflegepersonals hinsichtlich des Bedarfs, des Zeitpunktes und des Ausmaßes der pflegerischen Unterstützung (z.B. Rücken waschen) mitentscheiden könnten. Hinsichtlich der pflegerischen Unterstützung wurden die Patient_innen zudem mit der Frage konfrontiert, unter welchen Umständen sie eine pflegerische Maßnahme ablehnen oder abbrechen würden und sich somit nicht (mehr) fügen würden. In diesem Zusammenhang werden folgende Gründe genannt: unnötige Schmerzen zu haben, sich als „*Versuchskaninchen*“ zu fühlen, missglückte pflegerische Maßnahmen, z.B. häufiges Verstechen bei der Blutabnahme, Verwechslung mit anderen Patient_innen oder inakzeptables Auftreten der Pflegeperson, z.B. sehr unfreundlich sein, frech sein. Die Patient_innen sind bereit sich zu fügen, sofern sie bisher keine negativen Erfahrungen bezüglich dem Voranschreiten ihres Genesungsprozesses mit dem Pflegepersonal gemacht haben. Für die Haltung *sich fügen* wird eine Vertrauensbasis zwischen dem Pflegepersonal und Patient_innen vorausgesetzt.

Dadurch sind die Patient_innen auch bereit, den Anweisungen des Pflegepersonals zu folgen.

Faktoren, welche dazu führen, dass sich Patient_innen gegenüber dem Pflegepersonal in einer schwächeren Position und in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden, sind, dass sie bei ihrem Genesungsprozess im Akutspital auf die professionelle Hilfe, das bedeutet auf das fachspezifische Wissen und Können des Pflegepersonals angewiesen sind. Darüber hinaus können folgende Umstände die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung zu Ungunsten der Patient_innen beeinflussen. Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass sich die Patient_innen in einem Akutspital in einer fremden Umgebung befinden und von ihrem vertrauten Umfeld, von ihren Familien und nahestehenden Menschen getrennt sind und aus ihrem Heim, welches ihnen Schutz und Wärme bietet, herausgerissen sind. Zudem können ihre Bedürfnisse im Akutspital nicht immer zur Gänze berücksichtigt werden. Im Gegensatz dazu agiert das Pflegepersonal aus dem Fachbereich und befindet sich in bekannten Strukturen. Die Patient_innen sind auch in der schwächeren Position, weil sie aufgrund ihrer beeinträchtigten Gesundheit körperlich geschwächt sind und von Gefühlen wie Ängste, Unsicherheiten und auch Sorgen geprägt sind.

Im Rahmen dieser Dissertation wurden zu den vielfältigen Durchsetzungsstrategien des Pflegepersonals auch jene Bedingungen ermittelt, welche für die Durchsetzung des Pflegepersonals begünstigend sein können: Umstände wie körperliche Beeinträchtigung und emotionale Belastung der Patient_innen begünstigen die Durchsetzung. Eine unkritische Haltung der Patient_innen den Pflegepersonen gegenüber, welche durch ihre Beobachtungen wahrnehmen, dass das Pflegepersonal unter einer hohen Arbeitsbelastung agiert, und sich in Zurückhaltung, Unaufdringlichkeit, Bescheidenheit der Patient_innen äußert, wirkt sich auch auf die Durchsetzung des Pflegepersonals begünstigend aus. Nach Ansicht der Patient_innen beeinflussen die strukturellen Rahmenbedingungen die Unterstützungsleistung des Pflegepersonals. Die daraus entstehenden Impulse wirken indirekt über die Pflegepersonen auf die Patient_innen ein und beeinflussen deren Erwartungen und auch das Handeln des Pflegepersonals gegenüber den Patient_innen. Aus der Sicht der Patient_innen werden diese Arbeitsumstände des Pflegepersonals als schwierig bewertet und von ihnen werden personelle Unterbesetzung, hohe Arbeitsbelastung, Stress und Zeitdruck wahrgenommen. Die Patient_innen schildern, dass das Pflegepersonal mit Schnelligkeit ihre Arbeit

verrichtet. Diese Umstände werden von den Patient_innen auf die organisatorischen Mängel zurückgeführt, welche durch das Gesundheitssystem verursacht werden. Der Bedarf nach pflegerischer Unterstützung wurde in den Interviews von den Teilnehmer_innen häufig thematisiert. Dieser setzt sich aus folgenden zwei Bereichen zusammen: Anforderungen, welche aus Sicht der Patient_innen unbedingt erfüllt werden müssen (Mussanforderungen) und jenen Wünschen, denen bestenfalls nachgekommen werden soll (Sollanforderungen).

Aus den Berichten der Patient_innen geht hervor, dass sie Bedürfnisse haben, denen seitens des Pflegepersonals unbedingt nachgekommen werden muss und solche denen nachgekommen werden soll. Aus der Sicht der Patient_innen bedeutet das, dass Pflegepersonen maßgeblich dazu beitragen, ihre dringenden Bedürfnisse zu erfüllen. Daher sind Patient_innen auf die Hilfe des Pflegepersonals angewiesen, wenn sie multimorbid sind, in ihrer Mobilität teilweise eingeschränkt sind, beziehungsweise im Bett liegen müssen. Unter diesen Umständen ist es ihnen nicht möglich, selbstständig zur Toilette zu gehen, ihre Körperpflege zu verrichten und Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Darüber hinaus ist das Pflegepersonal in seiner Kompetenz im medizinischen Bereich gefragt, wenn sich der Gesundheitszustand der Patient_innen akut verschlechtert.

