

Stefan Maul

Konstitutionen intensivpflegerischen Handelns

Prozesse der Erkenntnis
im Kontext der Arbeit
mit komatösen Patienten

*„Das Wesen des Sittlichen wird erst dann zum Problem, wenn die un-
gebrochene Einheit und Sicherheit des Lebensgefühls und des sittli-
chen Bewusstseins aufgelöst ist. Erst dann, wenn die bisher selbst-
verständliche Sicherheit über das, was richtiges Handeln, was gut und
böse ist, ins Wanken gerät, entsteht die Frage nach Kriterien der wahren
Sittlichkeit.“*

(Aus der Vorrede zur ersten Auflage der beiden Grundprobleme der Ethik von
Schopenhauer. Herrmann, 1840: 1)

Stefan Maul

Konstitutionen intensivpflegerischen Handelns

Prozesse der Erkenntnis im Kontext
der Arbeit mit komatösen Patienten



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Lengerich

Buchveröffentlichung auf der Basis der Dissertation an der Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, im Jahr 2012.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2013 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Printed in the EU by booksfactory.de

ISBN 978-3-89967-875-8

Inhalt

Vorwort	9
1 Einleitung	11
1.1 Ausgangslage	11
1.2 Das Problem der Erschließung des Patientenwillens	14
1.3 Zielsetzung	19
1.4 Aufbau der Arbeit	20
2 Theoretischer Teil.....	29
2.1 Literaturrecherche	29
2.2 Zum Rahmen pflegerischen Handelns	32
2.2.1 Handlungstheoretische Grundlagen	32
2.2.2 Theorien der Wissenschaftsdisziplin Pflege	42
2.2.3 Der Pflegeprozess.....	47
2.2.4 Die Behandlungspflege	49
2.2.5 Die Intensivstation als Arbeitsplatz.....	54
2.3 Zur moralischen Reflexion des pflegerischen Handelns.....	59
2.3.1 Kodizes der Pflege	60
2.3.2 Ethikgremien	61
2.3.3 principlism	66
2.3.4 informed consent.....	69
2.3.5 Juristischer Regulierungsversuch moralischen Handelns	72
2.4 Zur Willenssphäre im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge	81
2.4.1 Bewusstlosigkeit als Phänomen entfremdeter Ansichten	90
2.4.2 Die Begegnung unterschiedlicher Perspektiven auf der Handlungsebene	101
2.5 Zur Freiheit des Willens und den Grenzen von Suchstrategien	110
2.5.1 Formalisierte Pfade	110
2.5.2 Interaktionelles Verhalten.....	112
2.6 Zu den Kompetenzen könnerschaftlichen Pflegehandelns....	118
2.6.1 Intuition und Handlungswissen.....	121

2.6.2	Leib - und Körpersprache als Informationsträger	123
2.7	Zwischenbilanz.....	128
2.8	Konsequenzen für die Forschungsarbeit.....	132
3	Empirischer Teil.....	133
3.1	Strukturierung der Studie	133
3.1.1	Das Herleiten der Forschungsfrage.....	133
3.1.2	Wissenschaftstheoretische Positionierung	135
3.1.3	Die Erhebungsmethode der Gruppendiskussion	137
3.1.4	Die Perspektive des Forschenden.....	140
3.1.5	Ethische Überlegungen	144
3.2	Datenerhebung	147
3.2.1	Samplebildung	147
3.2.2	Das Gruppendiskussionsverfahren	152
3.2.2.1	Vignette	153
3.2.2.2	Diskussionsleitfaden.....	154
3.2.2.3	Pilotphase	155
3.2.3	Video- und Tonträgeraufzeichnungen	157
3.2.4	Transkription der Aufzeichnungen.....	158
3.3	Datenanalyse	159
3.3.1	Die qualitative Inhaltsanalyse.....	159
3.3.2	Die zusammenfassende Inhaltsanalyse	162
3.3.2.1	Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.....	164
3.3.2.2	Systematik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.....	165
3.3.2.3	Auszug aus einer fallspezifischen Analyse.....	166
3.3.2.4	Generierung diskussionsübergreifender Kernaussagen.....	168
3.3.2.5	Darstellung der Kernaussagen.....	170
3.3.2.6	Zwischenergebnis	179
3.3.3	Die typisierende Strukturierung	181
3.3.3.1	Ablaufmodell der typisierenden Strukturierung.....	182
3.3.3.2	Systematik der typisierenden Strukturierung.....	183
3.3.3.2.1	Typisierungsdimensionen aus den Kernaussagen.....	183
3.3.3.2.2	Kodierregeln zu den Dimensionen: Widerstand, Vermittlung und Modellierung.....	187
3.3.3.3	Auszug aus der typologischen Analyse.....	189
3.3.3.4	Auswertungsstufen der Typenbildung	192

3.3.3.5	Darstellung generierter Typen	193
3.3.3.6	Charakterisierung der Typen	194
3.3.3.6.1	Der Prototyp Buchhalter	194
3.3.3.6.2	Der Prototyp Techniker	195
3.3.3.6.3	Der Prototyp Kritiker	197
4	Ergebnisse	200
4.1	Wissensformen	201
4.1.1	Wissen der Buchhalter	203
4.1.2	Wissen der Techniker.....	203
4.1.3	Wissen der Kritiker	204
4.2	Anschauungen	204
4.2.1	Der Blick des Buchhalters	205
4.2.2	Der Blick des Technikers.....	206
4.2.3	Der Blick des Kritikers	206
4.3	Zugangsweisen	207
4.3.1	Der Zugang des Buchhalters.....	207
4.3.2	Der Zugang des Technikers	208
4.3.3	Der Zugang des Kritikers.....	209
5	Diskussion	211
6	Fazit und Schlussbetrachtung	222
7	Quellenverzeichnis	231

Abbildungsverzeichnis

Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse164
Auszug aus einer fallspezifischen Analyse166
Ablaufmodell der typisierenden Strukturierung182
Auszug aus der typologischen Analyse189
Darstellung generierter Typen193
Darstellung der Typen im Verhältnis zu den repräsentierten Korrelaten210
Skizze konstituierender Elemente der Suche nach dem Willen221
Bildliche Darstellung intensivpflegerischen Handelns230

Vorwort

Wer glaubt, Pflegende sind ungewöhnliche Menschen mit übernatürlichen Fähigkeiten, den muss ich enttäuschen. Wer allerdings im Umkehrschluss der Meinung ist, wir können auf die pflegerische Leistung aus unmittelbarer Nähe zum Menschen im Koma verzichten, dem werde ich mit dieser Arbeit widersprechen.

