Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sommer 2020

Themenheft: Berufsstolz & Berufshaltung

weil wir als TEAM unschlagbar sind!!
#intensivecare
#kremsgenial
#imcnursing

Verein Hospiz und Palliative Care Tulln
Leben ist nicht genug, sagte der Schmetterling. Sonnenschein, Freiheit und eine kleine Blume gehören auch dazu.
H.C. Andersen
Stationsgehilfin
Pflegeassistent
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Aromatologin § 64 GuKG
Pain Nurse
Pflege schwerkranken Menschen
MSc Palliative Care
WEIL EXPERTISE UND EMPATHIE
DEN BERUF PFLEGE
SO BESONDERS MACHT!!!
#kremsgenial

THEMENBEREICH

05 Berufsstolz ist lernbar
Dr. German Quernheim

11 Berufsstolz
Univ. Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl

15 „Just a nurse“ – ein Essay über Suzanne Gordons Verse zum Thema Berufsstolz
Univ. Prof.in Mag.a Dr.in Hanna Mayer

17 Pflegerisches Selbstverständnis, Identität und selbstbewusste Berufsausübung gehören zusammen
Dipl. Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle Deininger

25 Wie gut, dass es sie gibt
Sr. Dr.in Liliane Juchli

27 Gedanken zu Florence Nightingales „Bemerkungen zur Krankenpflege“
Dipl. Pflegewirtin Doz.in Hilde Schädle Deininger
Christoph Müller

35 Berufsstolz oder„...Bonuszahlung für Krankenpfleger. Ein wichtiges Signal an diesen Berufszweig – schließlich sind sie es, die uns alle wieder gesund pflegen.“
Prof. Dr. Michael Bossle, MScN
Pascale Hilberger-Kirlum BA

39 „Sie wollen ja nicht am Bett arbeiten...“ Berufsstolz und Berufshaltung des Pflegenachwuchs
Markus Golla, MScN

43 Rad schlagen erwünscht!
Thomas Hax-Schoppenhorst

49 Stolz auf Beziehung
Gerhard Schoßmaier, MSc

59 Magische Momente in der Altenpflege Zufriedenheit und Berufsstolz durch professionelle Begegnung
Sonja Schiff, MA

63 Pflege und Stolz - Eine Möglichkeit der gesellschaftlichen Positionierung
Thomas Holtbernd

67 Wir müssen stolz sein!
Dr. Markus Mai
Ursula Jendrsczok MSc

PFLEGEGESCHICHTE

73 Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 2
Dr.in Ilsemarie Walter

BILDUNG & MANAGEMENT

79 Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Ein Praxisprojekt
Maren Veith BA

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) IMC FH Krems
(C) 2020 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

Prof.in Angelika Zegelin

Stolz und Vorteil

Stolzen Menschen wird eher Wertschätzung entgegengebracht – ich meine hier einen „positiven“ Stolz, wohlwissend, dass es auch Schattenseiten gibt. Die Pflegeberufe sind von einem „Eingebildet sein“ allerdings weit entfernt, sie haben aber allen Grund, mit Selbstbewusstsein auf ihre Arbeit zu schauen. Im letzten Jahr habe ich im Beitrag „Wert der Pflege“ hier in der Zeitschrift zahlreiche wertvolle Aspekte der Pflege vorgestellt. Pflegearbeit ist absolut gesellschaftsrelevant, vielfältig, sinnvoll und spannend. Pflege orientiert sich am Individuum und situativen Gegebenheiten, braucht Empathie – sie kann niemals durch Roboter ersetzt werden. Oft habe ich aber den Eindruck, dass all diese Stärken den Pflegenden nicht klar sind – sie spiegeln selbst die Minderbewertung der Öffentlichkeit und lassen sich auf wenige Handgriffe reduzieren. Die Beziehungsarbeit wird kaum gesehen. Die gesellschaftliche Meinung ist zwiespältig, es gibt auch Lob – „gut dass es sie gibt“, aber die eigenen Kinder sollen nicht in diesem unterprivilegierten Beruf arbeiten. Manche Pflegende glauben auch, dass sie durch Jammern und Demut Aufmerksamkeit bekommen – dies ist eher nicht förderlich. Ich denke, ein Grund für die Scham ist, dass Pflegende ihre Tätigkeit oft selbst als banal empfinden. Dabei ist Normalität, der eigene Alltag, das Höchste was wir haben – gerade in diesen Zeiten jetzt wird das deutlich. Die Modellierung der Pflege über tägliche Aktivitäten war schon ein genialer Wurf, Alltag ist eine wichtigere Zielgrösse für Pflege als Gesundheit.

In der jetzigen Zeit wird ja viel über Florence Nightingale geschrieben, die Lady mit der Lampe. Für mich strahlt sie tatsächlich Stolz aus, aufrechte Haltung, erhobener Kopf. Sie war wohl eine menschliche und fachliche Autorität, zu Recht widmen sich hier Beiträge ihrem Wirken. Ihre Argumentation war hervorragend, sie gilt als eine der ersten Epidemiologinnen – sie hat in späteren Zeiten viel Politikberatung gemacht und wie wir wissen, gute Ausbildungen für Pflegerinnen gefordert. Ihren Ansatz würde ich heute als ökologisch bezeichnen. Ich denke, von ihr können wir auch heute noch einiges lernen.

Ich bin jetzt seit 55 Jahren in Pflegezusammenhängen unterwegs und mir wird immer klarer, dass wir selbst schuld sind an den schlechten Rahmenbedingungen und der mangelnden Attraktivität des Pflegeberufes in unseren Ländern.

Erstens: in der Bevölkerung ist unklar, was Pflege eigentlich professionell macht? Geht es darum, den Ärzten zu helfen? Oder geht es eher um ekelige „Verrichtungen“? Wir haben es versäumt, die Bandbreite und Verantwortung der Pflegeübernahme deutlich zu machen. TV-Serien helfen da nicht weiter, es kommt auch kein lauter Protest aus der Pflege, wenn weiter an einem schiefen Bild gewerkelt wird. In Deutschland etwa ist Pflege Jahrzehnte auf wenige Tätigkeiten heruntergedrückt worden, die Seelenpflege ist an Betreuungskräfte abdelegiert. Für mich ist es so, als ob es niemals Pflegetheorien gegeben hätte. Ähnlich belanglos ist hier der Pflegeprozess geworden, er wird oberflächlich und eher bürokratisch abgespult. Es gibt sicher viele tolle Pflegende, wir haben auch ein paar Studiengänge erkämpft – aber in der Fläche ist das Bild des Pflegeberufs verschwommen.

Für mich war die wichtigste berufliche Veranstaltung die Einladung von Bernice Buresh an die Uni Witten/Herdecke. Ihr Buch „From Silence to Voice“ hatte ich zuvor aus den USA mitgebracht. Deutschsprachig:

Der Pflege eine Stimme geben, Huber 2007. Ja, wir müssen der Pflege eine Stimme geben – dies können wir alle lernen.

Zweitens: wir sind nicht organisiert. Wir brauchen Verbände und Gewerkschaften, in denen die Anliegen aller Pflegenden vertreten werden. Dazu gibt es viele Beispiele aus anderen Ländern, oder auch die Berufsgruppe der Ärzte sind da vorbildlich. Neben Kammern sprechen sie durch Tarifpartner, Fachgesellschaften und mehr, auch für Pflege sind Selbstverwaltung und Monitoring durch Kammern wichtig. Politik reagiert nur auf gebündelte Interessen – da sind die Pflegenden angenehm, unter dem Prinzip „teile und herrsche“ gibt es kaum Fortschritte. Alle Gruppen im Gesundheitswesen betreiben Lobbyarbeit – nur die Pflege nicht. Hier erschöpft sich der Zusammenhalt in kleinen lokalen Vereinen, Arbeitsgruppen, Kabaretts. Pflege begreift einfach den Zusammenhang zwischen Macht und Verbesserungen nicht – viele sind politisch auch „unterbelichtet“. Seit Jahren bin ich unterwegs, eine Gruppe Lehrender zu finden, die ein Curriculum für einen emanzipativen Unterricht in diesen Fächern macht. Ich kann mich früher an ganz langweilige Inhalte in Berufs-, Staats- oder Gesetzeskunde erinnern. Ich wünsche mir eine starke Politisierung der Pflege, auch, damit die Pflegeberufe in allen Entscheidungsebenen präsent sind. Auch ein richtiger Streik könnte der Pflege gut tun (eine Demo reicht nicht !), am Beispiel der skandinavischen Länder kann man die Erfolge sehen. Allerdings sind dort alle Pflegenden in Pflege-Gewerkschaften, in der Patienten-Versorgung könnte man sicher Notkonzepte fahren – genau dies macht ja die KollegInnen erpressbar. Man passt sich an alles an, weit entfernt von einer wünschenswerten Pflege – und die Verhältnisse verbessern sich nicht.

Vor etlichen Jahren war ich mit einer Mastergruppe zu Gast am Nursing-Department der Uni Göteborg in Schweden, wir waren überrascht über das Selbstbewusstsein der Pflegenden dort. Gleichzeitig war auch eine Abordnung aus Jordanien anwesend. Diese Berufsangehörigen „platzten“ sozusagen vor Berufsstolz, während unser berufliches Selbstverständnis eher mager schien. Danach haben wir begonnen, in Gruppen zum Thema Identität, professionelles Selbstkonzept zu arbeiten – über 2 Jahre zog sich der Austausch hin. Es gibt erstaunlich viele wissenschaftliche Arbeiten dazu, allerdings unter verschiedenen Oberbegriffen. Berufliche Identität, Selbstbewusstsein und Stolz hängen eng zusammen, damals haben wir die Einflüsse dazu in einer Matrix gebündelt. Zu einer Publikation kam es nicht, die Studierenden beendeten ihre Qualifikation mit anderen Themen. Es gab keine Finanzierung, nur Engagement – leider geschieht dies häufig. Zwei umfangreiche Ordner habe ich noch und würde mich freuen, wenn jemand diese Themen nochmal aufgreift. Überhaupt finde ich wissenschaftliche Arbeiten zu Berufsstolz wichtig, im Moment habe ich eine Doktorandin gefunden, die ich in diesem Thema begleiten kann.

In den letzten Wochen habe ich wegen der Corona-Krise mehrere Interviews und Kommentare gegeben. Ehrlich gesagt, ich rechne nicht damit, dass sich etwas verbessert – die Systeme sind zu stabil. Zwar wird jetzt applaudiert und es gibt evtl. auch einmalige Gehaltszulagen – aber wenn nicht ein Ruck durch die Pflegeberufe geht, wird alles wieder wie vorher. Oft war im TV zu hören und in Zeitungen zu lesen: ja, die Kassiererinnen und die Krankenschwestern und andere minderqualifizierte Berufe, oder die Reinigungskräfte und die Pflegeleute - die sind ja doch wichtig, auch die LKW-Fahrer. Am 7.5. stand in der ZEIT: die Bauarbeiter, Spargelstecher und Pfleger. Ich habe viele dieser Texte aufbewahrt. Hier zeigt sich, wie der Beruf gesellschaftlich eingeordnet wird – und hier ist wieder die Unklarheit, was Pflege bedeutet. Alle riefen anfangs nach Beatmungsgeräten – aber wer soll die bedienen? Eine invasive Beatmung ist hochkomplex – da werden erfahrene Pflegende gebraucht. Am dringlichsten ist die Aufgabe, „Fach“ pflege herauszustellen – aus meiner Sicht hat Pflegearbeit mindestens 8 Etagen. In den Medien wird alles durcheinandergeworfen, da sitzen pflegende Angehörige, Ärzte und Ökonomen als Einrichtungsleitungen und sprechen für die „Pflege“ insgesamt. Ständig werde ich von Bürgern gefragt, warum man für Pflege überhaupt eine Ausbildung braucht.

Offenbar sind ja zur Zeit viele (ehemalige) Pflegende helfend eingesprungen – leider ging aber auch wieder ein kollektives Klagen in der Pflege los. Die Journalisten und Talk-Moderatoren wissen ja auch nichts über eine anspruchsvolle Pflege, ich hoffe, dass es irgendwann einmal eine Weiterbildung für Reporter an einer Pflege-Hochschule gibt oder besser noch einen eigenen Journalismus-Studiengang für Pflegeanliegen. Im Moment gibt es hervorragende Zeiten für Wissenschaftskommunikation, Pflege bleibt dabei aber auf der Strecke.

Also: ich wünsche mir überall stolze Pflegende, Profis, die diese Krise nutzen um ihre verantwortungsvolle Arbeit überall deutlich machen und Kontakte zu den Medien pflegen. Stolz bringt viele Vorteile, vor allem ist die öffentliche Wahrnehmung eine andere. Stolz zu sein kann in Ausbildungen und Studiengängen erlernt werden. Aber auch in der Pflegepraxis gibt es viele Anlässe ein Pflege-Selbstbewusstsein zu fördern. Stattdessen wirken „hidden curricula“ des Aufopferns und der Bedeutungslosigkeit – auch dies sollte besser untersucht werden.

In diesem Heft sind viele gute Beiträge von renommierten KollegInnen zum Thema Berufsstolz versammelt.
Ich bin stolz, das Editorial schreiben zu dürfen.

Prof.in Angelika Zegelin
„Stolze Krankenschwester“, Wissenschaftlerin
Vorm.Universität Witten/Herdecke
kontakt@angelika-zegelin.de

Berufsstolz ist lernbar

Pflege kann sich sehen lassen! Die Vergütung nach Berufsabschlussprüfung und während der Ausbildung ist gar nicht schlecht. Kaum ein anderer Beruf stellt einen solchen Wachstumsmarkt dar und bietet zugleich eine so hohe Zukunftssicherheit. Die Arbeit erfolgt im Schichtdienst, wie auch bei vielen anderen angesehenen Berufen wie in der Medizin, bei den Fluglotsen, Bühnenberufen, Energiewirtschaft, Feuerwehr oder in der Informatik. Im Gegensatz zu manchen Selbstständigen arbeiten beruflich Pflegende regulär nicht mehr als 40 Stunden in der Woche. Kaum einer der angesagten Trend-Berufe kann eine vergleichbar hohe Sinnkomponente aufweisen. Kurzum: Der Pflegeberuf hat enorme positive Aspekte. Diese wollten wir sichtbar machen!

Wir, das sind Angelika Zegelin und German Quernheim. Wir haben im letzten Jahr ein Mutmach-Buch zum Berufsstolz der Pflegenden geschrieben, welches an dieser Stelle in kurzen Auszügen vorgestellt werden soll.

Die Pflegebranche wächst und wächst. So hat sich allein die Zahl der Pflegenden in deutschen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zwischen 1999 und 2015 um rund 77 Prozent erhöht. Der Trend wird sich fortsetzen, weil mit steigendem Alter der Bevölkerung die Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt. Ganz anders bei den Berufen, die durch neue Technologien ersetzt werden können und die es in zwanzig Jahren vermutlich gar nicht mehr geben wird, wie etwa Bank-, Büro- und Versicherungskauffrauen, Steuerberater, Verkäufer oder Elektroniker. Wer dagegen jetzt eine Pflegeausbildung oder ein Pflegestudium absolviert, hat tolle Aussichten auf attraktive Stellen, eine große Auswahl an Weiterbildungen und Studienmöglichkeiten im Markt der Zukunft und die Wahl, sich die besten Arbeitgeber auszusuchen. Obgleich schon Zehntausende staatlich geprüfte Pflegende in den letzten Jahrzehnten den Beruf verlassen haben, steuerten die Politiker aller regierenden Parteien bis vor kurzem nicht wirksam dagegen. Zur durchschnittlichen Verweildauer im Beruf liegen sehr unterschiedliche Zahlen vor. Wir gehen davon aus, dass es keine validen Daten gibt.

Aber schon lange vor Corona scheinen Überstunden, eine außerordentlich hohe Anzahl an Krankheitstagen im Vergleich mit anderen Berufen und eine geringe Wertschätzung den Berufsausstieg als einzigen Weg aus einem manchmal jahrelang quälenden Dilemma erscheinen. Die Arbeitsbedingungen sind vielerorts desolat und unzumutbar. Dies darf nicht verschwiegen werden. Deshalb werden auch im Buch diese Arbeitsbedingungen diskutiert.

Positiver Blick

Schauen Sie selbstbewusst auf sich und Ihre bedeutsame Tätigkeit. Achten und spüren Sie bei der Betrachtung so vieler Facetten der Pflege auf eine Haltung von Stolz. Lassen Sie uns in der Pflege veraltete Traditionen offen und kontrovers diskutieren und argumentieren Sie mit nachvollziehbaren Botschaften. Im Buch finden Sie unzählige Anregungen dazu. Namhafte Pflegekolleginnen und Kollegen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (u.a. Prof. Gabriele Meyer und Prof. Hanna Mayer), lieferten uns dafür aktuelle Statements zum Berufsstolz. Lassen Sie uns unseren Wert für die Gesellschaft sichtbar machen, so dass auch die Politik weiter verstärkt darauf reagiert und die Bedingungen verbessern wird.

