

„Coolout im Pflegealltag“

Karin Kersting

Dieser Beitrag zeigt einen kleinen Ausschnitt aus einer Untersuchung zur Entwicklung einer tragfähigen Berufsmoral in der Krankenpflege. Im folgenden werden einige Reaktionsmuster von Auszubildenden der Krankenpflege auf alltägliche Konfliktsituationen dargestellt. Diese im Rahmen der Untersuchung identifizierten Reaktionsmuster zeigen, wie der Anspruch der Pflege unterlaufen wird, und wie sich eine defizitäre Praxis notwendig reproduziert.

Engl. Abstract – Coolout in day by day nursing. This article reports parts of a research study focusing the conditions of moral in professional nursing. Described are patterns of reaction showed by nursing students who were confronted with an ethical dilemma. The identified patterns of reaction help to understand how the professional expectations and claims of good nursing are underrun in nursing practice.

Übersicht

- Einleitung
- Szenario aus dem Pflegealltag
- Die Forschungsmethode
- Beispielhafte Reaktionsmuster
- Diskussion

Einleitung

„Coolout“, der Begriff erinnert ein wenig an „Burnout“. Mit Burnout wird ein Symptomkomplex beschrieben: Im Durchgang durch verschiedene Phasen kommt es bei der betroffenen Person aufgrund einer dauerhaften Belastung im (Arbeits-)Alltag und mangelnder Ressourcen, mit denen diesen Belastungen begegnet werden kann, zum „Ausbrennen“. Das führt zu den unterschiedlichsten Beschwerden und Erscheinungen (z.B. Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, psychosomatische Störungen u.v.a.m.) Aber brennen denn alle Pflegenden aus? Was ist denn mit denen, die nicht ausbrennen, die nicht auffällig werden? Sind dies „glückliche“ und zufriedene Pflegenden? Haben sie keine Probleme? Auch sie bewegen sich ja in einem Alltag, in dem sie Belastungen ausgesetzt sind. Wie bewältigen sie ihren Arbeitsalltag?

Mit „Coolout“ soll ein Phänomen beschrieben werden, welches komplementär zum Burnout-Syndrom im Alltag auftritt. Nicht das „Ausgebranntsein“ ist hierbei das Resultat der unterschiedlichen Anforderungen im Arbeitsalltag, sondern das „Sich-kalt-machen“ und das betrifft im Unterschied zum Burnout-Syndrom alle Pflegenden.

Pflegende werden in ihrem Arbeitsalltag täglich mit Konfliktsituationen konfrontiert, in denen es um den normativen Anspruch der Pflege im Sinne einer patientenorientierten Pflege und der Verhinderung ihrer Verwirklichung im Stationsalltag geht. „Coolout“ ist ein Phänomen, welches mit verschiedenen Reaktionen einhergeht, mit denen die Pflegenden solchen Konfliktsituationen in ihrem Arbeitsalltag begegnen und sie aushalten können. Wie Coolout sich äußert, oder besser gesagt eben nicht sichtbar äußert, sondern sich unauffällig vollzieht, und wie das untersucht werden kann, das ist das Thema dieses Referates.

Die hier vorgestellte Untersuchung ist Teil eines Forschungsprojektes der Universität GH Essen. Seit nunmehr vier Jahren erforscht eine Gruppe von Studenten und Doktoranden [1] unter der Leitung von Prof. Dr. Andreas Gruschka die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen auf alltägliche Konfliktsituationen (Gruschka 1996, 1997). Vor ca. drei Jahren habe ich die Untersuchung ausgeweitet auf Auszubildende in der Krankenpflege [2]. Die Konflikte bei Krankenpflegeschülern sind zwar inhaltlich anders als die der Kinder und Jugendlichen. Strukturell sind sie aber gleich: Immer geht es um lebensweltlich verankerte Situationen, denen die Probanden im Alltag begegnen, die sie bewältigen müssen, und in denen eine postulierte Norm (in diesem Fall das Postulat nach einer patientenorientierten Pflege) im Widerspruch zu den realen Bedingungen im Alltag/in einer Institution steht.

Im folgenden werde ich anhand einer Geschichte

1. die widersprüchlichen Anforderungen im Alltag der Pflegenden aufzeigen
2. die Vorgehensweise der Untersuchung umreißen
3. einige Untersuchungsergebnisse präsentieren, die zeigen, was mit den Auszubildenden in der Pflege „passiert“, wenn sie tagtäglich widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt sind
4. auf dieser Folie den Begriff „Coolout“ vorstellen und zur Diskussion stellen

Szenario aus dem Pflegealltag

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 einmal nach Zimmer 14 zu Frau Müller, 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 Müller ist.“ (Frau Müller 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 Soor“) 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.“

Diese kurze und fiktive Geschichte, die einen kleinen Ausschnitt aus dem Stationsalltag zeigt, wurde von mir auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen in der praktischen Krankenpflege geschrieben und im Rahmen der Untersuchung Probanden aus der Krankenpflege vorgelegt (zum Forschungsdesign mehr im nächsten Abschnitt).

In dem Szenario sind zwei widersprüchliche Anforderungen an das Pflegepersonal im Stationsalltag eingearbeitet: Die Patientin steht für die Forderung nach einer individuellen, ihren Bedürfnissen entsprechenden Pflege. Sie steht für das, was die Auszubildenden als patientenorientierte Pflege kennen lernen. In der Beschreibung der Patientin steckt so 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 (was immer das im einzelnen an Pflegehandlungen bedeuten mag).

Der Pfleger Harry steht für die Anforderungen, die mit dem Regelwerk der Praxis einhergehen. Es gibt bestimmte Aufgaben, einige sind exemplarisch aufgeführt, die erledigt werden müssen, damit ein reibungsloser Stationsablauf gewährleistet ist, egal wie viel Pflegepersonal anwesend ist. Es ist nicht nur die Patientin Frau Müller da, die versorgt werden muss,

sondern neben allen anderen Patienten der Station noch neun weitere Patienten, die Unterstützung bei der Körperpflege benötigen.

Das ist zunächst keine spektakuläre, sondern eine typische kleine Geschichte aus dem Arbeitsalltag der Pflegenden. Sie spiegelt die Normalität des Stationsalltages wider, was uns zunächst im Pretest und dann von allen Probanden bestätigt wurde.

