Ekel in der Krankenpflege. Orte, Praktiken und Funktionen

Alexandra Hangl

> „Krankenpflege ist ziemlich peinlich und vor allem grauslig, es ist ein permanentes Arbeiten an Körperöffnungen, mit Ausscheidungen und Sekreten, mit Sterbenden, Absterbendem, Totem, mit Verwesung am eigenen Leib“[1]

„Also, ich könnte diese Arbeit nie machen.“ Diesen Satz hören Pflegekräfte häufig, wenn sie mit Außenstehenden über ihre Arbeit sprechen. Vor dem geistigen Auge des Gegenübers summieren sich die Aufgabengebiete von Schwestern und Pflegern[2], ihr permanenter und enger Kontakt mit fremden Körpern, deren Siechtum, die Ausscheidungen und die damit einhergehende Vergegenwärtigung der menschlichen Endlichkeit und des leiblichen Vergehens zu einer vermeintlich unüberwindbaren Belastung, welche die physische und psychische Identität des Individuums zu gefährden droht. So sind viele Menschen froh, dass andere diese ebenso notwendige wie streckenweise unangenehme Arbeit übernehmen.

Pflegepersonen erlernen in ihrer beruflichen Sozialisation Handlungen, Strategien und Mittel, um eine dem Berufsbild der „guten Pflegekraft“ entsprechende „oberflächliche Übereinstimmung“[3] zu erzeugen. Wenn jedoch die eigenen Bedürfnisse hinter diesem abverlangten Bild des Berufsstandes verborgen werden, so zeigen sich hier – an der Schnittstelle von Kultur, Gemeinschaft und Individuum – Spannungen und Dynamiken, die von kulturwissenschaftlichem Interesse sind. Die Kulturwissenschaftlerin und Krankenschwester Gudrun Silberzahn-Jandt hat sich in ihren Arbeiten mit dem Ekel in der Krankenpflege befasst und kritisiert, dass bisherige volkskundlich-kulturwissenschaftliche Arbeiten zum Themenkom-

1 Pernlochner-Kügler, Christine: Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle. Münster 2004, 268.

2 Die Anwendung von Schwester und Pfleger steht hier für die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, welche sich in ihrer Selbstbeschreibung (vgl. auch angewandtes Interviewmaterial in diesem Text) kurz als Schwestern und Pfleger bezeichnen.

3 Diese Formulierung stammt von Goffman, Erving: Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München 1969, 13, zur genaueren Bezugnahme auf Goffman in diesem Text s.u. ausführlich.

plex Ekel und Krankheit „ausgesprochen körperfern, gar aseptisch“ erfolgten.[4] Ihre Beobachtungen zeigen, dass Ekel keine starre Emotion ist, sondern ein veränderliches, immer wieder neu bewertetes soziokulturelles leibliches Phänomen.[5] Ekel ist sowohl Ausdruck der Kultur der Pflegenden, als auch Ausdruck individueller Entscheidungen und Grenzziehungen.

Das Ziel meiner Untersuchung ist es, Handlungsstrategien und Verhaltensmuster aufzuzeigen, welche es dem Pflegepersonal erlauben, auf Ekelreize in ihrem Arbeitsalltag mit der notwendigen Gelassenheit zu reagieren. Hierbei sollen die Rolle des Ekels und des Umgangs damit für die Aufrechterhaltung des Selbstverständnisses als „guter Pfleger“ oder „gute Schwester“ untersucht und verschiedene Funktionalisierungen des Ekels in moralischer, hierarchischer und kommunikativer Hinsicht dargestellt werden.

Empirische Erhebungen auf unterschiedlichen Stationen und Interviews mit Pflegepersonal zeigen, dass ein Bild der ekelresistenten Schwester und des stoischen Pflegers in den Köpfen der Pflegenden existiert und angebotene Strategien zum Umgang mit Ekelgefühlen nur teilweise angenommen werden. Dieser Beitrag beschäftigt sich damit, warum dies so ist und welchen Nutzen der Ekel für die Pflegenden hat – neben seiner im Arbeitsalltag oft unterdrückten natürlichen Schutzfunktion. Die Untersuchung basiert auf empirischem Material, angeleiteten und dokumentierten Selbstbeobachtungen des Personals und qualitativen Interviews. Der Feldzugang war durch meine eigene berufliche Ausbildung als Krankenschwester erleichtert und stützte sich auch auf persönliche Kontakte.

Pfleger und Schwestern sind umgeben von Ekelstimuli, welchen sie sich nur schwer entziehen können und denen sie sich, ihrem beruflichen Ethos folgend, auch nicht entziehen zu dürfen glauben, wie in manchen Interviewpassagen deutlich wird:

> „Ich hatte immer das Gefühl, ich dürfte mir nichts anmerken lassen, weil man dann sagen könnte, du bist nicht geeignet für diesen Beruf.“[6]

> „Es gehört zum Berufsbild, dass man alles macht ohne zu sagen, das kann ich nicht.“[7]

4 Silberzahn-Jandt, Gudrun: Vom Ekel in Krankheits- und Heilungsprozessen. In: Simon, Michael (Hg.): Auf der Suche nach Heil und Heilung. Religiöse Aspekte der medikalen Alltagskultur. Volkskunde in Sachsen. (Heft 10/11). Dresden 2007, 187-196.

5 Vgl. Silberzahn-Jandt, Gudrun: Zur Leiblichkeit eines Gefühls. Ekelerfahrungen in Beziehungen zwischen Krankenpflegepersonal und PatientInnen. In: Katharina Eisch u. Marion Hamm (Hg.): Die Poesie des Feldes. Beiträge zur ethnographischen Kulturanalyse. (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, Bd. 93). Tübingen 2001, 48-59.

6 Interview mit Schwester V., geführt von Alexandra Hangl, Innsbruck, 17.10.2011.

7 Interview mit Pfleger P., geführt von Alexandra Hangl, Innsbruck, 17.10.2011.

> „Und dann schluckt man den letzten Bissen des Frühstücks hinunter und geht auf die Glocke, der Geschmack mischt sich mit dem Geruch des Durchfalls."[8]

Krankenpflege gilt allen Belastungsfaktoren und Ekelmomenten zum Trotz als „einer der anspruchsvollsten, [...] vielseitigsten und faszinierendsten Berufe unserer Zeit"[9], und alljährlich beginnen zahlreiche Menschen die Ausbildung in einer Krankenpflegeschule. Hier lernen die Novizinnen und Novizen mittlerweile auch unter professioneller Anleitung, wie mit Gefühlen wie Ekel und Scham umgegangen werden kann. Dies ist im Rahmen der Ausbildung eine jüngere Tendenz, welche sich seit den neunziger Jahren auch in Fachpublikationen der Pflegewissenschaften zeigt. Dem differenzierten Umgang mit Ekelgefühlen wird in der Ausbildung zunehmend Beachtung geschenkt. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, denn noch bis in die 1970er Jahre befanden die diskursführenden Schwesternverbände in ihren Veröffentlichungen: „Die Schwester darf weder irgendwelche Zeichen von Ekel erkennen lassen, noch jemals in Gegenwart des Kranken eine Bemerkung [...] machen."[10] Zunehmend hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, dass sich Ekelgefühle nicht völlig abtrainieren lassen, ein ständiges Überschreiten persönlicher Ekelgrenzen aggressives Verhalten gegenüber den Patienten/innen schüren kann[11] und zudem die Negierung des Ekelgefühls seitens des Personals mitunter ein Grund für die Entstehung eines „Burnout-Syndroms" ist.[12] Daher kommt dem Begriff und der Praxis des Ekelmanagements eine zunehmend wichtigere Rolle in der Ausbildung zu.[13]

Auszubildende an der Universitätsklinik Innsbruck, wo ich einen Teil meiner Untersuchungen durchführte, lernen in theoretischen Schulungen zum Thema „Scham und Ekel", solch „negative Gefühle" im Team anzusprechen, individuelle Ekelgrenzen auszuloten und diese im Arbeitsalltag zu berücksichtigen.[14] Genaues, kontrolliertes Arbeiten und eine Ekelreduktion durch „gute Pflege und Pflegepla-

8 Feldforschungstagebuch 1 Ekel und Pflege. Innsbruck und Pfaffenhofen, Oktober 2011 bis Dezember 2012. Gedächtnisprotokoll zu einem informellen Gespräch mit Pfleger M., geführt von Alexandra Hangl, 2.3.2012.

