



Karin Kersting

„Coolout“ in der Pflege

Eine Studie zur moralischen
Desensibilisierung

„Coolout“ in der Pflege

Für Anna Stephan –
stellvertretend für alle PatientInnen,
die in Krankenhäusern fixiert werden

Karin Kersting ist Krankenschwester, Lehrerin für Pflege, Diplom-Pädagogin und Professorin für Pflegewissenschaft/Pflegeforschung an der Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein.

Karin Kersting

„Coolout“ in der Pflege

Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

6. Auflage 2022

© 2011 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1 a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069-70 79 96-13

Fax: 069-70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

www.facebook.com/mabuseverlag

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main

eISBN: 978-3-86321-683-2

ISBN: 978-3-940529-99-2

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Vorwort zur zweiten Auflage	9
Geleitwort (C. Offermann)	11
Vorwort	15
Einleitung	17
1. Sollen und Sein in der Pflege	25
1.1 Die eine Seite der Medaille – Patientenorientierte Pflege	26
1.2 Die andere Seite der Medaille – Systemrationalität im Arbeitsalltag	32
1.3 Die dialektische Verknüpfung von Patientenorientierung und Systemrationalität	36
2. «Bürgerliche Kälte» und Krankenpflege	45
2.1 Gesellschaftliche Widersprüche und objektiv Kälte verursachende Strukturen	45
2.2 Moralentwicklung im Medium der Widersprüche	49
2.3 Kälte als moralische Kategorie	52
3. Kohlbergs Stufen der Moralentwicklung	55
3.1 Kohlbergs Untersuchungsanlage und das Stufenmodell	57
3.2 Die Konstruktion der Dilemmasituationen und die Interviewführung	68
3.3 Die Hermetik des Kohlberg'schen Theoriegebäudes	71
3.4 Schlussfolgerungen	83
4. Untersuchungsanlage und Forschungsmethode	87
4.1 Das Prinzip der Sachhaltigkeit	88
4.2 Die forschungsmethodische Vorgehensweise und deren Begründung	90

4.3	Reaktions-/Deutungsmuster	127
4.4	Verdichtungstypen	129
4.5	Zur Darstellungsform der Reaktionen	131

5. Reaktionsmuster auf eine moralische Konfliktsituation 133

5.1	Die Perspektive auf den Widerspruch als Unterscheidungsmerkmal	133
5.2	Die Reaktionsmuster als «Portraits» bzw. Verdichtungstypen	136
5.3	Überblick über die Häufigkeit und Verteilung der Reaktionsmuster	195

6. Zur Entwicklungslogik der Reaktionsmuster 209

6.1	Die «Kälteellipse»	210
6.2	Entwicklungspotentiale der Reaktionsmuster	214
6.3	Zur Wahrnehmung der Statusveränderung nach dem Examen	232
6.4	Fallbeispiele zum Wechsel von Reaktionsmustern	235

7. Die Bearbeitung moralischer Konflikte in der Pflegeethik 247

7.1	Sara T. Fry: Ethik in der Pflegepraxis	249
7.2	Marianne Arndt: Ethik denken	266
7.3	Die Halbherzigkeit «konstruktiver» Problembearbeitung: Alles bleibt, wie es ist, weil alles besser werden soll	294

8. Was ist zu tun? 299

9. Weiterführende Forschungen 303

9.1	Forschungen in der Pflege	303
9.2	Weitere Forschungen im Zusammenhang mit Belastungen im (Arbeits-) Alltag	305

Anhang
Darstellung der Themen der Moralkonflikte im Forschungsprojekt
Moralische Krisenerfahrung in Kindheit und Jugend 315

Literatur 319

Dank

Zu danken habe ich Prof. Dr. Andreas Gruschka für seine Betreuung während des Studiums und während der Promotion. Um den Perspektivenwechsel von einer «positiven Pädagogik» zu einer «negativen Pädagogik» zu vollziehen, bedarf es der Zeit und der Geduld, nicht nur seitens des Studierenden, sondern auch seitens des Lehrers mit dem Studierenden. Dafür danke ich ihm sehr.

Ich danke meinen Kommilitonen, insbesondere Anke Reichenbach, Thomas Geier, Markus Uecker, Ralf Boost und Sebastian Vogel – sowie Martin Heinrich und Marion Pollmanns, die zu einem späteren Zeitpunkt dazu gestoßen sind – für ihre Bereitschaft, sich mit der Situation in der Krankenpflege auseinander zu setzen, ihre Unterstützung bei der Interviewführung, ihre Hilfe bei der Transkription und vor allen Dingen für die unzähligen Stunden, die sie mit mir interpretiert und meine Texte diskutiert haben. Diese Zusammenarbeit hat die vorliegende Arbeit erst ermöglicht. Martin Heinrich hat mir darüber hinaus wertvolle Hinweise für die Diskussion der pflegeethischen Ansätze gegeben.

Ein ganz besonderer Dank gilt Vera Timmerberg, mit der ich nicht nur fünf Jahre intensiv im Forschungsprojekt zusammengearbeitet habe, sondern die darüber hinaus unermüdlich meine Textentwürfe gelesen, kritisiert und diskutiert hat und mich als Freundin begleitet hat.

Frau Prof. Dr. Ruth Schröck hat mich durch ihr Interesse an dieser Forschungsarbeit in den letzten zweieinhalb Jahren sehr motiviert. Für ihre Bereitschaft, die Arbeit aus pflegewissenschaftlicher und pflegeethischer Sicht zu betreuen, für die Zeit, die sie sich für meine Texte und für Diskussionen nahm, und für ihre Ermutigungen habe ich ihr zu danken.

Nicht zuletzt danke ich allen Pflegenden, die sich zu den Interviews bereit erklärten und die damit erst die Grundlage für diese Untersuchung geboten haben.

Klaus-Martin Lügge bewahrte Ruhe und half bei der Neuformatierung der Dateien nach einem Computerabsturz kurz vor Abgabe der Arbeit, und er hat fünf Jahre «Kältestudien» ertragen. Ihm sei Dank für seine Geduld ausgesprochen.

Ein Dank geht an Achim Fischer, der die Arbeit Korrektur las. Ulli Deppe manage das Drucken und Kopieren mit großer Gelassenheit.

Der Robert Bosch Stiftung danke ich für die finanzielle Unterstützung während der Promotion, Frau Dr. Satrapa-Schill darüber hinaus für ihr Interesse an der in dieser Arbeit geführten Diskussion über die Pflegeethik.

Karin Kersting

Vorwort zur zweiten Auflage

Im Geleitwort zur ersten Auflage dieses Buches schreibt Prof. Dr. Claus Offermann: „Jeder Beruf hat in der Praxis seine Unzulänglichkeiten. Es war zu vermuten, dass dies auch auf die Pflege als Inbegriff des helfenden Berufs zutrifft. Karin Kersting lässt uns jedoch mit ihrer Dissertation in einen Abgrund schauen, der sich zwischen Anspruch und Wirklichkeit des Pflegeberufs auftut.“¹

Dieser „Abgrund“ ist nichts anderes als das, was Pflegekräfte täglich aushalten: der unauflösbare Widerspruch zwischen dem normativen pflegerischen Anspruch und der Funktionalität in einem Arbeitsalltag, der durch knappe Ressourcen bestimmt wird.

Dieses Spannungsfeld im Pflegealltag besteht nach wie vor bzw. es scheint sich weiter zuzuspitzen:

1. Der pflegerische Anspruch wird durch die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft heute fundierter, differenzierter und elaborierter formuliert als das im Zeitraum der Durchführung der Studie in den Jahren 1995–2000 der Fall war.
2. Die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet, verschlechtern sich gleichzeitig zunehmend, ein „Pflegenotstand“ wird nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit immer häufiger thematisiert.