Aber sie spiegelt nicht nur die Normalität des Alltages wider, sondern zeigt auch, dass die Anforderungen, die an die Pflegenden hier an den Schüler Ulli gestellt werden, in sich widersprüchlich sind. Er steht zwei verschiedenen Forderungen gegenüber.

1. Er soll Frau Müller so pflegen, wie es für sie mit ihren Einschränkungen angemessen ist. Entscheidet er sich dafür, dann bedeutet das, dass er entsprechend Zeit dafür benötigen würde. In dieser Zeit, so stellt der Pfleger Harry fest, kann Ulli dem Harry und der Britta nicht helfen. Gesetzt den Fall, der Schüler orientiert sich nur an der Patientin. Wie sieht dies nun in der Realität aus: Er betritt das Zimmer, begrüßt die Patientin, informiert sie über die geplanten Maßnahmen, bezieht ihre Wünsche, soweit sie ihm bereits bekannt sind ein. Sind sie ihm nicht bekannt und nicht dokumentiert, so erfragt er sie. Nun hat die Patientin eine Sprachstörung und es dauert erfahrungsgemäß dann längere Zeit, bis man weiß, was sie möchte (kaltes Wasser, warmes Wasser, Zähneputzen vorab oder später, Planung, ob die Körperpflege in der aktuellen Situation zum Teil im Bett oder am Waschbecken durchgeführt wird, dazu muss er die Patientin zunächst motivieren). Zudem ist die Förderung der Selbständigkeit bei den Pflegehandlungen zu berücksichtigen. Der Schüler hat in der Zeit die Anwesenheitslampe an, er hört das Klingeln des Telefons, das Klingeln aus den anderen Patientenzimmern, hört draußen auf dem Flur das Auf und Ablaufen der Kollegen, Stimmen, das „Anrollen“ des Frühstückswagens usw. Jede Pflegefachkraft kennt das zur Genüge. All dies müsste der Schüler ignorieren, denn sein Auftrag besteht in der Pflege dieser Patientin.

2. Es gibt da aber noch die zweite, von Harry formulierte, Forderung: Ulli weiß, es ist viel zu tun, darauf wurde er aufmerksam gemacht. Das Krankenhaus ist eine Einrichtung, in der Krankenpflege auch „Massenpflege“ (Bischoff 1984: 169) ist. Alle Patienten haben bestimmte Ansprüche, das Recht versorgt zu werden, und der Stationsalltag hält eine Fülle von weiteren Aufgaben bereit, die erledigt werden müssen, wie z.B. Essensverteilung und andere „Hotelleistungen“, Vorbereitung und Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie, Entlassungen von Patienten und Neuaufnahmen (einschließlich der Aufnahmegespräche), bernahmen von anderen Stationen usw. Als Mitarbeiter im Stationsteam trägt auch Ulli Sorge dafür, dass der reibungslose Arbeitsablauf gewährleistet wird. Das bedeutet, dass er seine Kollegen bei der Bewältigung der verbleibenden Aufgaben unterstützen sollte, konkret etwa beim Betten und bei der Körperpflege der anderen Patienten. Strebt Ulli das an, so wird er sich bei Frau Müller beeilen, was dazu führt, dass die Zuwendung und Förderung der Eigenaktivität dieser Patientin darunter leiden wird.

Beide Forderungen gelten für den Schüler als legitim. Orientiert er sich zur Seite des normativen Anspruches, so wird er dieser Patientin gerecht, jedoch nicht seinen Kollegen und den anderen Patienten. Orientiert er sich zur anderen Seite, so wird er dieser Patientin nicht gerecht, jedoch trägt er seinen Teil zur Sicherung der Arbeitsabläufe bei. Hier interessiert nun, wie verarbeiten Auszubildende in der Pflege den alltäglichen Konflikt, der hier am Beispiel der Körperpflege festgemacht wird, jedoch auch auf andere Situationen übertragen werden kann. Wie bringen sie die sich gegenüberstehenden Anforderungen in Einklang? Bringen sie diese überhaupt in Einklang? Was passiert mit dem normativen Anspruch der Pflege, der an die Auszubildenden als „Patientenorientierung“ herangetragen wird oder der auch als Sollensforderung mit den Begriffen „Fürsorge“ oder „Zuwendung“ umschrieben werden kann? Wie reagieren die Auszubildenden im Alltag darauf? Woran orientieren sie sich im Alltag?

Die Forschungsmethode

Die oben zitierte Geschichte wurde Pflegekräften vor und nach dem staatlichen Examen vorgelegt. Die Probanden wurden mit dem Ziel befragt, herauszufinden, wie sie den von widersprüchlichen Anforderungen geprägten Arbeitsalltag in der Pflege deuten.

Nach einem Pretest bezog sich die eigentliche Untersuchung auf zunächst 30 Krankenpflegeschüler (je 10 aus Unter-Mittel-Oberkurs). 10 dieser Probanden wurde die Geschichte ein zweites Mal vorgelegt, nachdem sie ca. ein Jahr als examinierte Pflegekräfte gearbeitet hatten (da die Antworten der Nachuntersuchten noch nicht vollständig ausgewertet sind, beziehen sich die hier referierten Ergebnisse nur auf die Antworten der Auszubildenden).

Den Probanden wurde die Anonymität ihrer Aussagen zugesichert. Das leitfadengestützte Interview fand in Form eines „lockeren“ Gesprächs statt, in der die Probanden nach ihrer Meinung zu dem Szenario und den unterschiedlichen Positionen gefragt werden. Im Idealfall nahm ein Gespräch die Form einer Diskussion an. Die Einzelgespräche wurden aufgezeichnet.

Der Interviewleitfaden enthielt Fragen wie:

- Wie finden Sie die Situation?
- Wie finden Sie das Verhalten von Harry? Können Sie ihn verstehen?
- Wie finden Sie das Verhalten von Britta (Claudia)? Können Sie sie verstehen?
- Haben Sie so eine oder eine ähnliche Situation schon einmal erlebt? Schildern Sie sie bitte.
- Wie würden Sie sich in Ullis Situation verhalten?

