

Dieses Bild verdeutlicht symbolisch, wie ein Patient zwischen den vielen Apparaten „verschwindet“.

Von den Herausforderungen in einem spezifischen Feld

Vom Leben und Überleben auf einer Intensivstation

Axel Enke wirft einen kulturanthropologischen Blick auf das Thema „Intensivstation“.

Seit 20 Jahren gestalte ich für Intensivfachpflegekräfte eine Lernumgebung in Form von Kinaesthetics-Grund- und Aufbau-Kursen. Immer wieder begegnen mir und anderen KollegInnen dabei spezifische Phänomene. Dies führte zu der Idee, diese Beobachtungen in Form eines Artikels zu systematisieren und aus einer kulturanthropologischen Perspektive zu beleuchten.

Sicht von außen. Die anthropologische Herangehensweise beschreibt zunächst einmal nur die beobachtbaren Phänomene und Interaktionen beteiligter Personen. Erst im weiteren Verlauf wer-

den Hypothesen sowie Bewertungen zu möglichen Auswirkungen angestellt. Diese Vorgehensweise wähle ich hier. Stellen Sie sich nun vor, Sie wären ForscherIn für fremde Völker und würden gleichsam von außen das Treiben auf einer Intensivstation beobachten. Was würde Ihnen auffallen?

Dominanz der Technik. In der Regel liegen kranke Menschen in mehr oder weniger großen „Boxen“ (= Zimmer), die häufig verglast sind. Dadurch entsteht eine lichtdurchflutete Kunst-

>>

„Wenn es ums Überleben geht, wird der einzelne Patient als Mensch unwichtig. Vielmehr geht es um die Funktionalität seiner Organe.“

»» lichtatmosphäre, die rund um die Uhr Helligkeit verbreitet. Sodann sticht das Vorhandensein vieler unterschiedlicher technischer Geräte und Apparate (s. Bilder) ins Auge. Diese Geräte sind teilweise so zahlreich um die PatientInnen herum angeordnet, dass diese kaum zu sehen sind und der Zugang zu ihnen eingeschränkt ist. Pflegendе beklagen sehr oft den Platzmangel, der sie in ihrer eigenen Bewegung stark behindert.

Transparenter Patient. Da gibt es Apparate, die die PatientInnen überwachen und ihre inneren Parameter der Vitalfunktionen anzeigen. Diese Geräte lassen den Menschen transparent erscheinen. Um zu „wissen“, was in ihm vorgeht, reicht es inzwischen völlig aus, die jeweiligen Anzeigen abzulesen und die Werte entsprechend zu dokumentieren. Eine andere Art von Maschinen verabreicht Medikamente und Infusionen, wobei sich die Dosierung sehr genau einstellen lässt. Dann gibt es viele weitere, teils sehr große Maschinen, die das Blut reinigen, ersatzweise für das Herz pumpen, die Leberfunktion ersetzen, etc. Diese technischen Geräte müssen alle überwacht und betreut werden. Manchmal entsteht für BeobachterInnen der Eindruck, dass das Personal die Geräte mehr überwacht als die PatientInnen. Erkennbar

Die Sprachlosigkeit der betroffenen Menschen verstärkt Depersonalisierungstendenzen.

ist, dass dieser Transparenz eine deutliche gelebte Distanz zwischen den InteraktionspartnerInnen PatientIn–Personal gegenübersteht.

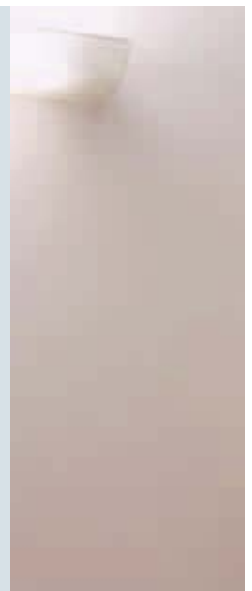
Kommunikationsbarrieren. Diese Distanz drückt sich etwa darin aus, dass das Personal über die PatientInnen hinweg spricht, da diese aus verschiedenen Gründen (Tubus, Verwirrtheit, Sedierung, Erkrankungen) oft nicht oder nur eingeschränkt kommunizieren können. Es erfolgt also auf sprachlicher Ebene keine Fehlerkorrektur wie im normalen Alltag. Weiterhin führt die deutliche Zunahme von multiresistenten Keimen dazu, dass das Personal zusätzliche Schutzkleidung anziehen muss (s. lebensqualität Nr. 3/2011, S. 4–9: „Was hat Essen mit Lebensqualität zu tun?“), was die Interaktion zusätzlich erschwert. Manche PatientInnen müssen den Eindruck gewinnen, sich entweder auf einer Faschingsparty oder in einem „biologischen Hochsicherheitstrakt“ zu befinden. Menschen unterschiedlicher Berufsgruppen gehen ein und aus, wobei die Kleiderfarbe ein Markenzeichen (kulturspezifische Norm) zu sein scheint. Hier unterscheidet sich das Personal deutlich von dem Personal anderer Abteilungen. Kleidung wird hier zum Kulturmerkmal und schafft Identität („Wir“). Das rege Treiben führt zusammen mit den vielen Geräten zu einer nicht unerheblichen Geräuschkulisse: Ständig piepsen Monitore, Perfusoren und andere Geräte; woanders zischt und gluckert es und manchmal ertönt ein schriller Alarm.

Listen, Tabellen, Karteiblätter. Die Haupttätigkeit des Personals, so stellt der Beobachter fest, ist schreiben. Dauernd werden irgendwel-



Was heißt „Kultur“?

Kultur wird bei Wikipedia definiert als „im weitesten Sinne alles, was der Mensch selbst gestaltend hervorbringt, im Unterschied zu der von ihm nicht geschaffenen und nicht veränderten Natur (von lateinisch cultura „Bearbeitung, Pflege, Ackerbau“, von colere „wohnen, pflegen, verehren, den Acker bestellen“)“.



im gespräch

„Wir sind präziser als die Maschinen!“

Im Gespräch mit Maren Asmussen erläutert Heike Wieser-Götsche, wie sie den PatientInnen Anleitungen zur Selbsterfahrung und somit zur Genesung gibt.