Wie halten Pflegekräfte es aus, wenn sie im Alltag immer wieder erleben, dass sie das „Gute“, also eine Pflege, die sich am je individuellen Patienten und seinen Bedürfnissen ausrichtet, nicht verwirklichen können? Die Antwort lautet: moralische Desensibilisierung. Dies bedeutet, dass Pflegenden lernen, sich gegenüber dem strukturellen Widerspruch in der Pflege in unterschiedlichen Formen (Reaktionsmustern) *kalt* zu machen. Die Reaktionsmuster erklären, wie am pflegerischen Anspruch festgehalten werden kann, während er gleichzeitig unterwandert wird.

Für mich resultierte aus diesen „Kälte“-Studien² u. a. die Frage, inwieweit die Auseinandersetzung damit Bildung im emphatischen Sinne ermöglichen kann:

- 1 Offermann, Claus, in: Kersting, Karin (2002): *Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Verlag Hans Huber, Bern u. a., S. 9.
- 2 In den Diskussionen über die Studien zur Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit haben sich im Laufe der Zeit zunehmend zwei Begriffe durchgesetzt: „Kältestudien“ und „Coolout“. Erste Ergebnisse wurden 1999 unter dem Titel „Coolout im Pflegealltag“ in der Zeitschrift *Pflege & Gesellschaft*, Heft 3, S. 53–60 veröffentlicht.

Bildung aus Auseinandersetzung mit Selbst und Welt, um so den Prozess der Emanzipation aktiv mitzugestalten und sich nicht nur an das gesellschaftlich Notwendige anzupassen.³ Das ist mit den Studien deshalb möglich, weil sie genau das zum Thema haben: Das Festhalten am normativen Anspruch bei gleichzeitiger Verstrickung in den Anpassungszwängen. Darüber klären die Studien auf.

Seit 2003 sind die Studien Inhalt der Studiengänge Pflegepädagogik und Pflege-management an der Fachhochschule Ludwigshafen. Sobald die Studierenden, die alle eine Pflegeausbildung und Berufserfahrung haben, die Studien kennenlernen, zeigen sich in den anschließenden Diskussionen folgende Reaktionen: Erstaunen, Irritation und Verunsicherung, Empörung, Trauer und auch Erleichterung darüber, dass (Pflege-)Wissenschaft auch über die scheiternde Praxis aufklärt.

Die Vermittlung der „Kälte“-Studien ist so angelegt, dass damit zweierlei erreicht werden kann:

Inhaltlich setzen sich die Studierenden mit dem Verhältnis von normativ überschüssigen Konzepten zur Pflegepraxis auseinander. Sie lernen, die Strategien im Alltag hinsichtlich des Umgangs mit dem Widerspruch zu durchschauen – auch ihre eigenen Strategien. Sie suchen nach Lösungen, identifizieren in den Lösungen selbst z. B. Idealisierungs- oder Kompensationsstrategien, kündigen berufspolitisches Engagement an, stoßen Diskussionen an und tauschen sich vereinzelt in Pflege-Chatrooms darüber aus. Pflegepädagogen/-innen und -manager/-innen halten es für unabdingbar, dass sich auch und gerade der pflegerische Nachwuchs schon in der Ausbildung mit den „Kälte“-Studien auseinandersetzt. Gerade die Nachwuchskräfte werden diejenigen sein, die zukünftig in der Pflegepraxis agieren, d. h. in dem Spannungsfeld bestehen müssen und unter Anpassungszwang stehen werden. Als nachwachsende Generation sind sie auch diejenigen, die sich (berufspolitisch einbringen müssen.

Über das Inhaltliche hinaus gewinnen die Studierenden durch den Nachvollzug der *forschungsmethodischen Vorgehensweise* bei den Studien einen Zugang zur qualitativen Forschung. Darüber wird das Interesse an Forschung geweckt. In den pflegebezogenen Studiengängen der Fachhochschule Ludwigshafen führen alle Studierenden eigene kleinere Forschungsprojekte durch. Auf diese Weise haben sich die „Kälte“-Studien dort zu einem neuen Forschungsschwerpunkt im Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt.

Ludwigshafen am Rhein, Januar 2011

Karin Kersting

3 Vgl. dazu auch Borst, Eva (2009): *Theorie der Bildung. Eine Einführung*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

Geleitwort

Moralisch handeln in effizienten Organisationen

Anspruch und Wirklichkeit des beruflichen Alltags klaffen in jedem Beruf auseinander. Jeder Beruf hat seinen Mythos sei es bezüglich der Bedeutung für die Gesellschaft oder sei es für die Persönlichkeit des Individuums. Jeder Beruf hat in der alltäglichen Praxis seine Unzulänglichkeiten. Es war zu vermuten, dass dies auch auf die Pflege als Inbegriff des helfenden Berufs zutrifft. Karin Kersting lässt uns jedoch mit ihrer Dissertation in einen Abgrund schauen, der sich zwischen Anspruch und Wirklichkeit des Pflegeberufs auftut. Sie relativiert nicht nur den Mythos von der moralisch stabilen Krankenschwester, sondern sie weist mit ihrer Untersuchung nach, dass sich ein Prozess der moralischen Desensibilisierung im Laufe der beruflichen Tätigkeit vollzieht. Die Krankenschwestern und Krankenpfleger werden aufgrund der strukturellen Bedingungen nicht nur nicht in die Lage versetzt, ihre Ethik der Patientenorientierung zu leben, sondern sie werden gezwungen, eine falsche Praxis, die zu negativen Folgen für die Patienten führt, gut zu finden. Karin Kersting nennt es Kälte verursachende Strukturen, die zu moralischen Konflikten führen. Vor allem der Mangel an Zeitressourcen ist für die Verursachung der Kälte verantwortlich.

Es ist das Verdienst von Karin Kersting, durch ihre Studien die «Kälteellipse» entdeckt zu haben, der die Pflege unterworfen ist. Es sind neun Stufen, die von der Wahrnehmung der Strukturen über die moralische Verunsicherung bis zur reflektierten Hinnahme der Zustände und Verfahren reichen. Eindrucksvoll dargestellt ist vor allem der persönliche Kampf der Pflegenden mit sich zwischen Widerspruch, Verdrängung, Idealisierung und Kompensation der falschen Praxis.

Die Pflegeethik hat nach Karin Kersting bisher keine positiven Beiträge zur Bewältigung des Problems geleistet. Die Pflegeethiker/innen nehmen die materiellen und gesellschaftlichen Bedingungen als unveränderbar hin und belassen es bei einer praxistauglichen Kritik. Für Karin Kersting ist die Pflegeethik in Wirklichkeit der Handlanger zur Förderung der Kälte durch ihre Idealisierung falscher Praxis. Die Pflegeethik scheint der moralischen Desensibilisierung auf theoretischer Ebene noch die Krone aufzusetzen.

Karin Kerstings Arbeit kann eine Diskussion auslösen, in der sich vor allem Sozialpolitik, Pflegewissenschaften, Pflegepädagogik, Pflegemanagement und die Berufsverbände angesprochen fühlen können. Es ist dieser Arbeit zu wünschen, dass sie konstruktiv auf breiter Basis wahrgenommen wird. An dieser Stelle soll auch sogleich mit der Diskussion begonnen werden.