9 Vgl. Schäffler, Arne u.a. (Hg.): Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. Stuttgart u.a. 1998, Covertext.

10 Overlander, Gabriele: Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt a.M. 1994, 86. Zit. n. Ringel, Dorothee: Ekel in der Pflege – eine „gewaltige" Emotion. Frankfurt a.M. 2003. (2. Auflage, Orig. 2000), 30.

11 Vgl. Ringel 2003 (wie Anm. 10), 81-82.

12 Vgl. Tanski, Björn: Burnout in der stationären Altenpflege (= Apollon Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft, 6). Bremen 2014, 77.

13 Vgl. Pernlochner-Kügler 2004 (wie Anm. 1), 261-265.

14 Vgl. Pernlochner-Kügler, Christine: Umgang mit Ekel- und Schamgefühlen bei der Arbeit mit Körpern. Unveröffentlichtes Schulungsmanuskript, Innsbruck 2010.

nung“ wird neben verschiedenen Schutzstrategien gelehrt, wie dem Einsatz von Schutzkleidung oder geruchshemmenden Mitteln. Zudem soll ein „technischer Blick“ den Fokus weg vom Ekelauslöser hin zur Pflegetechnik führen und dadurch die Arbeit erleichtern. Neben diesen eher technisch-praktischen Zugängen spielt jedoch insbesondere der bewusste Umgang mit dem eigenen Gefühlserleben eine wichtige Rolle: Die angehenden Pflegekräfte sollen lernen, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu ihnen zu stehen und sie auch im Team zu kommunizieren. In der Folge wird die Entlastung der Pflegenden durch den Einsatz von (schwarzem) Humor, die Aufteilung der Aufgaben im Team oder auch die Wichtigkeit der Beanspruchung von Auszeiten angeleitet.[15] Das Idealbild der Schwester, „der es vor nichts graust“, wird zunehmend abgelöst vom Bild einer Pflegekraft mit eigenen Emotionen und Empfindlichkeiten, die durchaus auch je nach Tagesform variieren können. Eine professionelle und die eigene Gesundheit erhaltende Pflegearbeit gelingt den Pflegenden demnach gerade dann, wenn sie diese eigenen (Ekel-)Gefühle eben nicht leugnen oder unterdrücken, sondern sie im Gegenteil bewusst wahrnehmen, sich und anderen auch eingestehen und situativ sensibel damit umgehen.

Ekel, Ekel, wo bist du?

Pflegende müssen ekelauslösende Situationen in ihren Arbeitsalltag integrieren, um die für den Pflegeprozess notwendige Handlungsfähigkeit zu erhalten. Die eigentlich aufgrund der Schutzfunktion des Ekels erforderlichen Reaktionen wie Flucht vor dem auslösenden Reiz oder die sofortige Beseitigung desselben können während der Pflegehandlungen nur eingeschränkt erfolgen. Dies führt zur Ausbildung unterschiedlicher alternativer Handlungsstrategien, welche es dem Pflegenden erlauben, auf „Kotze, Kot, Schleim etc.“[16] mit einer „professionellen Gelassenheit“[17] zu reagieren. Auch wenn der Ekel im Kontakt mit den Patienten/innen, deren Ausscheidungen und Körpersekreten von außen betrachtet omnipräsent scheint, so reagieren Pflegepersonen in Befragungen dahingehend, dass sie das Thema marginalisieren und das eigene pflegerische Selbst als ziemlich ekelresistent beschreiben. Zugleich zeigt sich aber ein großes Interesse, über Ekel zu sprechen und Situationen anzuführen, „welche so ekelig waren, dass selbst die hartgesottensten Pfleger“[18] starken Ekel empfanden. Auch können beinahe

15 Vgl. Pernlochner-Kügler 2004 (wie Anm. 1), 16-20.
16 Pernlochner-Kügler 2004 (wie Anm. 1), 269.
17 Vgl. ebd., 268-269.
18 Interview mit Pfleger M., geführt von Alexandra Hangl, Telfs, 5.5.2012.

alle Pfleger und Schwestern individuelle Ekelstimuli benennen, welche den Arbeitsalltag wesentlich bestimmen und das beschriebene ekelresistente Selbst in Frage stellen.[19] Zur Veranschaulichung an dieser Stelle eine Bemerkung aus meiner persönlichen Erfahrung: In meiner persönlichen Ekelsozialisierung spielt die Tätigkeit des „Polypenfischens" eine entscheidende Rolle. Auch wenn ich dies bis dato nur fünf Mal durchführen musste, ist diese Arbeit eine jener Grenzsituationen, in der sich all meine Ekelgefühle und spezifischen Erinnerungen spiegeln. Die Tätigkeit zielt darauf ab, bei einer Koloskopie entnommene Gewebeproben, meist abgetrennte kleine Darmpolypen, im Durchfallwasser des Patienten, der Patientin zu ertasten und für eine weitere histologische Untersuchung zu bergen. Eine Arbeit, die meist in den ruhigeren Nachtdienststunden geleistet wurde und sich insbesondere in meine haptisch, taktile Erinnerung als stärkster Ekelauslöser eingebrannt hat. Wenn ich in meinem gegenwärtigen Alltag Dinge von der Konsistenz jener Polypen berühre, sucht mich schlagartig jenes starke Ekelgefühl auf, welches ich bei der Tätigkeit selbst empfunden habe und welches ich in meiner eigenen Berufsrealität gerne nivelliere.

Die Diskrepanz zwischen Ekelmarginalisierung und Ekelrealität soll in den folgenden Ausführungen in empirischer Auseinandersetzung mit den pflegenden Akteur/innen selbst festgestellt und analysiert werden. Physiologische Veränderungen wie ein Zusammenziehen der Gaumen- und Rachenmuskulatur, eine spezifische Mimik, aber auch Veränderungen der Stimmlage weisen auf Ekel hin.[20] Derartige Äußerungen müssen in der Interaktion mit den zu Pflegenden entweder vermieden oder neu kontextualisiert werden, um deren Ursache, also den Umstand, dass sich die Pflegeperson ekelt, zu verbergen oder zu kaschieren, um den sich sowieso schon in einer defensiven Position befindlichen Patienten nicht zusätzlich bloßzustellen. Verhaltensstrategien zur Ekelreduktion finden sowohl auf physischer, als auch auf symbolischer Ebene statt und können empirisch in körperlichen Handlungen und verbalen Äußerungen nachgewiesen werden.

Empirische Zugänge zu einer teilweise tabuisierten Emotion

Der Anspruch der vorliegenden Studie ist es, einen empirischen Zugang zum Thema zu finden und damit den Akteuren/innen, ihren Wahrnehmungen und Gefühlen eine zentrale Rolle beizumessen. Auch wenn Ekelgefühle in der Arbeit

19 Verweise auf die eigene Ekelresistenz und auf das gleichzeitige Vorhandensein extremer Ekelsituationen fanden sich bei allen einführenden Gesprächen, welche ich zur „Selbstbeobachtung mittels Ekeltagebüchern" geführt hatte. Vgl. Feldforschungstagebuch (wie Anm. 8).