Es ist nicht selbstverständlich, dass uns im beruflichen Alltag Lebenserfahrungen mitmenschlicher Verbundenheit vergönnt sind. Die Eingelassenheit in die Gemeinschaft tendiert unser lebendiges Sein im Verhältnis zum Anderen und zur Welt. Mit der Existenz moralischer Ansprüche sowie der Anerkennungsleistung ihrer Verpflichtungsgrade sind persönliche Herausforderungen verknüpft. Zugleich bietet die Auseinandersetzung mit kontextbezogenen Handlungsentwürfen Chancen eines wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns. Der am eigenen Leib spürbare Eindruck, den der Andere macht, ist Teil des Falls, den es zu untersuchen gilt.

In diesem Sinne darf ich voller Dankbarkeit das Empfundene zurückgeben, das mich berührte und meine Untersuchung erst ermöglichte. Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, der Betroffenheit im Kontext situativer Bündnisse den gebührenden Platz einzuräumen.

Ich bin dankbar für die vielen Jahre, die ich in der Intensivpflege tätig sein durfte. Ohne die zahllosen Begegnungen mit schwerstkranken Menschen hätte ich keinen lebhaften Anteil daran nehmen können. Mein herzlicher Dank gilt den Pflegenden und ärztlichen Mitarbeitern, die mir auf den Intensivstationen zur Seite standen und meinen berufspraktischen Hintergrund anreicherten. Für den Austausch mit den vielen Lernenden, die ich als Pädagoge begleiten konnte, bedanke ich mich ebenfalls.

Im Rahmen des Promotionsstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück erhielt ich die Möglichkeit zu einer über fünf Jahre währenden systematischen Aufarbeitung und kritischen Auseinandersetzung mit der intensivtherapeutischen Praxis.

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Hartmut Remmers für seine Kritik und seine Geduld bei der Fertigstellung dieser Arbeit sowie seine entscheidenden Impulse in fachlichen Diskussionen.

Meinen Dank spreche ich Frau Prof. Dr. Helen Kohlen für die Ehre ihrer Zweitbegutachtung aus.

Für zahlreiche streitbare Diskussionen, viele Anregungen und Hilfestellungen danke ich Sabine Dörpinghaus, Prof. Dr. Ulrich Kuhnke, Prof. Dr. Joachim Thönnessen, Prof. Dr. Andreas Zieger, Prof. Dr. Hans Joachim Hannich, Prof. Dr. Sr. Benedicta Arndt, Heribert Schuster, den Kolleginnen und Kollegen des Doktorandenkolloquiums sowie der Sektion der DGP: Pflege kritisch kranker Menschen.

Dank schulde ich Frau Ute Schöniger. Sie schenkte mir ihr Vertrauen und förderte meine Arbeit.

Ich danke Frau Prof. Dr. Elke Donath für ihre wertschätzende Zusammenarbeit in der Mathias Hochschule Rheine. Außerdem bedanke ich mich bei Prof. Dr. Heiner Friesacher für seine fachliche Expertise, auf die ich mich stützen durfte.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, mit der ich in Liebe verbunden lebe. Meiner Frau Mandy danke ich für das gemeinsame Durchleben einer arbeitsintensiven und doch behüteten Zeit. Meiner Tochter Luise für ihr Verständnis für so manche Entbehrung und für die Kraft, die sie ausstrahlt. Ich danke meinen Eltern für ihren wohlthuenden Rückhalt. Außerdem danke ich meinem Bruder Ansgar und meinem Onkel Egon, die sich sehr für ihre Nächsten einsetzen.

Die Arbeit ist meinen geliebten Großeltern gewidmet, die mir stets ein Vorbild an Tugend waren und immer noch sind.

Wietmarschen, im Dezember 2012

Stefan Maul

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Auf den heutigen Intensivstationen wird mit einem hohen ärztlichen, pflegerischen, apparativen und medikamentösen Einsatz die hochspezialisierte Versorgung schwerst bis lebensbedrohlich erkrankter Menschen vorgenommen. Vertiefte Erkenntnisse über pathophysiologische Geschehen, die Entwicklung differenzierter technischer Geräte und die Anwendung einer gezielten intensiven Therapie ermöglichen es heutzutage, Menschen mit Krankheitsbildern zu behandeln, die früher keiner Therapie mehr zugänglich erschienen.¹ Es überrascht keineswegs, dass das ethische Interesse im Zusammenhang mit den Fragen zur Krankheit, dem Kranksein, Leben, Überleben, Leid und Sterben zugenommen hat, wenn definitionsgemäß auf deutschen Intensivstationen lebensbedrohlich erkrankte Menschen mit einem Aufwand versorgt werden, der über das sonstige Maß weit hinausgeht.²

Unter Berufung auf die ärztliche Pflicht, sich im Zweifel für das Leben des Patienten³ einzusetzen, findet ein intensives „Ringen um das Leben“ statt, auch wenn nach menschlichem Ermessen die Erfolgsaussichten gering eingeschätzt werden müssen. Auf der anderen Seite wird das Recht auf ein von der apparativen Medizin unbeeinflusstes Sterben in Form von Patientenverfügungen eingefordert. Die Polarisierung auf die zwei Extreme verkennt dramatisch, dass in der täglichen Praxis der Intensivbehandlung häufig über die Durchführung einzelner Maßnahmen oder deren Abbruch nachgedacht wird.⁴ Während sich die apparativ-technischen Möglichkeiten der Intensivtherapie auf die Überbrückung und den Ersatz von Organfunktionen konzentrieren, spielt die ethische Frage

¹ Lawin, 1994: 15

² Larsen, 1994: 501

³ Wenn in dieser Arbeit für Patienten, Ärzte und Pflegende die männliche Form gewählt wurde, dann wegen einer besseren Lesbarkeit. Die weibliche Form ist selbstverständlich mitgedacht. Inhaltlich ist der Begriff Patient respektvoll gefüllt mit: Mensch, als an sich wertvolles Geschöpf.