Grundvoraussetzung für eine positive Veränderung unseres Berufs ist auch eine gesamt-gesellschaftliche Wertediskussion. Positive Aufmerksamkeit erzielen und skandalöse Berichterstattung vermeiden ist ein sinnvoller Weg. So werden wir zeigen, was eine qualifizierte Pflege unter menschenwürdigen Bedingungen leisten kann. Unser Buch verfolgt das Ziel, Sie anzuspornen und proaktiv eine Akteurin oder ein Akteur unseres gewichtigen Berufes zu werden. Praktizieren Sie für sich selbst und für unsere Berufsgruppe Lobbyarbeit und entfalten Sie damit echte politische Kraft. Wir brauchen Interessenvertretungen und Öffentlichkeitsarbeit durch Kolleginnen und Kollegen am Bett. Wer, wenn nicht wir, die Pflegefachpersonen, sind die Botschafterinnen und Botschafter unserer eigenen Professionalität?!

Was ist Berufsstolz?

Es gibt keine allgemein akzeptierte Beschreibung dieses Berufsstolz, schon gar nicht in der Pflege. Wir Autoren versuchten, dies im Mutmach-Buch umfassender zu beschreiben. Deswegen blättern wir an dieser Stelle einige wenige Aspekte auf, die unserer Ansicht nach zum Berufsstolz gehören: Selbstwert und Sinnfindung, Wissen und Leidenschaft, Mut, berufliche Identität und Anderes. Stolz wird oft negativ konnotiert: aber Pflege braucht Berufsstolz! In einer Online-Umfrage „Was beschäftigt Pflegekräfte?“ gaben 85 Prozent der befragten Pflegenden an, stolz zu sein auf ihren Beruf (Scharfenberg, 2016). Wir sind weit davon entfernt, überheblich aufzutreten – ganz im Gegenteil, Pflegende im deutschsprachigen Raum fühlen sich eher als „Mädchen für Alles“, sie treten bescheiden zurück. Die Kunst der Pflege ist fast verlorengegangen, seitdem Pflege immer mehr auf Handgriffe reduziert werden. Deswegen möchten wir hier ein starkes Plädoyer für Selbstbewusstsein geben.

Während unter Wertschätzung die positive Bewertung einer Person durch Andere, also durch Kollegen, Patienten oder der Gesellschaft verstanden wird, bezeichnet Stolz das Gefühl einer ausgeprägten Zufriedenheit mit sich selbst. Das Wort Stolz entstammt dem Mittelhochdeutschen «stolt» und bedeutet «prächtig» oder «stattlich». Stolz und Zufriedenheit erreichen Sie im Beruf nicht nur, wenn Sie etwas tun, was Ihnen Freude macht.

Berufsfindungspraktikanten und neue Auszubildende wissen meist

(C) Jakob Lund

schon nach kurzer Zeit, ob Ihnen das Setting der Pflege zusagt und ob es „ihr Ding“ ist. Stolz sind sie deswegen noch lange nicht. Denn die Sache mit dem Berufsstolz beinhaltet mehr. Wenn Pflegende die subjektive Gewissheit haben, über eine besondere Fähigkeit zu verfügen oder eine herausragende Leistung erbracht zu haben sind sie in dem Moment auf ihre eigene Leistung, ihr Team, ihren Arbeitgeber und/oder ihren Beruf stolz (vgl. Ciesinger et al., 2011). Arbeitszufriedenheit entsteht, wenn die Arbeitssituation positiv beurteilt wird; Berufsstolz hingegen beurteilt die persönliche Leistung, in welcher Art und Qualität der eigene Beitrag zur Wertschöpfung des Prozesses gehört. Er steht in enger Beziehung zur Selbst- und Fremdwertschätzung. Somit beschreibt Berufsstolz eine Haltung, die auf einer kognitiven Überzeugung basiert und von Emotionen begleitet ist.

„Stolz sein“ wird oft gleichgesetzt mit „sich selbst loben“ oder sich selbst überhöhen, was allgemein eher verpönt ist. Hier geht es ganz und gar nicht um das „hohle“ Aufblähen des eigenen Egos, sondern um ein wachsendes Bewusstsein und das Wissen um die umfassende persönliche und professionelle Fachlichkeit und ihren Stand(-ort) bzw. Standing. Stolz tritt auf, weil man selbst ein für sich bedeutsames Handlungsziel durch Kompetenz und deren Kontrolle erreicht hat (Fuchs-Frohnhofer et al., 2012, 17). Sobald Ihre berufliche Tätigkeit gemäß den verbindlichen Regeln Ihrer Kunst umgesetzt wird und der Motivation entspricht, reift und wächst das positive Gefühl von Berufsstolz. Stolz erleben Sie, wenn Sie etwas gut können und Ihre pflegerischen Kompetenzen selbständig einsetzen und den Outcome, also das Ergebnis Ihrer Pflege qualitativ verantworten.

Systemrelevanz der Pflegenden

In vielen Branchen herrscht ein Mangel an Fachkräften, so im Handwerk, bei IT-Fachkräften, Bademeistern, Lehrerinnen oder Lokführern. Wenn es hier zum Stillstand oder Stau kommt, können bereits mehr als leichte Unannehmlichkeiten vorliegen. Wenn aber in Klinik oder Heim Pflege nicht stattfindet, kann es für die Patienten und Bewohner tödlich enden. Die Corona-Pandemie zeigt dies derzeit immer noch. Denn dann ist niemand da, der die Vitalzeichen kontrolliert und rechtzeitig eingreift; niemand, der auf die existenziellen Ängste und Krisen adäquat reagiert; niemand, der Patienten mit Trinken oder Essen versorgt. Im Extremfall kostet es Leben.

Pflegearbeit ist eine unaufschiebbare Reaktion auf direkte menschliche Bedürfnisse. Eine Beziehung herzustellen inmitten der vielen Einflussbedingungen ist jeweils eine einmalige „Schöpfung“, deswegen spricht man von „Pflegekunst“. Diese Leistung sollte sichtbar sein und nicht nur dann auffallen, wenn sie nicht erbracht wird. Wenn Ihr Beruf zudem noch gesellschaftlich gewürdigt wird, lässt Sie das wahrscheinlich mit „stolzer Brust erfüllen“. Und wenn Sie feststellen, dass Ihre Dienst-

leistung durch Ihre persönliche und fachliche Art, Qualität und Individualität nicht so einfach von einer anderen ausgeführt werden kann, ja, dann fühlen Sie Berufsstolz.

Pflege hat die Gestaltung des Alltags umfassend im Blick und erfordert vielfältige und sensible Umgangsformen, ein fundiertes Hintergrundwissen nicht zuletzt in psychologischer Hinsicht und ganz individuell über den ihr anvertrauten Patienten. Wer daran zweifelt, erinnere sich einmal an seinen letzten Arzt- oder Krankenhausaufenthalt: Was ist Ihnen besser in Erinnerung: wie die Pflegefachperson die Spritze setzte oder wie (un-, freundlich, persönlich, ablenkend usw.) sie Sie dabei ansprach? Pflege ist das Ergebnis eines kreativen Prozesses und hat nicht nur die Heilung im Fokus, sondern vielmehr die Qualität des gesamten Pflegeverlaufs. Im Englischen heisst es „Professional Pride“ oder „Professional Ambition“ – also auf ein bestimmtes Ziel gerichtetes berufliches Streben.

Berufsstolz versus Pflegestolz

Nurse Pride (englisch Pflegestolz), beschreibt den selbstachtenden und stolzen Umgang der Pflegenden mit ihrer eigenen Berufsidentität. Diese Kolleginnen arbeiten und sind dabei stolz, das erlebte Selbstgefühl ihres eigenen Wertes nach außen zu repräsentieren. Kurzum: sich authentisch so zu geben, wie sie sind.

Die Haltung des Berufsstolz entwickeln Berufsangehörige, während Pflegestolz von allen (auch ungelernten) Pflegenden entwickelt werden kann. Tabelle 1-1 soll dies veranschaulichen.

Tabelle 1 1 (Quelle: Quernheim/Zegelin 2020)

	Berufsstolz	Pflegestolz
Woraus resultiert die Einstellung?	Wissen durch professionelle Ausbildung und Sicherheit	Verantwortung
Zielgruppe	Berufsangehörige	Berufsangehörige und pflegende Angehörige
Bezug auf	Berufsausübung	Pflegetätigkeit

Dies bedeutet, sich im Gesundheitswesen vor anderen Berufen nicht verstecken zu müssen, sondern sich für die eigenen Fähigkeiten und Rechte einzusetzen und Pflichten verantwortungsvoll auszuüben. Berufsstolz umfasst das Gefühl starker Selbstachtung, verbunden mit der öffentlichen Anerkennung der Pflegetätigkeit. Besonders stolz sind Berufsangehörige, wenn die Bevölkerung mit Achtung auf ihren Beruf oder auf die Einrichtung, in der sie arbeiten, blickt.

Stolz lässt sich nicht anerziehen, sondern setzt Wissen und Bildung voraus, denn wenn Pflegende erkennen, dass sie etwas Besonderes oder Anerkennenswertes geleistet haben, erleben sie Gefühle von Zufriedenheit mit sich selbst. Dazu benötigen sie Fachwissen, um die Tragweite ihres Handelns bzw. Nicht-Handelns zu erkennen. Dazu wurden im Arbeitsbuch über 60 Aufgaben integriert. Führungskräfte und Lehrende erhalten Übersichten und Vorschläge, wie sie das Buch in ihr Pflegeteam bzw. in die Ausbildungskurse und Studiengänge integrieren können.

Als Maßstab gilt die eigene und/oder gesellschaftliche Wertehierarchie. Nur wer selbstreflexiv ist, d.h. im Rückblick sein Berufsengagement der letzten Minuten oder des Tages betrachtet, kann einen solchen Stolz erleben. Damit fördern Sie positive Gedanken über sich selbst. Stolz entsteht auch, wenn Sie persönlich zu einer zukunftsträchtigen Sache beigetragen haben. Wenn Sie wissen, was Sie tun und warum Sie es tun, entwickeln Sie Stolz. So ist die Zunahme von Berufsstolz vor allem ein „Bewusstseinsprozess». Wenn wir uns unserer Pflege-Fachlichkeit und Expertise bewusst sind, können auch die positiven emotionalen Komponenten des Berufs- und Pflegestolzes spürbar werden.

Stolz ist sichtbar

In allen Kulturen signalisiert Stolz, etwa aufgrund einer gesellschaftlichen Position, durch gleichartige Gesten und Gebärden - wie aufrechte Körperhaltung, zurückgelegter Kopf, Arme mehr oder weniger ausgebreitet oder vom Körper gestreckt, den bedeutenden öffentlichen Status. Durch gefühlten Stolz lassen sich auch wirksamer berechtigte Arbeitsbedingungen gegenüber den Vorgesetzen einfordern. In den letzten Kapiteln zeigen wir unter anderem, wie Sie durch Umsetzung neuer Einsichten und praktikabler Tipps in Körpersprache (Elevator Pitch) und Embodiment nicht nur ihr Unterbe-

wusstsein „austricksen“, sondern auch Ihr Auftreten stolzer werden lassen.

Gefühle wie Stolz oder Ärger haben gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeitenden. Überwiegt der Stolz den Ärger, reduzieren sich Stress, Erschöpfung und Überforderung. Eine stolze Mitarbeiterin verliert nicht die Kontrolle oder die Gewissenhaftigkeit bei ihrer Arbeit, sie erlebt Selbstwirksamkeit und Gefühle von Zufriedenheit, Freude und Kompetenz. Selbstwirksamkeit gilt als wichtiger Grundpfeiler unserer psychischen Gesundheit.

In weiteren Abschnitten zeigen wir hilfreiche Möglichkeiten auf, was und wie Berufsangehörige Veränderungen bewirken können. Wir haben heute Möglichkeiten unerträgliche Verhältnisse umzugestalten! Auch die Politik hat endlich erkannt, wie wichtig die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist. Viele Maßnahmen wurden und werden ergriffen. Pflege ist in Aktion! Wir möchten Sie ermutigen, echten und gesunden Berufsstolz zu entwickeln, sich auf den Kern der Pflege auszurichten, Ihre Arbeitsbedingungen zu reflektieren und wenn nötig zu verändern und erfolgreich, gesund und zufrieden Ihren Beruf zu genießen. Ferner möchten wir die frühzeitig aus dem Beruf Ausgeschiedenen bestärken, Pflege wohlwollend zu überdenken, ihre Berufsmotivation zu reaktivieren und einen neuen Versuch in einer spannenden und sinnvollen Tätigkeit zu wagen. Berufsangehörigen aus den zukünftigen Out-Berufen, die heute mit Schrecken feststellen, dass ihre Qualifikation in Zukunft wegfällt oder die im alten Beruf unzufrieden sind, geben wir mit diesem Buch wertvolle Impulse - um ein erstes Pflegepraktikum gut vorbereitet anzugehen.

Nur nicht- nachdenkende Kolleginnen und Kollegen handeln gegen eigenes Interesse und schaden sich mit Negativaussagen selbst: Denn wer soll dann noch in die Pflege kommen? Entscheidend ist, dass Sie selbst positiv über ihren Beruf sprechen.

Literatur

Ciesinger, K.-G., Fischbach, A., Klatt, R. & Neuendorff, H. (Hrsg) (2011). Berufe im Schatten. Berlin: Lit Verlag.

Fuchs-Frohnhofer, P., Isfort, M., Wappenschmidt-Krommus, E., Duisberg, M., Neuhaus, A., Rottländer, R., Brauckmann, A. & Bessin, C. (Hrsg.) (2012). PflegeWert: Wertschätzung erkennen – fördern – erleben. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Scharfenberg, E. & Teglas, I. (2019). Pflege ist stark!: Gelebte Ideen und Zukunftsimpulse. Hannover: Vincentz.

Autor

Dr. rer. medic. German Quernheim
Krankenpfleger, Praxisanleiter, Dipl. Pflegepägagoge (FH), Pflegewissenschaftler, Dozent und Fachbuchautor in Österreich, Schweiz und Deutschland
www.German-Quernheim.de

Tagung Berufsstolz Pflege
30. November 2020
in Berlin
Weitere Informationen und Anmeldung unter
www.berufsstolz-pflege.de

Proud to be a nurse!

German Quernheim / Angelika Zegelin

Berufsstolz in der Pflege

Das Mutmachbuch

2020. Etwa 192 S., etwa 52 Abb., etwa 11 Tab., Kt
Etwa € 26,95 / CHF 35.90
ISBN 978-3-456-85999-6
Auch als eBook erhältlich

Ein Mutmachbuch mit konkreten Beispielen, Anweisungen und Rollenmodellen, wie Pflegende mehr Berufsstolz entwickeln, füreinander einstehen und Freude am Beruf erhalten und wiederbeleben können.

Das Buch zeigt, wie wichtig Berufsstolz für Pflegende in Ausbildung, Lehre und Praxis ist. Die Autoren klären, welche Mechanismen und Strategien helfen, um diese Haltung zu entwickeln. Sie beschreiben die Facetten des Berufsstolzes mit Identität, Individualität, Leidenschaft, Mut, Selbstwert, Sinnhaftigkeit, Wissen und Bildung. Die Inhalte stärken professionell Pflegende und machen ihnen Mut, gegen chronische Belastungen und ethische Dilemmata aktiv vorzugehen und unwürdige Situationen zu ändern. Arbeitsporträts und Berichte aus der Praxis bieten konkrete Rollenmodelle und Umsetzungstipps.

Die Autoren vermitteln die Grundlagen der Lobbyarbeit im Pflegeberuf. Sie zeigen Pflegenden, wie sie sich erfolgreich darstellen können und Selbstbewusstsein nach außen vermitteln und verkörpern können.

Berufsstolz lässt sich in der Pflege nicht verordnen, anlesen oder kaufen. Aber die Autoren machen Mut. Sie geben konkrete Anweisungen und zeigen Pflegenden den Weg, wie sie mehr Berufsstolz entwickeln und Freude am zentralsten aller Empathie-Berufe gewinnen oder wiederbeleben können.

(C) chery

Berufsstolz

Pflegepersonen könnten sicher mehr Berufsstolz entwickeln, denn sie hätten allen Grund dazu. Das Thema ist nicht leicht zu bearbeiten, denn es zeigt so viele Vorzüge des Berufs, und ich muss mich auf vier Punkte einschränken.

Berufstätigkeit

Zufrieden werden die Pflegenden mit ihrem Beruf sein, wenn es ihnen ermöglicht wird, nach professionellen Kriterien zu arbeiten und entsprechende Rahmenbedingungen vorzufinden. Zur Kernkompetenz der Pflege gehört der Beziehungsprozess mit Kranken und Angehörigen. Kranke Menschen mit ihren Bedürfnissen konkret zu erfassen, die notwendigen Maßnahmen zu planen und zum Teil auch durchzuführen, ist das Zentrale in der Pflege. Ganz wichtig ist aber heutzutage das Beraten der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Es ist wichtig, dass die Kranken ihre Situation verstehen, in ihrer Autonomie gefördert werden, und dass Maßnahmen so in die Wege geleitet werden, dass Akutkranke ihre Gesundheit weitgehend wieder erreichen können. Bei chronisch Kranken wiederum ist es notwendig, dass die Kranken durch einen längeren Begleitungsprozess den Weg finden, mit ihrer Krankheit so weit fertig zu werden, dass sie „das Leben über die Krankheit hinausheben“, wie Grypdonck es formuliert, und damit einen Sinn in dem oft langen Leidensprozess finden können.