20 Vgl. Ringel 2003 (wie Anm. 10), 15.

ständig präsent sind, werden diese im Arbeitsalltag der Institutionen kaum kommuniziert und häufig von Routinen überlagert, es erfolgt eine Tabuisierung des Ekels. Dadurch ist der empirische Zugang zunächst erschwert. Ein zweistufiger methodischer Aufbau sollte es dennoch ermöglichen, Ekel als diskursives Element in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Pflegepersonen zu beschreiben. Da ich selbst als Krankenschwester tätig bin, gelang es über informelle Gespräche, Pfleger und Schwestern für dieses Projekt als Beobachtungspartner/innen zu gewinnen. Sie sollten zu Beginn der Erhebungen zunächst persönliche Tagebücher über den alltäglichen Ekel im Stationsalltag führen. So sensibilisiert, konnten die sechs Pfleger und Schwestern ihre Alltagsroutinen durchbrechen, den dahinter liegenden Ekel erkennen und ihn folglich auch benennen. Die qualitativen Interviews mit diesen Personen, die ich dann nach einem Zeitraum von zirka acht Wochen führte, zeigen, dass dieser Ansatz geglückt ist. Die Gespräche verwiesen auf eine ständige Präsenz des Ekels im Arbeitsalltag und auf die zahlreichen Handlungsmuster, welche eingesetzt wurden, um den Ekel zu bewältigen. Neben diesen Interviews führte ich selbst ein Ekel-Forschungstagebuch. Hier notierte ich persönliche Erinnerungen, meine Erfahrungen als Krankenschwester, Gespräche im Bekanntenkreis und Erkenntnisse, welche ich im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung auf verschiedenen Stationen der Universitätsklinik in Innsbruck sammeln konnte. Im Entstehungsprozess dieser Arbeit ergaben sich immer wieder Gespräche und Diskussionen mit Berufskollegen/innen, welche zeigten, dass das Ekelempfinden keine Konstante ist, sondern immer wieder neu interpretiert und eingeordnet wird.

Die Ergebnisse der Erhebungen gliedere ich in vier Themenkomplexe: An erster Stelle steht das Selbstbild der Pfleger und Schwestern, dabei insbesondere die Frage, was einen „guten" Pfleger, eine „gute" Schwester ausmache und wie jene Kollegen/innen gesehen werden, welche nicht den jeweils eigenen Vorstellungen entsprechen. Den zweiten Themenbereich stellt die individuelle Ekelabwehr auf physischer und symbolischer Ebene dar, aber auch die Annahme des Ekels und dessen Akzeptanz als wesentlicher Faktor des pflegerischen Alltags. Es geht also um Fragen der persönlichen Bewertung. Dem Thema Sprache gilt der dritte Punkt, da Sprache ein zentrales Arbeitsinstrument der Pflegenden ist. Kommunikation erfolgt mit den Patienten/innen, über die Patienten/innen und unter den Kollegen/innen, aber auch im privaten Bereich. Den Pflegern/innen steht nicht nur eine Fachsprache zur Verfügung, sie können sich auch ihrer Umgangssprache bedienen, um ihr „Grausen" in Worte zu fassen. Wann und wie über Ekel gesprochen oder wann lieber geschwiegen wird, soll in diesem Abschnitt behandelt werden. Der vierte Bereich betrifft die räumliche Dimension, es geht um „Vorderbühnen und Hinterbühnen" des Ekels und damit um den komple-

xen Prozess seiner Sichtbarwerdung in Abhängigkeit von dem Ort seiner Zurschaustellung.[21] Schwestern und Pfleger spielen auf den verschiedenen Bühnen der Kliniken unterschiedliche Rollen. Schlüpfen sie in ihre Arbeitskleidung, so nehmen sie die Rolle des „guten Pflegers" beziehungsweise der „guten Schwester" an. Die Patienten/innen spielen mit, beobachten und bewerten das „Schauspiel" des Pflegepersonals und fügen sich in das Spiel ein, wenn sie an der Reihe sind. Die szenischen Metaphern Goffmans dienen als Werkzeug, um die verschiedenen Orte des Ekels, seine Abhängigkeit vom jeweiligen Publikum und die Ambivalenz der Emotion darzustellen.

„Mich ekelt ja fast nichts" – zum vermeintlich ekelfreien Selbstbild von Schwestern und Pflegern

Im Stationsalltag schließen sich Pflegende zu einem spezifischen, in diesem Fall ekelkompetenten, Ensemble zusammen. Goffman verwendet den Begriff des Ensembles für „jede Gruppe von Individuen [...], die gemeinsam eine Rolle aufbauen".[22] Die Mitglieder arbeiten eng zusammen, wenn es darum geht, „eine gegebene Situationsbestimmung" aufrecht zu erhalten und die Gruppe festigt sich durch „eine Reihe von Interaktionen, in denen es um die relevante Definition der Situation geht".[23] In unserem Fall handelt es sich um die Situation der Konfrontation mit einem Ekelreiz und es geht darum, dem Umfeld, also den Patienten/innen und Kollegen/innen, zu vermitteln, dass man an derartige Situationen gewöhnt sei und die Ekelgefühle entweder aushalten oder unterdrücken könne, man also weiter handlungsfähig sei.

Die Ambivalenz zwischen Ekelrealität und Ekelmarginalisierung in der Darstellung des pflegerischen Selbst wurde bereits eingangs angesprochen. Entgegen aller Professionalisierung, Verwissenschaftlichung und allgemeinen Aufwertung des Berufsstandes, welche dieser in den letzten Jahren erfahren hat, wissen die Schwestern und Pfleger in ihrer täglichen Arbeit um dieses Spannungsverhältnis:

21 Der Soziologe Erving Goffman hat diese Metaphern geprägt; er blickt auf den Alltag wie auf eine Bühne, Rollen werden bestimmt, Ensembles beschrieben und Inszenierungen dargestellt: „Man erwartet [...] von jedem Teilnehmer, daß er seine unmittelbaren tieferen Gefühle unterdrückt und einen Aspekt der Situation ausdrückt, den seiner Ansicht nach die anderen wenigstens vorübergehend akzeptieren können. Diese oberflächliche Übereinstimmung, die den Anstrich von Einigkeit hat, wird ohne Schwierigkeiten aufrechterhalten, wenn jeder seine eigenen Bedürfnisse hinter der Verteidigung von Werten verbirgt, denen sich alle Anwesenden verpflichtet fühlen." Goffman, 1969 (wie Anm. 3), 13.

22 Goffman, 1969 (wie Anm. 3), 75.

23 Ebd., 69.

„Sie würden natürlich gerne flüchten, sie dürfen es aber nicht. Im Gegenteil – sie sind dazu da, das Ekelerregende zu beseitigen.[24] Und sie sehen: „In dem Job darf man sich für nichts zu schade sein."[25] Alle Interviewpartner/innen brachten in den Gesprächen ihr persönliches Ekelempfinden zum Ausdruck und konnten auch individuelle Ekelgrenzen darstellen, beschrieben diese aber im Arbeitsprozess als wenig belastend und machten eine professionelle Gewöhnung geltend. Eine gängige Grundannahme lautet: „Jeder kann die Arbeit machen, man muss sich nur daran gewöhnen und am Anfang ein bisschen überwinden."[26] In den Erhebungen zeigt sich, dass sich Pflegende mit den abverlangten Arbeiten arrangieren und den eigenen, mitunter auch belastenden, Prozess der Ekelsozialisation als vorübergehende Phase des Anfangs beschreiben:

> „Ich glaube nicht, dass das Ekelgefühl eine Konstante ist, ich glaube, dass man das Gefühl eine Zeit lang kompensiert und aber irgendwann nicht mehr kompensieren muss, weil der Einfluss des Ekels nicht mehr stark genug ist. Es wird immer Situationen geben, wo das Professionelle nicht funktioniert, aber im Rahmen der normalen Pflege erreicht man irgendwann einen Punkt, wo einen das nicht mehr belastet, wo man nichts kompensieren muss."[27]

Was passiert aber, wenn dieser Punkt der Akzeptanz des Ekels nicht eintritt und Pflegende, wie es ja im Sinne eines guten Ekelmanagements empfohlen wird, ekelhafte Arbeiten delegieren und auf die Einhaltung eigener Grenzen bestehen? Sozialität hat in der Krankenpflege nicht nur gegenüber den Patienten/innen, sondern auch gegenüber den Kollegen/innen einen hohen Stellenwert. So stellen die Interviewten die jeweiligen Teams als solidarisch, tolerant und hilfsbereit dar. „Zartbesaiteten" Pflegenden wird Unterstützung gewährt und es wird hervorgehoben, dass diese in „anderen Sachen sehr gut" seien und ein Eingeständnis eigener Überforderung auch ein „Zeichen von Größe" sei. Interviewte, welche sich im Stationsalltag nicht mit „solchen Kollegen" konfrontiert sehen, schließen eine Unterstützung „auf Dauer" jedoch aus. „Denn", so ein Pfleger, „mich würde es schon ärgern, wenn ich immer die Drecksarbeit eines anderen machen müsste!"[28] Und auch eine Schwester, deren Kollegin große Probleme mit dem Absaugen[29]

24 Pernlochner-Kügler, Christine: Ekel in der Pflege. Über den gesunden Umgang mit ungesunden Substanzen und einem negativen Gefühl, (Skript integra Messe 2004), 6. Online unter: http://www.integra.at/files/Pernlochner.pdf. (Stand: 10.3.2015), 6.