Maren Asmussen: *Wie war dein Werdegang?*

Heike Wieser-Götsche: Ich bin Intensiv-Krankenschwester, Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3 und habe bis vor kurzem auf der anästhesiologischen Intensivstation der Asklepiosklinik Altona gearbeitet.

Asmussen: *Was bedeutet der Begriff „anästhesiologische Intensivstation“?*

Wieser-Götsche: Auf einer anästhesiologischen Intensivstation werden intensivpflichtige PatientInnen betreut, die chirurgisch versorgt werden. In Altona sind es folgende Fachbereiche: Gynäkologie, Urologie, Thorax-, Gefäß-, Unfall-, Wiederherstellungs- und Neurochirurgie.

Asmussen: *Worin besteht das Spezifische dieser pflegerischen Arbeit?*

Wieser-Götsche: Neben der schulmedizinischen Versorgung habe ich folgenden Blickpunkt. Große Operationen, Unfälle und die Wirkung der Medikamente führen dazu, dass die PatientInnen ihre körperliche Orientierung verlieren. Verstärkt wird dies noch dadurch, dass sie sich wenig bewegen und sie eventuell auf Weichlagerungsmatratzen gebettet sind.

Asmussen: *Bitte um ein konkretes Beispiel!*

Wieser-Götsche: Mir ist es wichtig, dass die PatientInnen sich nach ihren Möglichkeiten selbstbestimmt

bewegen und ich sie erst dann unterstütze, wenn sie die Unterstützung brauchen. In der Regel sind wir Pflegekräfte viel zu schnell und unkonkret mit unseren Unterstützungsangeboten. Dies hilft dem Patienten oft nicht oder behindert ihn sogar in seinen Bewegungsabläufen.

Wir alle kennen es, wenn wir mehrere Tage mit z. B. mit einem grippalen Infekt im Bett lagen, brauchen wir einige Zeit, um wieder belastbar zu werden. Dies erreichen wir nicht dadurch, dass wir uns weiter schonen, sondern wieder belasten. Anfangs brauchen wir noch unsere Pausen, jedoch wir trainieren und erholen uns relativ schnell.

Bei einem Intensivpatienten ist es in seinem Genesungsprozess genauso, jedoch in kleineren Schritten, und wir, das Pflegepersonal, können durch unsere angepassten Unterstützungsangebote hilfreiche BegleiterInnen sein.

Asmussen: *Warum sind diese Angebote so wichtig?*

Wieser-Götsche: Die PatientInnen brauchen neben der medikamentösen und der gerätemedizinischen Versorgung auch die Begleitung, um sich wieder selbstbestimmt und kontrolliert zu bewegen. Wenn sie längere Zeit sediert waren und/oder durch ihre Erkrankung die körperliche Orientierung verlieren, sind sie oft nicht in der Lage, sich z. B. selbst die Zähne zu putzen. Es fehlt ihnen die Kraft und eventuell auch die Fähigkeit, weil sie sich lange kaum zielorientiert bewegt haben. Dies müssen sie dann wieder neu lernen. Dabei ist es hilfreich, wenn die Pflegekraft die Aktivität mit dem Patienten zusammen ausführt und sich den Bewegungen des Patienten anpassen kann. Ich sage immer, der Patient ist Chef der Bewegung und ich passe mich an. Ich fordere den Patienten auf, mit der Bewegung zu beginnen und ich spüre, wenn er seine Muskeln anspannt und helfe erst dann, wenn er die Bewegung nicht allein ausführen kann.

Als Pflegekraft bin ich nur hilfreich, wenn ich diese Kompetenz der Anpassung habe. Der Patient kann dann seine Bewegungen ausführen und wieder erlernen. Er trainiert seine Bewegungsabläufe und erfährt sich in seinem Körper. Diese selbstbestimmten Bewegungen fördern den Genesungsprozess sehr und die

>>



>>

„Kinaesthetics ist das Bindeglied zwischen den rigorosen Notwendigkeiten der Intensiv-Medizin und den schwer kranken und geschwächten Menschen.“



» PatientInnen übernehmen einen großen Anteil daran. Selbst kleine Bewegungen und Veränderung der Muskelspannung haben einen Einfluss. Anfangs können die PatientInnen vielleicht nur den Beginn der Bewegung ausführen und brauchen fast während der ganzen Aktivität unsere Unterstützung. Und oft habe ich erlebt, dass sie am nächsten Tag schon viel an Bewegungskompetenz dazugelernt haben.

Asmussen: *Heißt das, die Intensivpflege richtet ihren Fokus darauf, dass sich die PatientInnen wieder selbst spüren können?*

Wieser-Götsche: Ja, ich kann die Aktivitäten so unterstützen und begleiten, dass der Patient gute Bedingungen für die eigene Genesung vorfindet.

Asmussen: *Was meinst du mit „guten Bedingungen“?*

Wieser-Götsche: Wichtig ist es, dass ich bei jedem Dienstbeginn mir ein aktuelles Bild von dem Zustand des Patienten mache. Dazu gehört die Übergabe am Bett und während des ersten Kontaktes kann ich schon Unterschiede zu dem Vortag bemerken. Dann formuliere ich für mich ein angepasstes Ziel, welches ich in meinem Dienst erreichen möchte. Bei unseren PatientInnen ist es wichtig, weil sich ihr Zustand und somit ihre Situation schnell verändern kann. Diese Informationen helfen mir bei der Zielformulierung. Nehmen wir einmal das Beispiel, dass sich ein Patient nach längerer schwerer Krankheit erholt und er von dem Beatmungsgerät entwöhnt werden soll. Dann habe ich meinen Blickpunkt auf seiner Atmung.

- » Wie ist seine Umgebung gestaltet?
- » Kann er in seiner Position gut atmen?
- » Welche Bewegungskompetenz hat er, um gut zu atmen?