Betriebswirte und Verwaltungswissenschaftler verstehen nichts von Pflege, sondern lediglich etwas von Prozessen, die eine Organisation aufrecht erhalten und verbessern sollte, um versprochene Leistungen mit so wenig wie möglich Reibungsverlust zu erbringen. Einzelne Teile der klagenden Einführung einer Stationsschwester «Wie sieht heute unser Stationsalltag aus?» könnte ein mit Organisationen Beschäftigter mit folgenden Fragen zu verstehen versuchen:

- «Nach einer von vielen Anfragen, von Telefon und Glocke ständig unterbrochenen Pause»: Gibt es denn keine Springerin, die diese Arbeiten übernimmt? Gibt es eine Erhebung, wie viele Unterbrechungen es gibt, wer unterbricht und wie diese Unterbrechungen zu reduzieren sind, damit in Ruhe Pause gemacht werden kann?
- «Eine Kollegin ist den ganzen Tag mit Visite und anschließendem Ausarbeiten beschäftigt: Gibt es die Möglichkeit, die Visitendokumentation so aufzubereiten, dass ein anschließendes Ausarbeiten minimiert werden kann?
- «Die Oberschwester will wissen, ob die Kollegin die Krankmeldung gebracht hat»: Gibt es einen Ort, an dem die Krankmeldung deponiert werden muss? Wenn sie dort nicht ist, dann ist sie nicht da. Dann braucht die Oberschwester auch nicht den Betrieb aufzuhalten.
- «Die Schülerin fragt, ob der Patient mit Herzinfarkt schon zur Toilette darf»: Wurde diese Frage bei der Dienstübergabe behandelt oder ist die Vorgehensweise dokumentiert? Gibt es eine definierte Ansprechpartnerin, die die Schülerin gezielt betreut?
- «Nebenbei suchen wir noch das Gebiss von Herrn. D.»: Gibt es die Festlegung, dass an den drei Punkten gesucht wird, wo mit hoher Wahrscheinlichkeit das Gebiss liegt – und wenn es dort nicht liegt, ein freundliches «Tut mir Leid!» fällig ist?
- «Wir haben noch keine Apotheken-, keine Lagerbestellung geschrieben»: Gibt es ein Bestellsystem mit Barcodescanner und ein modernes Lager, um das sich ein Lagerassistent kümmert, der bestellt und liefert?
- «Nach dem Blutbild von Herrn Schulze hat der Arzt schon zweimal gefragt»: Gibt es eine Vereinbarung mit dem Arzt, bis wann er damit realistischerweise rechnen kann?

Wohlgemerkt, es gibt immer noch genug Hast und Zeitdruck für die Pflege, die die These von Karin Kersting von der moralischen Desensibilisierung unterstützt, auch wenn die gestellten Fragen positiv beantwortet würden. Es könnte jedoch sein, dass Verbesserungen jeder Art den Druck von den Pflegemitarbeiterinnen nehmen.

Leider wird das «Regelwerk der Praxis», das die Pflegemitarbeiterinnen in ihre desolante Situation treibt, nicht als veränderbar oder verbesserbar thematisiert. Bedeutet es, dass das Krankenhaus als Organisation nicht veränderbar ist? Bedeutet das, dass weder in der beruflichen Ausbildung noch in der beruflichen Praxis das Thema «Organisatorische Verbesserungen» in den Blick gerät?

Unter Umständen geht die organisatorische Desensibilisierung, als Nicht-Wahrnehmen-Können organisatorischer Veränderungen der moralischen Desensibilisierung voraus. Schwächen der Organisation wären danach die Normalität der Organisation, gerade wenn sie zu Lasten der Pflegemitarbeiterinnen gehen. Mögliche freiwerdende Zeitressourcen durch organisatorische Verbesserungen in der Organisation werden dadurch nicht wahrgenommen. Die Pflege hat dadurch nicht die Chance, ein strategischer Beruf zu sein, der zielgerichtet und entscheidungsstark patientenorientiert arbeitet.

Zudem verbirgt sich dahinter ein hierarchisches Problem: Die Pflegemitarbeiterinnen als *frontline staff* sind ganz selbstverständlich die Frontschweine, die verheizt werden, damit die Krankenhausküche ihre Essenswagen pünktlich zurück, das Labor sein Blut und der Arzt sein Blutbild zügig bekommt. Es scheint auch keine hierarchische organisatorische Spitze in Form einer Pflegedirektorin zu geben, die Verbesserungsprojekte zugunsten der Pflege forciert. Die Pflege stellt sich hier nicht als Herrin des Verfahrens dar, d.h. sie definiert nicht die Situation. Diejenigen, die die Situationen definieren, haben es immer einfacher zu Lasten der Definitionsschwachen, moralisch einwandfrei zu handeln.

Aus der Sicht eines Organisationsentwicklers könnte damit angefangen werden, die alltäglichen Prozesse anhand der eingangs so schön beispielhaft geschilderten Situationsbeschreibung zu analysieren und zu verbessern. Denn – so denken die Organisationsentwickler – moralisch handeln lässt es sich besser in Organisationen, die effizient organisiert sind.

Prof. Dr. Claus Offermann

Vorwort

Die vorliegende Studie ist im Rahmen des Forschungsprojekts *Moralische Krisenerfahrung in Kindheit und Jugend* entstanden. Vom Sommersemester 1995 bis zum Wintersemester 1999/2000 untersuchte eine Gruppe von Studenten¹ und Doktoranden, zu der auch die Verfasserin gehörte, unter der Leitung von Prof. Dr. Andreas Gruschka Reaktionen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf moralische Konfliktsituationen. Zu diesem Zweck wurden klinische Interviews mit 209 Probanden geführt. In den Gesprächen wurden verschiedene, ihnen aus ihrem Alltag bekannte moralische Konfliktsituationen thematisiert. Die Inhalte wechselten dabei je nach Altersgruppe und Thema; strukturell waren die Konflikte jedoch identisch: Immer ging es um Situationen, in denen ein Verhalten gemäß einer postulierten Norm im Widerstreit zu den Bedingungen des Alltags stand. Diese Konfliktsituationen wurden in kleine Geschichten (Szenarien) eingearbeitet, die den Probanden vorgelesen bzw. vorgelegt wurden, und sie wurden aufgefordert, ihre Meinung zu äußern. Die Probanden – Kindergartenkinder, Schüler der Primarstufe, der Sekundarstufe I und II, Studenten sowie junge Arbeitslose, die an einer Qualifizierungsmaßnahme des Arbeitsamtes teilnahmen – wurden zu verschiedenen Normkonflikten in pädagogischen Institutionen und im außerpädagogischen Bereich befragt. Organisiert wurde das Projekt, indem die Themen der moralischen Konflikte einzelnen Projektmitarbeitern zugeordnet wurden, die dann in kleinen Arbeitsgruppen die Reaktionen darauf in allen Altersgruppen untersuchten. Weil die Konflikte strukturidentisch sind, ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse sowohl bzgl. der Altersgruppen der Probanden als auch der Arbeitsgruppen – und damit der verschiedenen Normkonflikte untereinander – möglich. 1996 wurde die Untersuchung auf den Bereich der beruflichen Bildung ausgeweitet. Ergänzend zu den genannten Probanden

1 Mit dieser Bezeichnung sind gleichzeitig auch Studentinnen gemeint. Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wurde bei allen Personen nur eine Geschlechtsform gewählt, die stellvertretend für beide Geschlechter steht. Das gilt ebenso für die Bezeichnungen Krankenpflegeschüler, Krankenschwester, Proband, Patient etc. Ausgenommen davon sind jeweils konkrete Personen.

hat die Verfasserin Auszubildende der Krankenpflege und später auch examinierte Pflegekräfte in das Projekt einbezogen, weil die Untersuchungsanlage die Möglichkeit bot, zusätzliche Erkenntnisse über die Moralentwicklung in der Pflege zu gewinnen. Denn mit der Auswertung der Interviews wird beschrieben, welche Strategien die Befragten für eine moralische Orientierung in ihrem Alltag entwickeln. Der für die Krankenpflegeprobanden relevante moralische Konflikt ist ihrem Arbeitsalltag entnommen und bezieht sich auf das normative Postulat einer patientenorientierten Pflege und die an die Pflegenden herangetragene Forderung nach funktionalen Verhaltensweisen in der Pflegepraxis.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung im Bereich der Krankenpflege; sie spiegelt den Aufbau des gesamten Forschungsprojekts wider. Die Ausführungen zur Forschungsmethode haben Geltung für das ganze Projekt und ein großer Teil der Untersuchungsergebnisse in der Pflege findet sich auch bei Probanden der anderen Arbeitsgruppen.² An den entsprechenden Stellen werden Bezüge hergestellt.