25 Interview mit Pfleger P. (wie Anm. 7).

26 Ebd.

27 Ebd.

28 Interview mit Pfleger M. (wie Anm.18).

29 Absaugen meint hier die Entfernung von Trachealschleim aus dem Atemtrakt mittels eines Saug-

von Patienten/innen hat, der diese Arbeit regelmäßig von Teamkollegen/innen abgenommen wird, meint:

> „Wenn du dich in deinem Beruf sehr ekelst, dann bist du falsch. Am Anfang ist das legitim als Schüler oder noch als junge Schwester, aber wenn ich mich nach zwei, drei Jahren noch ständig ekle, dann bin ich falsch. Einige Kollegen sind falsch im Beruf."[30]

Die Schwestern und Pfleger gestehen Schülern/innen und Neulingen Ekel zu. Alle erinnern sich noch gut an ihre eigene Anfangszeit und daran, wie „schlimm Arbeiten wie das Einsammeln der Harnsäcke waren". Dies sind jedoch Aufgaben, die sie heute ohne irgendein Zeichen des Unwohlseins ausführen. In der Erinnerung seien es insbesondere die „grausigen Sachen", welche sie als Schüler/innen erledigen „mussten", die sie geprägt, und die Entscheidung bestimmt haben, auf einer bestimmten Station zu arbeiten. Gelockerte hierarchische Strukturen scheinen einen Wandel in der Beziehung zwischen Pflegenden und Auszubildenden bewirkt zu haben, es wird betont, dass sich in der Ausbildung viel verändert habe und ein völlig neuer Schülerstatus entstanden sei:

> „Wir sind als Schüler viel geschickt worden, zum Putzen und so. Aber das mache ich nicht."[31]
> „Ich hab mir früher immer gedacht, da muss man durch und das gar nicht hinterfragt. Zu unseren Zeiten war der Schüler noch schüchtern und hat sich viel sagen lassen, das hat sich schon geändert. Ich mache mir meine Arbeiten immer selber."[32]

> „Ich hab als Schüler alles automatisch gemacht, damit ich dann halt fleißig wirke. Wenn ich geglaubt habe, das erwartet man jetzt von mir, dann bin ich gegangen. Weil es auch erwünscht ist."[33]

Die Formulierung „weil es auch erwünscht ist" verrät viel über den Druck, der von mehr oder weniger ausgesprochenen Regeln und Erwartungshaltungen innerhalb einer hierarchischen Struktur ausgeht oder früher ausgegangen ist. Auch wenn sich das diplomierte Personal jetzt nicht mehr den Ausbildungsprinzipien einer „alten strengen Schule" bedient: „durch muss jeder". Allein schon übliche Arbeitsteilungen, wie die, dass die Schüler/innen auf vielen Stationen morgens als

katheters.

30 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).
31 Interview mit Pfleger P. (wie Anm. 7).
32 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).
33 Interview mit Schwester S., geführt von Alexandra Hangl, Innsbruck, 4.11.2011.

erste durch die Zimmer gehen um beispielsweise den Blutdruck zu messen, und damit gewissermaßen als Vorhut die etwaigen Hinterlassenschaften der Nacht in den Patientenzimmern aufklären und vorfinden, erzwingen geradezu Situationen der Konfrontation mit Ekelstimuli. Auch herrscht eine stumme Einigkeit darüber, dass Schüler/innen, aber auch Pflegehelfer/innen „von sich aus" Reinigungsarbeiten übernehmen. Demgegenüber geben Auszubildende, „die auf eine Aufforderung warten", ein „schlechtes Bild" ab.[34]

Somit erfüllt die systematische Konfrontation mit Ekel in hierarchischen Strukturen auch distinktive Funktionen, ein zumindest temporäres Aussetzen dieser Reglements wird somit zu einer starken, bedeutungstragenden Botschaft: Ein „bleib nur sitzen, ich mach das schon" oder eine Stationsschwester, die demonstrativ den Ausgussraum säubert und die Schmutzwäsche versorgt, signalisiert damit: „Ich bin Teil des Ganzen" und stärkt dadurch das Team. Die Formen des Umgangs mit ekelbehafteten Materialien können aber auch unterschiedliche Ekelsozialisationen und daraus resultierende Grenzen innerhalb des Teams aufzeigen. So sind es häufig ältere Pflegende, welche auf Schutzmaterial wie Handschuhe und Schürzen verzichten oder jüngere Kollegen/innen zur Sparsamkeit ermahnen, wenn sich diese in ihren Augen sinnlos oder übertrieben aufwändig schützen. Ekel und ekelbehaftete Situationen werden im Klinikalltag also auch dahingehend funktionalisiert, die Gemeinschaft der Pflegenden zu strukturieren.

Auch wenn die relative Ekelresistenz der Pfleger und Schwestern zum guten Ton in der Krankenpflege gehört, gibt dieser Umstand Anlass zur Reflexion. Einzelnen Befragten ist es wichtig zu betonen, dass ihr gelegentlich recht legerer und routinierter Umgang nicht auf eine mangelnde persönliche Hygiene oder die Missachtung gesellschaftlicher Normen schließen lassen soll. So erzählt ein Pfleger:

> „Ich hab letztens eine Banane gegessen und die Kollegin hat mir zur Beurteilung im Gang eine Schüssel mit Meläna [altblutigem, schwarzen Stuhl] gezeigt. Ich schau mir das an und esse dabei die Banane und dann hab ich mir gedacht, hoffentlich hat das jetzt niemand mitbekommen, wie ich mich über die Schüssel beuge und dabei esse."[35]

Für diese erlebte „Robustheit" im Umgang mit Ekelstimuli spielen Ort und Situation eine wichtige Rolle. Hier kann es auch zu Unsicherheiten kommen, etwa bei Vermischung oder Überlagerung unterschiedlicher Codizes. So isst der zitierter Pfleger auf dem Stationsgang, einem Ort, an dem auch Pflegeverrichtungen stattfinden, obwohl eigentlich auf einer „Hinterbühne", nämlich in der Küche

34 Ebd.

35 Interview mit Pfleger M. (wie Anm. 18).

gegessen werden sollte. Solche Situationen können wie im zitierten Beispiel zu Irritationen der eigenen Souveränität und Verhaltensunsicherheiten führen. Auch berichten Schwestern und Pfleger, dass sie sich in ekelbehafteten Situationen, die im Privaten passieren, unwohler fühlen und sie sich ganz allgemein schneller ekeln als in dienstlichen Zusammenhängen. Ihre Dienstkleidung und ihre erwünschte Rolle lassen die Pflegenden professioneller agieren und die jeweiligen, an sie gestellten Erwartungen erfüllen. Die Rolle gibt ihr Sicherheit, wie eine Interviewpartnerin ausführt: „Mir hilft die Rolle bei der Arbeit schon ziemlich, weil ich weiß genau, was die anderen von mir erwarten und von mir halten und das mach ich dann. Dann graust es mich auch vor gar nichts.“[36] Im Krankenhaus wirkt nicht nur die Dienstkleidung identitätsbildend und ekelhemmend, es steht auch eine sachkulturelle Ausstattung zur Ekelabwehr zur Verfügung: abwischbare Flächen, Desinfektionsmittel, Abwurfbehälter, Raumsprays und auch individuelle Strategien der Pflegenden erleichtern den Arbeitsalltag.

Ekelabwehr auf symbolischer und physischer Ebene

Neben den augenscheinlichen Abwehr- und Schutzhandlungen, welche eingangs unter dem Begriff Ekelmanagement angeführt wurden, möchte ich im folgenden Teil insbesondere auf individuelle Teilaspekte der Ekelabwehr Bezug nehmen, welche sich für die interviewten Pflegenden als lohnende Verhaltensstrategien bewährt haben, jedoch häufig nicht primär als Ekelabwehr erkannt werden.