Dadurch wird mein weiteres Handeln bestimmt. Wichtig ist es, dass der Patient die Aktivität, die im Vordergrund steht, gut gestalten kann. Um gut zu atmen, muss er eine Position haben, in der er nicht mit dem Tragen seines Gewichtes beschäftigt ist. Das heißt zum einen, dass er einen stabilen Untergrund hat und zum anderen, dass er sein Körpergewicht an den Untergrund abgeben kann. Falls er noch auf einer Wechseldruckmatratze liegt, bette ich ihn um, sodass er auf einer normalen Matratze liegt. Dadurch nimmt er seinen Körper besser wahr und fängt in der Regel schon an, kleine Anpassungsbewegungen zu machen. Dann liegt mein Blickpunkt auf seiner Position. Gemeinsam gestalten wir sie, bis er gut sein Körpergewicht abgeben kann und er seine Aufmerksamkeit auf die Atmung lenken kann.

Um es zu verdeutlichen, möchte ich Sie zu einer kleinen Eigenerfahrung einladen. Wir sitzen auf einem Stuhl und trinken etwas. Wir haben dabei unsere Position so gestaltet, dass wir gut trinken können, und nun verändern wir sie, indem Sie die Füße anheben und noch einen Schluck nehmen. Dieser kleine Unterschied in der Position hat für Sie eine erfahrbare Wirkung auf Ihre Kompetenz zu trinken.

Asmussen: Was kannst du dazu beitragen, dass der Patient wieder atmen lernt?

Wieser-Götsche: Zuerst ist es eine Sache der Position: Wenn ein Mensch viel Anstrengung braucht, um die Position zu organisieren, dann ist seine Atmung beeinträchtigt. Sind die PatientInnen noch weich gelagert, muss man ihnen helfen, dass sie trotzdem einen stabilen Untergrund erfahren können. Dann brauchen sie so bald wie möglich eine festere Matratze. Damit geht man manchmal das Risiko einer Dekubitusgefährdung ein - das muss penibel beobachtet werden. Sobald diese PatientInnen den Druck ihres eigenen Gewichtes auf der Matratze spüren, beginnen sie mit minimalen Gewichtsverlagerungen innerhalb ihres Körpers.

Asmussen: Kann man das von außen beobachten?

Wieser-Götsche: Ja, häufig gewinnen sie an Kompetenz dazu. Sie wirken wacher und sind orientierter. Neurochirurgische Patienten, die vorher sehr unruhig waren, werden motorisch ruhiger.

Asmussen: Eine große Wirkung!

Wieser-Götsche: Ja - aber parallel zum Matratzenwechsel versuche ich natürlich jede Unterstützung so zu gestalten, dass sie sich selbst sehr differenziert erfahren können; ich lasse sie nicht einfach auf dieser harten Matratze liegen. Wenn ich ihnen helfe, sich zur Seite zu drehen, gebe ich Impulse, dass sie zum Beispiel selbst mit dem Bein drücken können.

Asmussen: Welche konkreten Unterstützungen gibst du zum Erlernen der alltäglichen Aktivitäten?

Wieser-Götsche: Ich versuche ihnen Bewegungsanleitungen so zu geben, als würden sie es selber tun. Da muss man sehr vorsichtig mit kleinen Bewegungen beginnen, denn die PatientInnen spüren seit langem wieder ihren Körper. Ich versuche, wirklich Haltungsbewegung anzuleiten. Dann fange ich an, mit ihnen zusammen ganz langsam die Finger zu bewegen, den Unterarm zu drehen. Ich mache das nicht für sie, sondern mit ihnen zusammen. Als nächsten Schritt lege ich bei der Grundpflege den Waschlappen so in die Hand, dass sie aktiv mittun können. Zuerst führe ich die Bewegung über ihren Körper, sodass sie sich praktisch selber waschen. Die Bewegung des Armes geht dann vom Gesicht über den Oberkörper. Dazu brauche ich natürlich etwas Zeit. Aber alleine dadurch, dass sie die Gelegenheit haben, ihren Arm alleine aktiv zu bewegen, zeigt sich eine Wirkung. Man sieht das auch an der Atmung. Durch die aktive Bewegung des Armes verändert sich die Spannung im Brustkorb. Ich behaupte: Waschen ist ein kleines Atemtraining.

Asmussen: Kannst du die Wirkung auf dem Monitor messen?

Wieser-Götsche: Man kann die Wirkung erkennen, weil man ziemlich schnell die unterstützende Atmung durch die Maschine verringern kann. Da gibt es mit dem heutigen Monitoring viele Parameter, die das aufzeigen. Was ich in der Bewegung mit PatientInnen beobachte, zeigt sich etwa auch an der Sauerstoffsättigung.

Asmussen: Um den Bedarf der jeweiligen PatientInnen einzuschätzen, ist wohl exakte Beobachtungsgabe notwendig?

Wieser-Götsche: Ja, sie ist das „A und O“. Wir sind in der Gesamtwahrnehmung präziser als die Maschinen. Das macht gute Pflege aus.

Asmussen: Was ist das Außergewöhnliche an den Beobachtungswerten von Pflegenden?

Wieser-Götsche: Ich habe den ganzen Menschen im Blickfeld. Ich sehe, ob er tief Luft holen kann, ob er ausreichend Luft kriegt, wie sehr er sich dabei anstrengen muss. Dann kann ich sehen, ob er es schafft, während des Atmens noch zusätzlich seinen Arm zu heben. Da gibt es viele Nuancen, die im Zusammenspiel ein Gesamtbild ergeben.

Asmussen: Du hast jetzt von Arm und Brustkorb gesprochen. Welche Bedeutung haben die anderen Körper-Massen?

Wieser-Götsche: Ich finde die Beine sehr wichtig. Wenn immer möglich, unterstütze ich die Fähigkeit, mit den Beinen zu drücken. Ich lege eine Anti-Rutschmatte unter den Fuß und fordere den Patienten auf, gegen die Unterstützungsfläche zu drücken. Dann helfe ich, dass dieses anfänglich leichte Drücken zu einer Gewichtsverlagerung im Becken führt. Sobald das Becken selbst aktiv bewegt werden kann, beeinflusst das auch die Atmung. Aber auch hier gibt es kein Rezept. Man muss genau das tun, was im Moment wichtig ist.