² Eine Beschreibung der moralischen Konflikte, zu denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene befragt wurden, ist in einer Darstellung der Themen der Moralkonflikte des Forschungsprojekts im Anhang nachzulesen.

Einleitung

Eine Stationschwester schildert ihren Arbeitsalltag in der Krankenpflege wie folgt:

Wie sieht noch heute unser Stationsalltag aus? Wir kommen morgens um 6.00 Uhr zum Dienst, stürzen uns nach der Übergabe auf die Patienten, teilen in Hast das Frühstück aus. Wenn dann gegen 8.00 Uhr die ärztliche Besatzung anrückt, haben die ersten von uns schon Rückenschmerzen vom Betten, Lagern, Hochziehen, Heben. Nach einer von vielen Anfragen, von Telefon und Glocke ständig unterbrochenen sog. Frühstückspause geht die Hektik dann erst richtig los. Eine Kollegin ist den ganzen Vormittag mit Visite und anschließendem Ausarbeiten beschäftigt, die anderen rennen rum. Sie suchen ein Bett für den Zugang und die Papiere für die Entlassung. Rennen zum Telefon und – weil ein Patient klingelt – von einem Ende des Flures zum anderen und wieder zurück, zum nächsten Patienten und wieder zum Telefon. Dazwischen will die EKG-Schwester wissen, wo Herr A. bleibt, der Klinikpfarrer will wissen, wo Herr B. liegt, die Oberschwester will wissen, ob die Kollegin die Krankmeldung gebracht hat. Herr Schulze will wissen, ob er noch nüchtern bleiben muß; die Schülerin fragt, ob der Patient mit Herzinfarkt schon zur Toilette darf und ob Frau Meier noch eine Infusion bekommt. Frau Schmitt will wissen, wie es ihrer Mutter geht. Zwischendurch fällt Herr A. aus dem Bett, Frau B. hat Durchfall, und das ganze Bett samt Gitter ist schmutzig. Frau C. muß erbrechen und kam nicht mehr rechtzeitig ins Bad. «Nebenbei» suchen wir noch das Gebiß von Herrn D., den Hausschuh von Frau E. und wenn eine Woche nach der Entlassung Frau Schmitt nach dem Handtuch mit den roten Punkten fragt, dann suchen wir das auch noch. Es muss nicht unbedingt noch ein Notfall dazukommen, um das Chaos perfekt zu machen. Übertreibe ich? Ich denke nicht. [...] Und ich bin, leider, noch nicht fertig mit dem Aufzählen. Wir haben nämlich noch nicht – nebenbei, versteht sich – die Küche für das Mittagessen vorbereitet, das «Gift» aus der Apotheke abgeholt, den Untersuchungsantrag zum Institut gebracht, das Blut ins Labor. [...] Und ich bin noch immer nicht fertig mit dem Aufzählen. Wir haben nämlich noch keine Apotheken-, keine Lagerbestellung geschrieben und keinen Wäschewagen ausgeräumt. Die Tabletten für morgen sind noch nicht gerichtet, die Schälchen noch nicht mal ausgewaschen. [...] Nach dem Blutbild von Herrn Schulze hat der Arzt schon zweimal gefragt, und die Blutkonserven sind noch immer nicht abgeholt.

Sie fügt ergänzend hinzu, dass nicht jeder Tag so schlimm sei, «aber doch die meisten normalen Werktage». (Zieger, 1992: 230 ff.)

In diesem lebhaft geschilderten und jedem Pflegepraktiker bekannten Kontext findet Krankenpflege statt. Pflege will und soll aber mehr sein, als ein «Sich-auf-die-Patienten-Stürzen» zwischen 6.00 Uhr und 8.00 Uhr. Sie will und soll durch etwas anderes charakterisiert sein, als durch das beschriebene permanente «Rumrennen» vom Telefon zu Patientenzimmern und zurück. Das formuliert auch die zitierte Autorin. Sie stellt den Anspruch, dass Patienten ganzheitlich betreut, Schwerkranke und Sterbende begleitet werden sollen (Zieger, 1992: 233). Eine ganzheitliche Betreuung, eine am einzelnen Patienten orientierte Pflege, bei der seine individuellen Bedürfnisse Berücksichtigung finden, soll die Pflege auszeichnen.

Krankenpflege heißt, sich um Patienten kümmern, ihnen Gutes tun, sich ihnen zuwenden, sie trösten, wenn sie traurig sind, sie unterstützen und ihnen helfen, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen, wenn sie aufgrund einer Erkrankung in ihren Lebensaktivitäten eingeschränkt sind. Jeder einzelne Patient und sein Wohlbefinden soll im Mittelpunkt der Bemühungen der Pflegenden³ stehen, die ihr pflegerisches Handeln daran ausrichten sollen und wollen.⁴ Dazu gehört es, entsprechendes Fachwissen in praktisches Handeln zu überführen: Pflegemaßnahmen sollen mittels Informationen über die Patienten unter Einbeziehung ihrer Ressourcen zielgerichtet geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Das lernen die Krankenpflegeschüler in der Ausbildung. Mit Blick auf ihren Arbeitsalltag äußern Pflegende sich aber auch dahingehend, dass man das nicht uneingeschränkt könne: Auch für die sehr pflegebedürftigen Patienten habe man sehr wenig Zeit, und wenn man sich die Zeit nehmen möchte, dann könne man das einfach aufgrund der vielen Arbeit nicht. Auszubildende berichten von dramatischen Einzelfällen, in denen es dazu komme, dass Pflegende die Türen schließen, und zwar von außen, wenn Patienten sterben. Eine Begleitung der Sterbenden sei nicht möglich, wenn – so drückt sich eine Auszubildende aus – die Station tobe. Patienten, die eingestuhlt sind, müssen in ihren Exkrementen liegen bleiben, weil es erst andere Aufgaben zu erledigen gelte, die dazu dienen, den reibungslosen Arbeitsablauf zu gewährleisten. Man müsse sich bei der Pflege beeilen, denn Zeit zu sparen, das gehöre nun einmal zum Krankenhausalltag. (Vgl. Kap. 5: S. 172 f.; Kersting, 1997: 57 ff.)

Diese Situationsschilderung und die Aussagen Pflegender sind vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen in der Pflege zu betrachten. Einerseits eta-

3 Die Bezeichnung «Pflegende» bezieht sich in dieser Arbeit durchgehend sowohl auf die Auszubildenden der Krankenpflege, als auch auf die examinierten Pflegekräfte.

4 Diese Vorstellungen von Pflege formulieren Auszubildende der Krankenpflege und examinierte Pflegekräfte z. B. in Kapitel 5. Vgl. auch den Materialienband, der bei der Verfasserin zur Einsichtnahme angefordert werden kann.

bliert diese sich zunehmend als Wissenschaft.⁵ Pflegespezifische Fragen und Themen werden erforscht und aufgearbeitet und der zu verwirklichende pflegerische Anspruch wird durch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse immer differenzierter beschrieben. Andererseits gelten die öffentlichen Kassen als immer leerer. Die Budgetierung im Gesundheitswesen, die daraus folgenden Einsparungen und personellen Engpässe, die mittlerweile nicht mehr nur in der Fachwelt, sondern auch in der Öffentlichkeit diskutiert werden (vgl. z. B. Bartholomeyczik, 1993; Galuschka et al., 1993; Bolle, 1999)⁶, sind eher dazu geeignet, den Prozess der steigenden Belastungen zu kultivieren, als ihn zu stoppen.