Handschuhe sind sicherlich jene Schutzmaßnahme, derer sich die Pflegenden am häufigsten bedienen. Eine Schwester meint: „Es sind die Handschuhe. Mit Handschuhen ist mir alles wurscht. Wenn ich Handschuhe anhabe, bin ich zufrieden und souverän.“[37] Handschuhe sind auch Hilfsmittel, welche in diskursiven Prozessen mit Meinungen und Haltungen der Pflegenden verknüpft sind. So erhalten die Pfleger und Schwestern in Innsbruck seit einiger Zeit „neue Handschuhe von einer minderen Qualität“ mit der Folge, dass diese oft bei der Arbeit reißen und somit Stuhl, Blut oder andere Sekrete unmittelbar und unerwartet auf den eigenen Körper treffen. Dies sind Situationen, welche bei allen Pflegenden ein starkes Ekelgefühl hervorrufen, das als „viel schlimmer“ empfunden wird, als wenn die Pflegehandlung von vornherein ohne Handschuhe durchgeführt worden wäre. Einhellige Meinung ist, dass die Krankenhausführung an solchen Punkten nicht sparen dürfe. Auch wenn eine Schmutz- und Infektionszulage einen finanziellen Ausgleich zu den Ekelerlebnissen bieten soll, so sehen die Pflegenden doch

36 Interview mit Pfleger P. (wie Anm. 7).
37 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).

ein gutes Equipment und die Möglichkeit, individuell darüber zu entscheiden, wann dieses wie eingesetzt wird, als eine ihrer wichtigsten Arbeitsgrundlagen an: „Da denke ich mir: Das steht mir ja zu. Ich habe ja das Recht, mich zu schützen und muss mich ja nicht völlig aufgeben für den Patienten. Deshalb habe ich auch das Recht, mir Handschuhe und einen Kittel anzuziehen!“[38]

Abb. 1: Pfleger in Schutzkleidung

Es gibt in diesem Zusammenhang auch ein intergenerationelles Spannungsverhältnis, denn ein sich veränderndes Pflegeverständnis wird bisweilen als Angriff auf die eigenen, seit langer Zeit praktizierten und als grundlegend angesehenen Schutzmaßnahmen interpretiert. Die unterschiedlichen Ansichten zwischen langgedientem und jüngerem Personal wurden bereits angesprochen. Aktuell zeichnet sich eine erneute Veränderung im Bereich der Grundpflege ab. Die Schüler/innen transportieren und kommunizieren diese Veränderung und stoßen, wie im folgenden Fall, auf Unverständnis und Abwehr auf den Stationen. Sichtlich entrüstet berichtet eine Schwester: „Die Schüler lernen jetzt, dass man beim Waschen nur für den Intimbereich Handschuhe anziehen soll. Das würden wir nie mitmachen, wir haben das anders gelernt und wir wollen die Barriere.“[39] Beobachtungen zeigen, dass zahlreiche Schwestern und Pfleger in der Grundpflege gänzlich auf Handschuhe verzichten. Auch jene wollen aber selbst frei entscheiden können, welche Schutzmaßnahmen sie wann für angemessen halten.

38 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).
39 Interview mit Schwester S. (wie Anm. 33).

Von außen kommende Anweisungen oder Zurechtweisungen werden als Angriff auf die eigene Person wahrgenommen und werden folglich mit starker Kritik beantwortet. So entscheiden viele Pflegende situationsabhängig, welche Schutzstandards sie anwenden.

Es zeigt sich, dass Patienten/innen, welche sich schon länger auf einer Station befinden und von derselben Pflegeperson versorgt werden, in ekelsensiblen Situationen als weniger widerlich empfunden werden als Neuzugänge. Eine Schwester erzählt: „Wichtig ist auch, dass ich die Patienten versorgt habe. Mich graust es mehr, wenn jemand von einer anderen Station kommt und ich weiß nicht, ob der gewaschen ist oder nicht."[40] Bei der Übernahme eines Neuzugangs von einer anderen Station wird genau auf dessen Erscheinungsbild geachtet. Ekelauslöser wie ungewaschenes Haar, verschmutzte Bettwäsche oder ungepflegte Zehennägel werden weitaus strenger beurteilt als bei den „eigenen" Patienten/innen und es werden dann auch Rückschlüsse auf „die Anderen" (die Pflegekräfte auf anderen Stationen) und deren Pflegeverständnis gezogen. Hier zeigt sich eine strukturierende, ordnende Funktion im Zusammenhang mit Ekelempfindungen, die Etablierung einer Unterscheidung zwischen fremd und eigen entlang emotionaler Reaktionen. Am sichersten fühlen sich jene, welche die alleinige Kontrolle über das komplette Geschehen haben, so erzählt eine Kollegin aus dem intensivmedizinischen Bereich: „Also ich graus' mich selten, ich mach ja alles alleine bei meinem Patienten und weiß genau, wo etwas grausig sein könnte und wo nicht. Und wenn es grausig ist, bin ich meist selber schuld."[41]

Auch die persönliche Sympathie des Personals gegenüber den Patienten/innen spielt im Pflegeprozess eine große Rolle. Sympathie lässt uns die Gefühle und Affekte des Gegenübers intensiver miterleben. So scheint es, dass ein besonderes Näheverhältnis und die Möglichkeit „mitzufühlen" zu einer höheren Ekelakzeptanz führt.[42] Dementsprechend können aber Patienten/innen, welche als unsympathisch empfunden werden, schon durch ihre Berührung oder die Art, wie sie sprechen starke Ekelempfindungen auslösen. Eine Schwester meinte: „Also manche brauchen nur den Mund aufzumachen und mich graust's schon vor denen. Insbesondere, wenn man mitbekommt, dass die Rassisten sind oder gewalttätige

40 Interview mit Schwester S. (wie Anm. 33).

41 Gedächtnisprotokoll Intensivschwester S., informelles Gespräch, geführt am 1.4.2012 (wie Anm. 8).

42 Insbesondere in der Schüler/innenbegleitung (ich bin als Mentorin tätig) zeigt sich in den Beurteilungsgesprächen, dass ein auf Sympathie beruhendes Näheverhältnis bei erfolgtem Beziehungsaufbau Ekelgefühle reduziert, wohingegen Klienten/innen, zu denen kein positiver Beziehungsaufbau erfolgte, wesentlich strenger beurteilt werden und die Arbeit mit Ekelstimuli als belastender empfunden wird. Vgl. Feldforschungstagebuch 2 Ekel und Pflege. Innsbruck, Pfaffenhofen und Telfs, Jänner 2013 bis Jänner 2015.

Typen“.[43] Hier zeigt sich, dass eine generelle professionelle Gleichsetzung aller zu Pflegenden nicht gelingen kann, auch wenn eine solche generalisierte „Liebe am Menschen“ als ein Mittel zur Überwindung des Ekels in der Pflege gesehen werden mag.[44]

Die Pflegenden versuchen auch die Patienten/innen ihren persönlichen Idealen anzugleichen und setzten häufig eigene kosmetische und hygienische Maßnahmen durch, um ein ekelneutrales Gegenüber herzustellen. So versuchen Pflegende gute Pflege zu leisten, indem sie die Klienten/innen täglich duschen oder zumindest eine Ganzkörperwäsche durchführen. Gefangen in der eigenen Sozialisierung wird das tägliche Waschen mit dem richtigen Maß an Hygiene gleichgesetzt. Vergessen wird dabei häufig, dass etwa bei älteren Patienten/innen in deren Hygieneverständnis ein Waschtag pro Woche genügen würde.