⁴ Salomon, 1996: 101

nach deren Bedeutung für das Wohl der betroffenen Menschen eine entscheidende Rolle.⁵

Aus therapeutischer Perspektive, einschließlich der Erfahrungen des Forschers aus den letzten 20 Jahren auf deutschen Intensivstationen, stellt die Intensivbehandlung ein „Arbeitsfeld mit Eingriffen“ dar, in dem wesentliche Interaktionen des Alltags von dieser Frage berührt werden.

Die Eingriffe werden plastisch in der körperlichen Verfügbarkeit des Patienten und mit künstlicher Beatmung, Monitoring, intravenöser Zugänglichkeit, transkutaner Ernährung sowie drainierter Ausscheidung zum Sinnbild fließender Grenzen zwischen Künstlichkeit und Natur in machtbetonter Konfrontation mit der Begrenztheit des Lebens.

Ein über die letzten zwei Jahrzehnte steigender ökonomischer Druck ist ein begleitender Umstand der Intensivbehandlung. Der klinische Alltag unterliegt nicht nur den Bedingungen strenger Rationalisierung, sondern auch die Rationierung ist Realität, da nicht alles medizinisch-technisch Machbare auch solidarisch finanziert werden kann.⁶ Gesellschaftlich delegierte Heilberufe haben Rechenschaft über den effektiven sowie effizienten Einsatz ihrer Mittel abzulegen und müssen ihre Interventionen ökonomisch wie ethisch begründen.⁷

Den beruflich Tätigen wird ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsbereitschaft abverlangt. Moralische Probleme sind dabei hintergründig existent, denn mit den Behandlungssituationen können unterschiedliche Erwartungshaltungen, Problemperspektiven und Bewertungsmaßstäbe aufeinandertreffen.⁸ Sich in Hippokratischer Tradition am Wohl des Patienten zu orientieren, ist bezogen auf die Wünschbarkeit im Sinne der Betroffenen unsicher geworden, da ein objektives Wohl des Patienten nicht absolut zu bestimmen ist. Bei einem zunehmenden Nebeneinander von verschiedenen Traditionen, Religionen und Menschenbildern ist die Antwort auf die Frage nach guter Pflege auf der Intensivstation nicht einstimmig zu formulieren.

⁵ Salomon, 2006 : 64

⁶ Neitzke, 2007: 2

⁷ Schwerdt, 2002: 26

⁸ Remmers, 2000a: 60

In juristischer und ethischer Hinsicht trägt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten einen normierenden Charakter. Unabhängig der Individualisierung und Differenzierung in den Lebensstilen und Lebenszielen ist die Konsensbildung in der Frage, ob eine geplante Behandlungsmaßnahme nicht nur medizinisch möglich, sondern auch im Einzelfall gewünscht und angemessen ist, als unverzichtbarer Teil des Versorgungsprozesses den Autonomieansprüchen des erkrankten Menschen geschuldet.⁹ Der Respekt vor der Autonomie wird durch die Regel der informierten Einwilligung spezifiziert. Eine so verstandene Rede vom „informed consent“ muss auf der Ebene des sozialen Handelns unter Beachtung der aktuellen Willensäußerung des Patienten konkrete Gestalt annehmen.

Das Pflegehandeln ist auf die Verbesserung der Versorgungssituation gerichtet. Dabei ist davon auszugehen, dass sich gelungene Pflegeleistungen letztlich nur über ein resonantes Situationsverständnis realisieren lassen. Dies gilt umso mehr, wenn wir das für Verstehensakte elementare Ausdrucksvermögen der miteinander korrespondierenden Subjekte und das pflegespezifische Charakteristikum der Körpernähe zum Patienten ausdrücklich mit in die Betrachtung aufnehmen. Denn wie sonst, so unsere Annahme, sollte eine kontextsensitive Transformation von Universalien der Autonomie gelingen, wenn sich nicht das echtzeitlich-situative Anerkennen der Anliegen des Anderen in einem intersubjektiv vermittelten Erleben konkretisiert?

Die Herausforderung, sich in der Klinik mit dem „Willen des Patienten“ als Entscheidungskorrektiv für die Behandlungs- und Pflegeziele auseinanderzusetzen, ist das zentrale Motiv dieser Arbeit.

⁹ Lohmann, 2007: 2

Geht man bei Autonomie von einer Fundamentalausstattung eines jeden Menschen aus, so ist sie keinem Menschen in irgendeiner Lebensphase abzusprechen (Gaul, 2002: 165). Der kategorische Imperativ entfaltet den Autonomieanspruch aus der Würde des Menschen (Kant, 1927: 56). Aufgenommen in den Ethikkodizes der Heilkundigen tritt Autonomie als moralische Pflicht und ethisches Prinzip dem erkrankten Menschen gegenüber auf.

1.2 Das Problem der Erschließung des Patientenwillens

Die intensivtherapeutische Versorgung ist in Deutschland auf die Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlicher Erkrankung ausgerichtet. Bei der Schwere der zu behandelnden Krankheitsbilder ist das Personal sehr häufig mit Situationen konfrontiert, in denen Patienten als „einwilligungsunfähig“ gelten. Die invasiven und auf Erhalt des schutzbedürftigen Lebens angelegten Maßnahmen der Intensivbehandlung sind gleichzeitig in existenzieller Weise integritätsberührende Eingriffe. Zur Rechtfertigung integritätsberührender Handlungen an einem anderen Menschen kann die medizinische Indikationsstellung alleine nicht ausreichen, wenn dabei die Selbstbestimmung des Patienten hinsichtlich der Gestaltung des Lebens außer Acht gelassen wird.

Von *Kants* fundamentalphilosophischem Standpunkt aus betrachtet, existiert der Mensch als Zweck an sich selbst und nicht als Mittel zum beliebigen Gebrauch für diesen oder jenen Willen. Der Respekt vor der Autonomie des Menschen beinhaltet die Verpflichtung, das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen anderer Menschen anzuerkennen. Heilkundige, die ausschließlich ihrem kurativen Verständnis folgen, ohne nach dem Willen des Kranken zu suchen, verstoßen gegen dieses Gebot. Ist die Bestimmung des Patienten deckungsgleich mit der geplanten Behandlung, so erscheinen die Handlungen der Beteiligten unproblematisch. Doch wie wird der tatsächliche Wille des Kranken bestimmt?