Es gibt Wünsche der Patient_innen in Bezug auf ihren Hilfsbedarf, welche als Sollanforderungen erachtet werden. Dazu zählen: Wunsch nach vermehrter Anwesenheit des Pflegepersonals bei den Patient_innen, Aufklärung über die pflegerische Intervention, das Kommentieren des Ablaufs dieser, routinierter und reibungsloser Ablauf, Beachtung des Patient_innenwillens auch in nicht-dringenden Angelegenheiten, z.B. eine zweite Bettdecke besorgen, mehr Aufmerksamkeit und aktive Nachfrage seitens des Pflegepersonals, professionell auf die Meinungsbildung der Patient_innen Einfluss zu nehmen, Wunsch nach höflichen, freundlichen und humorvoll auftretenden Pflegepersonen, mit denen ein unkomplizierter Zugang zum gemeinsamen Gespräch möglich ist. Zusätzlich zu den Muss- und Sollanforderungen an das Pflegepersonal, spielen auch Angehörige der Patient_innen, hinsichtlich des Hilfebedarfs, eine Rolle. Patient_innen berichten in den Interviews, dass sie ihre Angehörigen mit konkreten Unterstützungsleistungen beauftragen und sie stellvertretend für die Pflegepersonen ausführen lassen, da sich der Zugang zu den eigenen Familienangehörigen als unkomplizierter und vertraulicher gestalten lässt.

Angehörige werden zudem, hinsichtlich der Ausführung bestimmter Tätigkeiten gelegentlich bevorzugt, da gegenüber dem Pflegepersonal eine größere Hemmschwelle vorliegt, z.B. Urinflasche ausleeren, Leibstuhl holen. Angehörige von Patient_innen haben für diese einen hohen Stellenwert, da sie vertraute Ansprechpartner_innen für sie sind. Für die Patient_innen besteht die Möglichkeit sich mit ihren Vertrauten über ihre Sorgen und Ängste und über ihre aktuellen körperlichen Beschwerden auszutauschen. Das Akutspital ist ein für die Patient_innen fremder Ort, in welchem durch ihre Angehörigen mehr an Vertrautheit entsteht. Wie zuvor erwähnt, erkennen die Patient_innen, dass die Praxis des Pflegepersonals im stationären Bereich eines Akutspitals durch eine hohe Arbeitsbelastung gekennzeichnet ist. Dadurch entstehen Wartezeiten für die Patient_innen. Sie rechnen mit ein, dass sie warten müssen, da sie sehen dass das Pflegepersonal viel zu tun hat. Leiden Patient_innen an körperlichen Schmerzen und sind damit konfrontiert zu warten, erleben sie aus subjektiver Sicht, dass das Pflegepersonal nicht vorhanden ist und sie vermissen das Gefühl der Fürsorge und Sicherheit. Außerdem ist es in solchen Situationen für die Patient_innen schwer erträglich, wenn sie den Grund für das Warten nicht kennen. Sind die Patient_innen körperlich nicht eingeschränkt, ist es für sie leichter verkraftbar, wenn das Pflegepersonal ihre Erwartungen nicht erfüllt, als wenn sich ihre Genesung nicht verbessert. Den Patient_innen ist es nicht möglich Einfluss auf den zeitlichen Ablauf im Akutspital zu nehmen. Dieser Faktor zeigt, dass sie sich in einer schwächeren Position in der pflegerischen Beziehung gegenüber dem Pflegepersonal befinden.

Das Pflegepersonal beschränkt aufgrund der hohen Arbeitsbelastung die Kommunikation mit den Patient_innen nur auf das Notwendigste. Dies äußert sich dadurch, dass Gespräche mit den Patient_innen von Schnelligkeit geprägt und zeitlich begrenzt sind. Das Pflegepersonal verhält sich demnach kurzangebunden und dadurch entsteht in der Kommunikation in der pflegerischen Beziehung auch wenig Raum für das Zwischenmenschliche. Die strukturellen Rahmenbedingungen in einer Akutspitalstation beeinflussen auch die Kommunikation und Interaktion in der pflegerischen Beziehung. Die Patient_innen nehmen das Pflegepersonal als sehr beschäftigt und äußerst mobil wahr.

Wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen auch, dass die Kommunikation in der pflegerischen Beziehung durch Kürze geprägt ist.

Ausgehend von dem Modell „*Vier Seiten der Nachricht“* von Friedemann Schulz von Thun, zeichnet sich durch die Haltung der Senderin_des Senders, dem Pflegepersonal, innerhalb der Beziehungsebene der Kommunikation, gegenüber dem_der Empfänger_in, der Patient_innen ab, wie der_die Sender_in die Beziehung zu dem_der Empfänger_in empfindet. Diese Haltung, welche sich durch eine „*Du-Botschaft“* oder „*Wir-Botschaft“* äußert stellt die Grundlage für die Ermittlung des Nähe-Distanz-Verhältnisses seitens des Empfängers__der Empfängerin dar. Patient_innen bevorzugen in Bezug auf die Kommunikation, offene und zugängliche Pflegepersonen, mit welchem es auch möglich ist über das Notwendigste hinaus sprechen zu können. Daran ist ersichtlich, dass die Beziehungsseite der Kommunikation, wie das Pflegepersonal sie gestaltet, von den Patient_innen als nicht zur Gänze erfüllt empfunden wird.

Das Schlüssel-Schloss-Prinzip passiert in der Kommunikation in der Mitte, wenn das Gefühl entsteht angenommen und verstanden zu werden und wenn es dazu kommt, dass die Vorstellungen umgesetzt werden. Bei den Erwartungen hinsichtlich der Kommunikation mit dem Pflegepersonal ist für die Patient_innen neben der beziehungsbezogenen Kommunikation die sachbezogene Kommunikation genauso wichtig. Wenn das Pflegepersonal die pflegerischen Handlungen nicht erläutert, führt das dazu, dass sich die Patient_innen als ein Objekt pflegerischer Handlungen fühlen und das Gefühl bekommen, dass dem Pflegepersonal das persönliche Interesse bzw. das Interesse an ihrer Person an sich fehlt. Das führt auch dazu, dass die Patient_innen das Gefühl bekommen sich nicht in einem Austausch mit dem Pflegepersonal zu befinden. Durch die kurze Angebundenheit des Pflegepersonals entsteht bei manchen Patient_innen der Eindruck, dass das Pflegepersonal das Ziel verfolgt ihre Arbeit möglichst rasch zu erledigen. Die Patient_innen sind der Meinung, dass Gespräche zwischen ihnen und dem Pflegepersonal eine Konkurrenz zu seiner Arbeit darstellen, da Patient_innen wahrnehmen, dass wenn sich das Pflegepersonal die Zeit für ein Gespräch nimmt, ihm diese fehlt, um die Arbeit zu erledigen, da sich beides nicht vereinbaren lässt.