Schwestern, Pfleger, Altenpflegerinnen, Altenpfleger und andere an professioneller Pflege beteiligte spüren die Diskrepanzen zwischen den Forderungen einer optimalen Pflege und den gesundheitspolitischen Gegebenheiten, die eine solche oft als Utopie erscheinen lassen. (Arndt, 1996: V)

Aus diesen Diskrepanzen resultieren moralische Konfliktsituationen, in denen Pflegende entscheiden müssen, wie sie sich verhalten sollen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach der moralischen Haltung Pfleger in dem Konfliktfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege an Bedeutung, denn es nimmt nicht nur das pflegespezifische Wissen zu, sondern es werden auch die Diskrepanzen zur Wirklichkeit beschrieben und Probleme aufgedeckt. Der «Boom» der Ethik-Diskussion unterstreicht die Notwendigkeit der Thematisierung von Fragen im Zusammenhang mit der Moralität im Pflegealltag

5 Zegelin-Abt gibt in dem Vorwort zu *Pflegeforschung. Methoden – Kritische Einschätzung – Anwendung* einen Überblick über die Entwicklung der Pflegeforschung in Deutschland bis zur Etablierung der Pflegestudiengänge *Pflegewissenschaft* (1996: V-XI).

6 Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) rief im Juni 1999 zu einer Großdemonstration auf dem Berliner Alexanderplatz auf, um gegen eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zu protestieren. Die Westdeutsche Allgemeine Zeitung schreibt am 31.03.2000, dass die Sozialverbände einen «neuen Pflegenotstand» beklagen, berichtet am 10.04.2000 über den «harten Alltag in den Krankenhäusern» und weist auf «knappes Personal» hin.

(Zegelin-Abt, 1997: 361).⁷ So wird auf moralische Probleme in der Pflege reagiert. Pflegewissenschaftler wollen für moralische Probleme in der Pflege sensibilisieren. In der Auseinandersetzung mit ethischen Theorien, Prinzipien, Konzepten wollen sie einen Beitrag für einen reflektierten Umgang mit moralischen Konflikten leisten. Sie sprechen Empfehlungen und Vorschläge für moralische Orientierungslinien aus, bieten Entscheidungsfindungsstrategien an, die in der Ausbildung vermittelt werden und Konfliktsituationen in der Pflegepraxis bewältigen und auf moralisches Handeln orientieren sollen. (Vgl. Kap. 7, S. 251 ff. und S. 275 ff.)

Es fehlt bisher allerdings an einer Ist-Analyse, das heißt an einer Untersuchung über Moralität im Pflegealltag. Bevor Empfehlungen ausgesprochen werden, wie Pflegende moralisch (-er) handeln können, ist zunächst die Frage zu beantworten, welche Orientierungsmöglichkeiten Pflegende in ihrem Arbeitsalltag überhaupt haben, wenn sie in moralische Konflikte verwickelt sind. Zu diagnostizieren ist, worauf sie sich beziehen, wenn sie Entscheidungen darüber treffen, welche Formen des Handelns für sie verpflichtend oder richtig sind. Wie lässt sich die Moralität Pflegender in einem Arbeitsalltag beschreiben, in dem sie «rumrennen» und Handtücher mit roten Punkten suchen, während, um dieses drastische Beispiel von Zieger aufzugreifen, zugleich Patienten aus dem Bett fallen? Wie können Pflegende an einer ganzheitlichen Betreuung Schwerkranker und Sterbender als dem guten und richtigen Handeln in der Pflege festhalten, wenn die «Station tobt» und die Patientenzimmertür von außen geschlossen wird? Oder weniger dramatisch formuliert: wie gehen Pflegende in ihrem Arbeitsalltag mit moralischen Konfliktsituationen um, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie ihr pflegerisches Handeln an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten sollen und sie sich zugleich

7 Die Veröffentlichungen zum Themenbereich *Ethik in der Pflege* haben in den letzten Jahren an Umfang zugenommen. Die Arbeitsgruppe *Ethik in der Pflege* des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft und -forschung hat aus diesem Grunde eine annotierte Bibliographie (2000) erarbeitet, die Interessierten den Zugang zu den in den letzten Jahren erschienenen Aufsätzen und Monographien durch einen Überblick erleichtern soll. Ein weiterer Indikator für das steigende Interesse ist z. B., dass das Thema *Ethik in der Pflege* mit einem eigenen Schwerpunkt auf dem «*Pflegekongress München 2000*» vertreten war. 1999 wurde das International Centre for Nursing Ethics gegründet. Es werden Modellprojekte ins Leben gerufen, wie etwa *Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegender* (Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e. V.). Die Themen, die unter ethischen Aspekten diskutiert werden, sind vielfältig. Zum Beispiel: alltägliche Konflikte im Rahmen der Hygiene, Sexualität im Pflegealltag, Kooperationsbeziehungen in der Pflege, Zwangsernährung von Patienten, die Wahrung der Würde des Menschen, Tod und Sterben, Konflikte, die sich durch mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen ergeben u. v. a. m. (Vgl. auch Kap. 7)

durch knappe personelle Ressourcen, den Zeitdruck und die beschriebene Hektik im Pflegealltag gezwungen sehen, bei der Pflege zu beeilen? Warum unterläuft die Pflegepraxis ihren eigenen Anspruch, und wie reagieren die Pflegenden auf diese Diskrepanzen?

Schröck spricht im Zusammenhang mit dem moralischem Handeln in der Pflege von einem «Prozeß einer moralischen Desensibilisierung», der sich im Laufe der beruflichen Tätigkeit nicht nur fortzusetzen, sondern zu verstärken schein (1995: 322). Gemeint ist damit der Verlust von Sensibilität gegenüber Verhaltensweisen, die vor dem eigenen Gewissen nicht zu rechtfertigen sind, weil sie dem normativ Gebotenen widersprechen. Zugleich scheint es Mechanismen zu geben, mit denen es gelingt, diese Verhaltensweisen zu praktizieren und hinzunehmen, ohne dass diese grundsätzlich in Frage gestellt werden und ohne dass es zu einer Beunruhigung kommt.⁸ Dieser Einschätzung Schröcks ist angesichts der Diskrepanzen zwischen pflegerischen Ansprüchen und den gegebenen Bedingungen im Alltag zuzustimmen, denn sie gibt einen Hinweis darauf, wie es kommt, dass Pflegende handlungsfähig bleiben können, auch wenn sie erleben, dass sie das, was sie machen sollen, nicht uneingeschränkt leisten können. Gerade indem sie ihre Sensibilität verlieren, können sie auch Situationen dulden, die nicht einer optimalen Pflege entsprechen.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Untersuchung richtet sich auf diesen vermuteten Prozess. Was genau dabei unter «moralischer Desensibilisierung» zu verstehen ist, wie sie beschrieben werden kann, wie es dazu kommt und was unter einer «Verstärkung» des Prozesses zu verstehen ist, ist bislang ungeklärt. Hier wird diesen Fragen nachgegangen. Eine Annahme geht davon aus, dass den Anforderungen, die an Pflegende gestellt werden, eine Strukturlogik innewohnt, die mit diesem vermuteten Desensibilisierungsprozess im Pflegealltag zusammenhängt. Eine zweite Annahme ist, dass die zunehmende Berufserfahrung auch zu einer zunehmenden Erkenntnis des Widerstreits in den Anforderungen führt. Daraus resultieren Bewältigungsmechanismen, die sich in den unterschiedlichen Reaktionen auf moralische Konfliktsituationen zum Ausdruck bringen. Werden sie aufgedeckt, kann der Prozess der moralischen Desensibilisierung beschrieben werden.