Die Rahmenbedingungen müssen stimmen, es muss ausreichende Zeit zur Verfügung stehen, um die eventuellen Ängste und Sorgen tatsächlich zu erfassen und in einem geschulten Team Lösungen zu entwickeln. Dafür braucht es die entsprechende Bildung, klare Kompetenzen und Strukturen usw., aber es braucht nicht die traditionelle Hierarchie.

Wenn gute Arbeitsbedingungen, angemessene Entlohnung usw.

gegeben sind, dann können Pflegepersonen nicht nur mit ihrer Berufsausübung zufrieden, sondern auch stolz darauf sein.

Bildung und Kompetenz

Ein Rückblick in die Geschichte des Pflegeberufs zeigt, dass Österreich hier lange Zeit Nachholbedarf hatte und teilweise noch hat. Nach einer langen Zeit der „Pflege“ durch Wärterinnen, die keine Ausbildung und ganz schlechte Arbeitsbedingungen hatten (siehe Walter „Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe?“, 2004) ging es mit den Schulgründungen in der Krankenpflege nur schleppend voran (Seidl: „Akademisierung von Public Health und Pflege“, 1993, S.13-38). Die Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen waren – zum Teil der politischen Situation geschuldet – schlecht, wie in diesem Buchbeitrag ausführlich dargestellt wird.

Aufgeholt wurde das in Österreich erst mit den Anfängen der Akademisierung Anfang der 1990er Jahre. Mit der Entwicklung der Pflegewissenschaft und der Einordnung in andere Disziplinen hat sich ein interdisziplinäres Team bereits in dem Buch „Betrifft: Pflegewissenschaft; Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin“ (1993) befasst. Dann aber kam es zu einer zügigen Entwicklung in der Grundausbildung und auf akademischem Bildungsniveau. Seit der Jahrtausendwende gibt es in Österreich neben den Fachhochschulen vier universitäre Standorte für Pflegewissenschaft: Wien, Hall in Tirol, Graz und Salzburg. Die zügige Entwicklung der Grundausbildung in der Pflege, die dazu führte, dass nach einem Gesetzesbeschluss von 2016 das Bakkalaureat als Grundausbildung vorgesehen ist, bringt uns auf internationales Niveau und mit der Erlangung des Masterabschlusses ganz neue Kompetenzen. Das beinhaltet die Fähigkeiten zu Forschung, Wissensentwicklung in Spezialbereichen, innovativem Aufbau von neuen Strukturen im Gesundheitswesen – all das sind Fähigkeiten einer Advanced Nurse. Hier ist viel im Gange – Grund genug, um stolz zu sein.

Wirksamkeit des Berufes in der Gesellschaft

Pflege wurde bereits in den 1980er Jahren als der große Player im Gesundheitssystem bezeichnet – ein Ausdruck, den die WHO damals verwendet hat, um zu zeigen, welchen Einfluss die Pflege allein durch die große Zahl an Berufsangehörigen hat. Heute ist das Thema wieder in aller Munde, vor allem durch die aktuelle Pandemie und den Bedarf an medizinisch-pflegerischen Kompetenzen. Pflege kann aber durch nichts ersetzt werden, sie ist ganz nahe an den PatientInnen und ist rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche voll im Einsatz. In der Bevölkerung ist jetzt durch diese weltweite Erkrankung erst bekannt geworden, was die Pflege leistet, und auch die Betreuung durch die 24-Stunden Pflege hat hohe Aufmerksamkeit ausgelöst.

Die Pflege entwickelt derzeit eine ganze Reihe von Kompetenzen zur Unterstützung und Begleitung der Kranken, mit denen sie auch zunehmend selbständig arbeiten wird. Das Wundmanagement ist dafür ein gutes Beispiel, weil es schon vor Jahren entwickelt wurde und hervorragende Ergebnisse bringt. Andere SpezialistInnen, zum Beispiel für Schmerzmanagement, Diabetes oder Multiple Sklerose, folgen bereits nach.

Pflegende haben es in vielen Ländern verstanden, auch neue Strukturen im Gesundheitswesen aufzubauen. Besonders Familien- und Gesundheitsschwestern, Spezialisten in der Palliative Care und Pflegepersonen mit vielen weiteren Kompetenzen sind erfolgreich im Einsatz.

Die Bevölkerung wird die Pflege brauchen, nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch im ländlichen Bereich, um in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen die Gesundheitsprobleme zu lösen.

Kooperation

Dabei ist nicht daran gedacht, dass Pflege, der große Player im Gesundheitssystem, nun die anderen Gesundheitsberufe zur Seite drängen wollte. Im Gegenteil, Zusammenarbeit ist die einzige richtige Lösung. Die komplexen Situationen der kranken Menschen und die vielfältigen Behandlungsangebote machen deutlich, dass – im ländlichen und im urbanen Bereich – eine gute Kooperation angesagt ist.

In den USA, wo allerdings die Akademisierung der Pflege schon in die Mitte des 20. Jahrhunderts zurückreicht, zeigen pflegewissenschaftliche Studien, dass Zusammenarbeit (collaboration), vor allem mit den Ärzten, einen hohen Stellenwert für die Qualität der Versorgung hat (C. J. Tang). Eine ganz neue Studie, 2020 publiziert, geht noch weiter: Teamwork (Nurse-Physician Teamwork) führt zu einer höheren Qualität auf chirurgischen Stationen und zu einer niedrigeren Mortalitätsrate. Noch genauer:

- das Pflege-Arzt-Teamwork zusammen mit

- der Anzahl an Pflegepersonen pro Patient und
- das Ausmaß von Pflegenden, die einen Bachelor-Abschluss besitzen

sind die drei Faktoren, die im chirurgischen Bereich die Sterberate senken. Das wurde erhoben in einem Sample von 665 Krankenhäusern in vier Bundesstaaten (X. L. Kang)

Welcher Beruf hat größere Möglichkeiten als die Pflege?

Autorin

Univ. Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl
ehem. Pflegedirektorin und Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses in Wien, ehem. Leiterin des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Habilitation in Soziologie der Pflege an der Universität Linz, ehem. Prof.in für Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Initiatorin für Pflegewissenschaft in Österreich.

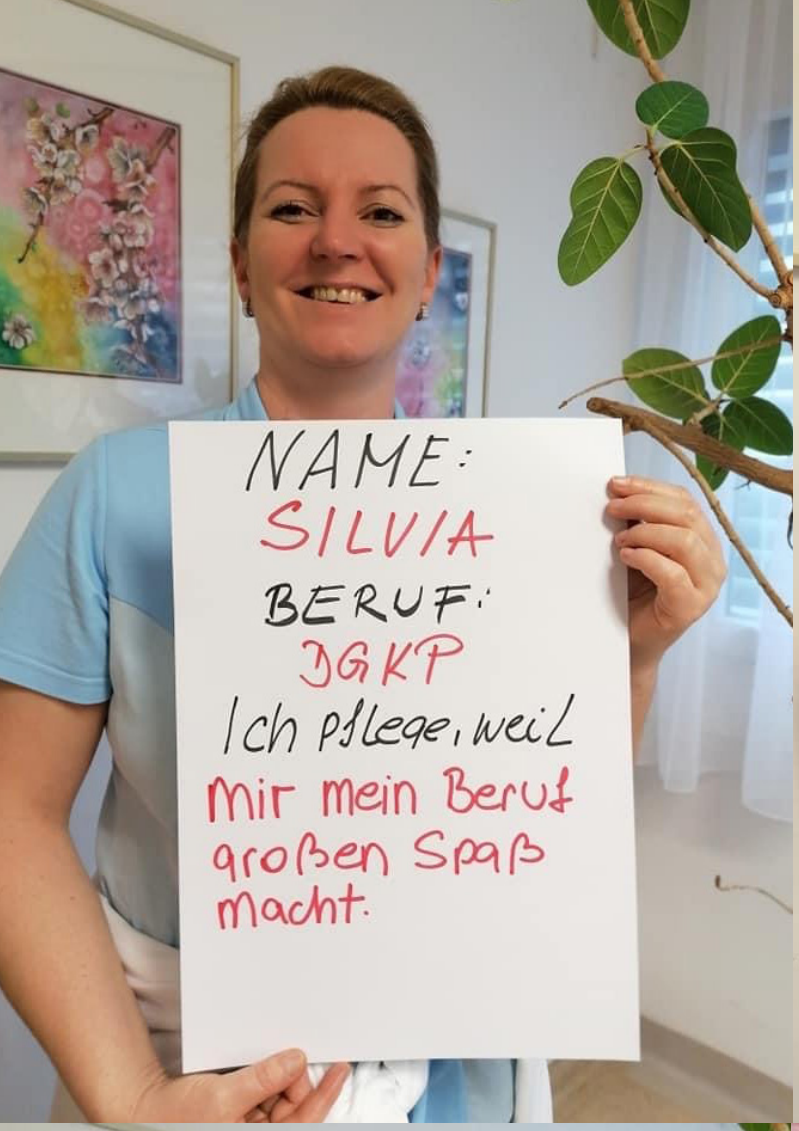
Punktgenau für die Pflege

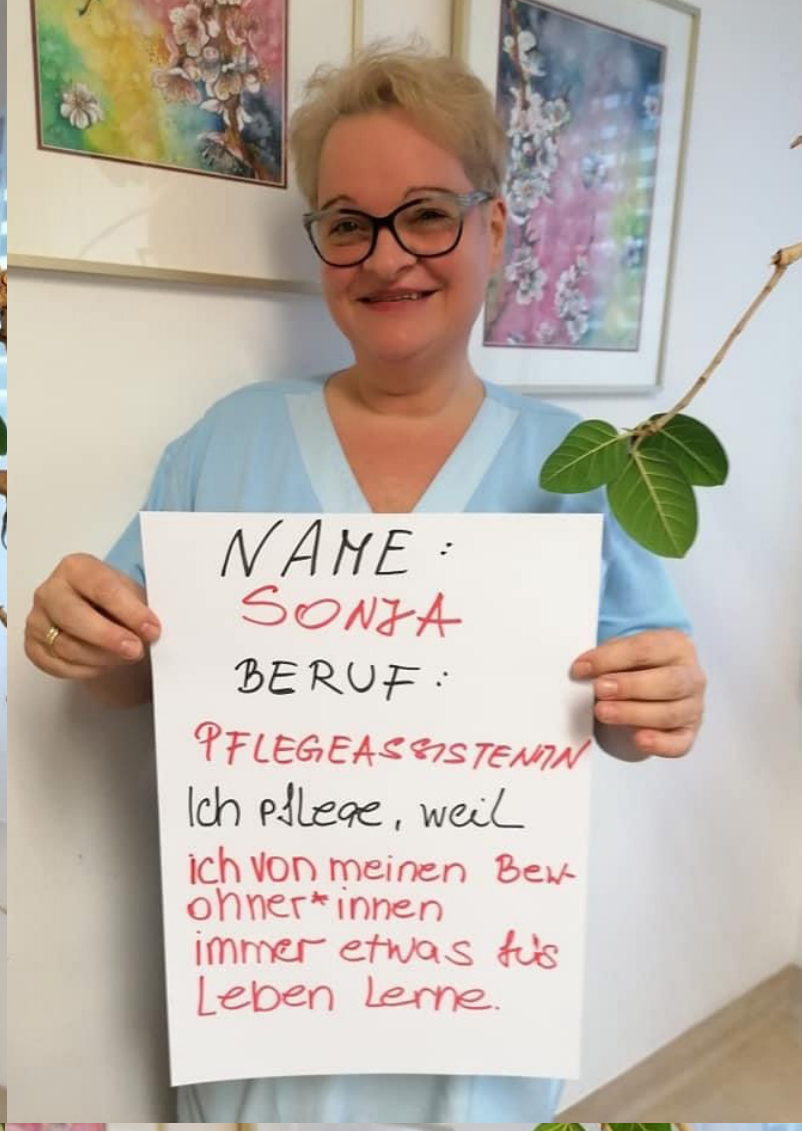
Wenn Sie dieses Logo sehen,

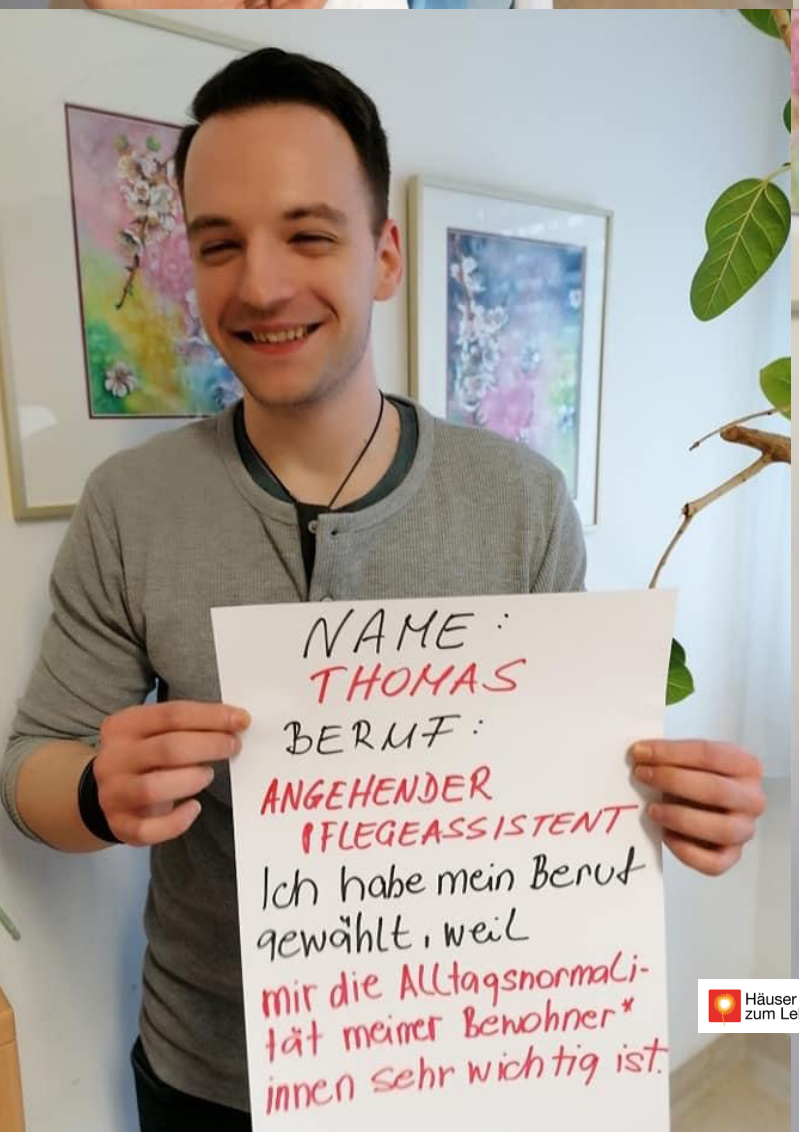
PFP® Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

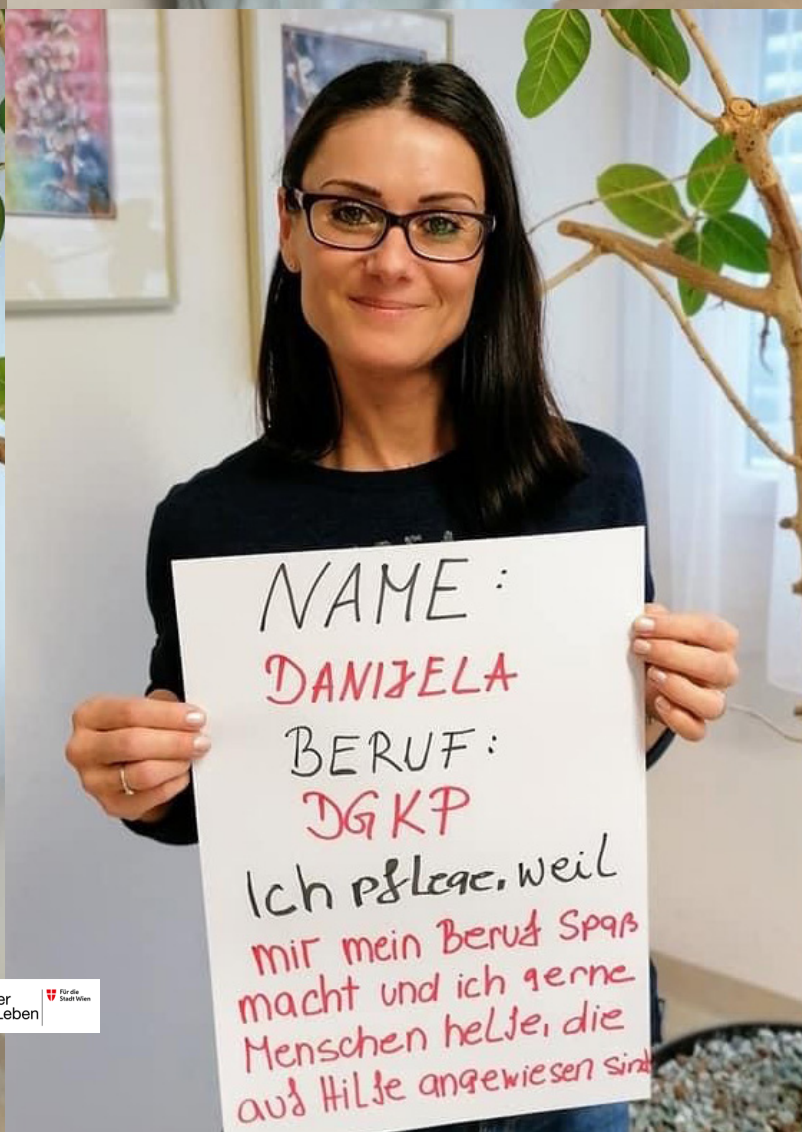
ist eine Veranstaltung mit den ÖGKV-Pflegefortbildungspunkten ausgewiesen. Damit ist sie pflegerelevant, qualitätsgesichert und entspricht der gesetzlichen Pflicht zur Fortbildung. Zu finden im Fortbildungsangebot des ÖGKV-Fördervereins, von ÖGKV-Landesverbänden und zertifizierten Organisationen.