Im Interview wurden nicht zwangsläufig alle Fragen gestellt oder eine bestimmte Reihenfolge eingehalten, da zum Teil die Probanden von sich aus auf die einzelnen Positionen eingingen oder auch unaufgefordert eigene ähnliche Erlebnisse schilderten. Wichtig ist, dass die Position, die

der Proband präferierte, vom Interviewer problematisiert wurde. Das heißt, vom Interviewer wurde die Gegenposition stark gemacht, um den Konflikt hervorzuheben und um herauszufinden, wie der Proband auf den Konflikt reagierte.

Die Interviews dauerten ca. 20 bis 45 Minuten („Redseligkeit“ einiger Probanden). Es folgten die Transkription (ca. 4-11 Seiten) und die Kodierung der Interviews (nach Kursen).

Die Interviews wurden in einer Gruppe von ca. fünf Personen interpretiert. Das dabei verwendete Verfahren war in Anlehnung an die objektive Hermeneutik von Ulrich Oevermann (Oevermann 1979, 1983, Aufenanger/Lenssen 1986) entwickelt worden. Der Sinn der methodischen Vorgehensweise ist das Nachzeichnen der Reaktion auf den Konflikt. Aus der subjektiven Reaktion des Probanden kann im Rahmen der Interpretation und Auswertung eine objektive Logik, im Sinne der Oevermannschen latenten (oder auch objektiven) Sinnstrukturen bezogen auf die Struktur seiner Deutung des Konfliktes nachgewiesen werden. Also: wie deutet der Proband für sich den konflikthafter Alltag jenseits dessen, was sich subjektiv intentional in seinen Äußerungen repräsentiert?

Die Reaktionen aller Probanden wurden beschrieben, miteinander verglichen, die strukturellen Merkmale herausgearbeitet und es wurden sogenannte Reaktionsmuster aus dem empirischen Material theoretisch konstruiert. Diese wurden mit prägnanten Bezeichnung versehen; sie erhielten also einen Namen.

Wir haben 11 verschiedene Reaktionsmuster bei den Probanden aus der Krankenpflege gefunden [3]. Diese Reaktionsmuster zeigen, wie „Coolout“ – sich kalt machen – gegenüber den widersprüchlichen Anforderungen in verschiedenen Variationen aussieht. Anders formuliert: „Coolout“ zeigt sich in Gestalt der unterschiedlichen Reaktionsmuster. Sie erklären, wie die Diskrepanz zwischen Sein und Sollen in der Pflege ausgehalten wird. Im Sich-kalt-machen liegt die Fähigkeit, sich im Alltag so zu orientieren, dass man unter Anerkennung des Anspruchs der Pflege und des Realitätsprinzips

(der Ablauf muss gesichert werden) handlungsfähig bleibt. Der Kältebegriff geht zurück auf Theodor W. Adorno (1994 a), der in der „Negativen Dialektik“ Kälte als das „Grundprinzip der bürgerlichen Subjektivität“ bezeichnet (S. 356) [4]. Dieser Kältebegriff liegt der vorliegenden Untersuchung, wie auch die Vorstudien zu diesem Projekt zugrunde: Gruschka (1994: 76 f.) arbeitet in seiner Analyse der Kälte diese als „moralische Kategorie und als Reaktionsform auf die Differenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ heraus: „Mit ihr (der Kälte, K.K.) wird das mehr oder weniger widerstandslose Hinnehmen der Tatsache möglich, dass die Welt nicht so ist, wie sie zu sein beansprucht bzw. wie sie sein sollte.“

Wie das im Einzelnen aussehen kann, soll an einigen Reaktionsmustern gezeigt werden:

Beispielhafte Reaktionsmuster

Aus Platzgründen muss ich mich darauf beschränken, nur einige Reaktionsmuster vorzustellen. Um die abstrakten Reaktionsmuster etwas lebendig darzustellen, werde ich sie jeweils mit einigen Zitaten von Probanden veranschaulichen:

Reaktionsmuster „Fraglose Übernahme“

Ich zitiere eine Probandin: „Ja, *patientenorientierte Pflege, das wird uns ja eingetrichtert und ich denk mal, dass das richtig ist ... Pflege sollte nicht an der Zeit zu Grunde gehen.*“ Die Probandin sieht dann in ihrem Alltag auch kein Problem: „*und selbst hier auf der Station kommt es vor, dass wir am Wochenende mit drei Mann sind und haben 17 Pflegefälle und alle Patienten bekommen ihre Bedürfnisse trotzdem. ... Wir lassen die Patienten trotzdem nicht hängen. Und wenn wirklich noch irgendwo andere Patienten sind, die man jetzt auch noch von oben nach unten waschen muss oder so – gut dann mach ich das und würde andere Sachen (wie z.B. Inhalationen) wegfallen lassen.*“

Diese Probandin sieht den Anspruch der Pflege in ihrem Alltag

verwirklicht. Wie drei Pflegepersonen auf die Bedürfnisse von 17 und mehr pflegebedürftigen Patienten eingehen können, bleibt unklar. Für die Probandin gibt es aber kein Problem.

Das hier beschriebene Reaktionsmuster zeichnet sich also dadurch aus, dass die Bedingungen des Alltags von den Probanden fraglos als richtig akzeptiert werden. Wie selbstverständlich fügen sich diese Probanden im Alltag den Regeln der Praxis, so wie sie diese erleben. Dabei stehen die Probanden dem Anspruch der patientenorientierten Pflege zwar keineswegs gleichgültig gegenüber, sie erkennen aber überhaupt nicht, dass der normative Anspruch der Pflege in ihrer Wahrnehmung und Schilderung des Alltag nicht erfüllt wird, und dass dies innerhalb der vorgegeben Strukturen auch nicht möglich ist. Die Probanden zeigen kein Bewusstsein für die widersprüchliche Beziehung zwischen dem, was ist und dem, was sein soll. Vielmehr wird die Praxis so gedeutet, dass patientenorientierte Pflege oder das, was sie dafür halten, im Stationsalltag als erfüllt angesehen wird.