Paul Watzlawick beschreibt die zwischenmenschliche Kommunikation als ein Abbild der zwischenmenschlichen Beziehungen. Seiner Ansicht nach kann die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patient_innen als komplementär dargestellt werden, da sie auf zwei unterschiedlichen entgegengesetzten Positionen basiert.

Zum einem die superiore, dem Pflegepersonal und zum anderen die sekundäre, inferiore, den Patient_innen. Diese Positionen ergeben sich aus dem gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen. Die Kommunikation ist ein Mechanismus wodurch zwischenmenschliche Beziehungen entstehen und sich entwickeln, somit hat es eine enorme Bedeutung wie Pflegepersonen die Kommunikation mit den Patient_innen gestalten, denn damit prägen sie die pflegerische Beziehung. Gestalten sie die Kommunikation kurz, zeitgebunden und zwischen Tür und Angel, werden die Patient_innen nur peripher die Möglichkeit haben die Pflegepersonen kennenzulernen und eine Beziehung zu ihnen aufbauen, in der sie sich akzeptiert fühlen und eine emotionale Wärme spüren.

Die Beziehung zu den Pflegepersonen ist den Patient_innen sehr wichtig. Sie wünschen sich diesbezüglich vom Pflegepersonal eine Offenheit für Gespräche, die Bereitschaft zuzuhören, Warmherzigkeit, Menschlichkeit und ein freundliches und nettes Auftreten.

Die Kommunikation stellt ein wesentliches Instrument im pflegerischen Problemlösungsprozess dar, denn nur anhand von ihr ist eine Interaktion in der pflegerischen Beziehung möglich. Durch Kommunikation können Patient_innen in den pflegerischen Problemlösungsprozess miteinbezogen werden, dessen Ziel die Bildung eines gemeinsamen Konsenses ist.

Sofern die Gesprächsvariablen von Carl Rogers – Akzeptanz, Kongruenz und Empathie – in der Kommunikation in der pflegerischen Beziehung seitens der Pflegepersonen berücksichtigt werden, wird den Patient_innen signalisiert, dass sie ernst genommen werden und dass ihnen Raum für den Ausdruck ihrer Emotionen gestattet wird. Erfolgreiche, wertschätzende Kommunikation schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und trägt zum Wohlbefinden und einer schnelleren Genesung der Patient_innen bei. Dagegen schafft eine misslungene Kommunikation Misstrauen.

Die professionelle Pflege wird als zwischenmenschlicher Beziehungsprozess erachtet, in dem, in der pflegerischen Beziehung ein gemeinsames Pflegeziel anstrebt wird. Aus den Interviews geht hervor dass in der pflegerischen Beziehung das Pflegepersonal die Patient_innen nicht als Partner_innen im pflegerischen Problemlösungsprozess wahrnimmt und demnach eine paternalistische Entscheidungsfindung seitens des Pflegepersonals entsteht.

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit einer wissenschaftlichen Untersuchung von Smoliner et al. (2009) in welcher 48% der befragten Patient_innen in Akutspitälern in Wien eine paternalistische Entscheidungsfindung im pflegerischen Problemlösungsprozess wahrnehmen. Informierte Entscheidungen werden lediglich von 11,2% der befragten Patient_innen erlebt.

Aus der Literatur wird ersichtlich, dass auch Patient_innen ihren Mitentscheidungsmöglichkeiten bei pflegerischen Maßnahmen nur eine geringe Priorität beimessen, sie nehmen in der Regel eine eher passive Rolle ein und wollen sich bei pflegerischen Maßnahmen auf die Kompetenz und Entscheidungen der Pflegepersonen verlassen können. Die Beteiligung der Patient_innen im pflegerischen Entscheidungsprozess ist jedoch wesentlich für die Errichtung eines symmetrischen Verhältnisses in der pflegersichen Beziehung.

Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zum erklärten Ziel der Pflege die Selbständigkeit der Patient_innen in den Mittelpunkt zu stellen, sie zu fördern, erhalten oder wiederherzustellen. Es ist Aufgabe des Pflegepersonals diese Diskrepanz zu erkennen und bei Patient_innen ein Umdenken bezüglich ihrer Beteiligungsmöglichkeiten am Entscheidungsprozess zu initiieren.

Die Problematik, dass die Patient_innen nicht in den pflegerischen Entscheidungsprozess als Partner_innen eingebunden werden, führt insofern zu ihrem Nachteil, als dass die Präferenzen der Patient_innen hinsichtlich der pflegerisch relevanten Problemen nicht erhoben werden können und die Patient_innen dadurch nicht die Möglichkeit haben an der Erarbeitung der Lösungsansätze in Bezug auf ihre pflegerelevante Probleme, teilzunehmen. Die Strategien in welche Patient_innen involviert werden, werden möglicherweise besser angenommen als jene, die alleine vom Pflegepersonal für sie entwickelt werden. Denn Patient_innen sind vermutlich eher bereit den Lösungsansätzen nach der Entlassung aus dem Akutspital zu Hause nachzugehen, sofern sie selbst an der Erarbeitung dieser beteiligt waren.

Karl Rogers, der das humanistische Menschenbild vertritt, beschreibt, dass es von Bedeutung ist in Rahmen eines Beratungsgespräches Klient_innen dabei zu unterstützen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen und sie dadurch in ihrer Unabhängigkeit zu bestärken und die eigene Entwicklung zu fördern. Er zeigt in seinem Ansatz, wie Kommunikation im Idealfall aussehen soll und wie eine

Symmetrie in zwischenmenschlichen Beziehungen aufgebaut werden kann. Es liegt an der Persönlichkeit jedes einzelnen Menschen, ob er selbst einen würdevollen Umgang gegenüber anderen pflegt oder nicht.