Asmussen: Das klingt nach erfahrener Krankenschwester?

Wieser-Götsche: Ja - ich habe eine langjährige Erfahrung und bin immer noch begeistert von dieser Arbeit. Kinaesthetics hat mir geholfen, diese intensive Pflege noch interessanter zu gestalten. Ich arbeite jetzt seit 14 Jahren auf der Intensivstation, vorher war ich auf der Anästhesie. Als ich vor 14 Jahren die Stelle auf der Intensivstation antrat, habe ich einen Kinaesthetics-Grundkurs und anschließend den Aufbaukurs absolviert. Das Thema hat mich gepackt. Ich habe schließlich die Kinaesthetics-Ausbildung gemacht - und arbeite jetzt sowohl in der Praxis als auch als Trainerin.

Asmussen: Inwiefern hilft dir Kinaesthetics, deinen Beruf noch interessanter zu gestalten?

Wieser-Götsche: Ich finde, das Wissen und Können, das ich mit Kinaesthetics erschließen kann, ist das Bindeglied zwischen der geregelten Medizin und diesen Menschen, die ganz geschwächt und krank im Bett liegen. Wenn man dann mit Kinaesthetics ergänzend, verknüpfend arbeitet, kann man den ganzen Menschen unterstützen. Die Geräte sind wichtig, die Medikamente sind wichtig. Es ist aber ebenso wichtig, den Menschen in diesem Zustand ganzheitlich zu verstehen. Dann kann ich ihm helfen, selbst aktiv am Genesungsprozess teilzunehmen. Ich kann ihn unterstützen, seine grundlegenden Funktionen und seine Selbstwahrnehmung wiederzuentdecken.



Heike Wieser-Götsche ist von Beruf Intensiv-Krankenschwester und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3. Sie arbeitete bis vom kurzem auf der anästhesiologischen Intensivstation in Altona.

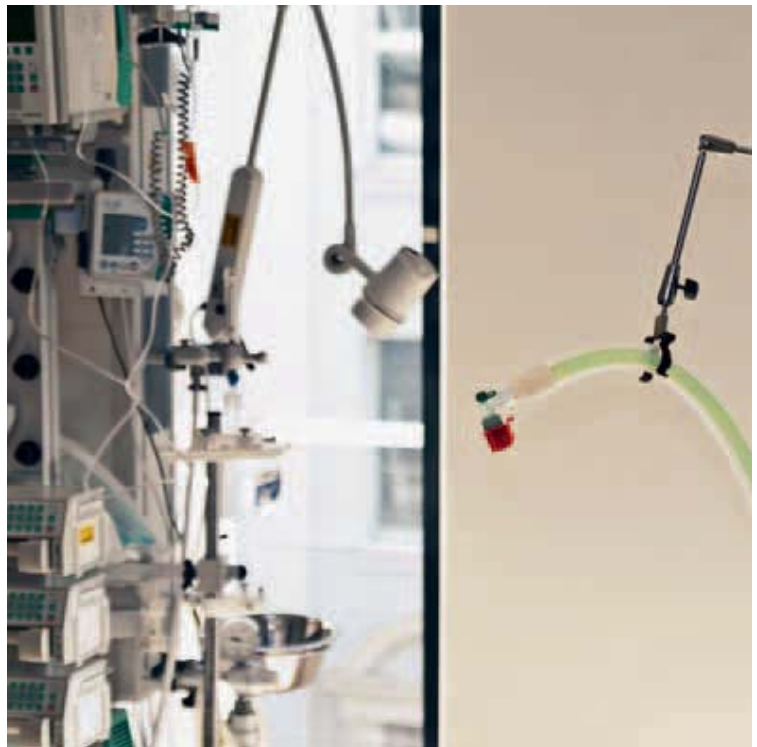
>>

che Werte irgendwo eingetragen, Verlaufsbeobachtungen dokumentiert und Anordnungen fixiert.

Von außen hat man den Eindruck, dass es sich um eine eingeschworene Mannschaft handelt. ÄrztInnen und Pflegenden weisen zumindest äußerlich keine von diesem Treiben markanten Unterschiede (im Gegensatz zu den Normalstationen) auf. Die BesucherInnen sind äußerst beeindruckt und trauen sich kaum, etwas anzufassen. Gleichzeitig sind sie ebenfalls von dem Ambiente fasziniert, beobachten ihrerseits gebannt die Anzeigen und reagieren bei Veränderungen sofort. Da sie mit ihren Angehörigen schwer kommunizieren können, wenden sie sich an die Pflegenden, die dadurch zusätzlich vom Patienten abgehalten werden. Dem Beobachter wird schnell klar: Hier geht es um etwas ganz Besonderes! Hier geht es um „Leben retten“ (Um jeden Preis?) und „Leben erhalten“ (Um jeden Preis?). Dafür wird alles an Equipment aufgefahren, was vorhanden ist. Modernste Technik!

Maschinen ersetzen menschlichen Kontakt. An den PatientInnen fällt dem Forscher auf, dass diese häufig relativ reglos im Bett liegen oder aber fixiert sind. Der direkte Kontakt zu den PatientInnen ist eher spärlich, da die Maschinen dem Personal viele Überwachungsaufgaben abnehmen. So braucht die Pflegenden beispielsweise nicht mehr den Puls zu fühlen oder den Blutdruck zu messen, da Maschinen diesen Vorgang übernehmen. Bewegt sich der Patient zu heftig oder ungeschickt, löst das Alarme aus, die dann vom Personal abgestellt werden müssen. Das Personal reagiert entsprechend oft auf solche Signale und erlebt sich als reaktiv und gestresst. Obgleich der Stellenschlüssel im Vergleich zu einer „Normalstation“ geradezu luxuriös erscheint, wirkt das Personal trotzdem hektisch und hoch konzentriert.