Patientenorientierte Pflege und die Forderung nach schnellem Arbeiten werden als „Einheit“ wahrgenommen, die die Praxis konstituiert. Die Auszubildenden sind so in das Regelwerk und die Gepflogenheiten der Arbeitsweisen eingebunden, dass sie unkritisch und unreflektiert hinnehmen, was sie im Alltag erleben. Die Einsicht in die Notwendigkeit des schnellen Arbeitens gehört ebenso dazu wie das Postulat nach individueller Pflege. Das, was die Probanden als patientenorientierte Pflege erleben und auch anstreben, ist bereits funktional gebrochen, ist „runtergeschraubt“ und eben dadurch kompatibel mit den Bedingungen des Stationsalltags. Deshalb kann die Probandin auch „mit drei Mann“ am Wochenende die Bedürfnisse von 17 Pflegepatienten und zusätzlich von irgendwelchen Patienten, die noch irgendwo sind, erfüllen.

Ein Problem im Alltag, welches auf die widersprüchlichen Anforderungen zurückzuführen ist, wird nicht wahrgenommen. Fraglos und unreflektiert wird übernommen, was in der Praxis erlebt wird.

Nun haben wir auch Probanden gefunden, die durchaus ein Problem in den widersprüchlichen Anforderungen. Ich komme zu einem weiteren Reaktionsmuster, welches wir als das des „Opfers“ bezeichnet haben.

Reaktionsmuster „Opfer“

Die oben noch festgestellte Einheit von patientenorientierter Pflege und der Forderung nach der Sicherung des reibungslosen Arbeitsablaufes fällt hier auseinander. Es wird von den Probanden erkannt, dass zwei sich gegenüberstehende Postulate Geltung beanspruchen.

Diese Probanden wissen, dass Patienten ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend gepflegt werden sollten. Die Verantwortung für das Wohlbefinden der Patienten obliegt aus ihrer Sicht dem Pflegepersonal, und dieser Verantwortung wollen sie nachkommen. In ihrer Deutung der Konfliktsituation spiegeln diese Probanden jedoch Erfahrungen wider, die zeigen, dass sie sich nicht darauf verlassen können, dass der Anspruch der Pflege von allen als verbindlich angesehen wird. Sie alle schildern Situationen, in denen es zu einem Widerspruch zwischen dem, wie die Pflege sein soll und ihren sozialen Erfahrungen gekommen ist. Diese Situationen werden nun nicht als Ausnahmen von der Regel gedeutet, sondern es resultiert daraus eine generelle Erwartungshaltung, dass sie sich mit ihren Bemühungen um eine patientenorientierte Pflege nicht durchsetzen können.

Als anschauliches Beispiel möchte ich die Erfahrungen einer Unterkurschülerin schildern: *„Es wird uns ja beigebracht, dass es in erster Linie um das Wohl des Patienten geht. Und das finde ich auch richtig.“* Sie berichtet dann aber von einer Situation, in der sie nachmittags den Kaffee ausgeteilt hat und ihr ein Patient aufgefallen ist, der in seinem Stuhlgang lag. Das trägt offensichtlich nicht zum Wohle des Patienten bei, denkt sie sich. Sie unterbricht ihre Tätigkeit, versorgt zunächst den Mann und teilt dann den Kaffee weiter aus. Aber – falsche Entscheidung: *„Hinterher hab ich dann einen Anschiss gekriegt, weil der Kaffeewa- gen um 14.30 Uhr nicht fertig war und nicht abgeholt werden konnte. Das ist*

vorrangig und das finde ich irgendwie nicht o.k.“ Doch sie ist lernfähig und am nächsten Tag erlebt sie die gleiche Situation, nur ist es etwas weniger Stuhlgang in dem der Mann liegt. Sie lässt ihn liegen, teilt zunächst den Kaffee aus, geht erst anschließend zu dem Patienten und wird später dafür gelobt. Sie fügt sich der Anweisung, obwohl sie selbst diese Vorgehensweise nicht für richtig hält. Sie weiß nun, wo sie Prioritäten zu setzen hat, auch wenn sie selbst eine andere Einstellung dazu hat. Wider besseren Wissens und im Bewusstsein, dass es für den Patienten von Nachteil ist, sieht sie sich genötigt, so zu handeln. Würde sie sich nicht anpassen, so hätte dies unweigerlich negative Konsequenzen, die sie sich als weitreichend von einer schlechten Stationsbeurteilung bis hin zum Arbeitsplatzverlust ausmalt. Obgleich sie sich vornimmt *„ich mach alles so, wie es in der Schule beigebracht wird“*, weiß sie: *„Das kann man nicht durchhalten, das kann man überhaupt nicht.“*

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt beim Reaktionsmuster „Opfer“ die Angst der Auszubildenden vor examinierten Pflegekräften. Diese werden quasi als der verlängerte Arm der Systemrationalität erlebt: *„Ja und da schließt du dich einfach an und sagst nichts dazu, weißt, du musst fertig werden, willst auch keinen Ärger kriegen. Und dann machst du es einfach.“* Aber nicht nur solche Ängste spielen bei diesem Reaktionsmuster eine Rolle, sondern auch die eigene Einsicht, man muss eben alle Aufgaben bewältigen und kann deshalb gar nicht anders handeln.

Diese Probanden erkennen, dass sie gegen die Übermacht der Verhältnisse nichts ausrichten können. Es bleibt ihnen somit nichts anderes übrig, als sich den Gegebenheiten zu fügen und sich anzupassen. Dies hat zwei Seiten: Setzen die Probanden auf die Erfüllung einer am einzelnen Patienten orientierten Pflege, so scheitern sie im Alltag, weil dieses Verhalten keineswegs immer als gewünscht erfahren wird. Passen sie sich hingegen den Verhältnissen an, weil sie keine andere Möglichkeit sehen, so verhalten sie sich aus ihrer Sicht falsch gegenüber den Patienten. Sie müssen eine Missachtung der Be-

dürfnisse der Patienten nicht nur bei anderen Pflegenden beobachten und hinnehmen, sondern sind gezwungen, selber so zu handeln. Dabei ziehen die Probanden keine Vorteile für sich aus ihrem Anpassungsverhalten, vielmehr bleiben sie in ihre „Opferrolle“ verstrickt, weil sie die Nachteile für die Patienten nicht mit Gleichgültigkeit, sondern mit Bedauern betrachten. Den Widerspruch in den Anforderungen können sie nicht auflösen. Es kommt zu einer Akzeptanz der Rolle des Schwächeren, der zwar gern etwas ausrichten möchte, es jedoch aufgrund der Bedingungen nicht kann.