Mit der vorliegenden Dissertation wird das Ziel verfolgt Auswirkungen von Machtverhältnissen in der pflegerischen Beziehung aus der Sicht der Patient_innen zu beschreiben, damit diese zukünftig in der Pflegepraxis berücksichtigt werden können. Es wäre ein großer Schritt, wenn sich das Pflegepersonal seiner Überlegenheit im Machtverhältnis zu Patient_innen und deren Folgen für die Patient_innen bewusst wird. Gelingt hier ein Umdenken und werden Patient_innen in der Pflegepraxis als aktive Handlungspartner_innen wahrgenommen, kann dies als eine Chance zur Gewinnung von mehr Selbstverantwortung auf Seiten der Patient_innen gesehen werden.

Gesundheits-und Krankenpflege wird als Ersatz für gesundheitsbezogene Aktivitäten gesehen zu denen Patient_innen selbst nicht in der Lage sind. Dabei ist das Ziel der Pflege den Patient_innen zu ihrer Unabhängigkeit zu verhelfen. Für die Förderung der Unabhängigkeit ist es notwendig Patient_innen zu informieren und sie in pflegerische Entscheidungen miteinzubeziehen, damit sie Entscheidungen aktiv mitgestalten können. Nach Friedemann Schulz von Thun löst ein hohes Ausmaß an Lenkung beim Gegenüber inneren Wiederstand aus. Es hat den Wunsch nach Selbstbestimmung, Eigeninitiative und freier Entfaltung. Wenn Pflegepersonal einseitig in der Lage ist das Handeln der Patient_innen zu bestimmen, zu steuern, ist das Macht.

11. Kritische Auseinandersetzung mit der Studie

Die vorliegende Untersuchung soll hier kritisch beleuchtet werden.

Da das Thema Macht ein sensibles Thema ist, wird es in den zwischenmenschlichen Beziehungen nur selten offen thematisiert. Für die vorliegende Untersuchung hatte diese Tatsache insofern eine Bedeutung, als dass der Zugang zu den Daten sich als schwer zugänglich gestaltete. Eine Beobachtung der Interaktionen zwischen den Patient_innen und den Pflegepersonen würde mehr Aufschluss über die Machtverhältnisse in der pflegerischen Beziehung geben, da die Kommunikation und Interaktion direkt beobachtet werden könnte. Beobachtungen von Interaktionen in der pflegerischen Beziehung stellen noch immer eine ungewohnte Situation im stationären Bereich in einem Akutspital dar. Außerdem gestaltet sich die Bewilligung seitens des Trägers eines Akutspitals für eine solche Beobachtung als schwierig, weil Patient_innen in einem Akutspital als vulnerable und schützenswerte Gruppe angesehen werden müssen.

Da es sich in dieser Untersuchung um eine konzeptuelle Ordnung handelt, sind die Forschungsergebnisse als vorläufige Interpretationen zu betrachten.

12. Literaturverzeichnis

Arendt, H. (2000). Macht und Gewalt, Band 14. München: Piper.

Argyle, M. (2013). Körpersprache & Kommunikation. Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion, Band 10. Paderborn: Junfermann.

Arnold, D. (2006). Pflege und Macht. Der Beitrag Foucaults. In: Braunschweig, S. (Hrsg.). Pflege. Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege (S. 155-164). Zürich: Chronos Verlag.

Berger, W. (2009). Macht. Wien: Facultas.

Bertou, A., & Junod, B. (1991). Welche Macht Pflegende haben und wie sie sie nützen. Macht als Beziehung. Krankenpflege Soins Infirmiers, 84(10), 62-64.

Blessing, B. (2006). Gepflegte Normalität. Machtstrukturen in der stationären Krankenpflege um 1900 in Regensburg. In Braunschweig, S. (Hrsg.), Pflege, Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Krankenpflege (S. 175-184). Zürich: Chronos Verlag.

Bradbury-Johnes C., Sambrook S., & Irvine F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. Journal of Advanced Nursing, 62(2), 258-266.

Burkart, R. (2002). Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft, Band 4. Böhlau: Verlag Wien.

Budinik, B. (2005). Pflegeplanung leicht gemacht, Band 5. München. Urban & Fischer.

Clarke, A. E. (2012). Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn. In Keller, R. (Hrsg.), Reihe Interdisziplinäre Diskursforschung. Wiesbaden: Springer.

Darmann, I. (2000). Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation, Band 1. Stuttgart: Kohlhammer.

Darmann, I. (2002). Und dann hab ich mit den Füßen getrampelt. Macht in der Kommunikation mit Patienten. Dr. med. Mabuse. 27(138), 48-52.

Daum, R. (2008). Macht als überdeterminiertes Feld. Post-Development und die Frage der Macht. Dissertation.

Delmar, Ch. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. Nursing Philosophy. 13(4), 236-243.

Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Bern: Verlag Hans Huber.

Endruweit, G., Trommsdorff, G., & Burzan, N. (Hrsg.), (2014). Wörterbuch der Soziologie, Band 3. München. UVK Lucius.

Esser, H. (2002). Soziologie. Spezielle Grundlagen. Soziales Handeln, Band 3. Frankfurt am Main: Campus.

Faßbinder, S. & Lust, A. (Hrsg.). (2006). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG, Band 5. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Fichter, V., & Meier M. (1981). Pflegeplanung. Schweiz: Rocom.

Fink-Eitel, H. (1989). Michel Foucault zur Einführung. Hamburg: Junius-Verlag.

Foucault, M. (1976). Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve.

Foucault, M. (1978). Dispositive der Macht. Berlin: Merve.

Foucault, M. (1983). Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit, Band 1. Frankfurt a.M: Suhrkamp.