Erschwernis: Größenfaktor. Diese kurze Skizze ließe sich natürlich beliebig erweitern und vertiefen. Die beschriebenen Phänomene sind auch abhängig von der Größe der Stationseinheiten: Eine große Intensivstation mit 30 Betten und über 100 Personen auf dem Stellenplan trägt zu Depersonalisierungstendenzen bei. Die MitarbeiterInnen kennen sich nicht untereinander; ein wichtiger Aspekt, der bei aktuellen Zusammen-



Maschinen nehmen dem Personal viele Überwachungsaufgaben ab. Dadurch reduziert sich der direkte Kontakt zu den PatientInnen drastisch – ein Manko.

legungen und Neubauten von Intensivstationen leider nicht berücksichtigt wird. Anders verhält es sich auf einer kleinen Intensivstation mit beispielsweise fünf Betten.

Sprache als Bewältigungsmittel. Zusammenfassend dominiert eine hohe Funktionalität, die auf „Leben retten“ ausgerichtet ist. Dies formulierte einmal ein Teilnehmer in einem Kinaesthetics-Kurs mit den Worten: „Es geht nur ums Überleben, alles andere interessiert nicht!“ (Nebenbei: Ihn interessierte es auch nicht ...). Gehen wir nun von den Äußerlichkeiten weg und kommen wir zu der Beschreibung von Mustern, also sich wiederholenden beobachtbaren Phänomenen: Da wäre zunächst die Sprache. Sie ist eine spezifische Ausdrucksform von Kultur und ein wesentliches Ordnungssystem für Bewältigungs- und Kommunikationsprozesse. Sprache ist ein symbolisches Werkzeug, das nicht durch einzelne AkteurInnen „erfunden“ wird. Vielmehr verhält sich der Mensch in einem spezifischen kulturellen Kontext immer zur Sprache als etwas Gegebenes. Versteht man Sprache wirklich in seiner kulturellen Bedeutung, dient sie nicht nur als Mittel der Kommunikation, sondern strukturiert grundsätzlich das menschliche Verstehen der Welt. So drückt die Sprache auf einer Intensivstation das innere Erleben, die Prioritäten und die eigenen, vielleicht unreflektierten Annahmen aus. 1887 formulierte bereits Franz Boas sein wichtiges Axiom zum späteren Kulturrelativismus, in dem unsere Ideen und Vorstellungen nur so weit wahr sind, wie unsere Kultur reicht.

Auflösung des Individuums. Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht diesen Ansatz: Wenn bei einer Patientenübergabe über diesen ausschließlich geäußert wird, dass er „stabile Vitalparameter“ habe, seit X Uhr die Hämofiltration laufe und Dopa auf 2,0 erhöht wurde, die Ausscheidung nachgelassen habe und die „Gase“ sich leicht verbessert hätten, nachdem man die Beatmungsparameter in der und der Art umgestellt habe, ist das zunächst einmal eine sehr verständliche Spiegelung der Normen und Rituale dieser Kultur. (Ich empfehle den interessierten LeserInnen, einmal als stille BeobachterInnen dieser Sprache zu lauschen.) Wenn es um das Überleben schlechthin geht, ist der einzelne Patient als Mensch nicht so bedeutsam. Vielmehr geht es um die Funktionalität der Organe und das Überleben als solches. Das Personal versteht sich dabei sehr oft als „TechnikerInnen des Überlebens an der Speerspitze der Medizin“. Alles, was dieser Zielerreichung zunächst nicht dienlich erscheint, wird als unwichtig oder weniger bedeutungsvoll abgelehnt. Ich erinnere mich an eine Situation auf einer neurochirurgischen Intensivstation: Während des

„Die aktuelle Intensiv-Kultur fördert die Depersonalisierung der PatientInnen und verstärkt die ‚Technisierung‘. Ärzte und Pflegende ordnen sich der Technik meist bedingungslos unter.“

Nachtdienstes versorgte ich einen verunglückten Motorradfahrer mit einem schweren Schädelhirntrauma. Dieser musste wegen seines hohen Hirndrucks aufrecht im Bett sitzen. Da es Nacht und das Licht abgeschaltet war, befand sich der Patient im Dunkeln. Rechts und links wurde der junge bedauernswerte Mann „eingerahmt“ von zwei hohen Kaskaden von Perfusoren und Infusomaten, die alle leuchteten und blinkten. Dieses fast mystisch anmutende Bild kommentierte dann ein diensthabender Arzt: „Das ist wahre Intensivmedizin!“ Dass hier ein schwerkranker junger Mann um sein Leben kämpfte, der – sofern er überhaupt überlebt – mindestens schwerbehindert bleiben würde, interessierte in dem Moment niemanden. Ich betone, dass ich das nicht als Vorwurf formuliere – das gilt für alle genannten Beispiele –, sondern solche Verhaltensweisen als Ausdruck dieser Kultur verstehe. Es handelt sich um „Blitzlichter“ der Intensivkultur. Dies alles fördert die Depersonalisierung der PatientInnen und verstärkt die „Technisierung“ dieser Kultur. Technik dominiert, die Menschen ordnen sich hier ein und gleichzeitig unter.



Der Autor:

Axel Enke ist Kinaesthetics-Trainer und Ausbilder. Er arbeitete während seiner Tätigkeit als Krankenpfleger auch fünf Jahre auf Intensivstationen und lernte dort das Innenleben kennen.

Angepasst oder gegen den Strom? Jede Kultur prägt auf spezifische Weise ihre Mitglieder. Die einzelnen Gruppenmitglieder einer solchen „totalen Institution“ haben meines Erachtens nur drei Möglichkeiten: 1. Sie passen sich den spezifischen Denk- und handlungsleitenden Mustern (Sprache und andere Verhaltensweisen) an und reduzieren dadurch die Differenz zwischen „Ich“ und „Wir“. Das erleichtert den Alltag und reduziert Konflikte. 2. „Ich bin (teilweise) anders.“ Diese Position wird meist von einer Gruppe nicht begrüßt. In der Folge entstehen im Alltag Reibungen und Konflikte bis hin zu primitiven Abwertungsversuchen („Das ist doch doof!“, „Mach dich nicht lächerlich!“ oder „Da kommt unsere Streichschwester!“). Hier stellt sich mittelfristig die entscheidende Frage, wie das Gruppenmitglied dies aushält! 3. Die Möglichkeit der „kleinen Schritte“. Man passt sich einerseits der spezifischen Kultur (begrenzt) an, bleibt aber anschlussfähig und versucht in mehr oder weniger kleinen Schritten, die eigene Überzeugung einzubringen. Läuft dieser Prozess gut, kann es



erfahrungsbericht

„... und sie bewegt sich doch!“

Intensivpflege heißt, in schwierigen Situationen kreative Lösungen zu suchen. Kathrin Wandschneider erzählt ein Beispiel.