Es müssen nicht nur die Elemente der informierten Einwilligung, die Standards der Aufklärung, die Anforderungen an das Verständnis des Patienten, die Bedingungen der Freiwilligkeit und die Kriterien der Einwilligungsfähigkeit geprüft werden, damit die Regel der informierten Zustimmung wirksam werden kann.¹⁰ Vielmehr liegt das *Problem* der Handlungslegitimation für intensivtherapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen im Koma darin, jene

¹⁰ Rauprich, 2005: 21

konstitutiven Strukturelemente zu erkennen, die ein über die Erschließung des Patientenwillens gehendes Verstehen situationsspezifischer Handlungsansprüche ermöglichen. Der Prozess des Erkenntnisgewinns ist hier von zentraler Bedeutung. Es stellen sich Fragen des Einlassens auf die Suche und der Zugänglichkeit zum komatösen Patienten sowie Fragen des Generierens situationsspezifischen Wissens zur Konkretion fallspezifischer Handlungsnormen.

Die Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit menschlicher Integrität wird erfahrbar, wenn ein Patient auf einer Intensivstation instrumentell behandelt wird und die Grenzbereiche einer in Teilen immateriellen Innenwelt des Patienten unscharf werden. Zugänge zur Erkrankung und die Wege ihrer Therapie scheinen über die Körperlichkeit des Patienten verfügbar. Dagegen ist der Zugang zum Willen des Patienten nicht offensichtlich über den Körper ableitbar und die Suche nach ihm auf die Frage der Anschauung des Menschen zurückgeworfen.

Eine Ambivalenz von erhofftem Nutzen und befürchtetem Schaden begleitet die Pflegeplanung der Behandlungspflege, wenn der Bedarf an informierter Zustimmung des komatösen Patienten nicht eindeutig gesättigt erscheint und Unsicherheiten hinsichtlich der Handlungsbegründungen bestehen bleiben.

Vergleichbar mit der Gesamtverantwortung des leitenden Arztes für die zu treffenden medizinischen Entscheidungen auf einem Kontinuum von Maximaltherapie bis Sterbebegleitung, sind pflegerische Handlungen von den Akteuren so zu verantworten, dass sie ethisch begründet und nachvollziehbar sind. In eigenständiger Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen handeln Pflegende mitverantwortlich, indem sie etwa Beatmungsgeräte, Infusiomaten und Perfusoren bedienen, Spritzen setzen oder Medikamente nach den Regeln der Kunst verabreichen. Sie handeln eigenverantwortlich in der Planung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen der Intensivtherapie. Nicht zuletzt im Krankenpflegegesetz wird klargestellt, dass die Ausbildung dazu befähigen soll, die Selbständigkeit der zu Pflegenden wiederherzustellen

und ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten.¹¹ Wenn wir davon ausgehen, dass neben der ärztlichen Indikation gerade die Zustimmung des Betroffenen handlungsvoraussetzend ist, muss der Verweis auf die Anordnung des Mediziners als vorschnell zurückgewiesen werden. Wird ein komatöser Patient nach lebensrettender Erstversorgung am Unfallort weiterführend auf der Intensivstation behandelt, dann wird für alle Akteure der Selbstbestimmungsanspruch des Patienten zum Handlungskriterium ihrer integritätsberührenden Verrichtungen. Es liegt in der Natur der Sache, dass jedes „Subjekt ethischen Handelns“ Rechenschaft über seine Handlungen und Handlungsalternativen zu geben hat.¹²

Mit Übernahme einer auf die Rahmenbedingungen ausgedehnten Perspektive erhält der Kontext der Intensivbehandlung eine besondere Bedeutung, denn es gilt, das konkrete Pflegehandeln vor dem Hintergrund der Komplexität der aktuellen Versorgungssituation zu begründen. Die technische Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten und der wirtschaftliche Druck im Kontext eines systemimmanenten Ökonomisierungstrends verstärken die notwendige Auseinandersetzung mit den Rechtfertigungsgründen intensivtherapeutischer Handlungen. Das Handeln in Dienstleistungsberufen des Gesundheitssektors ist durch stark operationalisierte Arbeitsprozesse gekennzeichnet. Bei genauer Betrachtung des „maschinesierten Umraums“¹³ der intensivtherapeutischen Versorgung melden sich Zweifel an, inwieweit sich unter warenförmigem Zuschnitt institutionell arrangierter Leistungen die Anzeigen wertbesetzter Wünsche und Bedürfnisse des je einzigartigen Menschen in spezifischen und zugleich existentiell bedrohlichen Lebenssituationen erkennen und verstehen lassen.

¹¹ Die Ausbildung für Personen nach §1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Dabei sind nach §3 Abs.1 KrPflG die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Dielmann, 2006: 77).

¹² Remmers, 2000b: 60 Professionelle Handlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf mehreren Ebenen begründet werden müssen. Sie unterliegen einem gesellschaftlichen wie auch individuellen Rechtfertigungszwang.

¹³ Hülsken-Giesler, 2008: 176

Da die moralische Freiheit als Grundlage von Ethik einen Anspruch beinhaltet, der die Freiheit des Anderen als Bedingung meiner Freiheit auch und gerade in Grenzsituationen menschlichen Lebens anerkennt, ist die Erschließung des konkreten Patientenwillens ein problematischer und doch unumgehbarer Teil eines Erkenntnisprozesses zur Konstitution intensivpflegerischer Handlungen.

Es ist zu bemerken, dass es sich bei der Beziehung zwischen einem handelnden und behandelten Subjekt nicht um ein Verhältnis handelt, aus dem einseitige Ansprüche abgeleitet werden können. Bestehende Problemlagen sind also nicht als Probleme der Ärzte oder Pflegenden vor dem Hintergrund des Zwecks ihres Handelns zu untersuchen, sondern der in erster Linie Betroffene und seine Behandlungsinteressen angemessen zu zentrieren.

In der Betrachtung einer distanzfreien körperlichen Zugänglichkeit bei gleichzeitig distanzierender „Wortlosigkeit“ des komatösen Patienten steckt die Gefahr der Pointierung von Fremdbewertungen aus externen Perspektiven mit einer Überlagerung der situationsgebundenen Suche nach dem aktuellen Willen des Menschen im Koma. Im Angesicht einer regungslos erscheinenden Person, die an Zu- und Ableitungen angeschlossen in einem Patientenzimmer der Intensivstation versorgt wird, fällt es schwer, zweifelsfrei dem Willen dieses Menschen zu entsprechen, der augenscheinlich über keine Möglichkeit einer verbalen Meinungsbekundung verfügt.