Ein heimlicher Begleiter des Ekels ist die Lust. So kommt es beispielsweise bei schwierig zu versorgenden, nekrotisierenden Wunden vor, dass die Wundversorgung als lustvolle Tätigkeit empfunden wird. Der technische Blick der Pflegenden zentriert sich auf das Arbeitsfeld. Die Arbeit verlangt eine hohe Konzentration, da die rasche Beseitigung der ekelhaften Beläge und der begleitenden Gerüche nicht möglich ist. Die Reinigung von abgestorbenem Gewebe und Wundsekreten ist mühsam, führt aber zu Erfolgserlebnissen. Eine meditative Komponente wird ebenso beschrieben wie das Bewusstsein, eine „besondere Arbeit“ zu leisten. Zu Ekel und Lust mischt sich in solchen Situationen auch das Gefühl von Macht: „Ich mache solche Arbeiten gerne. Irgendwie ist der Patient ausgeliefert und es ist auch die Besonderheit der Situation, das Anomale, in einem Menschen herumzuwühlen.“[45]

Kann der Ekel nicht abgewehrt oder umgedeutet werden, so greifen Schwestern und Pfleger gerne auf die reinigende Funktion der Sprache zurück. Besonders bei den Dienstübergaben, aber auch in den Rückzugsorten, den Hinterbühnen, wie Stationszimmer oder Küche, verwenden die Pflegenden mitunter „Ausdrücke, die keinen Bezug zur Erkrankung haben und die ganze Sache ins Lächerliche ziehen.“[46] Ein Pfleger reflektiert: „Ich weiß nicht, warum man das macht. Vielleicht ist das ins Lächerliche ziehen und Entwerten auch wiederum eine Schutzfunktion, da die Leute [Arbeitskollegen/innen] überfordert sind.“[47] Scherzen und Lachen entspannt und hat insbesondere nach der ekelbehafteten Situation einen

43 Gedächtnisprotokoll Schwester A. informelles Gespräch, geführt am 11.5.2014 (wie Anm. 42).
44 Vgl. Pernlochner-Kügler 2004 (wie Anm. 1), 149. Hier möchte ich insbesondere auf die Ausführung der Autorin verweisen, dass Unmenschliches verlangt werden würde, wenn der Ratschlag, mit Ekel umzugehen, darin bestehe, zu versuchen „alle Menschen zu lieben“.
45 Interview mit Pfleger R. geführt von Alexandra Hangl, Innsbruck, 4.1.2012.
46 Interview mit Pfleger P. (wie Anm. 7).
47 Ebd.

therapeutischen Effekt, eine mögliche Entwürdigung des/der Patienten/in wird dabei in Kauf genommen.[48]

Sprechen über Ekel – vom in den Mund nehmen

Goffman hat herausgearbeitet, dass auf den „Hinterbühnen" eine spezifische Sprache üblich ist, die mit Unflätigkeit und Vulgaritäten nicht geizt und auf diese Weise für die Beteiligten Entlastungsfunktionen übernehmen kann. Sie steht im Kontrast zur Vorderbühnensprache und stärkt das Ensemble auf eine spezifische Weise.[49]

Begleitet man Ärzte/innen, Pfleger und Schwestern im Rahmen einer Visite durch die zur Vorderbühne gehörigen Patientenzimmer, zeigt sich die Vielzahl an emotional neutralen, meist medizinischen Termini, die es erlauben, Ekelhaftes in Worte zu fassen. Der Patient habe drei Nierentassen gallig erbrochen, seröses Sekret habe sich entleert oder ein Verweis auf einen „geklebten Fäkalkollektor" lassen den dahinterstehenden Arbeitsaufwand und die enthaltenen Ekelkomponenten zwar erahnen, doch im Vordergrund steht eine sachliche und technische Sprache. Eine ganz andere Situation ist es hingegen, wenn sich das Pflegepersonal in der Frühstückspause oder auch in der Übergabesituation zwischen den unterschiedlichen Diensten über die Vorkommnisse unterhält. Oftmals wird hier auf den korrekten medizinischen Begriff verzichtet und auf die Alltagssprache zurückgegriffen. Häufig wird auf den Hinterbühnen, wie auch Goffman bemerkt, eine Vulgärsprache benutzt. So bekennt eine Interviewpartnerin: „Grad bei Durchfall redet man schon tiefer, dass man sagt: ‚Der hat jetzt alles vollgeschissen.' Ich wüsste dann aber gar nicht, wie ich das schöner sagen sollte, ich sage nicht, der hat das ganze Bett vollgestuhlt, das sage ich nicht."[50] Solche Sprechweisen werden insbesondere dann verwendet, wenn sich das Ensemble unbeobachtet fühlt. Sind neue Schüler/innen anwesend – oder stationsfremdes Personal –, orientiert sich das Vokabular eher an der Hochsprache. Doch es gibt auch Schwestern und Pfleger, die klar Position gegen solche als entwürdigend empfundene Sprechweisen beziehen. Derartige Interventionsversuche sind meist nicht erfolgreich und werden als „vergebliche Bemühungen" beschrieben. Die Übergabesituation schafft aber auch einen Raum für die teaminterne Kommunikation und ist ein Forum zur Anerkennung erbrachter Leistungen, selbst wenn diese Anerkennung in der Praxis dann auch oft ausbleibt:

48 Vgl. Ringel 2003 (wie Anm. 10), 42 und 44.
49 Vgl. Goffman 1969 (wie Anm. 3), 118-119, 156-160.
50 Interview mit Schwester S. (wie Anm. 33).

V: „Ich finde, dass das einem auch zusteht, wenn ich einen Patienten bekomme, der sich von oben bis unten übergeben hat, im eigenen Stuhl liegt und dazu noch uriniert hat und dazu noch Blut im Mund hat, dann steht es mir zu zu sagen, schaut her, was ich heute geleistet habe. Ich erwarte mit, dass die das anerkennen und ich finde das auch wichtig, dass wir uns gegenseitig stärken und bestärken."
A.: „Erfolgt die Anerkennung?"
V.: „Kommt drauf an, wer da ist. Nicht bei allen."
P.: „Nicht wirklich. Eigentlich hält man einen Monolog für sein eigenes Selbstwertgefühl. Wenn mir wer erzählt, was er alles gemacht hat, dann denk ich mir nur, ja fein, muss es ich nicht mehr machen, aber wahnsinnig anerkennen tu ich das auch nicht. Wenn ich gut aufgelegt bin, sag ich danke."[51]

Neben dem verbalen Bericht müssen alle pflegerischen Tätigkeiten auch in einer schriftlichen Pflegedokumentation festgehalten werden. Seit einigen Jahren findet diese Dokumentation auch auf elektronischer Basis statt. Die Möglichkeit, frei zu formulieren, ist hier begrenzt, wodurch Schwestern und Pfleger weniger Raum haben, ekelbehaftete Situationen und den damit verbundenen höheren, auch emotionalen, Arbeitsaufwand festzuhalten. Im handschriftlichen Verfahren wurden ekelhafte Tätigkeiten gerne bildlich beschrieben und mit zahlreichen Attributen ausgeschmückt. Inwiefern das Pflegepersonal die elektronische Dokumentation dazu nutzt, um emotive subjektive Eindrücke festzuhalten, konnte im Rahmen meiner Recherche nicht eruiert werden. Auf der Ebene des mündlichen Berichts zeigt sich, dass weniger das Ekelgefühl, sondern der in der betreffenden Situation zu bewältigende Arbeitsaufwand kommuniziert wird. Die empfundene Widerlichkeit der Situation wird somit nur indirekt und subtil vermittelt.

Im direkten Kontakt mit den Patienten/innen gestalten sich die Gesprächssituationen weitaus schwieriger und werden individuell unterschiedlich gehandhabt. Manche Patienten/innen sprechen offen über den von ihnen verursachten Ekel. Daraufhin erfolgt zumeist eine Abschwächung durch das Pflegepersonal: Alles sei gar nicht so schlimm, ganz normal und schließlich sei man das alles ja gewöhnt. Performativ stellen sich Patienten/innen und Pflegepersonal als Team dar, Tätigkeiten werden gerne unter Verwendung des Personalpronomens *wir* angekündigt und durchgeführt. Dadurch soll eine größere Nähe zwischen den Ekelproduzenten/innen und dem um Bewältigung oder Elimination bemühten Pflegepersonal hergestellt werden und diese sprachlich aufgerufene Nähe scheint auch die Annahme der Situation für alle Beteiligten zu erleichtern. Wenn zwischen Personal und Patienten/innen eine solche Nähe nicht hergestellt werden kann,

51 Gespräch zwischen Pfleger P., Schwester V. und mir (A.). Diese Diskussion wurde nach den Interviews, am 17.10.2011 in Innsbruck aufgezeichnet.

dann neigen die Akteure/innen dazu, ein völlig anderes Thema aufzugreifen und von der Situation abzulenken. In diesen Fällen wird häufig über die Patienten/innen hinweg mit anderen Pflegepersonen gesprochen oder es werden neutrale Themen aufgegriffen, die Situation wird überspielt.