www.oegkv-fv.at









Häuser zum Leben | Für die Stadt Wien

Univ. Prof.in Mag.a Dr.in Hanna Mayer

ist diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Professorin für Pflegewissenschaft; seit 2007 leitet sie das Institut für Pflegewissenschaft, sowie das Master- und Promotionsprogramm Pflegewissenschaft an der Universität Wien; ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Gerontologische Pflege, Person Centred Care, Onkologische Pflege sowie Forschungsmethodologie und Forschungsethik; sie ist Dozentin für Pflegewissenschaft und -forschung im In-und Ausland, Herausgeberin des Journals für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft und Autorin zahlreicher Fachpublikationen

„Just a nurse“ – ein Essay über Suzanne Gordons Verse zum Thema Berufsstolz

„Just a Nurse ... “ –Suzanne Gordons Verse erfreuen sich großer Bekannt- und Beleibtheit in der Gesundheits- und Krankenpflege. Man findet sie auf Plakaten, Folder und Lesezeichen – nicht zuletzt um für den Beruf zu werben. Weniger bekannt ist vielleicht, dass sie diesen sehr pointierten Text mit dem provokativen Titel „I am just a nurse“ - „... ich bin doch nur eine Krankenschwester ...“ ausgehend von ihrem Ärger darüber, dass sich Pflegepersonen immer wieder klein machen, wenn es darum geht, etwas zu verändern oder sich für etwas einzusetzen, geschrieben hat. Rhetorisch brillant hat sie diese Aussage jedem Satz vorangestellt und setzt mit einem „but ...“ fort. Dieses „aber ...“ bezieht sich dann Satz für Satz auf Aussagen über den Tätigkeits- und Verantwortungsbereich von Pflegepersonen und konterkariert damit jedes Mal das „nur“ im Zusammenhang mit dem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege. Am Ende des Textes angelangt hat sie damit ein Bild von einem vielfältigen, spannenden, herausfordernden und höchst verantwortungsvollen Beruf gezeichnet, der das „Alpha und Omega“ des Gesundheitswesens ist. Ein Bild das einem wirklich stolz macht, eine Gesundheits- und Krankenschwester zu sein, das aber auch wieder schnell in sich zusammenfallen kann, wenn man sich die Realität ansieht.

Denn es ist gerade in Österreich um unseren Berufsstolz nicht immer sehr gut bestellt. Einerseits ist dies sicher durch die öffentliche und politische Wahrnehmung des Berufs an sich und der damit verbundenen untergeordneten Rolle der Pflege im österreichischen Gesundheitswesen bedingt. Der Beruf der Pflege ist zwar angesehen – im Sinne eines Berufs, den man als schwer und belastend anerkennt – andererseits wird er als Profession nicht unbedingt hochgeschätzt. Pflegen könne jeder der zwei Hände hat und irgendwie sozial veranlagt ist – das ist noch immer die gängige Meinung in der Gesellschaft und durchaus auch in der Politik. Dass Pflegetätigkeit und höhere Bildung nicht unbedingt Hand in Hand gehen muss, zeigt sich in der immer noch bestehenden Debatte um tertiäre Ausbildung oder anhand der Tatsache, dass Karriere in der Pflege in Österreich selten im Sinne Weiterentwicklung der Pflegetätigkeit per se einhergeht, sondern immer noch als etwas gesehen wird, das weg vom Patienten, weg von der eigentlichen Pflegetätigkeit führt. Der zweite Grund, weshalb es an Berufsstolz mangelt, kann auch als eine Konsequenz daraus gesehen werden: die eigene Abwertung (ich bin „nur“ eine Krankenschwester), das damit verbundene Gefühl der Machtlosigkeit („Ich kann ja eh nichts tun,“ „Ich bin nur ein kleines Rädchen im System.“) und die daraus resultierende Unterordnung oder Resignation.

An diesem Punkt hat Suzanne Gordon, die sich gerade über diese Haltung ihrer Berufskolleg*innen geärgert hat, angesetzt. Die Botschaft von ihr lautet daher: „Kollegen und Kolleginnen, macht Euch nicht klein, seid Stolz darauf „nur“ eine Krankenschwester / ein Krankenpfleger zu sein und tut etwas.“

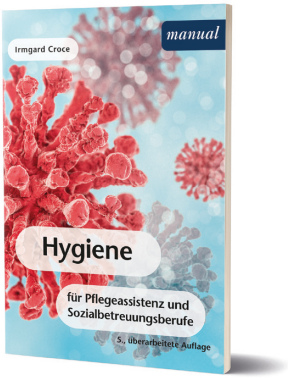
Dieser Text wird oft – zugegeben: auch von mir selbst – herangezogen, wenn es darum geht, meist jüngere Kolleg*innen zu ermutigen, sich nicht unterkriegen zu las-

sen, wenn man z.B. Aussagen wie „Wozu studierst Du denn, wenn Du eh nur Krankenschwester werden willst.“, hört. Dieser Text eignet sich sehr gut dazu, ihren Berufsstolz anzufachen, ihnen klar zu machen, dass die Gesundheits- und Krankenpflege ein Beruf ist, auf den man zu Recht stolz sein kann. Nur sollte man eines nicht vergessen: dass Suzanne Gordon ihn auch geschrieben um ihre Kolleg*innen aufzurütteln, sie zu bewegen, Verantwortung zu übernehmen, Ihrem Mann (oder ihre „Frau“) zu stehen, für Patient*innen und deren Anliegen und Rechte einzutreten, für ein gerechtes Gesundheitswesen zu kämpfen, für bessere Arbeitsbedingungen, etc. Wir müssen lernen, als Pflegepersonen stolz darauf zu sein, dass wir einen Beruf haben, durch den wir vieles ermöglichen können, Hilfe leisten können, Situationen verbessern, Veränderungen herbeiführen, im Kleinen wie im Großen. Aber: auch wenn Berufsstolz etwas ist, dass sich auf den Beruf an sich bezieht (also eine kollektive Form von Stolz ist) – nur eine Pflegeperson zu sein ist noch kein Grund stolz zu sein. Berufsstolz darf sich nicht nur durch Möglichkeiten, sondern muss sich immer durch das Handeln, das Tun begründen.

In letzter Konsequenz können wir immer nur darauf stolz sein, was wir durch unseren Beruf bewirken – für die Patient*innen, Bewohner*innen, Klient*innen und deren Familien, was wir als Pflegepersonen für ein funktionierendes, gerechtes und effektives Gesundheitswesen beitragen.

Berufsstolz in dem Sinne hat nämlich Geschwister: Sie heißen „Verantwortung“ und „Demut“. Wir sind aufgefordert Verantwortung zu übernehmen – gegenüber unserer Aufgabe, aber vor allem gegenüber den Menschen, die der Pflege bedürfen. Der Pflegeberuf ist nicht nur einer mit dem man viel Gutes bewirken kann. Durch eine schlechte oder gleichgültige Ausübung kann man auch großes Leid auslösen. Pflegepersonen haben eine nicht zu unterschätzende Macht über andere, pflegebedürftige, Menschen. Und mit dieser Macht kann man ganz unterschiedlich umgehen. Ohne Demut dem (pflegebedürftigen) Mitmenschen, sowie der Aufgabe an sich gegenüber – denn sie ist eine schwierige und verantwortungsvolle – kann (Berufs)Stolz leicht zur Selbstgefälligkeit und Überheblichkeit werden.

Ein wichtiges Merkmal der professionellen Pflege ist auch die fürsorgende (= Caring) Haltung mit der man diesen ausübt. „Proud to be a Nurse“ darf daher nicht nur heißen, dass man stolz darauf ist, einen gesellschaftlich wichtigen Beruf zu haben, sondern dahinter muss immer eine bestimmte Haltung zum Beruf und zur Berufsausübung stehen. Nur so ist Berufsstolz gerechtfertigt.



5., überarbeitete Auflage
facultas 2020, 120 Seiten, manual, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1879-2

Irmgard Croce

Hygiene

für Pflegeassistenz und Sozialbetreuungsberufe

Hygiene wird zunehmend zum wichtigen Faktor in den unterschiedlichsten Bereichen der Pflege und Betreuung – ob zur Vorbeugung von Gesundheitsschäden im öffentlichen Raum, zur Gesundheitserziehung, zur Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus, in der häuslichen Pflege oder bei chronisch kranken Menschen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen.
Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Assistenzberufe im Gesundheits- und Sozialbereich. Es ist übersichtlich, knapp und verständlich und eignet sich damit für die Ausbildung ebenso wie für Personen, die bereits in der Praxis tätig sind. Infektionslehre und Mikrobiologie werden ebenso besprochen wie allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen sowie Reinigung und Desinfektion.
Mit Lern-App: einfach unterwegs Wissen testen!

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

Pflegerisches Selbstverständnis, Identität und selbstbewusste Berufsausübung gehören zusammen

Die alltägliche fachkompetente Berufsausübung hängt mit der eigenen beruflichen Identität und dem beruflichen Selbstverständnis zusammen und sind Grundlage für fachkompetentes pflegerisches Handeln. In diesem Artikel sollen die einzelnen Aspekte beleuchtet und weiterführende Entwicklungen aufgezeigt werden.

Einführung

In den derzeitigen „Pflege-Diskussionen“, sei es in der Politik oder bei Versorgungsfragen wird in der Regel kein Unterschied zwischen der mitmenschlichen Tätigkeit „pflegen“ und „Pflege als Beruf“ gemacht. Damit wird nicht deutlich, dass der Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf je nach Komplexität der Pflegesituation sehr verschieden sein kann und die jeweils notwendige Qualifikation der Person bestimmt, die dafür gebraucht wird. Deshalb soll in diesem Artikel die Ausübung professioneller Pflege in den Mittelpunkt werden und die Angehörigen der Berufsgruppe Pflege anregen, sich mit ihrem beruflichen Kontext auseinanderzusetzen und sich der spezifischen fachlichen Kompetenzen bewusst zu werden, um diese selbstbewusst zu vertreten.

Dass Pflege ein sehr vielfältiger Beruf ist, ist vielen bewusst. Im pflegerischen Berufsalltag wird sie in ihrer Dimension in den Versorgungsstrukturen nicht ausreichend wahrgenommen und ganz selbstverständlich auf allen Ebenen in ihrer Expertise einbezogen.

Berufliches Selbstverständnis

Der Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) ist zu entnehmen, dass pflegerische Versorgung, Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung (Gesundheitsförderung und Prävention) elementare Bausteine einer jeden Gesellschaft sind. „Jeder hat ein Anrecht auf professionelle Pflege und muss von unsachgemäßer Pflege geschützt werden. […] Zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Auftrags professioneller Pflege gehört die Förderung von qualitativ hochstehender Pflege im Bereich der Praxis, der Bildung, des Managements und der Pflegewissenschaften.“

In „Pflege neu denken – zur Zukunft der Pflegeausbildung“ ist im Bericht der Robert-Bosch-Stiftung von 2000 zu lesen, dass bis zum Jahr 2020 zukunftsweisende Veränderungen im Ausbildungsgeschehen der Pflegerufe eingehen müssen, da das Pflegeverständnis und das berufliche Selbstverständnis sich verändert habe. Der Pflegebedarf sei nicht mehr vorrangig an ärztliche Assistenz und an der Ausführung ärztlicher Anordnungen auszurichten, sondern an komplexen Pflegesituationen. Außerdem, dass die Ausbildung häufig nicht den derzeitigen Anforderungen an Fachlichkeit und Qualität entspricht und Erkenntnisse der Pflegeforschung zu wenig in die Ausbildung einfließen. (Robert-Bosch-Stiftung: Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Seite 10)

Vor diesem Hintergrund und um die Pflege weiterzuentwickeln hat die Expertengruppe der Robert-Bosch-Stiftung (ebda. S. 52 ff) Qualitätsstufen hinsichtlich der Bildung in der Pflege erarbeitet, die sich je nach Qualifikation an komplexeren oder weniger komplexen Aufgaben orientieren und umfassend die Qualität der Pflege sichern sollen. Pflegeexperten sind ein Baustein.
(Abb. 1).

(C) veerapong

Abbildung 1: Qualitätsstufen der Pflege

Die Pflegefachpersonen I
erhalten eine zweijährige berufsbildende Ausbildung an einer Pflegeschule oder eine gleichwertige Schulausbildung. Sie werden generalistisch, ohne Schwerpunktsetzung für allgemeine Arbeitsfelder ausgebildet. Sie werden vorrangig in Pflegesituationen tätig sein, die voraussichtlich über einen längeren Zeitraum konstant sind oder bei komplexen Pflegesituationen in engem Kontakt mit Pflegefachpersonen II arbeiten.

Pflegefachpersonen II (Sek. II)
absolvieren eine vierjährige berufsbildende Pflegeschule oder eine gleichwertige Schulausbildung und werden gleichermaßen generalistisch ausgebildet, aber mit einer Schwerpunktsetzung und mit Vertiefungen. Die Ausbil-dung soll sie zur differenzierten Pflegediagnostik und zur selbstständigen Steuerung von Pflegeprozessen befähi-gen, so dass sie in der Lage sind, in komplexen Pflegesituationen sach- und fachgerecht zu handeln und gegebenenfalls Weisungen zu erteilen.

Diese Spezialisierungen bleiben auch außerhalb des tertiären Bildungsbereichs erhalten und werden inhaltlich an den beruflichen Erfordernissen ausgerichtet.

Pflegefachpersonen II mit einem akademischen Abschluss
an einer Hochschule oder Berufsakademie (Diplom oder Bachelor-Abschluss) sollen wie die im Sekundarbereich II ausgebildeten Pflegefachkräfte für die genannten beruflichen Tätigkeiten ausgebildet und mit gleichen pflegeri-schen Aufgaben betraut werden. Zudem sollen sie verstärkt auf die Übernahme von Aufgaben im organisations- und gesellschaftsbezogenen Aufgabenfeld vorbereitet sowie zur Durchführung kleinerer Forschungsprojekte oder Teile von Forschungsprojekten befähigt werden.

Pflegefachperson III
erwirbt ein Universitätsdiplom, Magister oder Masterabschluss. Eine solche Fachperson kann werden, wer nach Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachperson II ein ein- bis zweijähriges Studium absolviert hat und es mit einem Universitätsdiplom, Magister oder Mastergrad beendet. Die Dauer des Studiums richtet sich nach der angestrebten Spezialisierung. Spezialisierungen können sich an den heute vorhandenen Fachweiterbildungen orientieren. Es werden weiterhin Pflegemanagement-Studiengänge angeboten werden, die wie auch bisher zur Leitung und Führungen von Personal, Abteilungen und Einrichtungen befähigen. Außerdem werden bestehende Studiengänge fortgesetzt und weiterentwickelt, die Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und Pflegebegutachtung zum Inhalt haben.

Durch Bildungsdurchlässigkeit zwischen den einzelnen Stufen wird eine höhere Flexibilität der Einsatzmöglichkeiten von Pflegefachpersonen bzw. Pflegeexperten erreicht, was zur besseren Qualität in der Ausübung der Pflege beiträgt.

Wenn als Ausgangspunkt in diesem Zusammenhang festgehalten wird, dass die Berufstätigkeit auf einer spezifischen Ausbildung (Studium) beruht, die einen größeren Zeitraum umfasst und auf fundiertem theoretischem und wissenschaftlich begründetem Wissen basiert, muss die berufliche Pflegebildung grundsätzlich überdacht und an internationale Standards angeglichen werden. Die Ausübung professioneller Pflege muss am öffentlichen Wohl und an der Allgemeinheit ausgerichtet sein und benötigt zum fachkompetenten Handeln weitgehende Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit, das bedeutet Eigenverantwortlich zu Handeln.