Es ist unklar, ob das rechte Maß an Fürsorge des Therapeuten gefunden ist, wenn die Ansprache eines komatösen Patienten als Monolog verstanden wird und konkurrierende Pflichten aus heilkundlichem Ethos (Gesundheit fördern, Krankheit verhindern, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern), rechtlichen Vorgaben (§823BGB, §216StGB) und wirtschaftlichen Imperativen (Beitrag zum Unternehmenserfolg des Krankenhausbetriebes) eine Perspektivverschränkung mit dem je einzigartigen Blickwinkel des Patienten verstellen und die ernsthaft gewollte, situationsspezifische und daher nicht vorwegnehmbare Eruiierung des Patientenwillens vermissen lassen. Die Besonderheit, auf der Intensivstation mit einem Menschen im Koma zu interagieren, macht

eine kritische Reflexion der Handlungsentwürfe zwingend notwendig und die Erschließung des Patientenwillens zur herausfordernden Aufgabe eines verantwortungsvollen Umgangs mit dem Mitmenschen.

Wir können zunächst festhalten, dass mit der Tatsache, dass intensivpflegerische Handlungen Folgen haben, ein Feld von Verantwortlichkeit verbunden ist. Das Handeln und dessen Folgen wirken auf das Leben und die weiteren Lebens- und Handlungsmöglichkeiten der Akteure sowie der schwer erkrankten anderen Menschen zurück.¹⁴ Unter dieser Voraussetzung macht es Sinn, nach der Verbindlichkeit der normativen Ansprüche und der Berechtigung moralischer Forderungen im Kontext der Arbeit mit komatösen Patienten zu fragen. Allerdings ist die pflegerische Verantwortung nur eingeschränkt unter den abstrakten Normen der Patientenautonomie zu fassen. Vielmehr muss sie im Kontext des aktuellen Geschehens so konkretisiert werden, dass sich die Frage wie zu Handeln sei, aus einem für die Situation trefflichen Anerkennungsprozess beantworten lässt.¹⁵ Die Frage der Handlungsbegründung ist auf die Grundstrukturen der zu bewältigenden *Problematik* gerichtet, nämlich dem konstitutiven Verhältnis der Orientierung an einer universalisierbaren Regelanwendung und einer aus der einzigartigen Situation generierten Verstehensleistung. Tief darin

¹⁴ Düwell, 1999: 11

¹⁵ Wenn wir mit Hilfe der bisher dargelegten Vorüberlegungen das Auftreten normativer Ansprüche des komatösen Patienten im Horizont der Akteure auf der Intensivstation betrachtet haben, dringt der Gang der Untersuchung weiter bis auf die tiefsitzenden Fragmente der Problemstellung vor. Es gilt, einen Zugang zur Willenssphäre vor dem Hintergrund einverleibter, individueller Lebenskonstruktionen und anthropologischer Voraussetzungen, im Sinne der Ausdrucksmöglichkeiten der sich im Handeln berührenden je einzigartigen Subjekte zu finden. Dabei ist die Suche nach dem aktuellen Willen in hohem Maße von einer sorgfältigen Untersuchung der Mikroebene der konkreten Begegnung mit dem erkrankten Menschen abhängig, ohne allerdings dabei ihre systemische Verschränkung mit den strukturtypischen Besonderheiten des intensivpflegerischen Handelns sowohl auf der handlungsfeldspezifisch kultivierten und arbeitssoziologisch begriffenen Mesoebene als auch den von der Makroebene aus einwirkenden berufs- und bildungspolitischen sowie zivil- und strafrechtlichen Bezügen, zu verkennen. Das Problem, „die Sprache des Falles“ (Dewe / Ferchhoff / Radtke, 1992: 16) zu verstehen, stellt sich einerseits über die spezifische Ausstattung des Menschen im Zustande des Komas und seine, bezogen auf die stimmliche Ausdruckskraft, zurückgezogene Position dar. Auf der anderen Seite ist die Wirkung der räumlichen, apparativen und personalen Bedingungen auf die Natur der Subjekte problematisch. Innerhalb eines mit technischer Ausrüstung „beschleunigten Patientenscreenings“ kann der mitmenschliche Kern der Handlung oder anders ausgedrückt, die Unverwechselbarkeit der Lebenspraxis lautlos durch das Leistungsraster rinnen.

eingelassen ist die wichtige Frage nach der Konstellation fallspezifischer Wissensformen. Denn schließlich geht es darum, jene Strukturelemente innerhalb eines grundsätzlich offenen und intersubjektiv angelegten Anerkennungsverhältnisses zu beleuchten, die den körperleiblichen Dialog mit den Ausdrucksformen des Menschenwillens und das Begreifen seines Ertrags ermöglichen.

1.3 Zielsetzung

Wenn wir uns nun damit beschäftigen, wie Pflegende nach dem Willen des komatösen Patienten suchen, dann kann es nicht darum gehen, eine „Andersartigkeit des Anderen“¹⁶ vollständig aufzulösen. Vielmehr ist das Anerkennen des Anderen in seinen je spezifischen Lebensbezügen Grundlage für die gesuchten Einsichten in die Willenssphäre und die Herausforderungen ihrer Freiheit.

Mit der vorliegenden Arbeit ist das *Ziel* verbunden, intensivpflegerische Erkenntnisprozesse, aus denen Handlungen mit Bezug auf den Willen des Menschen im Koma abgeleitet werden, genauer zu untersuchen und ihren „verstehenden Gehalt“ zu konkretisieren. Dabei sollen die Bedingungen aufgezeigt werden, durch welche die aktuelle Situation betreffende, gültige Handlungsansprüche für den Akteur verstehbar werden.

Die für den Gang unserer Untersuchung leitende *Frage* lautet: Welchen Beitrag können Pflegende leisten, um den Willen des komatösen Patienten, bezogen auf die aktuelle intensivtherapeutische Versorgungssituation, zu erschließen?