Bisher wurden anhand von zwei Beispielen Reaktionsmuster auf den Konflikt beschrieben, bei denen die Probanden entweder gar kein Problem erkennen oder aber die Widersprüchlichkeit hinnehmen müssen ohne, dass eine Strategie zur Auflösung im Alltag präsentiert werden kann.

Nun könnte man meinen, „Coolout“ – „Sich-kalt-machen“ bedeutet, den pflegerischen Anspruch zurückzustellen, eine Art Gleichgültigkeit gegenüber der Verwirklichung zu zeigen. Aber genau dies ist nicht der Fall. Kalt machen gegenüber dem Widerspruch, das zeigt sich auch bei Reaktionsmustern, bei denen die Probanden sich bemühen, den Widerspruch zwischen den Anforderungen aufzulösen.

Das nachfolgende Reaktionsmuster zeigt, wie mit bestimmten Strategien und Vorschlägen für den Stationsalltag versucht wird, eine Vermittlung des normativen Anspruchs mit einer Arbeitsweise zur Sicherung der funktionalen Arbeitsabläufe herzustellen. Dass es sich hier bei den konstruktiven Lösungsversuchen um „Coolout“ handelt, wird erst deutlich, wenn die Lösungsversuche ganz genau betrachtet werden und auf den Anspruch der Pflege zurückbezogen werden.

Idealisierung

Bei dem Reaktionsmuster „Idealisierung“ erkennen die Probanden die Widersprüchlichkeit der Forderungen, die an sie gestellt werden, und sie schlagen verschiedene Maßnahmen

vor, mit denen sie den Widerspruch aufzulösen versuchen. Sie sind dabei der Meinung, durch ihre Vorschläge könne das erkannte Problem im Alltag gelöst werden. Zu dem Konflikt im Szenario meinte z.B. ein Proband: *„Ja, das ist natürlich schwierig. Das ist schwierig. Klar, sollte sie natürlich selbst machen (gemeint ist die Förderung der Eigenaktivität der Frau Müller, K.K.) (...) [5] da würde ich, glaube ich, Abstriche machen und würde viele Sachen dann (...) würde ich dann einfach übernehmen. Praktisch – obwohl es natürlich nicht gut ist, ne.“ „Das ist natürlich immer so eine Sache, ich meine, vielleicht ist ja auch (...) Aber im Grunde ist es natürlich schlecht.“*

Den Widerspruch zwischen den Anforderungen erkennt dieser Proband und damit auch die Schwierigkeiten einer Entscheidung. Eine Lösung, die er dann vorschlägt ist, Abstriche bei der Pflege zu machen. Weil diese Abstriche jedoch wohlüberlegt sind, sind sie legitim. Also, nur bei „unwichtigen“ Pflegemaßnahmen dürfen Abstriche gemacht werden. Lässt man unwichtige Pflegeleistungen weg, so kann man den Patienten gerecht werden und trotzdem alle Arbeiten bewältigen. Unwichtige Tätigkeiten – das sind z.B. das Waschen der Beine oder kleine Handreichungen, die eigentlich der Patient durchführen sollte, aber nun doch das Pflegepersonal durchführt. (Frau Müller kann sich beispielsweise immer noch das Gesicht und die Schulter waschen oder die Haare kämmen, den Rest übernimmt dann mal das Pflegepersonal, auch wenn sie eigentlich mehr kann und ihre Ressourcen berücksichtigt werden sollten).

Voraussetzung für solche Entscheidungen sind ein entsprechendes Einfühlungsvermögen in den Patienten oder auch ein „Pflegegefühl“. Damit kann eingeschätzt werden, welche Maßnahmen für die Patienten von Bedeutung sind und so kann man verantwortungsvoll auch mal auf Tätigkeiten verzichten, eben weil sie nicht so wichtig sind.

Dieser Einklang von der Bewältigung aller Arbeiten und dem Ziel,

trotzdem den einzelnen Patienten gerecht zu werden, gelingt aus Sicht der Probanden auch, wenn man die Pflege der Patienten auf einer Zeitachse betrachtet. Was heißt das? Ein Proband erklärt es:

„Du überlegst, was hast du gestern bei dieser Patientin gemacht und was hast du gestern bei jenem Patienten gemacht. Dann überlegst du, wenn du dir gestern bei dieser Patientin mehr Zeit genommen hast, und bei jenem weniger, dann machst du das heute umgekehrt. Und morgen überlegst du wieder. Und das machst du jeden Tag.“ Die praktikable Lösung liegt in der Betrachtung einer Zeitachse (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) So wird über die Zeitachse gesehen ein Ausgleich geschaffen, also quasi nach mehreren Tagen. Und der Clou ist, dass nicht nur ein Ausgleich für einen Patienten geschaffen wird, sondern auch für alle anderen, die eben einbezogen werden. Der Anspruch der Pflege wird aus der Sicht dieses Probanden mit diesem Kunstgriff erfüllt, zumindest mit Blick auf die Zeitachse, und trotzdem „funktioniert“ der Proband im Alltag. Das erkannte Problem ist so gelöst.

Die Vorschläge und Maßnahmen für die Praxisgestaltung können je nach Proband unterschiedlich sein. Allen gemeinsam ist dabei die Berzeugung, die Anforderungen, die mit den Bedingungen des Alltags einhergehen, mit einer patientenorientierten Pflege vermitteln zu können.