Professionelles Handeln zeigt sich vor allem in einem umfassenden Fallverstehen, das die Bedürfnisse des einzelnen hilfebedürftigen Menschen, seiner Bezugspersonen und seinem sozialen Umfeld einbezieht und auf wissenschaftlichen und theoretischen pflegefachlichen Grundlagen erfolgt. Professionelles Handeln zeigt sich in der Bereitschaft, Beziehungen aufzubauen, sich in Entwicklungsprozesse zu begeben und von anderen zu lernen, gleich ob von Kolleginnen, anderen Berufsgruppen, von Pflege- und Hilfebedürftigen oder von Angehörigen. Patientenorientierte Pflege gestaltet Pflegesituationen und Arbeitsabläufe so, dass die einzelne auf professionelle Pflege angewiesene Person in ihrem sozialen Kontext davon profitieren kann und in ihrer Weiterentwicklung angeregt und unterstützt wird.

Identität

„Berufliche Identität und Engagement sind schwer voneinander zu trennen, weil beide die Art und Weise abbilden, wie sich der/die Einzelne auf seine Arbeit bezieht und wie er/sie subjektiv seine/ihre Arbeitsprozesse erlebt. Deshalb sind berufliche Identität und das berufliche Engagement in ihrer Ausprägung von zahlreichen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren abhängig. Berufliche Identität kann demzufolge nur das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses sein, der mit der Entstehung von beruflichen Kompetenzen und dem Festigen der beruflichen Rolle eng verknüpft und nicht voneinander zu trennen ist. Pflegerisch-berufliche Identitätsentwicklung verläuft im Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung und den Anforderungen der Gesellschaft, aber auch im Finden und Bilden eigener Wertmaßstäbe. Dabei spielt die Balance der personalen und sozialen Dimension von Identität ebenso eine Rolle wie das Einbringen von Interessen und Bedürfnissen.“ (Schädle-Deininger, Wegmüller S. 28 ff.)

Zur eigenen Identitätsbildung gehören unterschiedliche Elemente, die immer wieder reflektiert werden müssen, da diese das Erleben und Verhalten sowie das Handeln bestimmen. Durch Überprüfung der Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung sowie der Rückmeldung von anderen Personen wird der Prozess in Gang gehalten. Identität und das eigene Selbstkonzept zeigen sich in Einstellungen, Haltungen und in der Echtheit von Gefühlen und Verhalten. Das wiederum kommt im Selbstwertgefühl zum Tragen, das auf Akzeptanz der eigenen Person, Selbstachtung, Zufriedenheit, Sinnhaftigkeit, Autonomie, Unabhängigkeit und Wohlbefinden beruht. Ein weiterer Baustein von Identität ist die Bedeutung des subjektiven Erlebens sowie eine kontinuierliche Realitätsüberprüfung.

Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen

Berufliche Identität, Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen sind eng miteinander verwoben. Schlüsselqualifikationen dienen dazu, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln durch die Vermittlung breit angelegter und vernetzter Inhalte. Schlüsselqualifikationen unterstützen und erweitern die berufliche Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit ebenso sowie die Kooperations- und Beteiligungsfähigkeit. Es geht dabei weniger um eng umgrenzte spezialisierte Kenntnisse, sondern um die Möglichkeiten einer umfassenden Kompetenzentwicklung. Die Entwicklung von Kompetenzen bezieht sich nicht nur auf das fachliche Expertentum, sondern bindet die sozialen, personalen und methodischen Fähigkeiten mit ein, um sich in beruflichen Situationen handelnd auseinanderzusetzen und Prozesse gestalten zu können. Das erfordert vorrangig beispielsweise ein Denken in Kontexten, eine handlungs- und problemorientierte Vorgehensweise sowie eine Bereitschaft zur ständigen Weiterentwicklung und Wissenserweiterung. Regelmäßiges Reflektieren mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen erweitern die Erfahrung und Flexibilität.

Handlungskompetenz

Handlungskompetenz steht für die Anwendung und den Transfer von fachlichem Wissen in tägliches praktisches Handeln. Engagierte und qualitativ gute Berufsausübung ist verbunden an berufliche Autonomie, an ständiger Verbesserung durch Erkenntnisse sowohl in der Praxis als auch auf wissenschaftlicher Ebene, Reflexion, Flexibilität, Fähigkeit zur Kommunikation und Zusammenarbeit, zum kreativen Denken und zur Entwicklung einer klaren Grundhaltung. Eine Grundhaltung, die den einzelnen Menschen als Ganzes wahrnimmt, respektiert und auch bereit ist, das eigene Menschenbild und die Berufsausübung zu überprüfen und zu reflektieren, ermöglicht ethisches und fachliches Handeln.

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion, zur kritischen Auseinandersetzung, zur Kooperation, Koordination, Kommunikation und Kontinuität in der täglichen Arbeit ist dabei genauso entscheidend wie die Befähigung hypothetisch zu denken. Theoretische Ansätze einzubeziehen und in Handeln umzusetzen, pflegerische Probleme zu identifizieren, zu analysieren.

Die Selbstbestimmtheit und Autonomie des einzelnen auf Pflege angewiesenen Menschen zu fördern, haben zentrale Bedeutung. Krisen- und Konfliktmanagement im Umgang mit Patienten/Klienten, Angehörigen, Kollegen, anderen Berufsgruppen und Institutionen gehören zu einer fachlich qualifizierten Arbeitsweise ebenso wie die Mitwirkung an der Gesamtbehandlung der Patient*innen und die Fähigkeit zur Teamarbeit. Die Berücksichtigung von ökonomischen und ökologischen Aspekten sollte selbstverständlicher Bestandteil beruflichen Handelns sein.

Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung und Vorbeugemaßnahmen, das Kennen der Versorgungsstrukturen sind elementare Grundlagen. Die Mitwirkung an der Entwicklung des Be-

rufsbildes und Wissen über jeweils aktuelle gesundheitspolitische und sozialpolitische Rahmenbedingungen erleichtern dem Einzelnen Inhalte und Fortschritt in der Pflege mit zu beeinflussen. Der Einblick in aktuelle Themen der Pflege, die Mitarbeit in Gremien, Arbeitsgruppen und der Besuch von Fort- und Weiterbildungen sind weitere Bestandteile der Aktualisierung des Wissens.

Die pflegerische Handlungskompetenz umfasst sechs Kompetenzfelder: kognitive, sprachlich-kommunikative, soziale, psychomotorische und emotionale Kompetenz sowie moralisches Bewusstsein. Pflegerisches Handeln beruht immer auf Wert- und Normvorstellungen, die jedoch nicht immer explizit reflektiert werden. Aktiv-ethisches Handeln kann als ein bewusstes, reflektiertes und aktives Umgehen mit ethischen Werten, die für den Patienten bedeutsam sind, bezeichnet werden.

„Nach Wittneben (1999) macht sich berufliche Handlungskompetenz in folgenden, eng miteinander verwobenen Bereichen fest. Methodenkompetenz, Selbstkompetenz, Fach-, Sach- und Personenkompetenz, was u.a. die Fähigkeit zur Selbstreflexion, werteinsichtigem Verhalten und gezieltem methodischen Vorgehen einschließt, ebenso wie Urteilsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft. Des Weiteren gehört die kognitive Kompetenz zur Handlungskompetenz, also die Fähigkeit, hypothetisch zu denken und theoretische Ansätze in Handeln umzusetzen bzw. einzubeziehen. Neben anderem das pflegerische Hier und Jetzt dem Möglichen, den Pflegezielen im Pflegeprozess unterzuordnen, sowie pflegerische Probleme zu identifizieren und zu analysieren. Sprachlich-kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit zu einer sprachlichen Kommunikation im Mittelpunkt, die das fachliche Handeln begründet, außerdem die Richtigkeit von Handlungsnormen oder Regeln auf deren Gültigkeit bezieht und überprüft, also die argumentative Auseinandersetzung. Soziale Kompetenz, generalisiertes Rollenhandeln kann als Fähigkeit zur Koordination, Kooperation und Kommunikation bezeichnet werden, d.h., dass der Pflegende sich in einem ständigen Entwicklungsprozess befindet, in dem er die eigenen Handlungen sowie die Bedeutung einer soziale Situation von unterschiedlichen Standpunkten sehen und bewerten kann. Die moralische Kompetenz ist postkonventionelles moralisches Bewusstsein, in dem das Individuum seine Werte im Rahmen selbstgewählter Prinzipien definiert, z. B. Gerechtigkeit, Freiheit, Gleichheit und der unantastbaren Würde des Menschen oder der Fürsorge. Psychomotorische Kompetenz ist die Fähigkeit, sich automatisch oder gewohnheitsmäßig zu bewegen. Psychomotorische Fähigkeiten werden unterteilt in Konditions- und Koordinationsfähigkeiten. Zu den Konditionsfähigkeiten zählen Kraft und Ausdauer, zu den Koordinationsfähigkeiten Rhythmus, Gleichgewicht, Orientierung und Flexibilität. Emotionale Kompetenz beinhaltet im Wesentlichen die Fähigkeit zur Empathie, sich in den Anderen und in dessen Rolle zu versetzen, sich einfühlen zu können, was in keinem personenbezogenen Dienstleistungsbereich fehlen darf und das Abwägen zwischen Nähe und Distanz erleichtern kann.“ (Schädle-Deininger; Wegmüller S. 30 ff.)

Im Alltag ermöglicht die Handlungskompetenz angemessenes Tun an einem bestimmten Arbeitsplatz in einer bestimmten Situation. Das bedeutet, das benötigte Fachwissen sowie die Fähigkeit festgelegte Handhabungen oder bestimmte Wege des Vorgehens bzw. Arbeitsweisen durch Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeit, aber auch durch vernetztes und umfassendes Denken anzuwenden.

Professionelle Pflege

Wenn die Pflege künftig durch professionelle Eigenständigkeit und berufliche Identität gekennzeichnet sein will, müssen einige zentralen Punkte überdacht, verändert und weiterentwickelt werden.

Dazu gehört eine klare Differenzierung unterschiedlicher Ebenen, in denen die Tätigkeit Pflege praktiziert wird, aber auch eine klare Entscheidung, wie Pflegebildung in Zukunft aussehen soll. Die Bedarfe hinsichtlich Qualifikationsniveaus müssen breit diskutiert werden, zur Anregung soll Abb. 2 dienen (vgl. Schädle-Deininger; Wegmüller Seite 710 [kleine Veränderungen und Ergänzungen durch Schädle-Deininger]).

2020
INTERNATIONAL YEAR
OF THE NURSE AND
THE MIDWIFE

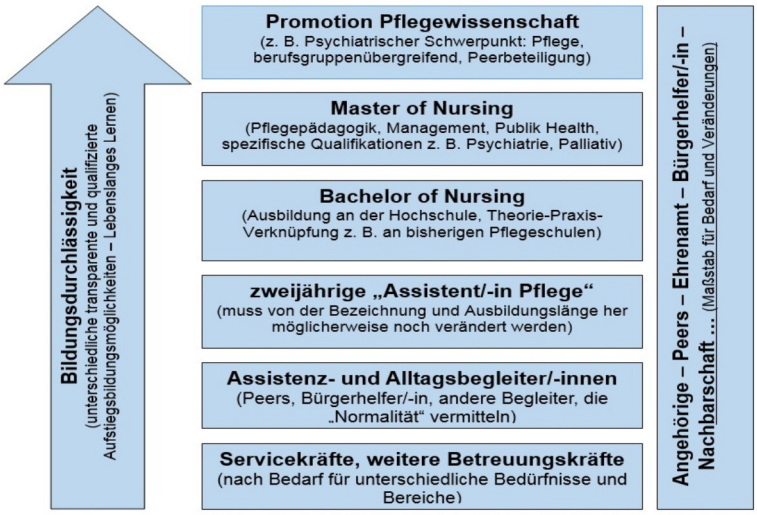


Abbildung 2 Mögliche Bildungsdurchlässigkeit und pflegerische Qualifikationsbedarfe

Ganz allgemein bedeutet „pflegen“ die Fähigkeit der Sorge um das Wohlbefinden und das menschliche Leben und ist in diesem Wortsinn eine mitmenschliche Tätigkeit in unterschiedlichem individuellem Befinden und persönlichen Lagen. Pflege als Beruf: benötigt die bereits erwähnten Faktoren wie eine menschlich-ethische Grundlage, fachliche, personale, soziale, methodische und personale Kompetenzen für das jeweilige Tätigkeitsspektrum sowie allgemeines und spezifisches Fachwissen auf dem neusten wissenschaftlichen Forschungsstand.

Das würde dann bedeuten, dass die Komplexität der Pflegesituation ausschlaggebend ist, wer mit welchem Qualifikationsgrad tätig wird. Aus meiner Sicht ist dabei zu vermeiden, dass eine Pflegesituation zersplittert wird, das bedeutet, dass in einer vielschichtigen und komplizierten Pflegesituation von der Fachpflegekraft (Pflegeexpertin) umfängliche pflegerische Aufgaben und Tätigkeiten übernommen werden, die zum Ziel haben einen Menschen umfassend (ganzheitlich) zu pflegen, damit personenorientierte Kontinuität möglich ist. Die Aufgabe professioneller Pflege ist es unter anderem therapeutisch wirksam zu sein. Dazu gehört, dass Pflegende eine humanistische Grundhaltung einnehmen, kontinuierlich ihr Tun reflektierend überprüfen und sich ihrer (therapeutischen) Wirkfaktoren bewusst sind. Dazu gehört neben den pflegerischen Inhalten und Erkenntnissen das Wissen um das Einsetzen spezifischer Methoden und die Bedeutung wie Beziehungen gestaltet werden. Selbstfürsorge und Kenntnisse von Übertragung und Gegenübertragen sind im Zusammenhang der eigenen Gefühle und Befindlichkeit zentraler Aspekt im Alltag des pflegerischen Handelns. Diese Inhalte müssen ganz selbstverständlich Gegenstand und Inhalte von Aus-, Fort- und Weiterbildungen bzw. Studiengänge der Pflege sein. Die nachfolgende Tab. 3 soll dies verdeutlichen. Dort werden allgemein pflegerische Zugangswege zum Patienten mit psychotherapeutischen Wirkfaktoren vergleichen.

Pflegerische Zugangswege	Bemerkungen	Therapeutische Wirkfaktoren (nach Grawe 1995)
Körpernaher Zugang	Kontaktaufnahme und Gestaltung von Beziehungen vollzieht sich in der Pflege bedürfnisorientiert sowie individuell und beziehen das soziale Umfeld mit ein, dabei stehen Pflegenden viele Möglichkeiten zur Verfügung, auch komplementäre Pflegemethoden.	Therapeutische Beziehung
Gemeinsames Tun	Dient als Möglichkeit Ressourcen beim Betroffenen zu erkennen, ihn in seinem Tun zu bestärken und den psychisch erkrankten Menschen zu aktivieren, dabei können Fähigkeiten und Fertigkeiten stabilisiert und Selbsthilfe aktiviert werden.	Aktivierung der Ressourcen des Patienten
Konversation	Über allgemeine Gespräche, Unterhaltung und Meinungsaustausch mit dem einzelnen Betroffenen und in Gruppensituationen erfahren wir viel über die Wirklichkeit des Einzelnen und seine alltäglichen Probleme, der Betroffene schildert seine Sicht als Ausgangspunkt.	Aktualisierung der Probleme in möglichst realen Situationen
Problemorientierter Zugang	Stellt die inneren und äußeren Konflikte des Betroffenen in den Mittelpunkt, in dem Gefühle und Beobachtungen ausgesprochen werden und gemeinsam nach Lösungen auf unterschiedliche Weise gesucht wird.	Klärung der Bedingungsfaktoren
Medizinnaher Zugang	Bewältigungsstrategien sind unterschiedlich, oft muss ein Umweg gesucht werden, um den einzelnen Menschen bei der Bewältigung seiner Probleme zu unterstützen, z. B. über Erklärung von Untersuchungen, Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten oder auch Vitalkontrollen.	Unterstützung bei Problembewältigung

Quelle: Schädle-Deininger (eigene Darstellung) in Anlehnung Schädle-Deininger/ Villinger 1996

Abbildung 3: Vergleich der pflegerischen Zugangswege mit psychotherapeutischen Wirkfaktoren

Wenn sich professionell Pflegende bewusst sind, welche eigenständigen theoretischen Grundlagen sie zur Verfügung haben und wo sie Zusammenhänge mit anderen Erkenntnissen verbinden lassen, wird der Beruf wieder mehr Selbstbewusstsein entwickeln und attraktiver werden.

Wir Pflegende müssen darauf drängen, dass Aufgaben und Konzepte sich an dem ausrichten, was der einzelne erkrankte Mensch und sein soziales Umfeld brauchen, um fachliche Grundlagen und pflegerische Instrumente gezielt und flexibel einzusetzen. Es gilt aber auch gemeinsam solidarisch zu handeln und entsprechend aufzuklären.

Dass wirtschaftlich und ökonomisch gearbeitet werden muss, ist keine Frage. Trotzdem sei an dieser Stelle erlaubt, die Frage zu stellen, ob ein Gesundheits- und Sozialwesen überhaupt mit privatwirtschaftlichen Mittel zu steuern ist. Eine Individualisierung von Leid, Krankheit und Soziales kann keine Lösung sein.