Die Patientin sitzt im Bett, so, als würde sie auf einem Stuhl sitzen. Das Bett ist so gebaut, dass eine Sesselfunktion möglich ist. Es ist extra breit und stabil für schwergewichtige Menschen. Dadurch wird die Mobilisation enorm erleichtert.

Sie schaut freundlich, lächelt und spricht mit ihrem Mann beim Kaffeetrinken. Das ist ihr trotz der Trachealkanüle mit Hilfe eines Sprechaufsatzes möglich. Nach einer langen Beatmungszeit musste sie dafür zunächst schrittweise lernen, selbständig zu atmen und sicher zu schlucken. In dieser Zeit völliger Abhängigkeit von Menschen und Maschinen hatte sie sich mit ihren Augen und Lippenbewegungen verständigt. Nicht einmal „mit Händen und Füßen“ konnte sie sich verständigen, weil sie diese nicht bewegen konnte. In diesem Zustand hatte ich sie fünf Tage zuvor kennengelernt.

Anstrengend. Ich trete den ersten von fünf Spätdienst an und bekomme diese Patientin zugeteilt - mit den Worten: „Du bist die Richtige für diese Patientin, weil du Kinaesthetics kannst. Die Patientin ist total schwer und kann sich überhaupt nicht bewegen. Wir müssen sie mit mindestens drei Leuten betten. Es ist ziemlich anstrengend“.

Kennenlernen. Die 55-jährige Patientin ist extrem übergewichtig, hat eine rheumatische Gelenkentzündung und einen sehr niedrigen Muskeltonus. Sie liegt seit 14 Tagen aufgrund einer schweren Sepsis auf der Intensivstation. Die lebensbedrohliche Krise scheint überstanden. Sie wird über eine Trachealkanüle in einem Unterstützungsmodus beatmet - die Patientin steuert ihre Atmung selbst, das Beatmungsgerät passt sich an.

Sie hat in Ruhe und Rückenlage eine erhöhte Herzfrequenz und ist grenzwertig hypertont.

Ihre Extremitäten sind ödematös, die Haut ist prall und teilweise - infolge des Ödems - geplatzt. Die Patientin hat die Seitenlage bisher nicht toleriert, sie wurde dann luftnötig und der Blutdruck stieg immens. Damit reduzierten sich auch die Möglichkeiten zur Dekubitusprophylaxe.



Sie kann sich nicht bewegen. Es stimmt, dass keine Bewegungen bei dieser Patientin auf den ersten Blick sichtbar sind. Es stimmt, wenn man die Bewegung der Augen, der Lippen und das Heben und Senken des Brustkorbs nicht der Kategorie Bewegung zuordnet. Und es stimmt auch, weil die Umgebung ihre Bewegung behindert.

Fähigkeiten suchen. Mit der Begrüßung beginne ich, Informationen über die Patientin zu sammeln. Ich stelle mich vor, dabei nehme ich ihre Hand in meine, um eine eventuelle Reaktion zu spüren. Sie kann ihren Kopf nur mit Anstrengung schütteln, da das Kopfkissen ihn in Richtung Brustkorb drückt und dadurch die Beweglichkeit des Halses blockiert. Ich wechsele das Kissen unmittelbar gegen eine flachere Variante. Jetzt kann sie ihren Kopf in alle Richtungen frei bewegen, noch fehlt aber die Kraft, ihn anzuheben. Beide Brüste

Es ist ein langer Weg, wenn Menschen auf der Intensivstation ihre Fähigkeiten wiedererlernen müssen.



» dazu führen, dass andere Gruppenmitglieder neugierig werden und beginnen, sich ebenfalls für eine andere Weltsicht (hier Kulturerweiterung) zu interessieren und so eine „Subkultur“ innerhalb des Teams zu bilden. Das ist mir bereits häufig begegnet und kann so weit führen, dass die Subkultur die führende Leitkultur wird oder diese zumindest stark beeinflusst. Das ist aber ein mehrjähriger Prozess und hängt wesentlich von der Führung ab.

Selbstwert abhängig vom Arztlob. Da Pflegende in dieser Kultur häufig ihren Wert nach der „Nähe zum Arzt/arztnaher Tätigkeit“ ableiten, machen sie sich gleichsam abhängig von deren Normen und Annahmen, deren Lob und Tadel. Tatsächlich haben Pflegende und ÄrztInnen aber unterschiedliche Aufgaben und sollten daher in diesem kulturellen Kontext auch unterschiedliche Präferenzen setzen und vertreten.

Das möchte ich am Beispiel von Bewegung verdeutlichen. Die Gestaltung von Aktivitäten wird häufig in diesem Feld als „wenig bedeutsam“ erachtet. Es gibt zwar „Lagerungspläne und Lagerungswechsel“, die aber häufig nur mit der Verbesserung der Lungenfunktion in Verbindung gebracht werden. Ein von TeilnehmerInnen ebenfalls häufig (!) beschriebenes Problem sind die standardisierten Mobilisationsanordnungen der ÄrztInnen. Da müssen die PatientInnen ab einem festgelegten Zeitpunkt aus dem Bett „geholt“ werden, wobei das Wort „holen“ hier eine sprachliche Verniedlichung dessen darstellt, was oft wirklich passiert. Wohlgermerkt: Ich bin keinesfalls dagegen, schwerkranke Menschen in Bewegung zu bringen, aber auf das „Wie“ kommt es an! Während einer Praxisbegleitung auf einer kardiochirurgischen Intensivstation hat eine Kursteilnehmerin eine Patientin qualitativ hochwertig auf höchst professionelle Art und Weise beim Ortswechsel in den Sessel unterstützt. Der zufällig anwesende Chefarzt kommentierte dies abschätzig. Mich irritierte das weniger, da ich diese Verhaltensweisen als kulturspezifisches Merkmal kenne. Was mich mehr betroffen gemacht hat, war die Tatsache, dass das Selbstvertrauen der

Pflegenden in den Keller sackte und sie an Wert und Qualität ihrer Handlung zweifelte. Mir wurde in diesem Moment klar, wie wenig sie selbst an die Bedeutung ihres Tuns glaubte. Wäre sie hinreichend überzeugt gewesen, hätte sie entsprechend reagieren können.