Sich kalt machen gegenüber den widersprüchlichen Anforderungen zeigt sich bei diesem Reaktionsmuster in einer subtilen Form: Die Probanden wollen im Alltag den Patienten gerecht werden und suchen nach praktikablen Lösungen. Sozusagen hinter ihrem Rücken geschieht dann das, was sie gerade verhindern wollen: Denn die Lösungsvorschläge bei diesem Reaktionsmuster sind so angelegt, dass sich bei näherer Betrachtung primär die Sicherung der Arbeitsabläufe und nicht die Erfüllung einer patientenorientierten Pflege durchsetzt. Patientenorientierte Pflege darf nicht in Konflikt geraten mit der Sicherung der Arbeitsabläufe. Jedoch glauben alle Probanden, mit ihren Strategien können sie den Anspruch

der Pflege erfüllen: Man darf nur als unwichtig erachtete Pflegemaßnahmen wegfällen lassen. Oder, wie im zweiten Beispiel dargestellt, die Patienten erhalten einen über den anderen Tag die Zuwendung, der sie bedürfen und am Ende wird ein Ausgleich in der Zuwendung zu allen Patienten geschaffen.

Es ist kein Ideal, welches die Probanden mit ihrer Praxisgestaltung beschreiben, sondern es ist eine Idealisierung des Alltag, in dem vermeintlich der Widerspruch aufgelöst ist, wenn man so arbeitet, wie sie es vorschlagen. In der anscheinend produktiven Bearbeitung des Konfliktes wird das Regelwerk der Praxis weiter bedient.

Reflektierte Hinnahme

Ein letztes Reaktionsmuster, welches ich vorstellen möchte, ist die „reflektierte Hinnahme“ des Widerspruchs im Arbeitsalltag.

Eine differenzierte Sichtweise auf den Arbeitsalltag zeigt hierbei dem Probanden, dass innerhalb der Bedingungen des Arbeitsalltages eine patientenorientierte Pflege gar nicht durchgeführt werden kann. *„Ich hab eben Stationen erlebt, da war das wirklich fast jeden Tag so und ähm, ja, dann wird halt kurz gewaschen, drübergewaschen, ohne halt auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen, ohne halt sozusagen die richtige Pflege durchzuführen.“ ... „eine optimale Pflege in der Situation, das ist einfach gar nicht möglich.“*

Dieser Proband durchdenkt die verschiedenen Lösungsmöglichkeiten und zeigt im Gespräch, warum er sie wieder verwerfen muss. Orientiert er sich daran, die Arbeitsabläufe zu sichern, was für ihn wichtig ist, dann das bringt Probleme für einzelne Patienten mit sich. Orientiert er sich an den einzelnen Patienten, so müssen die anderen Patienten darunter leiden und die Kollegen ebenfalls. Schlimmstenfalls könnte dann auch *„sozusagen alles zusammenbrechen.“* Er sucht dann die Lösung in einer besseren Organisation des Stationsablaufes und sieht auch hier die Grenzen aufgrund der strukturellen Bedingungen, aufgrund der Tatsache, dass einfach für

eine optimale Pflege *„zu wenig Arbeitskräfte da sind“*. Der Widerspruch im Pflegealltag ist für ihn strukturell verankert, er ist nicht aufzulösen. Der Proband kann die Bedingungen zwar kritisieren, aber ändern kann er sie nicht. Er fügt sich, im Bewusstsein, dass er sich fügen muss und er zeigt eine resignative Haltung gegenüber dem konflikthaften Alltag. Dennoch muss er sich zur Praxis verhalten. Das einzige, was ihm übrigbleibt ist, *„halbe Sachen“* zu machen. Und er weiß, es sind halbe Sachen. Damit kann er den Widerspruch nicht auflösen, aber der Anspruch der Pflege wird so nicht offenkundig verletzt und der reibungslose Stationsablauf funktioniert trotzdem. Tröstlich ist für ihn dabei, dass das, was er macht, *„nicht ganz so schlecht“* ist. Aufgrund seiner Einsicht in die Unauflösbarkeit des Widerspruchs akzeptiert er ein Mittelmaß. Und somit ist die Pflegepraxis zwar nicht gut, aber eben auch nicht ganz schlecht.

Alle vier Reaktionsmuster sind in ihrem Blick auf die Anforderungen unterschiedlich. Allen gemeinsam ist, dass sie zeigen, wie Pflegende im Stationsalltag mit den widersprüchlichen Anforderungen umgehen können.

Diskussion

Dieser kleine Ausschnitt aus unserer Untersuchung sollte anhand der vorgestellten Reaktionsmuster zeigen, wie die Probanden sich „kalt machen“ gegenüber den widersprüchlichen Anforderungen im Stationsalltag, in dem von den Pflegenden etwas verlangt wird, was sie gar nicht einlösen können. In ihren Deutungen des konflikthaften Arbeitsalltages liegt die Funktion der Kälte, die ein Arrangement mit den Defiziten in der Pflege ermöglicht.

In Form der unterschiedlichen Reaktionsmuster wird uns erklärt, warum nicht gegen die Bedingungen protestiert wird, die verhindern, dass die Pflegenden das, was sie leisten sollen, nicht leisten können: nämlich eine an den individuellen Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Pflege. „Die Fähigkeit der Kälte bedeutet damit eine zentrale Orientie-

rungsleistung des Menschen, mit ihr bewertet er die auf ihn einströmenden moralisch verstandenen Verhaltenserwartungen für sich so, dass ein Handeln unter Anerkennung des Realitätsprinzips und der Realität möglich bleibt.“ (Gruschka 1994:80)

„Sich-kalt-machen“ heißt, sich so im Alltag zu orientieren, dass man innerhalb des Spannungsfeldes von Anspruch und Wirklichkeit leben und handlungsfähig bleiben kann. Der Modus ist zwar bei allen Reaktionsmustern unterschiedlich, die Funktion ist aber jeweils die gleiche: Das „Sich-kalt-machen“ gegenüber gewissen Realitäten, ohne die hehren theoretischen Ansprüche der Pflege aufgeben zu müssen. Das ist ein Phänomen, welches m. E. komplementär zum Burnout im Pflegealltag gefunden werden kann.

Burnout macht darauf aufmerksam, dass Pflegende innerhalb des Arbeitsalltages scheitern und bleibt damit auf einzelne Subjekte bezogen. „Coolout“ hingegen befähigt alle Pflegenden unmerklich, sich in einem defizitären Alltag einzurichten freilich um den Preis, so eine Praxis mitzutragen, die ihren eigenen Anspruch unterläuft.