Daraus folgt zweierlei. Erstens muss die Moralität Pflegender an dem Ort untersucht werden, an dem sie sich entwickelt: in dem oben skizzierten Spannungsfeld des beruflichen Alltags. Zweitens müssen Pflegende untersucht werden, die unterschiedlich lange in der Praxis tätig sind. Da auch Pflegeschüler die Diskre-

8 Schröck bezieht sich beispielhaft auf die Lüge oder eine «andere Untat», die im Kindesalter subjektiv als außerordentlich bedrängend empfunden wurde und mit zunehmendem Alter an Brisanz und Problematik verliert (1995: 321 f.).

panzen zwischen dem pflegerischen Anspruch und den Bedingungen des Alltags vom Beginn ihrer Ausbildung an erleben, macht es Sinn, eine Untersuchung bereits bei der Ausbildung anzusetzen. Die Auszubildenden sind die Adressaten der pflegepädagogischen Bemühungen, über die der Anspruch vermittelt wird, und sie stehen im Stationsalltag unter Handlungsdruck: Sie sollen praktisch umsetzen, was sie lernen, und sind Mitarbeiter in einem Team auf den Stationen, deren Abläufe gesichert sein müssen. Um herauszufinden, welche Orientierungsmöglichkeiten der Alltag den Pflegenden hinsichtlich der Lösung moralischer Konflikte bietet und inwieweit die Kenntniszunahme in der Ausbildung und die Dauer der beruflichen Erfahrungen eine Rolle spielen, werden Krankenpflegeschüler aus allen drei Ausbildungsjahren, sowie einige von ihnen zu einem späteren Zeitpunkt als examinierte Pflegekräfte in diese Untersuchung einbezogen. Die Betrachtung einer typischen, alltäglichen moralischen Konfliktsituation und die Reaktionen Pflegenden darauf stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit.

Das Ziel dieser empirischen Untersuchung, die auf 40 Interviews mit Pflegenden basiert, ist es also zu beschreiben, wie sich Moralität als Prozess der moralischen Desensibilisierung in der täglichen Konfrontation mit den strukturellen Bedingungen des Pflegealltag entwickelt. Das Medium sind die Reaktionen Pflegenden auf einen typischen Alltagskonflikt.

Aufbau der Forschungsarbeit

In Kapitel 1 wird das oben angesprochene Spannungsfeld zwischen Sollen und Sein in der Pflege analysiert. Dazu wird der normative Anspruch der Pflege anhand des Konzeptes einer patientenorientierten Pflege vorgestellt, wie es die in der vorliegenden Untersuchung befragten Pflegenden kennen lernen. Zu den Arbeitsaufgaben im Stationsalltag gehört eine Vielzahl von Routinetätigkeiten, die zum Teil an bestimmte Zeiten gebunden sind, weil sie in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Abteilungen des Krankenhauses ausgeführt werden (Funktionsabteilungen wie Röntgenabteilung, Labor, OP, Endoskopie, hauswirtschaftliche Dienste, Verwaltung, Ärzte, Krankengymnasten u. a.). Hinzu kommen unvorhergesehene Tätigkeiten und Zwischenfälle, wie sie von Zieger beschrieben werden (s. o. S. 5). Es ist erforderlich, dass die Pflegenden die Arbeitsabläufe sichern und die Routinetätigkeiten erledigen, die über die unmittelbare Pflege der Patienten hinausgehen. Eine Orientierung an funktionalen Verhaltensweisen ist im Alltag unerlässlich. Die damit beschriebenen Anforderungen an Pflegenden werden in diesem Kapitel als in sich widersprüchlich aufgedeckt, und die Dialektik von normativem Anspruch und Funktionalität wird herausgearbeitet.

In Kapitel 2 wird der an der Kritischen Theorie ausgerichtete theoretische Hintergrund des Gesamtprojekts vorgestellt. Der für die vorliegende Arbeit zentrale

Begriff der «Kälte», wie er von Theodor W. Adorno und Max Horkheimer geprägt worden ist, wird im Rückgriff auf eine Analyse Andreas Gruschkas und seinen Erläuterungen zur Kältemetapher als einer moralischen Kategorie referiert. Daraus ergibt sich eine spezifische Perspektive hinsichtlich der Moral und der Moralentwicklung: Die eingangs formulierte «moralische Desensibilisierung» und der Begriff der Kälte werden aufeinander bezogen. Dies expliziert den Hintergrund für die Beschreibung des Prozesses moralischer Desensibilisierung in der Pflege.

Die Forschungen Kohlbergs gelten als die bisher umfangreichsten, systematisch durchgeführten Untersuchungen zur Moralentwicklung. In Kapitel 3 werden die Theorie der Moralentwicklung von Kohlberg und seine forschungsmethodische Vorgehensweise dargestellt und diskutiert. Kohlberg geht davon aus, dass Moralentwicklung gemäß einer bestimmten Stufenabfolge verläuft, bei der Regressionen ausgeschlossen sind und in der die letzte Stufe ein moralisch reifes, konsensfähiges, weil dezentriertes Urteil beschreibt. Es werden Unstimmigkeiten dieser Theorie hinsichtlich ihrer invarianten, in einer bestimmten Hierarchie fortschreitenden Entwicklungsstufen aufgedeckt, und es wird herausgearbeitet, dass Kohlbergs methodische Vorgehensweise dazu beiträgt, diese Unstimmigkeiten zu verdecken. In Abgrenzung dazu werden erste Kriterien für die Vorgehensweise in der vorliegenden Forschungsarbeit aufgezeigt.

In Kapitel 4 werden der methodologische Hintergrund dieser Forschungsarbeit und die objektive Hermeneutik als Forschungsmethode zur Erkenntnis der Moralentwicklung in der Pflege vorgestellt und begründet. Das Kapitel ist mit dem Anspruch einer «Einführung in die objektive Hermeneutik» verfasst, um sie in der pflegewissenschaftlichen Forschung bekannter zu machen. Die Untersuchungsanlage wird beschrieben: die Probanden, das Interviewverfahren, das Auswertungsverfahren. Das empirische Material umfasst 40 transkribierte Interviews mit Pflegenden. Herausgearbeitet wird, dass sich jenseits des subjektiv intentional Repräsentierten in den Aussagen Pflegender zu einer moralischer Konfliktsituation latente Sinnstrukturen aufdecken und als Reaktionsmuster auf moralische Konflikte beschreiben lassen. Die Interviewauswertungen und die Interviewtranskripte einschließlich der Transkriptionsregeln sind im Materialienband nachzulesen.

Die Reaktionsmuster werden in Kapitel 5 dargestellt und erläutert. Mit jedem Reaktionsmuster wird ein Ausschnitt der Pflegewirklichkeit gezeigt, in dem die Strukturlogik in den Anforderungen transparent wird. Mit ihnen wird geklärt, wie Pflegende sich zu einem typischen moralischen Konflikt ihres Arbeitsalltages verhalten und in welcher Weise sie ihre Sensibilität für die Verletzung des normativen Anspruchs verlieren. Die Reaktionsmuster werden zuerst in Form von Beispielen einzelner Probanden (als «Portraits» der Probanden) vorgestellt, um so die konkreten Ausprägungen im Pflegealltag zu veranschaulichen und danach in einer abstrakten Form, um die allgemeinen Merkmale deutlich zu machen und so

den übergreifenden, das heißt über die Untersuchung der Krankenpflegeprobanden hinausweisenden Gehalt, darzustellen.

In Kapitel 6 wird die Entwicklungslogik der Reaktionsmuster analysiert. Es wird herausgearbeitet, inwieweit Entwicklung als eine zunehmende Erkenntnis der strukturellen Bedingungen und des moralischen Problems, sowie als eine zunehmende moralische Desensibilisierung zu verstehen ist. Beispielhaft wird an einigen Probanden gezeigt, wie sich eine moralische Desensibilisierung als Prozess darstellt und in welche Richtung sich diese Probanden entwickelt haben.