Foucault, M. (1991). Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit, Band 1. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (1994). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (1999b). Warum ich die Macht untersuche. Die Frage des Subjekts. In. Engelmann, J. (Hrsg.), Botschaften der Macht (S. 161-171). Stuttgart: Deutsche Verlags- Anstalt.

Fraser, N. (1994). Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Fuchs-Heinritz W., Klimke D., Lautmann R., Rammstedt, O., Staeheli, U., Weischer, C., Wienold, H. (Hrsg.). (2011). Lexikon zur Soziologie. Band 5. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Goffman, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gordon, M. & Bartholomeyczik S. (2001). Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München: Urban und Fischer.

Haller, D. (2000). Grounded Theory in der Pflegeforschung und anderen Anwendungsfeldern. Professionellles Handeln unter der Lupe. Bern: Verlag Hans Huber.

Hantikainen, V., Mayer, H., Ponocny-Selinger, E., & Them, C. (2009). Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital. Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen. Pflege. 22(6), 411-419.

Hausmann, C. (2009). Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis, Band 2. Wien: Facultas.

Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a patencial inhibitor of partnership in care. Journal of clinical nursing, 12(4), 501-508.

Henley, N. M. (1993). Körperstrategien. Geschlecht, Macht und nonverbale Kommunikation. Frankfurt a. M.: Fischer.

Hiemetzberger, M., Messner, I., & Dorfmeister, M. (2016). Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe, Band 4. Wien: Facultas.

Hofstätter, E. (2009). Interkultureller Dialog am Krankenbett. In Körtner, U. H., J., Kletecka- Pulker, M., & Inthorn, J. (Hrsg.), Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin. Wien: Springer.

Hojdelewicz, B. M. (2012). Der Pflegeprozess. Prozesshafte Pflegebeziehung. Wien: Facultas.

Hokanson Hawks, J. (1991). Power: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 16(6), 754-762.

Imbusch, P. (1998). Macht und Herrschaft. Sozialwissenschaftliche Konzeptionen und Theorien. Opladen: Leske + Budrich.

Imbusch, P. (2006). Macht – Herrschaft – Autorität. In Schäfers, B. & Kopp, J. (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie (S. 164-171). Wiesbaden: VS Verlag.

Keller, R. (1997). Diskursanalyse. In Hitzler, R. (Hrsg.), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen: Leske + Budrich.

Kettunen, T., Poskiparta M., & Gerlander, M. (2001). Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients power messages. Patient education and counseling, 47(2), 101-113.

Kletečka - Pulker, M. (2007). Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungs- Gesetzes. In Körtner, U. H. J., Kopetzki, Ch., & Kletečka - Pulker, M. (Hrsg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (S. 81-96). Wien: Springer.

Kletečka - Pulker, M., Leitner, K., & Bachinger, G. (2015). Patient im Recht. Wien : Manz.

Kirkevold, M. (1997). Pflegetheorien. Oslo: Urban und Schwarzenberg.

Körtner, U. H., J. (2012). Grundkurs Pflegeethik, Band 2. Wien: Facultas.

Kriz, J. (2014). Grundkonzepte der Psychotherapie, Band 7. Weinheim: Beltz.

Kürzl, E. (2014). Das pflegerische Assessment. Grundlage für die Pflegediagnostik und erster Schritt des Pflegeprozesses. Österreichische Pflegezeitschrift Nr. 4., 24-27.

Lamnek, S. (2005).Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Band 4. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Letner, M., Ratzenböck & Höllerl, I. (2009). Qualitätssicherung im AKH Linz orientiert sich an seinen Patienten. In Brock, H. (Hrsg.), Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Umsetzung im Allgemeinen Krankenhaus Linz (S. 5-12). Linz: Traunerverlag.

Lohmer, M. (2001). Macht – Mystifikation oder notwendiges Konzept im Management. In Hernsteiner Fachzeitschrift für Managemententwicklung. Band 2, 4-7.

Manz, S. (2015). Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege. Mit heilsamen Worten pflegen. Stuttgart: Kohlhammer.

Maurer, A. (2004). Herrschaftssoziologie: Eine Einführung. Frankfurt a. M.: Campus.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung, Band 1. Wien: Facultas.

Mayer, H. (2009). Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In Körtner, U. H., J., Kletecka- Pulker, M., & Inthorn, J. (Hrsg.), Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin (S. 71 - 80), Band 3. Wien: Springer.

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium.

Menche, N. (Hrsg.). (2004). Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, Band 3. München: Urban & Fischer.

Morgan, G. (2002). Bilder der Organisation. Band 3. Stuttgart: Klett-Cotta.

Müller-Röpke A. (2011). Pflege lernen. Kommunizieren und Interagieren. LehrerInnenheft, Band 5. Wien: Westermann.

Nagl-Cupal, M. (2011). Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation, Band 2. Hungen: hpsmedia.

Neuenhaus, P. (1993). Max Weber und Michel Foucault. Über Macht und Herrschaft in der Moderne. Pfaffenweiler: Centaurus.

Neuenhaus, P. (1998). Max Weber. Amphore Macht und Herrschaftsgehäuse. In Imbusch, Peter (Hrsg.), Macht und Herrschaft. Sozialwissenschaftliche Konzeptionen und Theorien (S. 77- 93). Opladen: Leske+ Baudrich.

Polat, E. (2010). Institutionen der Macht. Zum Machtbegriff in Psychiatrie und Gefängnis. Wissenschaftliche Beiträge. Reihe Sozialwissenschaften, Band 34. Marburg: Tectum Verlag.

Powers, P. (1999). Der Diskurs der Pflegediagnosen. Bern: Verlag Hans Huber.

Raab, H. (1998). Foucault und feministische Poststrukturalismus. Dortmund: Ebersbach.

Raatikainen, R. (1996). Macht oder das Fehlen von Macht in der Pflege. Pflege, 9(4). 257-266.

Rappold, E., Rottenhoffer, I., Allmer, F., Burger, V., Chukwuma-Lunz, S., Oswald, M., Staufer, D., Von Musil, J., Weissenbacher, M., Wild, M. (2009). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG, Band 1. Wien.