Die Reaktionsmuster sind weiter zu untersuchen z.B. hinsichtlich der präzisen Abgrenzung der einzelnen Muster zum Burnout-Syndrom, ihrer Tragfähigkeit und ihrer Bruchstellen, ihrer Entwicklungslogik und nicht zuletzt ihrer Bedeutsamkeit für die Entwicklung einer Berufsmoral.

Es ist aufzuklären darüber, warum in der Pflegepraxis nicht gilt, was als normativer Anspruch der Pflege postuliert wird. Diese Aufklärung bezieht sich darauf, wie quasi eine „Immunisierung“ gegen widersprüchliche Anforderungen im Alltag funktioniert und wie es letztlich darüber zu einer blinden Reproduktion des widersprüchlichen Alltags kommt.

Karin Kersting

Krankenschwester, Lehrerin für Pflege, Diplom-Pädagogin, Doktorandin

Laerfeldstraße 11 B, 44803 Bochum

Anmerkungen

- [1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei Personen/-gruppen immer nur eine Geschlechtsform gewählt, gemeint sind immer beide Geschlechter, außer es handelt sich um konkrete Personen/Probanden.
- [2] Einschließlich der Krankenpflegeschüler wurden bislang die Reaktionen von ca. 200 Probanden untersucht. Da die Kinder und Jugendlichen zu verschiedenen Konflikten befragt wurden, liegen zur Zeit ca. 500, zum größten Teil ausgewertete, Interviews vor.
- [3] In der Gesamtuntersuchung, also bezogen auf alle Probanden, wurden bislang 15 Reaktionsmuster gefunden. Eine Darstellung aller Reaktionsmuster, sowie der Unterschiede nach Altersgruppen u.a. würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Es sei nur kurz gesagt, dass die vier hier beschriebenen Reaktionsmuster auch bei den Kindern und Jugendlichen gefunden wurden. Zu den Krankenpflegeprobanden sei noch kurz angemerkt, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten Reaktionsmustern und Ausbildungsstand nicht nachzuweisen ist.
- [4] Der Kältebegriff zieht sich wie ein Roter Faden durch die Schriften Theodor W. Adornos wie auch Max Horkheimers. Vgl. auch z.B. „Minima Moralia“ (Adorno 1994 b) oder „Dialektik der Aufklärung“ (Adorno, Horkheimer 1994)
- [5] (...) steht für Sprechpause

Literatur

Adorno, Theodor W., Negative Dialektik, Frankfurt 1994 (hier 1994 a.)

Adorno, Theodor W., Minima Moralia, Frankfurt 1994 (hier 1994 b)

Adorno, Theodor W., Horkheimer, Max, Dialektik der Aufklärung, Frankfurt 1994

Aufenanger, Stefan, Lenssen, Margit (Hg): Handlung und Sinnstruktur. Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik, S. 1-18, München 1986

Bischoff, Claudia, Frauen in der Krankenpflege, Frankfurt 1984

Gruschka, Andreas: Bürgerliche Kälte und Pädagogik. Moral in Gesellschaft und Erziehung, Wetzlar 1994

Gruschka, Andreas: Wie mißt und wie stimuliert man moralische Urteilskraft? Von den Konflikten auf dem Weg zum guten und schlechten Menschen (Teil 1), In: Pädagogische Korrespondenz, Heft 18/1996, S. 49-71

Gruschka, Andreas: Wie lernt man, kalt zu werden? Von den Konflikten auf dem Weg zum guten und schlechten Menschen (Teil 2), In: Pädagogische Korrespondenz, Heft 19/1997, S. 34-59

Kersting, Karin: Patientenorientierte Pflege zwischen Anspruch und Wirklichkeit aus dem

Erfahrungshorizont von KrankenpflegeschülerInnen, unveröffentlichtes Manuskript, Essen 1997

Oevermann, Ulrich: Zur Sache. Die Bedeutung von Adornos methodologischem Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse. In: Adorno-Konferenz, Friedeburg, Ludwig von, Habermas, Jürgen, Frankfurt 1983, S. 234-292

Oevermann, Ulrich, u.a.: Zur Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, in: Soeffner, H.G. (Hg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften, Stuttgart 1979, S. 352-433

Rumpf, Horst, Eine Begrüßung abduktiv betrachtet, in: Didaktische Interpretationen, Weinheim 1991, S. 144 ff

Weitere Literatur bei der Verfasserin

Streiflichter aus der Diskussion des Coolout-Syndroms

(JM) Karin Kersting hat ihre hier in leicht überarbeiteter Form abgedruckten Untersuchungsergebnisse im fachlichen Teil der Mitgliederversammlung des DV Pflegewissenschaft am 7. Mai 1999 zur Diskussion gestellt. Nachfolgend einige Streiflichter von den Nachfragen und aus der angeregten Debatte:

Zum Hintergrund des Begriffs der „Kälte“

Die Frage wurde aufgeworfen, was Kerstings Hintergrund des Begriffs der „Kälte“ sei. Die Referentin verwies auf die oben angegebene Literatur, insbesondere die „Dialektik der Aufklärung“ (Adorno/Horkheimer) und die „Negative Dialektik“ (Adorno), sowie „Bürgerliche Kälte und Pädagogik“ (Gruschka).

Abgrenzung zum Burnout-Syndrom

Ein Kritikpunkt wurde in der mangelnden Abgrenzung des Coolout-Syndroms zum Burnout-Syndrom gesehen. Insbesondere das Reaktionsmuster „Opfer“ wurde in Zusammenhang mit Burnout gebracht. Vereinzelt wurde sogar die Ansicht vertreten, dass im Prinzip die Reaktionsmuster als Vorphasen des Burnout anzusehen seien und zum Teil in der Burnout-Forschung auch schon thematisiert worden seien. Von der Referentin wurde allerdings darauf auf-

merksam gemacht, dass sich die Burnout-Problematik (verstanden als Scheitern des einzelnen Subjektes auf Grund mangelnder Ressourcen und Coping-Strategien) sich von der prinzipiellen Notwendigkeit des „Coolouts“ unterscheidet. Sich „kalt machen“ befähige die Menschen, überhaupt im widersprüchlichen Alltag bestehen zu können. Konkret bezogen auf das Reaktionsmuster des „Opfers“, heißt das: Die Erkenntnis, dass der normative Anspruch der Pflege im Alltag nicht erfüllt werden kann, führt zu einer ohnmächtigen Hinnahme dessen, was im Alltag erlebt wird. In der Annahme, sich nicht gegen die Bedingungen auflehnen zu können, führt das Reaktionsmuster dazu, innerhalb des Bestehenden verharren zu können, und zwar mit dem Wissen darum, dass die eigene Sicht auf den Konflikt „die richtige Sicht“ ist, auch wenn das praktische Handeln nicht davon geprägt werden kann.