In Kapitel 7 wird die Frage bearbeitet, welchen Beitrag die Pflegeethik zur Sensibilisierung für moralische Probleme und für die Bewältigung von moralischen Konfliktsituationen im Pflegealltag leistet. Dazu werden zwei pflegeethische Ansätze vorgestellt und analysiert.

Eine Zusammenfassung der Forschungsarbeit findet sich in Kapitel 8. Die Untersuchungsergebnisse werden an die Pflegewissenschaft und die Pflegeausbildung zurückgebunden.

In Kapitel 9 werden einige weiterführende Forschungsfragen formuliert, und es wird Bezug genommen auf bereits vorliegende Forschungsarbeiten zum Burnout-Syndrom und zur beruflichen Sozialisation. Beispielhaft wird aufgezeigt, in welcher Weise die Ergebnisse dieser Studie für andere Forschungsfelder relevant sind.

1. Sollen und Sein in der Pflege

Ein Szenario, welches beispielhaft eine Situation aus dem Pflegealltag beschreibt, bietet den Ausgangspunkt für die nachfolgende Analyse. Es handelt sich um einen Gesprächsausschnitt nach der morgendlichen Dienstübergabe in einem Stations-team eines Krankenhauses. Die Akteure des Szenarios sind frei erfunden und die geschilderte Situation hat es so nicht gegeben.⁹

Ulli ist Schüler auf einer internistischen Station und hat Frühdienst. Die Stationsleitung, Schwester Claudia, teilt morgens nach der Übergabe die Arbeit ein. Sie sagt: «Es sind zehn Patienten zu waschen. Du Ulli, gehst erst mal nach Zimmer 14 zu Frau M., Britta und Harry betten durch und fangen an, die anderen Patienten zu waschen. Heute ist zügiges Arbeiten angesagt, wir sind wieder nur zu viert.» Ulli sagt: «Zügiges Arbeiten – ja. Aber du weißt ja, wie Frau M. ist.» (Frau M. ist eine Patientin mit einer Halbseitenlähmung und einer Sprachstörung. Sie gilt als schwierige Patientin, ist nicht besonders kooperativ, wehrt sich oft gegen die Mundpflege (sie hat einen Soor¹⁰) und sträubt sich auch immer dagegen, wenn sie rausgesetzt werden soll. Wenn das Pflegepersonal sie dazu aktivieren soll, die Tätigkeiten, die sie allein verrichten kann, auch selbst durchzuführen, so dauert das immer recht lange. Zudem versteht man sie sehr schlecht, und es dauert eben immer eine ganze Zeit, bis man weiß, was sie möchte). Britta sagt: «Ja, stimmt. Aber wenn Harry und ich uns beim Betten beeilen, schaffen wir das schon.» Harry sagt: «Nein Ulli. Du musst dich eben auch beeilen. So viel Zeit ist einfach nicht. Das kann doch nicht alles an uns hängen bleiben. Heute ist Visite, die Blutdrücke müssen vorher gemessen werden, und das Labor wird sich bedanken, wenn das Blut wieder so spät runter kommt. Außerdem kommen sonst die anderen Patienten auch zu kurz, wenn wir so hetzen müssen.»

⁹ Das Szenario hat die Verfasserin mit Blick auf ihre eigenen Erfahrungen in der praktischen Krankenpflege und in direkter Anlehnung an die Szenarien, die für die anderen Probanden des Forschungsprojekts erarbeitet wurden, verfasst. Es ist Teil des Forschungsdesigns und wurde Pflegenden im Rahmen der Befragung vorgelegt. (Vgl. ausführlicher Kapitel 4, S. 50 ff. und Gruschka et al., 1996)

¹⁰ Pilzbefall der Mundhöhle, der es erforderlich macht, dass die Mundhöhle mehrmals täglich sorgfältig gereinigt und mit einem Medikament ausgepinselt wird.

Das Szenario steht stellvertretend für einen typischen Konflikt in der praktischen Krankenpflege.

Die Patientin darin repräsentiert die Forderung nach einer individuellen, ihren Bedürfnissen entsprechenden Pflege und damit nach dem, was die Auszubildenden der Krankenpflege als «patientenorientierte Pflege» kennen lernen. Denn im Verhalten der Patientin steckt implizit die Aufforderungen nach einer entsprechenden Pflege und Zuwendung. Die Krankenschwester Britta unterstützt diese Aufforderung: Der Schüler Ulli soll sich dieser Patientin so zuwenden, wie es für sie angemessen ist. Schwester Claudia verhält sich neutral, das heißt, sie bezieht keine Position. Sie stellt fest, wie viele Patienten Unterstützung bei der Körperpflege brauchen, wie viel Pflegepersonal zur Verfügung steht und teilt ihren Kollegen erste Arbeitsaufgaben zu. Der Pfleger Harry steht für die Anforderungen, die mit dem Regelwerk der Praxis einhergehen. Es gibt bestimmte Arbeitsaufgaben, einige müssen zügig erledigt werden, damit ein reibungsloser Stationsablauf gewährleistet ist, unabhängig davon, wie viel Pflegepersonal anwesend ist. Es ist ja nicht nur die Patientin Frau M., die versorgt werden muss, sondern neben allen anderen Patienten der Station sind noch neun weitere Patienten aufgeführt, die Unterstützung bei der Körperpflege benötigen.

Das ist keine spektakuläre, sondern eine typische Situation aus dem Arbeitsalltag der Pflegenden. Sie spiegelt die Normalität des Stationsalltages wider¹¹ und zeigt zugleich, dass die Ansprüche, die an die Pflegenden – hier an den Schüler Ulli – herangetragen werden, in sich widersprüchlich sind. Das Szenario dient im Folgenden der Veranschaulichung des Widerspruchs in den Anforderungen an Pflegende.

1.1 Die eine Seite der Medaille – Patientenorientierte Pflege

Die Verwendung des Begriffs «Patientenorientierung» wird umso problematischer je mehr man die aktuelle Fachliteratur nach dessen konkreter Bedeutung hin befragt. Diskutiert werden Begriffe wie «patientenorientierte Pflege», «patientenzentrierte Pflege», «ganzheitliche Pflege», «individuelle Pflege», «personenzentrierte Pflege». Was sich dahinter jeweils inhaltlich verbirgt, wird in der Pflegewissenschaft zunehmend differenzierter beschrieben und diskutiert. In der vorliegenden

¹¹ Zum Begriff der Normalität vgl. auch Kapitel 4, S. 50 f. und S. 65 ff. Vorab sei schon angemerkt, dass die Probanden diese unterstellte Normalität bestätigt haben (vgl. die Interviewtranskripte im Materialienband).

Arbeit geht es jedoch nicht um eine Diskussion der bislang vorliegenden Definitionen und Abgrenzungen von Begrifflichkeiten. Die Begriffe «ganzheitliche Pflege», «individuelle Pflege» und «patientenorientierte Pflege» werden hier nicht auf ihren theoretischen Gehalt hin analysiert, um so die für diese Untersuchung maßgebliche Bedeutung festzulegen. Vielmehr ist Ausgangspunkt das, was die befragten Pflegenden als patientenorientierte Pflege kennen lernen. Die o. g. Begriffe werden dabei von den Pflegenden zum Teil synonym verwendet. Gegen dieses Verfahren kann eingewendet werden, dass die Diffusität der Begriffe keine Aussagen darüber zulasse, was tatsächlich verbindlich von den Pflegenden gefordert sei. Der Einwand könnte außerdem lauten, dass erst über eine klare Abgrenzung, Begriffsbestimmung und inhaltliche Auslegung eine Diskussion über die Geltung der normativen Forderung nach einer patientenorientierten Pflege in der Pflegepraxis geführt werden könne. Erst wenn geklärt sei, was etwa unter «Patientenorientierung», «individueller Pflege», «Bedürfnis», «Ressourcen» zu verstehen sei, könne die Pflegepraxis unter diesen Paradigmen betrachtet und eine Verwirklichung dessen, was theoretisch beschrieben wird, auch erfolgversprechend angestrebt werden.