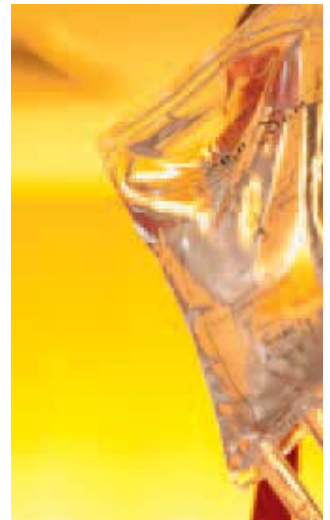
Bereits Tucholsky merkte an: „Nichts ist schwerer und nichts erfordert mehr Charakter, als sich im offenen Gegensatz zu seiner Zeit zu befinden und laut zu sagen NEIN!“

„Das Personal der Intensivstation versteht sich als Techniker des Überlebens an der Speerspitze der Medizin.“

Bewegte PatientInnen. So wirkt die vorherrschende Kultur über ihre offenen und versteckten Normen auf die AkteurInnen und erzeugt Irritationen bei Themen, die in dieser Kultur nicht vorkommen: Es wird nur akzeptiert, was in dieser Kultur wichtig ist. Andere, ebenfalls bedeutsame Aspekte (zum Beispiel Bewegung) werden nicht ausreichend gewürdigt. Dabei liegen genügend Belege dafür vor, die die Wichtigkeit von Bewegung auch für IntensivpatientInnen thematisieren. Darauf kann hier nicht näher eingegangen werden; ein Hinweis auf frühere Untersuchungen von Prof. Hollmann (Sportuniversität Köln) mag hier ausreichen.

Diese hier nur grob skizzierten Phänomene erklären so manche Irritation bei TeilnehmerInnen, die sich von der „harten Realität einer Intensivstation“ herkommend in einen Kinaesthetics-Lernprozess einlassen. Manche TeilnehmerInnen wehren diese Irritation vehement ab. Vielleicht spüren sie unbewusst die damit verbundene Verunsicherung ihrer Annahmen und Glaubenssätze. Dann erscheint es einfacher, sich dem Inhalt zu verwehren, um das eigene Verhalten nicht reflektieren zu müssen.

Neues erforschen und anwenden. Andere TeilnehmerInnen lassen sich irritieren, werden zu ForscherInnen und entdecken neue Möglichkeiten. Wie erfolgreich dieses „Ausprobieren“ sein kann, lesen Sie in Kathrin Wandschneiders Erfahrungsbericht „... und sie bewegt sich doch!“. Die Intensiv-Pflegefachfrau beschreibt hier eindrücklich, wie sie ihren Blick bei einer vermeintlich „schwierigen“ Patientin konkret auf die Bewegung richtet. Im Interview mit Heike Wieser-Götsche wird sichtbar, dass die menschliche Komponente in der technischen Welt einer Intensivstation unbedingt notwendig ist. Diese erweiterten Perspektiven machen für PatientInnen einen relevanten Unterschied zu den bisher gemachten Erfahrungen und ergänzt wunderbar das Ziel der Intensivmedizin „Leben retten und erhalten“. Denn: Was wäre Leben ohne Bewegung?



Die Autorin:

Kathrin Wandschneider arbeitet als Krankenschwester und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 2 auf der Intensivstation der Universitätsmedizin Rostock.

>>

ziehen schwer am Brustkorb. Ich plane, ihr beim nächsten Betten aus Ermangelung eines Büstenhalters einen elastischen Stützverband im Brustbereich anzuziehen. Die Patientin belohnte mich danach mit einem tiefen Seufzer.

Auf meiner Suche nach Fähigkeiten zeigt sich die Patientin sehr kooperativ und folgt weiterhin aufgeschlossenen meinen Aufforderungen, alle ihre Körperteile zu bewegen. Sie kann ihre Extremitäten zwar nicht anheben, bewegt aber aktiv ihre Finger und Zehen. Kaum spürbar, kann sie mit der rechten Hand greifen. Die Beine können leicht gebeugt und gegenüber meiner Hand als Kontaktfläche Druck aufbauen.

Mit kleinen Schaukelbewegungen bringt die Patientin selbst ihr Becken und ihren Brustkorb in Bewegung. Zu meiner echten Verwunderung bebte jetzt ihr ganzer Körper – kleine Wackel- und Schüttelbewegungen, die den gesamten Körper in Schwingungen versetzten. Die Patientin liegt in einem Hillroom®-Bett auf einer Matratze, die sich temperaturreguliert der Körperkontur anpasst. Wenn die Bettgitter nicht hoch sind, fallen die Arme über den Bettrand.

Am nächsten Tag wechselte ich das Bett gegen ein Schwerlastbett mit Sesselfunktion und vergleichbarer Matratzenqualität. Dieses ist deutlich breiter und bietet mehr Raum, gerade für das Liegen auf der Seite.

Ressourcen. Ihre Fähigkeit, diese kleinen Schaukelbewegungen zu produzieren, beeindruckte mich am meisten. Ich begab mich in die Selbsterfahrung und spielte nach, was ich gesehen hatte. Meine Frage war: Kann ich diese Fähigkeit als Ressource zum Hochbewegen im Bett nutzen? Machen Sie mit! Legen Sie sich auf den Rücken und stellen Sie sich vor, Sie sind ein Schiff und schaukeln auf dem Meer. Sie sind nicht fest verankert, Sie bewegen sich gleichzeitig kopfwärts.