Professionelles Handeln in der Pflege, professioneller Umgang mit Konfliktsituationen

Insbesondere die Reaktionsmuster der „reflektierten Hinnahme“ und der „Idealisierung“ wurden dahingehend kritisiert, dass hier der „gesunde“ bzw. „professionelle“ Umgang mit Konfliktsituationen negativ eingefärbt würde. Kersting stellt zunächst einmal klar, dass die identifizierten Reaktionsmuster rein analytisch-deskriptiv zu verstehen seien; eine positive oder negative Wertung seien nicht intendiert, vielmehr gehe es um einen „ungeschminkten Blick“ auf die Praxis. (Eine Einlassung, die nicht alle Bedenken auszuräumen vermochte, da mehrere Diskutanten darauf beharrten, dass die Reaktionsmuster, im Kontext betrachtet, sehr wohl eine Wertung und zwar eine negative nahe legten). Im weiteren Diskussionsverlauf wurde die Frage aufgeworfen, ob nicht ein professioneller Umgang mit Konfliktsituationen eine Lösung bieten würde. Dies wurde von der Referentin vor allem an das Reaktionsmuster der „Idealisierung“ rückgebunden. Der als professionell ausgewiesene Umgang ändere nichts daran, dass die objektiven Bedingungen blieben, wie sie seien. Die an die Disku-

tanten zurückgegebene Frage, ob eine an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientierten Pflege mit einem „professionellen Umgang“ erreicht werden könne, wurde letztlich unbeantwortet. (Hier ist im Nachhinein die Frage zuzuspitzen, inwieweit Begriffe wie „professioneller Umgang“ zu einer Täuschung über die Wirklichkeit führen, wenn in der „Professionalität“ die Defizite schon eingearbeitet sind?)

Zur Methodik

Kritisiert wurde schließlich die an die Objektive Hermeneutik angelehnte induktive Methodik. Die Anmerkungen bezogen sich vor allem

darauf, dass Oevermann sich stets auf einen Fall beziehe und bei dem einzelnen Fall bleibe, das heißt ein Anspruch auf Verallgemeinerung bestehe bei Oevermann nicht. Nach Ansicht der Referentin leistet die Objektive Hermeneutik nach Oevermann aber mehr: Durch die Rekonstruktion der latenten Sinnstrukturen in einer Interaktion werde auf etwas Allgemeines verwiesen. Damit könnten die unbeabsichtigten Wirkungen (hier der beruflichen Sozialisation) aufgedeckt werden. Der von der Referentin als Beispiel dafür kurz angerissene Inhalt eines Vortrages von Oevermann zu einer Begrüßung in einer Fernsehansage (1983 in Frankfurt gehalten anlässlich eines Adorno-

-Kongresses) blieb freilich nicht unkritisiert und konnte während der Tagung nicht unmittelbar belegt werden. Deshalb soll an dieser Stelle nachträglich – die Sicht der Referentin noch einmal am Oevermannschen Text belegt werden: „*Die Reproduktionsgewalt von gesamtgesellschaftlichen Strukturierungsgesetzmäßigkeiten kann nicht auf Reserve besonders dramatischer und problemgeladener sozialer Vorgänge beschränkt sein, sondern muss sich bis in die unscheinbarsten Vorgänge hinein, die kleinsten Poren des Alltagslebens durchdringend, nachweisen lassen.*“ (1983, S. 277) Und genau hier, an den „kleinsten Poren des Alltagslebens“, setze Oevermann methodisch an, so Kersting.

Der DV Pflegewissenschaft im Internet [http:// www.dv-pflegewissenschaft.de](http://www.dv-pflegewissenschaft.de)

Homepage Geschäftsstelle: Info@dv-pflegewissenschaft.de

Redaktion Pflege & Gesellschaft: Pflege-Gesellschaft@dv-pflegewissenschaft.de

Webmaster: Webmaster@dv-pflegewissenschaft.de

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit: Werbung@dv-pflegewissenschaft.de

Hinweise für Autoren/innen

Pflege und Gesellschaft veröffentlicht Beiträge über praktisch das gesamte Spektrum der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Schwerpunkt dieser Zeitschrift liegt allerdings auf Artikeln, die entweder Themen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Pflege behandeln, oder die zur Standortbestimmung der Pflege und der Pflegewissenschaft beitragen. Veröffentlicht werden nur Arbeiten, die nicht bereits anderen Zeitschriften zur Veröffentlichung angeboten oder bereits publiziert worden sind. In erster Linie Forschungsberichte, die neue wissenschaftliche Ergebnisse beinhalten und eine solide theoretische Basis haben sowie Diskussionsbeiträge. Außerdem enthält jedes Heft Buchbesprechungen und Mitteilungen; Publikationssprache ist Deutsch. Jedes Heft enthält ein Schwerpunktthema. Ein Jahrgang umfasst vier Hefte. Der Umfang pro Heft variiert und beträgt zwischen 20 und 60 Seiten. Abstracts der Artikel, teilweise auch die Beiträge selbst sowie Buchrezensionen werden im Internet veröffentlicht: [http:// www.dv-pflegewissenschaft.de](http://www.dv-pflegewissenschaft.de)

Das Manuskript ist satzreif als **Papier- und EDV-Fassung** bei der Redaktion einzureichen. Er sollte im wesentlichen nicht formatiert sein (insbesondere wenn Sie als Textverarbeitungssystem keine Version von MS Word benutzen). Die Arbeiten werden von Fachexperten geprüft, die gemeinsam mit den der ständigen Redaktion über die Annahme bzw. Ablehnungsentscheiden. Die Autoren/innen können anstelle eines Honorars bis zu 10 Exemplare von *Pflege & Gesellschaft* abrufen.