In dieser Untersuchung geht es jedoch um das Allgemeine, diese Begriffe Verbindende: die Selbstverständlichkeit, dass Menschen, die sich in die Obhut Pflegender begeben, in ihrem Menschsein, in ihrer physischen und psychischen Integrität, respektiert und angenommen werden. Mit Hilfe des fachlichen Wissens der Pflegenden werden die Maßnahmen, einschließlich der kommunikativen Zuwendung, ergriffen, die von Bedeutung für die Genesung, Gesundheitsförderung und Krankheitsverhinderung, Linderung des Leidens und das Wohlbefinden der Patienten sind. Weil sich der so umschriebene pflegerische Anspruch für die in der Untersuchung Befragten primär in dem Pflegemodell von Nancy Roper konkretisiert, wird dieses Modell dem Begriff der patientenorientierten Pflege zugrunde gelegt, auch wenn diese Vorgehensweise der Kritik anheimfallen mag, es charakterisiere die Bedeutung des Begriffs nur ungenau und der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft sei darüber schon hinausgegangen.

Am Wohle des Patienten sollen alle pflegerischen Tätigkeiten ausgerichtet sein. Das lernen Auszubildende der Krankenpflege vom ersten Tag an. Die Pflege soll sich an der Bedürftigkeit des Menschen orientieren und nicht an der Medizin oder an einzelnen Körperfunktionen. Der Mensch soll in seiner Ganzheit betreut werden, das bedeutet, dass Pflege Hilfe leistet «zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens». (DBfK, 1992: 8 f.)

Im Mittelpunkt des Interesses der Schwester steht der Mensch, insbesondere derjenige, der Gesundheits- und Beziehungsprobleme hat, und seine Umwelt. Ihre Hauptaufgabe ist es, dem ihr anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozeß beizustehen und

ihm zu helfen, in einem physischen, psychischen und sozialen Gleichgewicht zu bleiben oder ein neues Gleichgewicht zu finden, wenn er mit bleibenden Behinderungen leben muß. Die Krankenpflege wird als Beziehungsprozeß und als Problemlösungsprozeß gesehen, in dem die Schwester einen eigenen Beitrag zum Wohlbefinden des Patienten erbringen kann. (Fiechter/Meier, 1987: 17)

Um aufzuzeigen, welche Aspekte eine patientenorientierte Pflege dem Kenntnisstand der Befragten nach zu berücksichtigen hat, werden die Grundzüge des Modells von Roper et al. (1989: 21–36; 114–148) vorgestellt. Das Pflegedokumentationssystem¹² des Krankenhauses, in dem die befragten Schüler eingesetzt sind, ist nach Elementen des Roper-Modells strukturiert. Auch das den befragten Probanden zur Verfügung stehende Krankenpflegebuch von Juchli (1991: 77 ff.; 1994: 79 ff.¹³) lehnt sich zum Teil an dieses Modell an. Roper baut ihr Modell der Pflege auf dem Modell des Lebens auf. Dies setzt sich aus fünf Komponenten zusammen:

1. Lebensaktivitäten (LA)
2. Lebensspanne
3. Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum
4. Faktoren, die die Lebensaktivitäten beeinflussen
5. Individualität im Leben.

Im Mittelpunkt des Modells stehen die 12 *Lebensaktivitäten (LA)*, die jeder Mensch in irgendeiner Form ausführt (schlafen; sich bewegen; sich sauberhalten und kleiden; essen und trinken; die Körpertemperatur regulieren; atmen; für eine sichere Umgebung sorgen; arbeiten und spielen; kommunizieren; Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen, Selbstwerdung, Selbsttranszendenz, Sterben; sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten). Der Mensch befindet sich auf dem Weg an seiner *Lebensspanne* entlang. Je nachdem, auf welchem Abschnitt er sich auf der Lebensspanne befindet, kann er mehr oder weniger abhängig von anderen Personen seine Lebensaktivitäten ausführen. Er bewegt sich auf einem *Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum*. Zudem gibt es weitere Faktoren, die auf die Ausfüh-

12 Das Pflegedokumentationssystem löste vor etwa 15 Jahren die sogenannten «Fieberkurven» der Patienten ab. Es beinhaltet z. B. die Pflegeanamnese, die schriftliche Fixierung von Pflegezielen, die Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen, je aktuelle Informationen über den Patienten, sowie Patientendaten, Untersuchungsbefunde, Anordnungen etc.

13 Den befragten Probanden des Oberkurses lag die ältere Auflage, allen anderen Probanden die neue Auflage vor.

rung der Lebensaktivitäten einwirken. Das sind körperliche, psychologische, sozio-kulturelle, umgebungsabhängige und politisch-ökonomische *Einflussfaktoren*. Die *Individualität* im Leben zeigt sich an der Art und Weise, wie die Lebensaktivitäten ausgeführt werden, bzw. wie oft, wo, warum, mit welcher Überzeugung und was der Mensch über die Lebensaktivitäten weiß. Alle oben genannten Elemente nehmen Einfluss auf die Individualität.

Das Modell des Lebens kann nach Roper auf die Krankenpflege übertragen werden; dabei werden alle Elemente auf den einzelnen Patienten bezogen, überdacht und in der Pflege berücksichtigt. Daraus ergibt sich die «individuelle Krankenpflege». Ropers Definition für Krankenpflege ist demnach:

Krankenpflege wird als Hilfe für die Patienten gesehen, Probleme im Zusammenhang mit den LA zu vermeiden, zu lösen, zu lindern oder zu bewältigen. Vorausgesetzt wird dabei, daß Probleme der Patienten mit den LA aktuell oder potentiell sein können und daß Krankenpflege nicht nur auf tatsächlich bestehende Probleme reagiert, sondern auch möglichen Problemen vorbeugt. (1989: 116 f.)

Als Hilfsinstrument für die Durchführung einer individuellen Pflege gilt der Pflegeprozess. Nach einer Sammlung von Informationen über den Patienten werden Probleme und Ressourcen des Patienten ermittelt, Pflegeziele formuliert, die entsprechenden Maßnahmen geplant und durchgeführt, die Pflege evaluiert, ggf. neue Probleme oder neue Ziele formuliert. Dabei soll der Patient aktiv mitwirken, soweit ihm dies möglich ist. Im Pflegedokumentationssystem werden alle Schritte des Prozesses schriftlich festgehalten.

Für die Ausführung der geplanten Pflege benötigt das Pflegepersonal nach Roper eine Fülle verschiedener Fähigkeiten und Fertigkeiten:

- Beobachten der Patienten auf jede Veränderung in ihrem Zustand oder in ihrem nichtverbalen Verhalten.
- Hören nicht nur, was die Patienten sagen, sondern auch wie sie es sagen.
- Sprechen zu den Patienten auf eine Weise, die ihnen vermittelt, daß ihr Erleben für die Schwester wichtig ist.
- Sätze so formulieren, daß sie die beabsichtigte Aussage weitergeben – unterstützend, ermutigend, einfühlsam, versichernd, beruhigend, nicht urteilend usw.
- Fragen so stellen, daß sie grundsätzlich offen sind, das heißt nicht einfach mit «ja» oder «nein» beantwortet werden können.
- Gespräche mit Patienten so planen, daß sie ohne Eile stattfinden können und die Reihenfolge der Aufgaben so einteilen, daß ein Patient nicht immerzu gestört wird.