Um die implizite Frage nach den Konstitutionen intensivpflegerischen Handelns beantworten zu können, stellt sich auf dem Wege der Untersuchung die Aufgabe, folgende gegenstandsspezifischen Detailfragen zu klären: Auf welche Weise beschäftigen sich die

¹⁶ Lévinas: 2007: 116

Pflegenden mit der Suche nach dem aktuellen Behandlungswillen und dem etwaigen Zweifel an dessen Kenntnis? Welche Ausdrucksmöglichkeiten und Willensbekundungen komatöser Patienten werden von den Pflegenden wahrgenommen?¹⁷ Welche unterschiedlichen Wissensformen lassen sich für das Gewährwerden von Anspruchsstrukturen mit moralischem Charakter beschreiben?¹⁸ Welche Konsequenzen für das konkrete Pflegehandeln werden aus dem Erkenntnisprozess abgeleitet?

Überdies wird mit der Untersuchung ein Versuch unternommen, das Bewusstsein für erweiterte prozedurale Verständigungsprozesse durch eine kritische Reflexion derzeitiger intensivtherapeutischer Versorgungsstrategien im Zusammenhang mit Menschen im Koma zu schärfen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit wird das für Gesellschaft und Politik aktuelle Thema: „Schutz des Selbstbestimmungsrechts von Patienten“ aufgegriffen und wegen der hohen pflegewissenschaftlichen Relevanz handlungsfeldspezifisch mit Blick auf die Versorgungssituation komatöser Patienten auf deutschen Intensivstationen untersucht. Dabei bilden die Appelle an die Pflege, *„die Würde und die Rechte der Patienten zu wahren und ihre individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten in den aktuellen*

¹⁷ Die Frage des Verstehens der Versorgungssituation ist vor dem Hintergrund der Wahrnehmung ihrer materiellen und immateriellen Bestandteile auf die sinnlich sichtbaren, rational denkbaren und leiblich spürbaren Expressionsweisen gerichtet.

¹⁸ Neben einer zweifelsohne notwendigen äußeren Bestimmung von Angemessenheitsgesichtspunkten des Handelns über wissenschaftlich reflektiertes Wissen, sind die sich im Prozess der interaktiven Auseinandersetzung mit dem „Willen des Anderen“ entwickelnden Qualitäten intensivpflegerischen Wissens und Nicht-Wissens fraglich. Auf der Ebene einer unmittelbar geteilten Lebenspraxis rücken die Bestandteile eines binnenperspektivisch geprägten „tacit knowledge“ in den Fokus der Betrachtung. Scheinbar „unerkannt“ harren situations- und individuengebundene Wissensformen ihrer wohl nie gänzlich in Worte auflösbaren Rekonstruktion.

somatischen, psychischen, existentiellen und sozialen Bezügen zu berücksichtigen“,¹⁹ den Ausgangspunkt einer Auseinandersetzung mit den vorangestellten Fragen zur Legitimation integritätsberührender Pflegehandlungen.

Um das Ziel der Untersuchung erreichen zu können,²⁰ werden wir zunächst im theoretischen Teil einen Weg über die differenzierte und kritische Untersuchung der Literatur zum Kontext intensivpflegerischen Handelns beschreiten und an den Diskurs um Versorgungsstrategien für den „bewusstlos“ erklärten Menschen anknüpfen. Dabei lassen wir uns von der Annahme eines a priori zwischenmenschlich anerkannter Sozialleistungen leiten, um darüber eine Begründungsbasis zu schaffen, die Frage normativer Geltungsansprüche der Patientenrechte auf der Handlungsebene situationsgerecht zu beantworten.

In einem ersten Schritt wird die derzeitige Entwicklung im Gesundheitssektor zum Anlass genommen, nicht widerspruchsfreie Verhaltensvorgaben und heterogene Erwartungen an die berufliche Pflegearbeit zu kontrastieren. Die Untersuchung nimmt die Konflikte auf, die sich für Pflegende aus der doppelten Handlungslogik von zweckrationalem – marktorientiertem Handeln und situativ – subjektbezogenem Handeln in der Praxis entwickeln können (Kap.2.2.1). Die handlungstheoretischen Überlegungen bereiten den Boden für eine kritische Auseinandersetzung mit rein zweckrationalen Handlungsmustern, und zwar unter dem Gesichtspunkt potentieller Probleme der Aberkennung und Verdrängung von Wertungsstrukturen, die als moralische Forderung aus der Prämisse, der Nicht-Beeinträchtigung der Freiheit als notwendige Voraussetzung einer erfolgreichen Zielverfolgung, im Kontext fremdadressierten Handelns erhoben werden. Die Kritik an der Ökonomisierung sozialen Pflegehandelns wird insoweit ausgedehnt, dass die in pflegetheoretischen Modellen hinterlegte Bedürfnisorientierung als eher klassifikatorischer Handlungsrahmen identifiziert wird, der die

¹⁹ Bobbert, 2002: 17

²⁰ Wie bereits ausgeführt, geht es darum, jene konstitutiven Strukturelemente innerhalb eines stets zu aktualisierenden Anerkennungsmodus zu konkretisieren, die ein über die Erschließung des Patientenwillens gehendes Verstehen situationsspezifischer Handlungsansprüche bedingen.

bestehenden Machtverhältnisse zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen nicht ausbalanciert, sondern unbewusst verstärken kann (Kap.2.2.2).²¹ Darin präformierte Handlungsentwürfe, so wird zu zeigen sein, sind mit Programmierung des Pflegeprozesses in Anlehnung an den kybernetischen Regelkreis als ein Strukturmerkmal von Verdinglichungsverhältnissen auszuweisen (Kap.2.2.3).²² Die Untersuchung folgt dem daraus herzuleitenden Bedarf, sich mit den Entitäten der unter der Intensivtherapie miteinander vernetzten Handlungssysteme näher zu beschäftigen. Wir werden auf die problematische Begrifflichkeit der „Behandlungspflege“ eingehen, um bedeutsame Ausblendungstendenzen in derart definierten pflegerischen Handlungen aufdecken zu können. Dabei sind die Einengungen eines an der Intensivmedizin orientierten Verständnisses von Pflege zu kennzeichnen, denn schließlich gerät die mit der Anwendungsmacht korrelierende pflegerische Selbstverantwortung in einer auf die Durchführung ärztlicher Verordnungen reduzierten Auffassung leicht ins Unbewusste (Kap.2.2.4). In diesem Zusammenhang wird der Arbeitsplatz „Intensivstation“ als räumliches, apparatives und personelles Umfeld des institutionalisierten Pflegehandelns darauf hin untersucht, inwieweit funktional hochgradig ausdifferenzierte Settings mit ihren auf Diagnostik und die Therapie lebensbedrohlicher Zustände angelegte Standards ein Exemplum technikinduzierter Ausgestaltung verberuflichter Rollenprofile charakterisieren (Kap.2.2.5). Hierbei ist die Wirkung der betrieblichen Arbeitsstätte auf die Deutungsperspektive zu illustrieren, unter der Pflegenden ihre institutionell kultivierten und dennoch spezifischen Handlungsfähigkeiten ausbilden.