Rappold, E. (2016). Das bringt die GuKG-Novelle. Überblick über Änderungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Kompetenzen. Pro Care, 21(6). S. 6-8.

Rath, C. (1998). Staat, Gesellschaft und Wirtschaft bei Max Weber und bei Walter Eucken. Eine Theoretische Studie. München: Hänsel-Hohenhausen.

Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt (RIS). Zugriff am 03.05.2017. von https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000124

Rhode J. (1974). Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Band 2. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Rieder, K. (1999). Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege Weinheim: Juventa.

Ruoff, M. (2013). Foucault Lexikon. Entwicklung – Kernbegriffe - Zusammenhänge, Band 3. Paderborn: Fink Verlag.

Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2012). Panoptic Power and Mental Health Nursing. Space and Surveillance in Relation to Staff, Patients, and Neutral Places. Issues in Mental Health Nursing, 33 (8), 500-504.

Sarasin, P. (2006). Michael Foucault zur Einführung. In Schäfers, B., & Kopp, J. (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie, Band 9. (S.164-171). Wiesbaden: VS Verlag.

Schäfers, B. & Kopp, J. (Hrsg.). (2006). Grundbegriffe der Soziologie, Band 9. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schnepp, W. (2002). Familiale Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Funktion und Gestaltung, 1. Auflage. Bern: Huber.

Schnepp, W., Walter, I. (Hrsg.). & Seidl, E. (2010). Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Wien: Böhlau.

Schrems, B. (2003). Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: Facultas.

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

Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Facultas.

Schröter, K, Rosenthal, T. (Hrsg.). (2005). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und perspektiven. Weinheim: Juventa.

Schulz von Thun, F. (2006). Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Band 1. Reinbek: Rowohlt.

Schulz von Thun, F.(2010). Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Band 48. Reinbek: Rowohlt.

Seidl, E. & Walter, I. (1990). Kooperation und Kommunikation im Krankenhaus. In Berner P., & Zapotoczky K., (Hrsg.), Gesundheit im Brennpunkt. Von der Gesundheitsberatung bis zur Kooperation im Krankenhaus (S. 420-431), Band 2. Linz: Veritas.

Seidl E.,& Walter, I. (2010). Multikulturalität im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegepersonen. In Schnepp, W., Walter, I. (Hrsg.), & Seidl, E. Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft : zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl (S. 85-123). Wien: Böhlau.

Seidl, E. (2013). Multikulturalität in der Pflege. In Harold, B. (Hrsg.), Wege zur transkulturellen Pflege (S. 59-72). Wien : Facultas.

Sieger, M., Ertl – Schmuck, R., & Harking M. (2010). Situationswahrnehmung und Deutung in der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten. Ergebnisse einer empirischen Studie. Wien: Springer 23(4), 249-259.

Stefan, H., Allmer, F., Schalek, K., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelsky, E., Pandzic, R., Tomacek, D., Vencour, M.C. (2013). POP Praxisorientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen, Band 2. Wien: Springer Verlag.

Steines, R. (2008). Is patient power good for nurses? Nursing times, 104 (13), 14-16.

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

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1969). Menschliche Kommunikation. Bern: Verlag Hans Huber.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2000). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Band 10. Bern: Huber.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2011). Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Band 12. Bern: Huber.

Weber, M. [1] (1980) [1922] (Hrsg.), Wirtschaft und Gesellschaft. Grundrisse der verstehenden Soziologie, Band 5. Tübingen: Mohr.

Westermann – Binnenweis, A. (2003). Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine Organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis und Regelversorgung. Berlin: Uni Edition.

Wickelmann, J. (Hrsg.). (1985). Gesammelte Aufsetze zur Wissenschaftslehre von Max Weber, Band 6. Tübingen: Mohr.

Wied, S. & Warmbrunn, A. (2007). Pschyrembel Pflege, Band 2. Berlin: Gruyter.

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2002). Improving Nursing Home Communication. An Intervention to Reduce Elderspeak. In The Gerontologist, 43(2), 242-247.

Wingchen, J. (2006). Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitbuch., Band 2. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Wingchen, J. (2014). Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, Band 3. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Witzel, Andreas (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a. M.: Campus.

13. Anhänge

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 1. Erste Stichprobe (P1-P6)

Einstiegsfragen

1. **Denken Sie an den Erstkontakt mit Pflegepersonen hier im Akutspital zurück. Wie haben Sie sich von Pflegepersonen bei Ihrer Ankunft hier angenommen gefühlt?**

2. **Fühlten Sie sich von den Pflegepersonen in Ihrer Individualität wahrgenommen? Wurden Sie so akzeptiert wie Sie sind?**

Fragen zur Ermittlung der Einflussnahme von Pflegepersonen auf Patient_innen in der pflegerischen Beziehung

3. **Wie haben Sie bei den Pflegepersonen während Ihres Akutspitalaufenthaltes Gehör gefunden, wenn Sie mit Ihnen sprechen wollten?**

4. **Inwieweit wurden Ihre Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen berücksichtigt?**

5. **Gab es Möglichkeiten für Sie mitzuentscheiden, als Pflegepersonen Pflegehandlungen an Ihnen ausführten?**

6. **Wie haben Sie die Unterstützung von Pflegepersonen in Bezug auf Aktivitäten, wie waschen, ankleiden, aufnehmen von Nahrung und Mobilität empfunden?**

7. **Wie fühlten Sie sich von Pflegepersonen informiert z.B. in Bezug auf den Umgang mit Ihrer Krankheit?**

8. **Wie haben die Pflegepersonen darauf reagiert als Sie ihre momentanen Erwartungen nicht erfüllt haben? Wie war das z.B. als Sie Ihre Körperpflege auf einen späteren Zeitpunkt verschieben wollten?**

9. **Können Sie sich an Situationen erinnern in denen Ihr Handeln von Pflegepersonen direkt beeinflusst wurde z.B. als Sie einmal nicht vom Bett aufstehen wollten? Können Sie mir darüber erzählen?**