Ich probierte es gemeinsam mit zwei Kolleginnen

aus: Eine von uns legte sich ins Bett, die anderen zwei standen rechts und links auf Beckenhöhe und fassten beckennah die Unterlage. Die liegende Person begann ab Aufforderung nach rechts und links zu schaukeln. Die Unterstücker passten sich dem Rhythmus an und gaben dabei die Bewegungsrichtung vor.

Gehen im Liegen lernen. Ich forderte die Patientin auf, mir diese Schaukelbewegungen noch einmal zu zeigen, und erklärte ihr, für welches Ziel wir diese Fähigkeit nutzen könnten.

Die Patientin fing an zu schaukeln, gleichzeitig setzten wir in einer gemeinsamen Bewegung zu einer kopfwärts gerichteten kleinen Gewichtsverlagerung an. Spontan begann die Patientin, ihre Schultern zu einer „gehenden“ Bewegung mit einzusetzen.

Während dieser gemeinsamen Aktivität hatten sowohl die Patientin als auch wir Pflegenden großen Spaß und wenig Anstrengung. So wurde diese Art und Weise der Fortbewegung für diese Patientin auch in den anderen Schichten übernommen.

Basierend auf dieser Fähigkeit lernte die Patientin im Verlauf, sich nicht nur nach Aufforderung zu bewegen, sondern begann, in der Rückenlage Anpassungsbewegungen zu machen. So drehte sie sich zum Beispiel mit dem Oberkörper Richtung Tür oder hob gelegentlich leicht das Becken. Nach fünf Tagen gemeinsamen Tuns war die Patientin in der Lage, sich gehend kopfwärts zu bewegen, mit nur wenig Unterstützung an den Füßen zum Abdrücken.

Arme einsetzen. Das Hochbewegen im Bett wurde ein Schwerpunkt, denn diese Aktivität und das Betten selbst empfanden alle Beteiligten bisher am belastendsten.

So lernte die Patientin beim Zurückbewegen von der Seitenlage auf den Rücken, den Kopf nach Aufforderung aktiv auf die Brust zu legen. Das verhinderte ein Runterrutschen im Bett während des Bettens und



erleichterte die Gewichtsverlagerung der frei beweglichen Körperseite kopfwärts durch die Pflegenden. Im Verlauf beugte sie ihren Kopf spontan, umgriff das Bettgitter zunächst mit wenig Kraft, um sich nach drei Tagen aktiv auf die Seite oder kopfwärts zu ziehen. Sie konnte die Beine aufgrund der Ödeme zwar kaum beugen, lernte aber schnell, sich gegen eine angebotene Hand kraftvoll abzustößeln.

Sitzen. In der Sitzposition fühlte sich die Patientin besonders wohl. Hier normalisierten sich ihre Atmung und ihr Kreislauf. Die Sitzposition unterstützte die Entwöhnung vom Beatmungsgerät und das Wiedererlernen der selbständigen Nahrungsaufnahme. Die erlernte Fähigkeit zur Gewichtsverlagerung im Brustkorb mit Auswirkung auf das Becken ließ sie in dieser Position länger verweilen.

Trinken lernen. Beim Anreichen des Trinkens begann ich zunächst damit, ihre Hand auf meinen Unterarm zu legen, sodass sie der Bewegung folgen konnte und ich jederzeit Informationen erhielt, wo ihre Grenze war. Die Patientin bestimmte somit Zeit und Menge. Ich zeigte ihr, wie sie die Beweglichkeit der Finger einsetzen konnte und damit lernte, ihren Arm Richtung Mund zu bewegen. Sie stieg mit den Fingern eine imaginäre Treppe auf ihrem Bauch Richtung Kopf hinauf. Dabei half ihr eine feste Unterlage unter dem Oberarm. Sie erreichte das Kinn. Um von hier bis zum Kratzen der Nase zu kommen, dauerte es mit ein bisschen Schummeln (der Kopf beugte sich den Fingern entgegen) zwei Tage.

In einem nächsten Schritt lernte sie, den Becher zu halten und zum Mund zu führen. Ich umfasste die Hand, die den Becher hielt, überließ ihr die Führung und passte mich an. Ein Strohhalm verkürzte den Weg.

Es ist geschafft. Die Fähigkeiten der Patientin bauten sich durch ihren wiederholten Einsatz immer weiter aus, nach sieben Tagen konnte die Patientin selbständig an der Bettkante sitzen und ihr Gewicht ausba-

„Nach fünf Tagen gemeinsamen Tuns war die Patientin in der Lage, sich gehend kopfwärts zu bewegen, mit nur wenig Unterstützung an den Füßen zum Abdrücken.“

lanzieren. Die Patientin verbrachte im Bett längere Phasen in der Sitzposition, ohne runterzurutschen. Sie konnte wieder selbst atmen und hatte lediglich ein Heimgerät für den Notfall oder für Erschöpfungszustände. Die Nahrungsaufnahme bedurfte keiner Unterstützung mehr.

Damit erfüllte die Patientin die Voraussetzungen, um in eine Rehabilitationsklinik verlegt zu werden.

Die Tatsache, dass bei den zu unterstützenden Aktivitäten durch die zunehmende Selbständigkeit der Patientin nur noch eine Pflegekraft ausreichte, war selbstverständlich geworden. Die Erinnerungen an die anfänglichen Strapazen und den Mehraufwand waren nicht mehr der Rede wert. Ich bin mir sicher, dass die gezielte Anwendung von Kinaesthetics bei dieser Patientin während der fünf Tage meiner intensiven Betreuung entscheidend diese Entwicklung positiv beeinflusste. Erst kurz bevor sie in die Rehabilitationsklinik verlegt wurde, erfuhr ich, dass sie schon seit einem Jahr bettlägerig und pflegebedürftig gewesen war. Ich hoffe, dass es ihr ermöglicht wird, die Fortbewegung im Rollstuhl zu erlernen. Die Voraussetzungen dafür waren geschaffen.