Nur so viel: Pflege muss (berufs-)politisch Handeln, das heißt: sich informieren, reflektieren und Standpunkt einnehmen, gleich ob es sich um aktuelle Gesetzgebung und Reformen im Gesundheitsbereich handelt oder um sozialpolitische Veränderungen. Pflegende müssen sich der individuellen und berufspolitischen Verpflichtung bewusst sein, das bedeutet hinsichtlich ihrer ethisch-moralischen und bürgerlichen Verantwortung aktiv Stellung beziehen und in Gremien und Gruppen aktiv mitarbeiten.

Politische Fragmente

Professionelle Pflege ist abhängig von politischen Strömungen und die immer noch aktuellen Argumentationen ziehen sich schon seit Jahren durch das Gesundheitswesen. Die Meldungen in Zeitungen und Nachrichten suggerieren uns seit Langem, dass wir ohne radikale Einschnitte im Gesundheits- und Sozialwesen nicht auskommen und dass das, was durch Einzelpersonen vorgeschlagen und in politischen Gremien in dieser Hinsicht beschlossen wird, nicht zu umgehen, also alternativlos (Unwort des Jahres 2010) sei zu unser aller wohl dient und unsere künftigen sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse und Pflegebedürftigkeit absichert. Sätze wie „Es gibt keine Alternativen in Zeiten von knappen Kassen“ oder „das teuerste sind die Personalkosten, dies lässt keine anderen Möglichkeiten zu als dort zu reduzieren und einzusparen“ aber auch „unser Gesundheits- und Sozialsystem ist zu teuer, das kann sich kein Staat leisten“ sind an der Tagesordnung. Es handelt sich also um einen „alternativlosen“ Sachzwang.

Ist das ständige Vortragen von Sachzwängen und Zeitdruck von Management und Politik, und dass einem nichts anderes übrigbliebe als so zu agieren und zu handeln, wie man es tue, nicht ein Widerspruch von Politik, Demokratie und Führung? Deren Aufgabe doch – wenn ich mich richtig erinnere – darin besteht, zu beratschlagen, zu überlegen und auf der Grundlage des Nachdenkens, des Reflektierens, des Erwägens von Alternativen dann eine politische oder der Dienstleistung angemessene und dienliche Entscheidung zu treffen?

Inwieweit möglicherweise dadurch wieder Mehrkosten zu verzeichnen sind, weil ein pflegebedürftiger oder erkrankter Mensch weniger Gelegenheiten hat durch entsprechende Interventionen, Training und Alltagsgespräche sich besser mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen und auch Angehörige und Umfeld darin unterstützt werden – oder, wenn kranke Menschen in ihren Grundbedürfnissen nicht gut betreut und begleitet werden und dadurch immer wieder in Krisen geraten, bleibt unberücksichtigt. Dies alles ist bisher nicht ausreichend untersucht und fließt in der Regel nicht in Entscheidungen ein.

Die Bedingungen im Alltag haben Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sich mit ihrem Beruf identifizieren, längst unzufrieden gemacht. Sparmaßnahmen, Einengung der Handlungsspielräume oder auch Personalreduktion haben viele Professionelle in den Pflegeberufen resignieren lassen oder zumindest in ihrer Motivation sehr gebremst und herabgestimmt. Innere Kündigungen der pflegerischen Mitarbeiter sind oft die Folge und haben sowohl Auswirkungen auf hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen als auch auf ihre Angehörigen und auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Sind wir wirklich von den bisher praktizierten strukturellen, die Situation angeblich reformierenden Maßnahmen und Gesetze überzeugt, vor allem diejenigen, die täglich in Krankenhäusern, Alteneinrichtungen, in sozialen Brennpunkten oder mit chronisch kranken Menschen zu tun haben?

Der Begriff „Qualität“ wurde erst dann zu einem Gesetzesbegriff, als es mit den Spar-Reformgesetzen begann. Erstmals wurden Maßnahmen der Qualitätssicherung mit der Gesundheitsreform von 1989 in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch die §§ 135 bis 139 SGB V für die

wichtigsten Gesundheitsleistungen verbindlich eingeführt. Bisher ging ich davon aus, dass „re-“ für „zurück“ steht und „formatio“ für „Gestaltung, Wiederherstellung“, also im politischen Kontext für eine größere, sukzessive, planvolle und gewaltlose Umgestaltung und Verbesserung der bestehenden Verhältnisse.

Im Zuge des rigorosen Sparens verformt das betriebswirtschaftliche Renditedenken das Handeln, pflegerische Inhalte werden so zu Rechengrößen, Zuwendung und individuelle Hilfeleistungen spielen eine untergeordnete Rolle. Es wird geglaubt, dass man durch mehr Standards, Vorgaben, technokratisches Vorgehen den Mängeln gerecht werden kann. Diese können eine Hilfe oder Unterstützung sein. Pflege orientiert sich jedoch immer am Bedarf und an den Bedürfnissen des einzelnen auf Pflege angewiesenen Menschen.

Ausblick

Die Pflege hat in den letzten Jahren immer mehr theoretische und wissenschaftliche Grundlagen für die Basis des täglichen Handelns geschaffen. Beispielsweise werden die pflegerischen Aufgaben mehr definiert und die Eigenständigkeit postuliert. Doch in der alltäglichen Praxis spielt das häufig eine sehr untergeordnete Rolle. Dies wiederum macht gerade die engagierten pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen enorm unzufrieden.

Da sich professionelle Pflege an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige, sowie an Behinderte und Gesunde richtet und auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden beruht, muss sie durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme geprägt sein, die dem einzelnen auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen die Entfaltung von Ressourcen oder Wohlbefinden ermöglicht und ihn auch im Sterben begleitet.

Die Komplexität der Kenntnisse in der Pflege, um den Alltag so gestalten zu können, beispielsweise, dass ein hilfebedürftiger Mensch umfassend gesehen, in seinen alltäglichen Bedürfnissen und Selbstpflegedefiziten gezielt betreut, begleitet und gepflegt werden kann, wird häufig von Gesetz- und Geldgebern nicht oder nicht ausreichend gesehen.

Hier müssen selbstbewusste und engagierte professionell Pflegende die Mängel und Lücken aufzeigen und sich für mehr berufliche Eigenständigkeit einsetzen, damit Pflege den komplexen Anforderungen gerecht wird. Entscheidungskompetenzen, Verantwortung und Berufsautonomie sind die Basis.

Fazit

Dass gesundheits- und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen sich auf die professionelle Pflege und deren Handeln auswirken, ist keine Frage. Wichtig ist, dass im Pflegeberuf der professionell-fachliche und der staatsbürgerliche Verantwortungsbereich zusammengehören und dass beides gelebt wird. Das bedeutet beispielsweise die Pflicht Fehlentwicklungen oder Versorgungslücken rechtzeitig erkennen und gemeinsam, aktiv verantwortlich mit anderen dem entgegenzuwirken.

Wenn die professionelle Pflege (wieder) mehr an Gewicht gewinnen will, müssen wir für die Zukunft bedenken:

- Nur mündige Fachkräfte können ihre Fachkenntnisse gezielt anwenden und partnerschaftlich sowohl mit Betroffenen und Angehörigen als auch mit anderen Berufsgruppen in einem demokratischen Miteinander arbeiten!
- Die Kultur zwischenmenschlicher Beziehungen muss verteidigt werden, denn sie kann nicht durch das Managen von Kontakten ersetzt werden.
- Unsere Pflicht und Verantwortung ist es, an die Öffentlichkeit zu gehen, um darauf aufmerksam zu machen, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine professionelle und menschlich gute Pflege

Autorin

Hilde Schädle Deininger

Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachautorin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

schaedle-deininger@t-online.de

zu machen ist!

- Genauso wie pflegebedürftige Menschen haben auch Pflegende in dieser Gesellschaft keine oder wenig Lobby, deshalb müssen Pflegende sich zu Wort melden, sich organisieren und klar definieren, wohin sie wollen!
- Professionell Pflegende müssen aufgrund ihrer Verantwortung die eigenen Aufgaben überdenken und sich gesellschafts-, sozial- sowie gesundheitspolitisch, aber auch berufspolitisch positionieren!
- Politisch zu handeln macht solidarisch und ermöglicht einen aufrechten Gang!

Literatur

Grawe, K.: Psychologische Therapie, 1998, Hogrefe Göttingen

Robert-Bosch-Stiftung: Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, 2000 Schattauer Stuttgart

Schädle-Deininger, H.; Villinger, U.: Praktische Psychiatrische Pflege – Arbeitshilfen für den Alltag, 1996, Psychiatrie Verlag Bonn

Schädle-Deininger, H.; Wegmüller, D.: Psychiatrische Pflege – Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium, 2017, Hogrefe Bern

Wittneben, K.: Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Wissenschaft und Didaktik. In Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege, 3. Europäisches Osnabrücker Kolloquium, 999, Hans Huber Verlag Bern

(C) Goran Andric

Wie gut, dass es Sie gibt

Liebe Kolleginnen und Kollege!

Ein Virus hält die Menschheit in Atem, bestimmt unsern Alltag. Corona hat sich als unsichtbarer Herrscher gleichsam die Krone aufgesetzt, regiert nach seinen Gesetzten, verbreitet Angst, Krankheit und Tod. Wir hören von Szenarien, die wir eigentlich nur aus dem Geschichtsbuch kennen, es gab die Pest, die spanische Grippe – doch wir schreiben das Jahr 2020 und stehen fassungslos vor einer Bedrohung, die die Verantwortlichen aller Kontinente und Länder vor fast unlösbare Probleme stellt. Einschränkungen die uns alle treffen überschatten das Leben, Sorgen und Ängste breiten sich aus.

Was kann ich als 87jährige ehemalige Pflegefachfrau und Autorin eines Lehrbuches dazu sagen?

Zuerst drängt es mich, danke zu sagen, liebe Kolleginnen und Kollegen, für Ihren Einsatz in diesem Ausnahmezustand. Sie stehen seit Wochen im Brennpunkt eines Kampfes, in dem es wahrlich um Leben und Tod geht. Mein Dank ist getragen von Stolz und Genugtuung darüber, dass Sie da sind, dass Pflege das tut und tun kann, was ihr eigentlicher Kernauftrag ist: Die Sorge für die Menschen. Ich erinnere mich an ein altes, aus der Mode gekommenes Wort sich kümmern. Es ist ein wunderbares Wort, umfasst es doch alles, was uns heute so nottut: dem Menschen, dem bedrohten Menschen Mensch sein, ihm jene Würde zugesteht die ihm die die Gewissheit gibt, in guten Händen zu sein.

Sie stehen an vorderster Front und leisten in diesen ausserordentlichen Zeiten ganz selbstverständlich ihren Dienst. Das tun sie eigentlich immer, sie taten das vor der Pandemie und werden es auch danach weiterhin tun. Aber heute wird es offensichtlich, die Bedeutung Ihrer Arbeit wird be-

merkt - und das ist gut so.

Ich denke jetzt aber nicht nur daran, dass unser Beruf endlich als 'systemrelevant' ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt ist. Ich möchte Sie stattdessen an etwas erinnern, das in der Hektik des aktuellen Zeitgeschehens fast untergegangen ist, für die Pflege aber ein historisches Ereignis ist und bleibt: Die Pflege schreibt Geschichte! Unabhängig und noch vor dieser weltweiten Krise hat die WHO das Jahr 2020 zum internationalen Jahr der Pflege erklärt. Sie tat dies im Zusammenhang mit dem 200. Geburtstag von Florence Nightingale.

Unterdessen aber zeigt sich das Jahr der Pflege in seiner unvorhergesehenen Herausforderung doch eher als ein Jahr für die Pflege. Die Corona-Pandemie hält die Welt in Atem – sinnbildlich könnte man sagen: sie droht der Welt, den Atem zu nehmen - und fordert damit das Gesundheitswesen aufs äusserste. Die Pflege steht mitten drin und die Welt weiss, dass ohne sie nichts mehr geht. Und Sie, die Pflegenden, halten die Stellung dort, wo sie direkt oder indirekt gebraucht werden, ja unverzichtbar sind. Sie tun, was ihrem Berufsethos entspricht. Sie tun ihr Möglichstes im Einsatz für diese Menschen, sie tun genau das, was auf der vordersten Front, den Intensivstationen, im Spital, genauso wie im Pflegeheim oder im ambulanten Dienst getan werden muss, ausgerüstet mit hohem Fachwissen und menschlichem Gespür. Nebenbei gesagt – Sie tun, was Sie schon immer getan haben.

Florence Nightingale kann stolz sein. Sie, die Begründerin der modernen Krankenpflege, ist uns bekannt als liebend-sorgende Dame mit der Lampe. Sie erlebte den Krimkrieg und pflegte im Lazarett die verwundeten Soldaten. Unvergesslich in die Geschichte eingegangen ist ihre Art der Fürsorge: Sie trägt die Lampe des Trostes in das Grauen von Leiden und Sterben.

Florence Nightingale war eine Kämpferin, sie hat erfahren, dass gerade in einer Welt, die durch Krisen und Katastrophen erschüttert wird, ungeahnte Kräfte wachsen und Neues gestaltet werden kann.

Vielleicht ist es das, was ich für mich in früheren Jahren als Leidenschaft für das Mögliche bezeichnet habe. Ich habe nie eine Pandemie erlebte, nie in einer Situation gestanden wie Sie es jetzt sind – aber ich habe immer an den Wert und an den gesellschaftlichen Nutzen jener professionellen und selbständigen Pflege geglaubt, nach der die Landesregierungen heute rufen und die kranke Menschen brauchen.

Liebe Berufskolleginnen und -kollegen, ob Sie nun direkt oder indirekt von der Corona-Welle betroffen sind: Sie leisten in diesen Wochen und Monaten Grosses. Die Öffentlichkeit nimmt die Bedeutung der Pflege in ihrer Komplexität und ihrer hohen Verantwortung wahr. Das stärkt unsern Beruf.

Ich selbst gehöre jetzt zu den Risikogruppen, mein Beitrag ist das konsequente Daheimbleiben, was mir äusserst schwerfällt. Mich mit Ihnen im gleichen Boot zu wissen, schenkt mir ein gutes Gefühl der Zusammengehörigkeit.

In diesem Sinn möchte ich mit Ihnen ein Symbol teilen, das mich selbst durch viele Lebenskrisen begleitet hat, den Leuchtturm.

Sie stehen, wie Leuchttürme, mitten in der Brandung dieser Zeit. Sie sind unverzichtbare Nothelfer, geben Orientierung, und Sicherheit, spenden Trost in unruhigen Zeiten, retten Leben wo die Bedrohung am grössten ist. Doch wem nutzt der Leuchtturm, wenn die Lampe nicht brennt, weil der Energieträger erschöpft aufgegeben hat. Wir wissen es – und hier liegt die Bedeutung für uns alle: Pflege und Selbstpflege müssen sich die Hände reichen, denn nur ein gut gewarteter Leuchtturm - nur gesunde Pflegende – können bewirken, was das Gesundheitswesen braucht

In einer guten Sorge mit- und füreinander schaffen wir Zukunft. Vertrauen wir dem Leben, von dem dieser aussergewöhnliche Frühling auch erzählt. Die aufbrechenden Blüten lassen uns hoffen , dass jede Krise neuem Leben zustrebt. Was jetzt gilt: bleiben Sie gesund, pflegen Sie das Leben, auch ihr eigenes.

In herzlicher Verbundenheit

Ihre Sr. Liliane Juchli

Autorin

Sr. Dr. Liliane Juchli
Gesundheits- und Krankenschwester, Ordensschwester der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz, „Botschafterin der Krankenpflege"

Gedanken zu Florence Nightingales „Bemerkungen zur Krankenpflege“

„Die Kunst besteht darin, sein Wissen anzuwenden und gleichzeitig das Befinden des Einzelnen sowie seine Gegebenheiten in Einklang zu bringen und gemeinsam zu handeln“

Am 12. Mai 2020 wäre Florence Nightingale 200 Jahre alt geworden. Sie wird sicher zurecht als die Begründerin der modernen Krankenpflege in Westeuropa beschrieben. Mit ihren „Bemerkungen zur Krankenpflege“ hat sie Spuren hinterlassen, die bis in die Gegenwart rezipiert werden sollten. Hilde Schädle-Deininger und Christoph Müller wagen es, die Ideen in die heutige Pflege zu übertragen.

„Es ist unmöglich, mit einem Buch einer Person, die für Kranke verantwortlich ist, beizubringen, wie man Kranke pflegt. Genauso unmöglich ist es, ihr beizubringen, wie man organisiert“ (Nightingale, 2019, S. 23).

Christoph Müller: Die Gefahr, die beiden Sätze zu überlesen, ist groß. Sie klingen so banal. Dabei zeigt sich bei näherem Hinschauen, dass Sprengstoff in diesen einfachen Sätzen steckt. Es sind nicht die Worte, an denen Menschen erkennbar sind. Es sind die Taten. Die innere Haltung, mit denen jemand einen Menschen pflegt, lässt sich zwar über die Lektüre von Fachliteratur erarbeiten. Doch die Feuerprobe zeigt sich in der konkreten Umsetzung. Die Feuerprobe zeigt sich in den unterschiedlichen Settings, in denen Pflegende heilsam wirken.