Vorderbühnen und Hinterbühnen – Orte des Ekels

Die alltägliche Arbeit der Schwestern und Pflegern ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in unterschiedlichen Räumen und Konstellationen oder, um bei Goffmans Metaphorik zu bleiben, auf unterschiedlichen Bühnen abspielt. Schon von Patientenzimmer zu Patientenzimmer ist das Publikum ein anderes und entstammt oft unterschiedlichen sozialen Milieus. Wechselnde Hierarchien zwischen diplomiertem Pflegepersonal, Pflegehelfern/innen und Ärzten/innen verlangen den Akteuren/innen Flexibilität, ein hohes Maß an situativer Anpassungsfähigkeit und ein gewisses schauspielerisches Talent ab. Dienstzimmer, Arbeitsräume, Küche mit Aufenthaltsraum (welcher meist auch zur Dienstübergabe genutzt wird), Patientenzimmer, Gang und Ausgussraum sind die zentralen Orte, an denen sich nicht nur die Rollenwahrnehmung der Pflegenden, sondern auch die Macht und Funktion des Ekels immer wieder unterschiedlich darstellt. Die meisten der Örtlichkeiten können als Zwischenräume oder Orte des Durch- und Übergangs beschrieben werden, denn die Nutzung und funktionale Zuordnung ist weder streng geregelt noch beliebig: Es findet ein ständiger Wechsel zwischen öffentlicher und privater Sphäre, zwischen Vorderbühne und Hinterbühne statt. Das Patientenzimmer als „Vorderbühne“ und der Ausgussraum als „Hinterbühne“ werden nun exemplarisch beschreiben, um die ekelbezogenen Routinen des Pflegepersonals innerhalb der bestehenden Situations- und Rollendynamik darzustellen.

Die Vorderbühne: das Patientenzimmer

Das Patientenzimmer ist wohl jener Raum, der den Mittelpunkt pflegerischer Praxis und Inszenierung bildet. Nicht nur Pflegende und Patienten/innen treffen hier aufeinander, auch können jederzeit anderes Pflegepersonal, die Reinigungskräfte, Ärzte/innen, aber auch Besucher/innen die Szene betreten. Die Kontrolle über das Bühnenbild verleiht ein Gefühl der Sicherheit,[52] und so sind Pflegende angehalten, Handlungen bestmöglich vorzubereiten und alle benötigten Dinge bereitzustellen. Es gilt, ekelbehaftete Gegenstände wie Leibstühle, volle Spucknäpfe oder gefüllte Harnflaschen aus dem Patientenzimmer zu entfernen oder,

52 Vgl. Goffman 1969 (wie Anm. 3), 88.

wenn dies nicht möglich ist, die Gegenstände zumindest mit Tüchern oder ähnlichem abzudecken. Schlechten Gerüchen werden Aromaöltupfer oder Raumsprays entgegengesetzt, denn „die Patienten sollen ja glauben, dass sie in einem sauberen, hygienischen Umfeld sind."[53] Hygienische und aseptische Praktiken werden gegen die Begleiterscheinungen von Krankheit und Siechtum eingesetzt, Schwestern und Pfleger versuchen durch professionelle, aber auch manche inszenierte Handlungen den Eindruck eines sauberen, ekelfreien Umfeldes herzustellen. Ein solch aktives Handeln beeinflusst auch die eigene Ekelwahrnehmung des Personals und dämpft Ekelempfindungen.

Da es nur wenige Einzelzimmer gibt, gilt es, vor und bei Pflegehandlungen die Intimsphäre der Patienten/innen zu wahren und diese bestmöglich vor den Blicken der Mitpatienten/innen und etwaiger Besucher/innen zu schützen. Schutzmaßnahmen wie Paravents oder ausziehbare Vorhänge wahren nicht nur die Intimsphäre des Pflegebedürftigen, sie können auch den pflegerischen Umgang mit Ekelstimuli erleichtern. Geschützt vor den Blicken der anderen kann von den Patienten/innen unbemerkt eine ekelspezifische mimische oder gestische Reaktion erfolgen. So zeigen meine Beobachtungen, dass, wenn zwei Pflegepersonen Patienten/innen von Stuhlgang reinigen, oft der/die Aktive sich mit neutralem, technischem Blick dem Geschehen nähert, während der/die andere, vom Patienten bzw. der Patientin ungesehen, den Kopf abwendet. Gerade im Umgang mit Sekreten und Ausscheidungen wird auf ein umfangreiches Equipment Wert gelegt. Nach dem Motto „aus den Augen, aus dem Sinn" sind Abwurfbeutel wichtige Requisiten der Pflegenden, welche meist großzügig in den Patientenzimmern angebracht werden. Auch bereitet sich das Personal vor dem Patientenzimmer auf seinen Auftritt vor. Die Pflegenden halten meist kurz inne, atmen tief ein und betreten erst dann die Vorderbühne.

Hier, vor den Augen der anderen, gilt es, möglichst souverän und effizient zu arbeiten und Widerlichkeiten wie Erbrochenes oder Stuhlgang auf schnellstem Weg zur Entsorgung auf die Hinterbühne, in den Ausgussraum, zu bringen.

Die Hinterbühne: der Ausgussraum

In diesem septischen Raum befinden sich die Entsorgungsbehälter, die Schüsselspüle, Becken für schmutzige Instrumente, Einlaufgeräte, aber auch saubere Schüsseln und Harnflaschen. Der Ausgussraum kann als abgegrenzte Hinterbühne gesehen werden, als ein „zu einer Vorstellung gehöriger Ort, an dem der durch die Darstellung hervorgerufene Eindruck bewusst und selbstverständlich

53 Interview mit Pfleger M. (wie Anm. 18).

widerlegt wird.“[54] An diesem Ort sammeln sich die Abfälle, werden die Sekrete entsorgt, hier zentriert sich der Ekel des Stationsalltags und spiegelt sich in den polierten Nirostaflächen.

Abb. 2 und 3: Ausgussraum

Die Bestimmung dieses Ortes kann man nicht nur riechen, sondern, der düsteren Atmosphäre wegen, förmlich auch spüren. Hier können Pfleger und Schwestern „die Maske fallen lassen [...] und aus der Rolle fallen.“[55] In der Chirurgie in Innsbruck befinden sich die Ausgussräume am Ende der Gänge, in Nähe der Fluchttreppenhäuser. Diese Lage der Ausgussräume deckt sich mit den Zuschreibungen Goffmans an die Hinterbühne. Sie liegt „am Ende des Ortes, an dem die Vorstellung gegeben wird.“[56] Hier zeigt sich auch eine der wenigen Grenzen, die von Patienten/innen kaum übertreten werden. Intuitiv scheinen diese zu wissen, dass sie hier nicht hingehören. Der Ausgussraum ist ein Ort, der von den Pflegenden

54 Goffman 1969 (wie Anm. 3), 104.
55 Ebd., 105.
56 Ebd., 105.

sehr different beschrieben wird, was Rückschlüsse auf das individuelle Ekelempfinden zulässt:

> „Ich bin im Ausgussraum oft sehr erleichtert, der Ausgussraum ist meine Rettung, da werf ich dann das Sackerl hinein und dann ist mir das gleich, dann habe ich das nie gesehen."[57]

> „Das verändert sich oft im Ausgussraum, da braucht man sich ja nicht mehr zusammenzureißen, da kann es einen schon mal recken."[58]

> „Im Patientenzimmer bin ich sauber, im Ausgussraum schon eher ein Fackerl[59], da ist es mir egal, wenn alles herumspritzt."[60]