10. **Mit welchen Gefühlen waren diese Einflussnahmen für Sie verbunden?**

11. **Hatten Sie die Möglichkeit die Handlungen der Pflegepersonen zu kritisieren und wie wurde dies von Pflegepersonen angenommen?**

Abschlussfragen:

12. **Wie war Ihr Gesamteindruck von der Betreuung durch Pflegepersonen?**

13. **Welche Verbesserungsvorschläge können Sie den Pflegepersonen in Bezug auf den Umgang mit Patient_innen mitgeben?**

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 2. Zweite Stichprobe (P7- P10)

Einstiegsfragen

1. **Was macht für Sie einen gelungenen Aufenthalt im Akutspital aus?**

2. **Was glauben Sie, ist die Aufgabe des Pflegepersonals hier im Akutspital?**

Fragen zur Ermittlung der Einflussnahme von Pflegepersonen auf Patient innen in der pflegerischen Beziehung

3. **Welche Eigenschaften würden Sie sich an einer Pflegeperson wünschen?**

4. **Hatten Sie Ziele hier im Akutspital? Wenn ja, wie haben die Pflegepersonen bei Ihren persönlichen Zielen mitgewirkt? Wie würden Sie das beschreiben? Wurde von den Pflegepersonen auf Ihre Ziele eingegangen? Haben sich die Pflegepersonen dafür interessiert? Wie wurde dabei mit Ihnen umgegangen?**

5. **Wo hatten Sie das Gefühl, dass Sie bei den Pflegepersonen mitsprechen/mitentscheiden konnten? Bei welchen Situationen ist das gewesen?**

6. **Welche Informationen haben Sie sich von den Pflegepersonen erwartet? Wie informiert fühlten Sie sich von den Pflegepersonen in Bezug auf die Pflegehandlungen?**

7. **Wie ging es Ihnen dabei wenn Sie noch etwas wissen wollten, konnten Sie immer mit gutem Gefühl alles fragen? Und wurde immer von Pflegepersonen darauf eingegangen?**

8. **Welche Möglichkeiten gab es mit den Pflegepersonen Ihre persönlichen Anliegen ausreden zu können, z.B. Ihre Gefühle, Bedenken, Sorgen und Ängste anzusprechen?**

9. **Wie haben Sie die Unterstützung von Pflegepersonen in Bezug auf Aktivitäten wie waschen, ankleiden, aufnehmen von Nahrung, Mobilität empfunden?**

10. **Wie haben die Pflegepersonen darauf reagiert als Sie deren momentanen Erwartungen nicht erfüllt haben? Wie war das z.B. als Sie Ihre Körperpflege auf einen späteren Zeitpunkt verschieben wollten?**

11. **Können Sie sich an Situationen erinnern in denen Ihr Handeln von Pflegepersonen direkt beeinflusst wurde z.B. als Sie einmal nicht vom Bett aufstehen wollten? Können Sie mir darüber erzählen? Mit welchen Gefühlen waren diese Einflussnahmen für Sie verbunden?**

Abschlussfragen:

12. **Wie erlebten Sie die Pflegehandlungen?**

    Dazu zwei Beispiele:

    Beispiel Nr. 1:
    Eine Pflegeperson kommt zu Ihnen ins Zimmer um Ihnen Blut abzunehmen. Sie sagt: „Bitte machen Sie den Arm frei.“ und nimmt Ihnen Blut ab. Anschließend sagt sie „Dankeschön“ und geht wieder. Wie wirkt das Verhalten der Pflegeperson auf Sie?

Beispiel Nr. 2:
Eine Pflegeperson kommt in Ihr Zimmer und fragt: „Wie geht es Ihnen?“, „Wie haben Sie denn geschlafen?“
„Ich werde jetzt bei Ihnen Blut für die Messung des Bluzuckers abnehmen, bitte machen Sie den Arm frei.“ Sie nimmt Ihnen das Blut ab, bedankt sich und verabschiedet sich mit den Worten „Ich wünsche Ihnen noch einen guten Tag“. Wie wirkt dieses Verhalten der Pflegeperson auf Sie?

13. **Hatten Sie die Möglichkeit die Handlungen der Pflegepersonen zu kritisieren? Wie wurde dies von den Pflegepersonen angenommen?**

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 3. Dritte Stichprobe (P11-P14)

Einstiegsfragen:

1. **Was macht für Sie einen gelungenen Aufenthalt im Akutspital aus?**

2. **Was glauben Sie, ist die Aufgabe des Pflegepersonals hier im Akutspital?**

Fragen zur Ermittlung der Einflussnahme von Pflegepersonen auf Patienti nnen in der pflegerischen Beziehung:

3. **Können Sie mir erzählen bei welchen Situationen Sie mit dem Pflegepersonal in Kontakt gekommen sind?**

4. **Wie haben Sie die Unterstützung von den Pflegepersonen beim Waschen, Ankleiden, Essen, Bewegen empfunden?**

5. **Wie informiert fühlten Sie sich von den Pflegepersonen in Bezug auf die an Ihnen durchgeführten Pflegehandlungen?**

6. **Welches Gefühl hatten Sie, wenn Sie etwas wissen wollten?**

7. **Hatten Sie die Möglichkeit mit dem Pflegepersonal über Ihre persönlichen Anliegen zu sprechen, z. B. Ihre Gefühle, Bedenken, Sorgen und Ängste anzusprechen?**

8. **Wie wurde seitens der Pflegepersonen darauf eingegangen?**

9. **In welchen Situation hatten Sie das Gefühl mitsprechen/mitentscheiden zu können?**

10. **Wie müsste sich die Pflegeperson verhalten, damit sie nicht mitmachen bzw. nicht der von ihr beabsichtigen Handlung zustimmen?**

11. **Hatten Sie die Möglichkeit etwas zu kritisieren?**

12. **Wo haben Sie diese Kritik angebracht?**

13. **Wie wurde damit seitens der Pflegepersonen umgegangen?**

<u>Abschlussfrage:</u>

14. **Wenn Sie die Möglichkeit hätten sich eine Pflegeperson auszusuchen, mit welchen Eigenschaften würden Sie sich diese wünschen?**

15. **Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Herangehensweisen von Pflegepersonen hinsichtlich des Umgangs mit Patient_innen während der Verrichtung einer Pflegehandlung. Welche dieser Herangehensweisen sagt Ihnen mehr zu?**

    Dazu zwei Beispiele:

    Beispiel Nr. 1:
    Eine Pflegeperson kommt zu Ihnen ins Zimmer um Ihnen Blut abzunehmen. Sie sagt: „Bitte machen Sie den Arm frei.“ und nimmt Ihnen Blut ab. Anschließend sagt sie „Dankeschön“ und geht wieder.