Oft ist mir in meiner pflegerischen Arbeit der Spiegel vorgehalten worden. Tue Deinem Nächsten nicht, was Du selbst nicht ertragen willst. Als jemand, der in der psychiatrischen Pflege tätig ist, begegne ich oft „herausforderndem Verhalten“. Schnell bin ich geneigt, demjenigen, der sich auffällig zeigt, böse Absichten zu unterstellen. Folglich habe ich besonders in den frühen Jahren erlebt, dass Menschen mediziert worden sind oder ihnen die Freiheit entzogen worden ist. Natürlich will ich dies nicht selbst erleben. Es ist ein langer Weg gewesen, alternative Reaktionsweisen für mich ganz persönlich zu erarbeiten.

Was ist in diesem Zusammenhang bedeutsam gewesen? Ich habe Menschen erlebt, die mir auf ganz unterschiedliche Weise vorgelebt haben, wie ich mit Menschen umgehen sollte, deren Seelen aus der Balance geraten sind. Am Modell habe ich mich reiben und erproben können.

Hilde Schädle-Deininger: Ich erinnere mich an die Aussage einer Stationsschwester auf dem Heidelberger Internationalen Fortbildungskongress für Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter in der Nervenheilkunde 1970 oder 1971, bei dem Themen wie „akademische Pflegebildung“ oder unterschiedliche „Bildungsgrade“ zur Sprache kamen: „Wir brauchen Mitarbeiter, die anpacken und keine, die unnötig diskutieren und damit Zeit verschwenden“. Einzelne Pflegende, die die Auseinandersetzung anstoßen wollten, wurden häufig als praxisfremd abgetan. Es brauchte bis in die jüngste Zeit, um diese Inhalte breit zu diskutieren.

Wir haben in Arbeitskreisen noch Anfang der 1990er Jahren gewitzelt, dass der Trend auch in der Pflege zum Zweitbuch geht. Es war für Arbeitgeber nicht selbstverständlich Fachliteratur zur Verfügung zu stellen, geschweige denn für die einzelne Krankenschwester oder -pfleger üblich, eine Fachzeitschrift zu abonnieren. Lehrbücher waren in der Regel, im Gegensatz zu den angloamerikanischen Ländern, von Ärzten geschrieben. Das hat sich inzwischen gravierend verändert und ich hoffe, dass sich die Pflegeliteratur weiter vermehrt!

Dankbar bin ich dafür, dass mir schon früh in meinem beruflichen Tun durch unterschiedliche Begegnungen deutlich wurde, wie wichtig eine gute und fundierte Ausbildung und wie zentral lebendlanges Lernen ist.

„Auf jeden Fall kann man sicher sagen, daß eine Krankenschwester nicht alles auf einmal und zur selben Zeit machen kann: sich um den Kranken kümmern, die Tür öffnen, ihre Mahlzeiten einnehmen, eine Nachricht überbringen. Trotzdem scheint die Person, die Verantwortung trägt, niemals der Tatsache ins Gesicht zu sehen, daß so etwas unmöglich ist“ (Nightingale, 2019, S. 25).

Hilde Schädle-Deininger: Was passiert, wenn sich morgens herausstellt, dass zu wenig Pflegende im Dienst sind, die Ergotherapie ausfällt usw. Die verbliebenen Mitarbeiter*innen der Pflege richten das schon. Pflegerische Gruppen fallen aus, das gemeinsam mit Frau Schmidt in ihre Wohnung zu gehen, um die Entlassung vorzubereiten wird verschoben, die Bezugspflegegespräche fallen kurz aus usw.

Professionelles pflegerisches Handeln setzt voraus, dass deutlich wird, wann „gefährliche Pflege“ stattfindet. Hier soll nochmals Florence Nightingale zu Wort kommen: „[…] Unzureichende Maßnahmen wie der Versuch ‚immer selbst zur Stelle zu sein‘, verstärken die Angst des Patienten, anstatt sie zu vermindern. Sie sind nämlich zwangsläufig unzureichend“ (S. 26).

Das Spannungsfeld zwischen die Station, den Alltag „am Laufen zu halten“ und des Handelns beruflicher Pflege wird im Alltag zu wenig diskutiert und praktikable Lösungen für Notfälle gesucht. Hier sind im Alltag mehr berufsübergreifende Resultate gefragt.

Christoph Müller: Als Pflegende spielen wir nicht bloß die Rolle

(C) PinkSony - Florence Nightingale Memorial

des Mädchen für alles. Das Bedenkliche daran ist, dass wir die Rolle gerne ausfüllen. Für viele unter uns ist das Gefühl wichtig, gebraucht zu werden. Dafür gehen wir alle oft an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit. Dafür vergessen wir oft nicht nur die Selbstsorge. Wir ziehen Menschen aus dem eigenen Umfeld mit in den Strudel der Selbstvergessenheit, vernachlässigen soziale Kontakte, geben möglicherweise der eigenen Familie nicht den Raum, der ihr zusteht.

Selbstsorgend mit sich umzugehen ermöglicht ein gelingendes Auf-den-Anderen-Zugehen. Wenn ich meine Kräfte einteile, dann wird es mir auch gelingen, mit meinem Nächsten zu erarbeiten, was Selbstsorge individuell bedeuten kann. Oft glaube ich, dass es uns nicht gelingt, weil wir uns darauf begrenzen, uns um vieles und möglichst alles zu kümmern.

Oder auch anders gedacht: In diesen Zeiten sprechen wir viel von Pflegefachlichkeit. Es erweckt immer wieder den Eindruck, dass ein Schlagwort in das eine oder andere Gespräch geworfen wird. Es geht häufig nicht zwingend darum, die eigene Fachlichkeit zu zeigen, sondern um ein Mithalten im Konzert der Professionen. Dabei würde es dem eigenen Beruf und dem eigenen Auftreten Kontur geben, Eigenverantwortlichkeit zu zeigen.

„Eine Krankenschwester sollte nichts anderes tun als zu pflegen. Wenn man eine Putzfrau will, so nehme man eine. Die Krankenpflege ist ein Spezialgebiet“ (Nightingale, 2019, S. 28).

Christoph Müller: Eine ganz alltägliche Szene auf einer Station. Die Assistenzärztin oder der Assistenzarzt ist mit den Blutentnahmen fertig. Auf der Arbeitsfläche herrscht ein völliges Durcheinander. Die Medizinerin, der Mediziner verlässt die Szene mit dem einfachen Satz: „Ich habe alles erledigt“. Die Szene erscheint banal. Viele werden einwerfen, dass diese Zeiten vorbei sind. In der pflegerischen Praxis kommen solche Szene häufiger vor als wir dies glauben wollen, da bin ich sicher. Geradezu reflexhaft räumen daraufhin Pflegende die Arbeitsfläche auf.

Als pars pro toto steht eine solche Szene. Jede Pflegende, jeder Pflegende wüsste unzählige Situationen zu erzählen, die vergleichbar funktionieren. Schade eigentlich. Als Pflegende haben wir eine eigene Fachlichkeit. Ich erlebe mich in keiner Abhängigkeit zu einer anderen Berufsgruppe. Wenn ich mit Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht waren, ins Fußballstadion gegangen bin, so konnte ich klarmachen, dass dies eine psychosoziale Aktivität mit einem ganz eigenen Profil ist, bei der ich soziales Verhalten mit den Betroffenen erproben und reflektieren konnte. Dies muss ich nicht in Abhängigkeit von anderen Berufsgruppen machen. Wenn sich in der Palliativpflege Pflegende ans Bett setzen, ein längeres Gespräch führen, so ist dies Alltagunterstützung, Alltagsbewältigung im Hier und Jetzt.

Hilde Schädle-Deininger: Krankenpflege als Spezialgebiet, als Beruf basiert auf dem sicheren, fachlichen und korrekten Ausüben der pflegerischen Tätigkeiten im alltäglichen Zusammenhang. Dazu benötigt professionelle Pflege menschliche und ethische Grundlagen sowie personale, soziale und fachliche sowie methodische Kompetenzen. Berufliche Identität und berufliches Engagement sind schwer voneinander zu trennen, da beide abbilden, wie sich der/die Einzelne auf seine/ ihre Arbeit bezieht und wie sie/er subjektiv Arbeitsprozesse erlebt und gestaltet. Das Spannungsfeld pflegerisch-berufliche Identität zwischen Selbstverwirklichung und den Anforderungen der Gesellschaft bilden die jeweils eigenen Maßstäbe, die kontinuierlich reflektiert und gegebenenfalls angepasst werden müssen. Die Bedeutung des subjektiven Erlebens sowie der Realitätsüberprüfung sind wichtige Elemente in der Berufsausübung.

Im Alltag ermöglicht eine umfassende Handlungskompetenz angemessenes Tun in einer bestimmten Situation. Wenn Pflege nichts anderes tun soll als pflegen, bedeutet dies sich der pflegerischen Konzepte, theoretischen Grundlagen und Erkenntnisse der (Pflege-)Wissenschaft zu bedienen und mit diesen zum Behandlungsprozess sowohl im (teil-) stationären, ambulanten und komplementären Bereich beizutragen.

„Unzureichende Maßnahmen wie der Versuch, „immer selbst zur Stelle zu sein“, verstärken die Angst des Patienten, anstatt sie zu vermindern. Sie sind nämlich zwangsläufig unzureichend“ (Nightingale, 2019, S. 28).

Hilde Schädle-Deininger: Die Balance zwischen zu viel und zu wenig Hilfestellung, Unterstützung und Begleitung wird immer wieder neu abzuwägen und vor allem zu begründen sowie zu verantworten sein. Patienten haben das Recht auf Autonomie und Selbstständigkeit und es ist eine zentrale Aufgabe professioneller Pflege, dies zu fördern und zu fordern. Von daher ist im Alltagshandeln Rechenschaft darüber abzulegen, warum ich jemanden etwas abnehme und ihn nicht dabei unterstütze, es selbst zu tun.

Das gemeinsame Aushandeln, was der einzelne erkrankte Mensch an pflegerischer Hilfe braucht und die regelmäßige Reflexion über den „Nutzen“ der Pflege sowie die Intensität der Betreuung und Begleitung muss selbstverständlicher Bestandteil der Pflegebeziehung sein.

Abhängigkeit verhindert soziales Lernen und stärkt möglicherweise das Selbstbild des/der Patient*in, hilflos und unselbstständig zu sein. Damit verstärken wir das geringe Selbstwertgefühl und häufig auch die Angst, etwas Neues auszuprobieren. Auch wenn wir den zeitlichen und persönlichen Spielraum von Patienten unbegründet einengen kann das Gegenüber die Arbeitsbeziehung nicht nach seinen Bedürfnissen mitgestalten. Eine konstruktive Arbeitsbeziehung lebt von gegenseitiger Akzeptanz und der Anerkennung von Expertentum aus Erfahrung und Fachlichkeit.

Christoph Müller: Einen anderen Gedanken will ich gerne in den Austausch einbringen. Bedeutung hat für mich der Eigensinn eines Menschen. Im persönlichen Umfeld habe ich einmal erlebt, dass eine pflegebedürftige Person die Autonomie bei Entscheidungen sprichwörtlich bis auf die Knochen verteidigt hat. Die Person lebte bereits in einem Pflegeheim. Sie litt über Jahrzehnte an einer entzündlichen Rheuma-Erkrankung. Die Mobilität war stark eingeschränkt. Bei einem Krankenhausaufenthalt wurde erst ein Bein, dann das andere Bein amputiert. Als jemand aus der Familie den Kontakt zu den behandelnden Medizinern suchen wollte, wurde dies durch die betroffene Person untersagt. Schwierig wurde es für die Angehörige, den Angehörigen, als Menschen aus dem Freundeskreis der betroffenen Person mit der Moralkeule kamen. Das Unterlassen von Unterstützung, das Sich-nicht-Sorgen stand im Raum und musste ausgehalten werden.

Aus dem professionellen Kontext geht es ja nun auch oft um Akzeptanz. Wenn eine Frau oder ein Mann aus dem Obdachlosenmilieu auf einer psychiatrischen Station aufgenommen wird, dann scheint es oft das erste Ziel professionell Pflegender zu sein, diesen Menschen unter die Dusche, seine Kleidung in die Waschmaschine und die Medikation in den Körper zu bekommen. Dabei haben wir es ja dann mit Menschen zu tun, die nicht nur schwer chronisch erkrankt sind – seelisch wie körperlich. Diese Menschen brauchen Zutrauen, ein Herantasten derjenigen, die sich um sie sorgen. Dies kann ich pflegefachlich begründen, ich muss es halt auch wollen. Und ich muss aushalten (wollen), dass mein Gegenüber eine andere Geschwindigkeit wünscht als ich es mir vorstelle.

„Patienten sind gezwungen, sich gegen ihre Krankenschwestern zu wehren“ (Nightingale, 2019, S. 32).

Christoph Müller: Wenn Patienten gezwungen sind, sich gegen die Pflegenden zu wehren, dann stimmt etwas nicht. Wir wundern uns in der häuslichen Umgebung, noch mehr im klinischen Umfeld, wenn Menschen herausforderndes Verhalten zeigen. Auffälliges Verhalten zu zeigen ist eine Ressource, wie ich glaube. Denn im Grunde ist es sicher als existentieller Ausdruck von Emotionen der Menschen zu verstehen, die sich häufig nicht anders zu helfen wissen. Sie machen auf sich aufmerksam. Diejenigen, die das Problem mit herausforderndem Verhalten haben, sind die Menschen im Umfeld.

Pflegende sind bekanntlich auf sehr eigene Weise sozialisiert. In Zeiten Florence Nightingales ist dies noch viel häufiger gewesen. Geradezu militärischer Gehorsam wird in einem viktorianischen Herrschaftssystem verlangt, wie es einmal ein Freund von mir ausgedrückt hat, der nun gar nichts mit dem Gesundheitssystem zu tun hat – es sei denn, er ist Patient. In diesem System liegt es natürlich nahe, selbst Erfahrenes an diejenigen weiterzugeben, um die sich eigentlich gesorgt werden sollte.

Hilde Schädle-Deininger: Sich gegen etwas oder jemanden wehren müssen, bedeutet, dass ich mich bedrängt, bedroht oder in einer anderen Weise unwohl fühle. Wenn ich mich gegen eine Person wehren muss, dann erlebe ich ein Ungleichgewicht, vielleicht auch wenig Akzeptanz und Wertschätzung. Es kann auch sein, dass mich die Anforderungen des Gegenübers erdrücken oder nicht meinen Bedürfnissen entsprechen.

Im pflegerischen Beruf muss es immer darum gehen, dass ich mich auf den hilfsbedürftigen Menschen einlasse, seine Wirklichkeit als Ausgangspunkt nehme und mit ihm die Schritte gehe, die notwendig sind. Das kann auch gelegentlich in einer akuten Situation bedeuten, erst einmal für den Betroffenen zu handeln und mit ihm danach zu besprechen, warum in dem Moment keine andere Möglichkeit gesehen wurde und wie in ähnlichen Situationen künftig anders gehandelt werden kann.

„Man staunt über das Gesicht, mit dem Freunde – Laien wie Ärzte – hereinkommen und den Patienten mit Empfehlungen, das eine oder andere zu tun, beunruhigen. Dabei haben sie doch genausowenig Kenntnisse, was die Durchführbarkeit, oder sogar die Sicherheit für ihn betrifft, wie wenn sie jemandem körperliche Übungen empfehlen würden, ohne zu wissen, daß er ein Bein gebrochen hat. Was würde der Freund sagen, wenn er der behandelnde Arzt wäre und der Patient sollte seine Anordnungen mißachten, und die Empfehlungen des anderen annehmen, weil irgendein anderer Freund aufgetaucht ist, weil jemand, irgendjemand, niemand etwas, irgendetwas, nichts empfohlen hatte? Aber die Leute denken nie an so etwas“ (Nightingale, 2019, S. 67).

Hilde Schädle-Deininger: Das Gegenteil von gut ist gut gemeint (Erich Kästner). Diese Worte sind für die Pflege zentrale Grundlage im Alltagshandeln. Zwar ist der erste Eindruck einer Situation wichtig, er muss jedoch überprüft werden. Selbst- und Fremdwahrnehmung können extrem differieren und es bedarf einer Annäherung der unterschiedlichen Wirklichkeiten, um eine Beurteilung des Zustands oder des Zusammenhangs vorzunehmen. Helfen kann vor allem ein Perspektivwechsel, also sich in die Lage des Anderen versuchen zu versetzen.

Oft ist es im Alltag widersprüchlich, da wir gerade im psychiatrisch-psychosozialen Feld nicht alles faktisch und evidence-basiert erfassen und erklären können, sondern oft nach einem gangbaren Weg tasten müssen. Die Kunst besteht darin, sein Wissen anzuwenden und gleichzeitig das Befinden des Einzelnen sowie seine Gegebenheiten in Einklang zu bringen und gemeinsam zu handeln.