Der nicht besonders einladende Raum bietet für die Nutzer/innen auch eine Art Schutzraum. An besonders stressigen Tagen, wenn eigentlich keine Unterbrechung der Arbeit möglich wäre, kann sich das Personal in den Ausgussraum zurückziehen und der Ekelentsorgung widmen. Es ist somit möglich, sich den Blicken der Kollegen/innen entzogen eine kleine Auszeit zu nehmen, was angesichts der hohen Arbeitsbelastung im Dienstraum oder der Küche nicht möglich wäre. In Zeiten weniger strenger Nichtrauchergesetze befand sich auf mehreren Stationen hier im Ausgussraum und im sich daran anschließenden WC sowie auch im zentralen Entsorgungsraum der Stationen das inoffizielle Raucherzimmer. Der am stärksten mit Ekelassoziationen besetzte Ort der Station gewinnt hier also den Status eines Refugiums, denn wie schon angesprochen verläuft zwischen Gang und Ausgussraum eine imaginäre Grenze, und auch wenn die Türen dieses Raumes meistens offen sind, kann das Personal hier kurz zur Ruhe kommen. Das grundsätzlich ekelhafte Ambiente wird also angenommen und erfährt eine individuelle positive Umdeutung und Umnutzung.[61]

Ob Vorder- oder Hinterbühne: Entscheidend für die Ekelwahrnehmung von Schwestern und Pflegern ist, dass Widerlichkeiten am dafür vorgesehenen Ort

57 Interview mit Schwester S. (wie Anm. 33).
58 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).
59 Der Dialektausdruck *Fackerl* meint hier Schweinchen (Anm. d. Verf.).
60 Interview mit Pfleger M. (wie Anm. 18).
61 Diese Aneignung und Umnutzung von Lokalitäten kann im Zusammenhang mit Ekel häufig beobachtet werden. Solche von Foucault als *Heterotopie* bezeichnete Orte vereinen eigentlich unvereinbare Räume. Sabine Merler hat solche Umnutzungen zum Themenbereich Ekel in ihrer Arbeit zur Aneignung öffentlicher Toiletten beschrieben. (Merler, Sabine: Die Aneignung öffentlicher Toiletten zwischen Ekel und Lust. Zur Verortung des Örtchens als Nicht-Ort. Masterarbeit Leopold-Franzens-Universität Innsbruck 2012, 25-26.), vgl. auch Merler in diesem Band.

geschehen. Den Zusammenhang zwischen Ekel und dem richtigen Ort beschreibt auch Pernlochner-Kügler:

> „Gegenüber Stuhl und Urin ist Gewöhnung möglich, allerdings bleibt auch hier ein Rest Ekel vorhanden. Es ist jener Rest, der uns veranlasst, diese Substanzen nicht mit der bloßen Hand zu berühren. Stuhl und Urin werden aber sofort als ekelhaft empfunden, wenn sie nicht mehr gesund riechen oder nicht mehr gesund aussehen und/oder wenn sie sich nicht am dafür vorgesehenen Ort befinden (nämlich in WC oder Schüssel), sondern anderswo – im Bett z.B. oder verschmiert im Zimmer."[62]

Dass die Stärke von Ekelempfindungen auch etwas mit der Wahrnehmung einer gestörten Ordnung zu tun hat, bestätigt sich auch in dieser Äußerung eines Pflegers: „Wenn Situationen so abstrakt, so falsch sind, dann wird man immer weg wollen, man verspürt körperlich, dass man weggehen will."[63] So ist es auch zu erklären, dass das Personal routiniert Vorkehrungen trifft, um den Ekel einzuhegen, ihn gewissermaßen in seine Grenzen zu weisen. Vorbeugend werden Zellstoff, Nierentassen und Leibstühle bereitgestellt, um den Patienten eine zielgerichtete Entsorgung der potenziellen Ekelstimuli zu ermöglichen und den widerlichen Gegenspieler an den für ihn vorgesehenen Ort zu verbannen und damit zugleich die Ordnung der Ekeldinge aufrecht zu erhalten.[64] Spezifisch für den Klinikalltag ist jedoch, dass sich die Schwestern und Pfleger, selbst wenn dies nicht gelingt, dem Fluchtimpuls widersetzen und ihre Arbeit erledigen, denn „irgendwer muss es ja tun"[65] und „eigentlich ekeln wir uns ja vor gar nichts."[66]

Ekel und Berufsidentität – Schlussbemerkungen

Insgesamt zeigt sich, dass Ekel allen Bewältigungsstrategien und aller Tabuisierung zum Trotz ein zentrales Thema im pflegerischen Arbeitsalltag ist. Auch wenn das Ekelempfinden der einzelnen Pflegenden stark situations- und tagesformabhängig ist, wird doch die insgesamt identitäts- und beziehungsstiftende Funktion des Ekels deutlich. Ekel und die Frage, wer ihn beseitigt, verweist auf Hierarchien. Mit wem und wie über Ekel gesprochen wird, verweist auf Nähe und Distanzverhältnisse unter den Akteuren/innen. Und die eigene Ekelbelastbarkeit im Berufsalltag

62 Pernlochner-Kügler (wie Anm. 24), 8.
63 Interview mit Pfleger P. (wie Anm. 7).
64 Zur Ordnung der Dinge und vom vermeintlich richtigen Ort siehe auch Douglas, Mary: Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Berlin 1958, 53.
65 Interview mit Schwester V. (wie Anm. 6).
66 Interview mit Pfleger M. (wie Anm. 18).

kann Grundlegendes über die individuelle Beziehung zum Beruf aussagen. So ist es vielfach die Summierung des Ekels, welche Schwestern und Pfleger dazu veranlasst, eine Station zu wechseln oder eine berufliche Veränderung anzustreben.

Die Frage, warum Pflegende sich selbst als ekelresistent beschreiben, wo sich die Macht des Ekels doch empirisch so eindrücklich zeigt, findet ihre Antwort möglicherweise in der strukturierenden Funktion des Ekels. In den Gesprächen mit den Kollegen/innen und in der eigenen Reflexion zeigen sich zwei weitere mögliche Erklärungsansätze, welche ich abschließend anführen will.

Die Berufsgruppe der Pflegenden strebt danach, sich durch Verwissenschaftlichung und Stärkung der eigenen Aufgabengebiete gegenüber anderen medizinischen Berufen zu profilieren. Der erforderliche Umgang mit Ekelhaftem, dessen Beseitigung und Eliminierung war und ist in unterschiedlichen historischen Epochen und Kulturkreisen jedoch gesellschaftlichen Randgruppen zugewiesen.[67] Die selbstverständliche Übernahme dieser „niederen" Aufgaben seitens des Pflegepersonals weist diesem innerhalb des Systems der medizinischen Berufsgruppen zumindest tendenziell einen niederen Rang zu. Im Bestreben, den Umgang mit Ekelhaftem im Arbeitsprozess als marginal und kaum belastend darzustellen, kann vielleicht auch der Versuch der Krankenpflege gesehen werden, diesem Effekt entgegenzuwirken und eine höhere Position in der Hierarchie der Gesundheitsberufe zu beanspruchen.

Es zeigt sich jedoch auch deutlich der soziale Gewinn, den Pflegende aus ihrer Tätigkeit schöpfen. Indem die Pflegenden die Aufgabe der Ekelbeseitigung bereitwillig übernehmen, erfahren sie eine besondere gesellschaftliche Wertschätzung. Der oft geäußerten Aussage „Ich könnte das nicht" seitens Außenstehender stellt das Pflegepersonal den Habitus professioneller Souveränität entgegen. Im ebenso oft geäußerten „Passt schon, man muss sich nur am Anfang überwinden" gelingt eine doppelte moralische Selbstaufwertung: Mit der Übernahme ungeliebter und doch so notwendiger Tätigkeiten bei gleichzeitiger Distinktion von der Masse derer, die das „nie könnten", ist den Pflegekräften Lohn in Form von Dankbarkeit gewiss. Dass diese nicht immer über die schlechte Bezahlung hinwegtrösten kann, steht auf einem anderen Blatt.

67 Unreine Berufe oder auch unehrliche Berufe wie Abdecker, Scharfrichter, aber auch Bader und Chirurgen waren Außenseiter im bürgerlichen Gesellschaftsverband. Vgl. Hippel, Wolfgang: Armut, Unterschichten, Randgruppen in der Frühen Neuzeit (Enzyklopädie deutscher Geschichte, Bd. 34). München 2013, 36-40, bes. 38. Zur kulturbedingten Ausgrenzung kann das indische Kastenwesen angeführt werden. Vgl. Zingg, Walter u. Zipp, Gisela: Basale Soziologie: Soziale Ungleichheit. Wiesbaden 1979, 61.