    Beispiel Nr. 2:
    Eine Pflegeperson kommt in Ihr Zimmer und fragt: „Wie geht es Ihnen?“, „Wie haben Sie denn geschlafen?“

„Ich werde jetzt bei Ihnen Blut für die Messung des Bluzuckers abnehmen, bitte machen Sie den Arm frei.“ Sie nimmt Ihnen das Blut ab, bedankt sich und verabschiedet sich mit den Worten „Ich wünsche Ihnen noch einen guten Tag“.

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 4. Vierte Stichprobe (P 14- P17)

Einstiegsfragen:

1. **Was macht für Sie einen gelungenen Aufenthalt im Akutspital aus?**
2. **Was glauben Sie, ist die Aufgabe des Pflegepersonals hier im Akutspital?**

Fragen zur Ermittlung der Einflussnahme von Pflegepersonen auf Patient_innen in der pflegerischen Beziehung:

3. **In welchen Situationen sind Sie hier im Akutspital mit dem Pflegepersonal in Kontakt gekommen?**

4. **Welche Situation ist Ihnen noch besonders in Erinnerung?**

5. **Haben die Pflegepersonen bei Ihnen einen Verbandswechsel durchgeführt? Wenn ja,**
   a. **können Sie beschreiben wie seitens der Pflegeperson dabei vorgegangen wurde?**
   b. **wie wurde die Situation eingeleitet bzw. beendet?**
   c. **wissen Sie noch was die Pflegeperson darüber hinaus gesagt hat?**

6. **Wie würden Sie reagieren, wenn die Pflegeperson es so gemacht hätte, dass es für Sie unangenehm wäre?**

7. **Haben Sie auch Kontakt zum Pflegepersonal initiiert? In welchen Situationen war das? Können Sie mir bitte darüber erzählen?**

8. **Haben Sie das Gefühl eine gewisse Kontrolle darüber zu haben, was das Pflegepersonal hier im Akutspital bei Ihnen macht oder verlassen Sie sich gänzlich auf das Pflegepersonal?**

9. **Wie sind Sie mit Situationen umgegangen, wenn etwas seitens der Pflegepersonen nicht so verlaufen ist, wie Sie das gewollt hätten? Wenn sich z.B. eine Pflegeperson Ihnen gegenüber nicht Ihren Erwartungen gemäß verhalten hat.**

10. **Wie müsste sich eine Pflegeperson verhalten, dass Sie sagen, nein da mache ich nicht mit bzw. Sie die pflegerische Handlung bei Ihnen nicht durchführen lassen?**

11. **Wie haben Sie hier im Akutspital das Warten erlebt? Hätte es eine Alternative zum Warten gegeben?**

Abschlussfragen:

12. **Welche Möglichkeiten haben Sie um Pflegepersonen Rückmeldungen zu ihren pflegerischen Handlungen zu geben?**

13. **Welche Möglichkeit haben Sie, um die Handlungen der Pflegepersonen zu kritisieren? Und wie wird diese Kritik von Pflegepersonen angenommen?**

INTERVIEWLEITFADEN Nr. 5. Fünfte Stichprobe (P.18- P. 20)

Einstiegsfragen:

1. **Was macht für Sie einen gelungenen Aufenthalt im Akutspital aus?**

2. **Was glauben Sie ist die Aufgabe des Pflegepersonals hier im Akutspital?**

Fragen zur Ermittlung der Einflussnahme von Pflegepersonen auf Patient_innen in der pflegerischen Beziehung:

3. **In welchen Angelegenheiten sind die Pflegepersonen für Sie Ansprechpartner_innen?**

4. **Können Sie mir erzählen bei welchen Situationen Sie mit den Pflegepersonen in Kontakt gekommen sind?**

5. **Welche Situationen sind Ihnen noch besonders in Erinnerung geblieben?**
   a. **Haben die Pflegepersonen bei Ihnen einen Verbandswechsel durchgeführt?**
   b. **Können Sie beschreiben wie dabei seitens der Pflegeperson vorgegangen wurde?**
   c. **Wie wurde die Situation eingeleitet bzw. beendet?**
   d. **Wissen Sie noch was die Pflegeperson darüber hinaus gesagt hat?**

6. **Wie verhalten sich die Pflegepersonen wenn Patient_innen Ansprüche stellen?**

7. **Wie fühlten Sie sich von den Pflegepersonen über die pflegerischen Maßnahmen informiert?**

8. **In welchen Situationen fühlten Sie sich von Pflegepersonen nicht ausreichend versorgt? Worauf führen Sie dies zurück? Und wie sind Sie mit solchen Situationen umgegangen?**

9. **Auf welche Weise dürfte sich eine Pflegeperson nicht verhalten?**

10. **Haben Sie das Empfinden den Überblick über die an Ihnen durchgeführten Pflegehandlungen zu haben oder überlassen Sie die pflegerischen Handlungen gänzlich dem Pflegepersonal.**

Abschlussfragen:

11. **Welche Rückmeldungen geben Sie den Pflegepersonen?**

12. **Haben Sie schon einmal eine Pflegeperson kritisiert? Wenn ja, wie hat diese darauf reagiert?**