In einem zweiten Schritt der Annäherung an das Konkretionsproblem moralischer Ansprüche im Kontext intensivpflegerischen Handelns, sind Indifferenzen auf unterschiedlichen Wirklichkeits- und Geltungsebenen

²¹ Wir werden aufzeigen, dass sich aus einem Vorliegen von Bedürfnissen keine normativen Ansprüche gegenüber anderen *ohne* die - zu untersuchende - Fähigkeit ableiten lässt, eben diese wechselseitig zu verstehen und ihnen entsprechen zu können.

²² Hülsken-Giesler, 2008: 326 ; Friesacher, 2008: 236f

deutlich zu machen (Kap.2.3).²³ Mit Rückgriff auf die Pflegegeschichte kann belegt werden, dass weder juristische Unschuld noch sittlich Gutes mit dem Befolgen politischer Entscheidungen oder kodifizierter Vorgaben zwangsläufig einhergehen müssen. Unter Rekonstruktion juridischer Ordnungsversuche ist zu explizieren, dass im Prozess der Erkenntnis nicht die Normen in die Situation hineinzutragen sind, sondern die Situation insoweit zu verstehen ist, wie die Beteiligten die anzuerkennenden Normen in sich wiederfinden.

Mit einer Reflexion auf das moralisch Richtige stellt sich im Kontext des konkreten Handelns die Frage: Was genau erkennen wir da? In diesem Zusammenhang ist zu klären, was unter dem Willen des Patienten zu verstehen ist und was er mit einem moralischen Sollen handlungsfähiger Subjekte unmittelbar zu tun hat. Dabei diskutieren wir die Bedeutung der Willenssphäre im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge (Kap.2.4). Bevor wir uns der moralischen Selbstgesetzgebung und der pflegeethischen Handlungskompetenz zuwenden können, ist in einem Zwischenschritt der an existentielle Wertpräferenzen gebundene „individuelle Behandlungswille des komatösen Patienten“ als ethischer Bezugspunkt auszuweisen. Die Frage der Perspektive auf das Phänomen „Bewusstlosigkeit“ stellen wir in eine Verbindung mit der Anforderung, das auf ein autonomes Körper selbst zurückgezoene Sein des Menschen nicht aus dem Fokus zu verlieren (Kap.2.5).²⁴

In einem nächsten Schritt führt die Frage der Zugangswege, die ein Verstehen situationspezifischer Handlungsansprüche ermöglichen sollen, in den unmittelbar interpersonellen Raum. Hierfür hält die leibphänomenologische Forschung aussichtsreiche Theorien bereit.²⁵ Die

²³ Der allgemein-regulative Charakter berufsständischer Normenkonventionen, der simplifizierende Ansatz von principlism sowie die organisatorische und formalistische Klammer institutioneller Ethikgremien belasten das Orientierungsdilemma.

²⁴ Dem Wesen selbst gehört der Selbstzweck, nicht individuellen Eigenschaften (Düwel, 2008: 109).

²⁵ Leiblichkeit wird als die grundlegende Weise des menschlichen Erlebens verstanden, ausgehend von der Wahrnehmung, Bewegung, Verhalten und Beziehung zur Mitwelt (Fuchs, 2000: 15f). Näher besehen wird deutlich, dass der Zirkel leiblicher Existenz leicht außer Acht gerät, wenn die Aufmerksamkeit lediglich auf ein „Körperding für jedermann“, als biologischer Apparat, in dem bestimmte, hochspezialisierte Zellverbände gegebenenfalls Bewusstheit erzeugen, konzentriert ist.

perspektivische Korrespondenz eines unteilbar Ganzen von Körper und Leib lässt es zu, einerseits eine sinngerichtete wechselseitig motivierte Perspektivverschränkung mit dem Anderen einzugehen und andererseits in kritischer Selbstreferenzialität moralische Verpflichtungen situationspezifisch vor sich selbst zu beurteilen (Kap.2.6).

Wir können auf der Basis der kritischen Auseinandersetzung mit der Literatur als Zwischenbilanz feststellen, dass die für das Begründen intensivtherapeutischer Handlungsbögen konstitutiven Elemente des Anerkennens, insbesondere auf der mitmenschlichen Binnenperspektive, unterbelichtet erscheinen (Kap.2.7). Als Konsequenz aus dem theoretischen Teil wird klar herausgestellt, dass die Handlungssubjekte insoweit stärker zu fokussieren sind, dass die auf der handlungspraktischen Ebene sich äußernden Kompetenzen weiter freigelegt und bis auf ihre strukturellen Elemente erhellt werden müssen. Das heißt, das Wissen, die Anschauung und die Methoden der Suche und Reflexion fallspezifischer Normen gilt es empirisch zu untersuchen (Kap.2.8).

Für den weiteren Gang der Untersuchung lassen wir uns zunächst von methodologischen Fragen der empirischen Forschung leiten und folgen dann den Grundsätzen des qualitativen Forschungsansatzes, um bis zur Lebenswirklichkeit der Pflegenden vordringen zu können (Kap.3.1).²⁶

Ausgehend von dem Forschungsbedarf, das „Wie“ der Suche nach dem Behandlungswillen weitestmöglich zu rekonstruieren, stellt sich die Frage: Welche ganz konkreten Wege und unterschiedlichen Strukturen ermöglichen es den Pflegenden, den Geltungsanspruch des aufzuspürenden „mutmaßlichen Patientenwillen“ zu verstehen und die aktuelle Situation betreffende wertbesetzte Wünsche und Bedürfnisse des Patienten von Interessen Dritter oder auf latente kulturelle Erfahrungen basierenden Projektionen zu unterscheiden?

²⁶ Die sozialwissenschaftlichen Konstruktionen, Kategorien und Typenbildungen basieren auf den Konstruktionen des alltäglichen Erkennens und Handelns. Ihr rekonstruktives Verhältnis zum Forschungsgegenstand ist charakteristisch (Przyborski/ Wohlrab-Sahr, 2009: 27).

Im Anschluss an einer, auf der Methodenebene geführten Diskussion über das weitere Vorgehen begründen wir, warum für den Prozess der Datenerhebung die Entscheidung zu Gunsten des Gruppendiskussionsverfahrens ausfiel und stellen das angewandte Untersuchungsverfahren vor (Kap.3.2.).²⁷

Insbesondere unter Einhaltung darzulegender forschungsethischer Anforderungen erklären wir im nächsten vorbereitenden Schritt, unter welchen Voraussetzungen, auf welche Weise und mit Hilfe welcher merkmalsgebundenen Kriterien Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten.²⁸ Theoretische und methodische Aspekte der Rekonstruktion moralischer Orientierungen und ihrer operativen Prozeduren werden wir beleuchten und das Entwickeln eines Diskussionsleitfadens, den eröffnenden Einsatz einer Vignette mit einem realtypischen Szenario sowie das Durchführen eines Pretest begründen. Der Verlauf der Datenerhebung ist über die Transkription sämtlicher Diskussionsbeiträge nachvollziehbar und wird mit einer Beschreibung der Diskussionsrunden offengelegt.

Vor dem Hintergrund des Untersuchungsziels entfalten wir die systematische Analyse der erhobenen Daten in aufeinander aufbauenden Auswertungsschritten (Kap.3.3).²⁹ Mit der ersten Phase wird zu demonstrieren sein, wie sämtliche inhaltstragende Bestandteile aus dem

²⁷ Das besondere Kennzeichen der Datenerhebung unter Verwendung kommunikativer Gruppeninteraktionen im Sinne eines diskursiven Austauschs von Ansichten und Argumenten ist, dass die Gruppendiskussionen Orte der Artikulation und Repräsentation sowohl eines konjunktiven Erfahrungsraums der beruflichen Gruppe, als auch der im Rahmen der inhaltlichen Auseinandersetzung konturzeichnenden individuellen Orientierungen sind (Mangold, 1961: 49 ; Lamnek, 2005: 39 ; Bohnsack, 2008: 378 , Przyborski/ Wohlrab-Sahr, 2009: 282).

²⁸ Wir beschreiben, wie wir eine Stichprobe von examinieren Pflegenden bildeten, die täglich auf einer Intensivstation mit schwerkranken Menschen arbeiten und erfahren sind in der Pflege komatöser Patienten. Mit Anfrage an die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. war es möglich, über mehrere Bundesländer hinweg das Spektrum beruflicher Intensivpflege unterschiedlicher Träger, Rechts- und Organisationsformen deutscher Intensivstationen im Rahmen von 6 Gruppendiskussionen mit 75 Teilnehmern abzubilden und inhaltlich nachzuvollziehen.

²⁹ Mit Rückgriff auf die über sechzigjährige Entwicklungsgeschichte der Analyse von Gruppendiskussionen entwickeln wir ein zweiphasiges Ablaufmodell auf der Grundlage der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und des typisierenden Strukturierungsverfahrens nach *Mayring*, das, wie er fordert, auf den konkreten Untersuchungsfall anzupassen war (Mayring, 2008b: 53).

Datenmaterial aufzunehmen und schrittweise bis auf den Corpus des Forschungsgegenstandes zu konzentrieren waren. Unter konsequentem Anlegen der Gütekriterien an die vollzogenen Prozessschritte der Auswertung ist es uns möglich, sieben Kernaussagen zum immanenten Inhalt der Suche nach dem Behandlungswillen darzulegen.³⁰ Die Repräsentationen intensivpflegerischen Handelns belegen, dass die im engen Kontakt mit den Patienten, Ärzten und Angehörigen stattfindenden Interaktionen sich nicht auf die krankheitsbezogene Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Menschen beschränken, sondern darin Antworten auf die Frage wie selbstbestimmt der Behandlungswille ist, gesucht werden. Die Suche nach dem je individuellen Willen wird vom Zweifel an der Kenntnis begleitet. Doch gerade im Bezug auf den Zweifel lassen die Aussagen unterschiedliche Handlungsorientierungen erkennen. Wir machen deutlich, dass subjektive Konstruktionen und Urteile auf klinisch-alltagspraktischer Ebene gebildet werden. Der subjekt- und situationsgebundene Aspekt des konstitutiven Erkenntnisprozesses ist jedoch unterschiedlich ausgeprägt und zeichnet sich keineswegs einheitlich ab.

An diesem Punkt setzt die zweite Analysephase mit einer typisierenden Strukturierung an. Auf der breiten Basis des erhobenen Datenmaterials werden Typisierungsdimensionen identifiziert und die jeweils markanten Ausprägungen, ihre spezifischen Merkmale sowie Kontraste in stringenten Materialdurchgängen stufenweise bis zur Charakterisierung von drei so generierten Typen: „Buchhalter“, „Techniker“ und „Kritiker“ geführt.³¹ Auf der Typus-Ebene wird sichtbar, wie sich der innere Widerstand gegen Fehleinschätzungen, die pflegerische Vermittlung von Wahrnehmungen und die Modellierung eines Situationsverständnisses, als Dimensionen des Beschreitens der Wege zur Erkenntnis äußern und welche Mechanismen ihnen zugrunde liegen. Für die Pflegenden vom Typus

³⁰ Aufgrund der Datendichte wollen wir an dieser Stelle nur einen Umriss der Befunde geben und auf ihre ausführliche Erörterung im Laufe der angestellten Untersuchung verweisen.

³¹ In deskriptiver Absicht wird mit dezidiertem Darstellung der jeweiligen Prototypen ihre innere Homogenität aufgedeckt. Darüber hinaus ist mit Charakterisierung der unterschiedlichen Typen die Heterogenität in der Konturierung intensivpflegerischer Handlungslinien zu beschreiben.