Christoph Müller: Ich will aus einer anderen Perspektive schauen. Mir sind Tugenden im Alltag wichtig. Mir sind die kleinen Dinge wichtig. Wenn es um das Tasten nach einem gangbaren Weg geht, dann ist es an mir, einer oder einem Betroffenen zuzuhören. Irgendwie geht es ja oft um die leisen Töne. Meine praktische Erfahrung ist es, wenn dort die Aufmerksamkeit liegt, erfahre ich eine Menge mehr als wenn ich Assessment-Bögen abfrage und ausfülle. Eine Tugend ist für mich auch, Zurückhaltung zu üben. Gerade in psychosozialen Handlungsfeldern können wir schnell der Verlockung erliegen, dass wir unserem Mitmenschen sagen, wo die Lösung ist, wo der Weg gewiesen werden kann. Diesem Reiz muss ich als professionell Pflegender widerstehen. Die Betroffene, der Betroffene muss ihren, seinen Weg selbst finden. In ihrer, in seiner Geschwindigkeit. Dies muss ich als helfender Mensch aushalten. Gleiches gilt für die Ambivalenzen, die jemand erlebt, wenn künftige Wege nicht klar sind.

Vor vielen Jahren habe ich einmal

better care

Pflegen Sie Ihr Fachwissen Psychiatrie

Für die Durchführung eines Medikamenten-Trainingsprogramms braucht es Pflegende, die auf die individuelle Einstellung und Vorgehensweise der Patient*innen eingehen können, ihre Sorgen und Widerstände ernst nehmen und gemeinsam mit ihnen nach tragbaren Lösungen suchen – auch für zu Hause, in der nachstationären Phase.
Mit dieser Handreichung können Pflegende die Zeit auf der Station nutzen, um mit Patient*innen den eigenverantwortlichen Umgang mit ihren Medikamenten zu üben.

160 Seiten inkl. Downloadmaterial, 25,00 €, ISBN 978-3-88414-937-9
eBook 19,99 €

Das Safewards-Modell bietet nicht nur eine Erklärung für die Entstehung und Eskalation von Konflikten auf Station, sondern auch konkrete Interventionen zu ihrer Prävention. Erfahrungen aus dem deutschsprachigen Raum zeigen die Praktikabilität für verschiedene Settings der Akutpsychiatrie, der Suchtbehandlung, der Forensik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, aber auch die Fallstricke bei der Implementierung. Safewards wird da erfolgreich umgesetzt, wo die verschiedenen Berufsgruppen einbezogen werden und die Leitung den Einführungsprozess unterstützt. Die Verbesserung von Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Milieu braucht das gesamte Team und die Patient*innen – sie kommt allen zugute.

192 Seiten inkl. Downloadmaterial, 25,00 €, ISBN 978-3-96605-043-2
eBook 19,99 €

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

gehört, dass in kommunikativen Situationen derjenige lenkt, der Fragen stellt. Ich habe dies nicht glauben wollen. Nachdem ich dies einmal erprobt habe, musste ich zugestehen, dass es richtig ist. Von einem Kollegen und Freund habe ich eine weitere Erfahrung in meine berufliche Praxis mitgenommen. Als Professioneller muss ich mich manchmal bremsen, zu viel aus meinem Leben, von meinen Verletzlichkeiten zu offenbaren. Trotzdem habe ich bei der Bewältigung von Krisensituationen Erfahrungen gemacht, die weitergegeben werden können. Eben weil sie gelingende Bewältigungsmuster waren. Er riet mir damals, dann von einem Onkel oder Cousin zu erzählen, obwohl die eigenen Erfahrungen gemeint sind. Dies ist oft geglückt. Und schon kann die Betroffene, der Betroffene eine Annäherung der unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten erleben. Oder etwa nicht?

„Noch einmal: Die Krankenschwester muß zwischen den individuellen Besonderheiten der Patienten unterscheiden. Der eine möchte gern all sein Leiden allein durchstehen und dabei so wenig betreut werden wie möglich. Ein anderer hat es gern, daß man ständig viel Aufhebens um ihn macht, ihn bemitleidet, und er immer jemanden um sich hat. Man könnte diese beiden Eigenschaften viel mehr beachten und ihnen nachgeben, als es der Fall ist“ (Nightingale, 2019, S. 79).

Christoph Müller: Wenn ich diese Gedanken Nightingales lese, so denke ich ganz zügig an die Autonomie des Einzelnen. Die einen betonen die Selbstbestimmung, andere scheinen sich in die erlernte Hilflosigkeit hineinfallen zu lassen. Als professionell Pflegender ist es meine Aufgabe, eine Balance hinzubekommen.

(C) sunsdesign0014

Diesen Gedanken zeigen natürlich auf, dass die Unterschiedlichkeit von Menschen zu einer Verschiedenheit von Bedürfnissen führt. Psychotherapeuten versuchen, mit den Betroffenen die Balance zu erarbeiten, indem sie nach den Ursachen für eine größere Bedürftigkeit schauen oder darüber nachdenken, weshalb jemand auf seinen Eigensinn pocht. Als Pflegende ist es unser Dienst am Menschen, das Hier und Jetzt mitzugestalten. In unmittelbaren, in konkreten Situationen müssen wir die Menschen auf dem Weg zur Eigenverantwortlichkeit unterstützen und die individuelle Unterstützung geben. Bewusst sein muss uns, dass es Menschen gibt, die die Eigenverantwortlichkeit nur sehr begrenzt erreichen werden. Zu chronifiziert ist ihr Leiden, ihre Vulnerabilität.

Hilde Schädle-Deininger: Die „beiden Eigenschaften“ mehr zu beachten, als gegeben vorauszusetzen und in den Pflegeprozess einzubeziehen heißt, die Bedürfnisse und Vorstellungen des psychisch erkrankten Menschen als Ausgangspunkt zu nehmen. Eigene Wege zu gehen und das eigene Leben zu gestalten, ist das Grundrecht eines jeden Menschen, auch wenn wir Entscheidungen und Verhalten nicht ohne weiteres verstehen.

Die Unterscheidung, die im Zitat von Florence Nightingale angesprochen wird, bedeutet jede individuelle Situation und jeden einzelnen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen als einmalig zu begreifen. Der Spagat zwischen „zu viel“ und „zu wenig“ pflegerischer Unterstützung muss uns permanent beschäftigen, so dass wir unsere Betreuung und Begleitung verändern und anpassen können und gleichzeitig wahrnehmen, wenn wir jemanden in einer kritischen Situation begründet auch Entscheidungen abnehmen (müssen).

Bei allem psychiatrisch-pflegerischen Tun spielt die Hoffnung, dass sich ein langandauernder Hilfebedarf mit der notwendigen Geduld und Anregung Neues auszuprobieren zu veränderndem Verhalten entwickeln kann, eine große Rolle. Es erfordert eine Haltung, immer wieder neu auf den Einzelnen neugierig zu sein, zu bleiben und gemeinsam aus der pflegenden Begleitung zu lernen.

Schlussbetrachtung

Florence Nightingale gilt zurecht als erste Pflegetheoretikerin. Uns ist einmal mehr bewusst geworden, welche Tradition die Pflege aufweist. Beim Schreiben sind wir immer wieder darauf gestoßen, dass viele Gedanken von Florence Nightingale im heutigen Pflegealltag durchaus Beachtung finden können und müssen, auch wenn wir uns einer anderen beruflichen Sprache bedienen.

Deshalb sollen an dieser Stelle Florence Nightingales wegweisende Bemerkungen zur Krankenpflege, „Notes on Nursing“ von 1860, also von vor 140 Jahren, besonders gewürdigt werden im Kontext ihres 200sten Geburtstags und zum internationalen Tag der Krankenpflege am 12. Mai eines jeden Jahres.

Die Zitate aus dem Buch „Bemerkungen zur Krankenpflege“ sind aus der Jahresgabe 2019 des Hogrefe-Verlags, mit dem den Autorinnen und Autoren für ihr publizistisches Engagement gedankt wird (ISBN 978-3-456-86038-1).

Autorin

Hilde Schädle Deininger

Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachautorin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

schaedle-deininger@t-online.de

Autor

Christoph Müller

Psychiatrisch Pflegender, Redakteur «Psychiatrische Pflege», Fachautor, Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

arscurae@web.de

Berufsstolz oder„...Bonuszahlung für Krankenpfleger. Ein wichtiges Signal an diesen Berufszweig – schließlich sind sie es, die uns alle wieder gesund pflegen.“

Open Dialogue

In einem assoziativen Zwiegespräch unterhalten sich Michael Bossle und Pascale Hilberger- Kirlum über unterschiedliche Aspekte des Begriffes Berufsstolz. Es bleibt die Frage zurück, ob sich womöglich der Begriff der Berufswürde nicht besser eignen würde. Der gesellschaftliche Blickwinkel sowie die Verletzlichkeit professionell Pflegender wäre damit ihrer Meinung nach besser wiedergegeben und die Zweischneidigkeit einer applaudierenden Gesellschaft differenzierter abgebildet.

Michael (M): Wenn Du an den Begriff Berufsstolz denkst, an was denkst Du spontan?

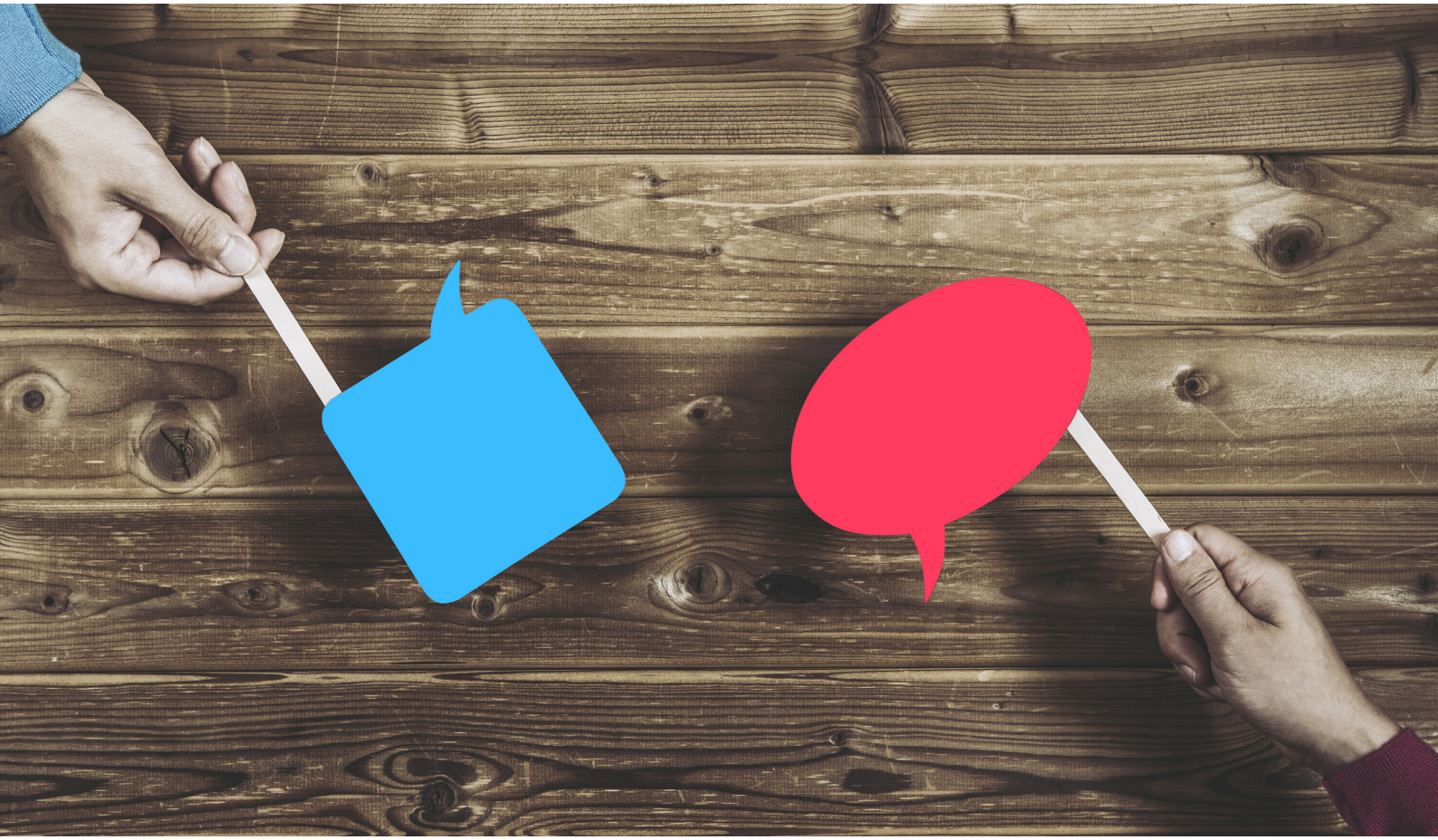
Pascale (P): Hilft mir klatschen?

M (lacht): Das ist gut.

P: Berufsstolz ist ein ambivalenter Begriff. Er hängt einerseits eng mit Lob- und Kritikkultur im Berufsfeld zusammen. Und andererseits gehen gleich noch weitere Denkfelder assoziativ auf, wie zum Beispiel sollen Pflegekräfte Berufsstolz entwickeln? Gibt unser Pflege-Bildungssystem das her? Und die berufssoziologische Perspektive, ist das gesellschaftlich überhaupt erwünscht?

M: Mir fällt dazu ein, dass ich Stolz mit Ehre assoziiere. Das macht mir Unbehagen. Aus historischer, wie professioneller Sicht. Denn denke ich an Ehre, dann auch an Würde. Wenn ich an Würde denke, denke ich aber auch gleichzeitig an Kränkung. Ich finde die Medaille hat immer auch eine Kehrseite und Begriffe sind ja auch nie eindeutig im Verständnis.

P: Ja! Stolz und Kränkung liegen nah beieinander! Es gab nach der Veröffentlichung der Berufsordnung der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz auch einen Shitstorm in den sozialen Medien,



(C) beeboys

weil dort der Begriff der Ehre aufgetaucht ist und viele das kritisch sahen.

M: Aber bleiben wir doch nochmal bei der Ambivalenz, die Du zu Beginn erwähnt hast, wenn wir an Berufsstolz denken – wir haben hier doch politische, historische und professionsspezifische Zweifel, die sich aufwerfen. Steckt darin nicht auch Zündstoff oder auch Sprengkraft? Sollten wir uns nicht damit auseinanderzusetzen, auf diesen unterschiedlichen Ebenen?

P: Unbedingt! Das hat ja etwas was mit dem Selbstbild der professionell Pflegenden zu tun: darf ich als Pflegekraft Stolz empfinden? Und darf ich diesen äußern und wenn ja in welcher Form? Wie wird im Team zum Beispiel damit umgegangen? Ist da Akzeptanz vorhanden oder läuft man nicht Gefahr in eine Neiddebatte abzugleiten? Berufsstolz als Folge von Anerkennung und Wertschätzung aus professioneller Sicht, seitens des einzelnen Berufsangehörigen oder der ganzen Berufsgruppe, kann doch sehr unterschiedlich aussehen. Stolz als Emotion: ist das erwünscht und zulässig? Und gibt es da Gegenspieler? Gibt es Zusammenhänge mit den wahrgenommenen Abwertungs-bzw. Deprofessionalisierungstendenzen?

M: Ich finde das interessant, dass Du frägst, ob es ein kollektives Verständnis von Berufsstolz gibt und dass es wohl auch eines gibt, das individuell ist. Da taucht für mich dann die Frage auf, ob sich Berufsstolz „verordnen“ lässt? Du hast ja auch die Berufsordnung von Rheinland-Pfalz erwähnt. Da taucht der Gedanke ja explizit auf.

P: Geht es denn nicht darum Bedingungen zu schaffen, die es den Pflegenden ermöglichen gute Leistungen zu erbringen und darauf stolz sein zu dürfen?

M: Also diese Selbstwirksamkeitserlebnisse den Pflegenden bewusst und zugänglich zu machen, zu spiegeln oder Rituale dazu zu schaffen? Dass die Pflegenden dazu auch selbst eine Art „Kultur“ entwickeln?

P: Ja absolut Man sieht doch was in dieser Pandemie passiert. Es sind Extreme. Dieser rasche Schwenk von ‚beklatscht werden‘ zu ‚eine Klatsche‘ bekommen. Man sehe sich nur mal die Stigmatisierung von Pflegenden an, wenn sie in ihren Mietshäusern beschimpft werden oder am Einkaufen gehindert werden.

M: Ich meine daran sieht man doch auch schön, dass der Begriff Stolz eher auf eine falsche Fährte führt und der Begriff der Würde oder entsprechend Entwürdigung eher angebracht wäre. Aber nochmal zurück zur Ambivalenz im Zusammenhang mit dem Begriff des Berufsstolzes: wenn ich es recht verstehe, dann kann Stolz auch so interpretiert werden, dass er etwas sein kann für das man sich schämen muss? Also so im Prinzip wie „jemand ist sich zu stolz etwas zu tun“... läuft dann der - oder diejenige vielleicht auch weniger Gefahr beleidigt, erniedrigt oder unterdrückt zu werden?

P: Ich sehe noch eine weitere Ambivalenz. Die zwischen dem, „stolz auf das sein was man tut“ und gleichzeitig ein, „ich könnte das ja nicht“, zurück gespiegelt zu bekommen, also irgendwie auch eine Form der Abwertung, die man gesellschaftlich erfährt, denn „ich könnte das ja nicht“, heißt doch nichts anderes, als, „ich möchte das nicht tun müssen“.

M: Ja, sehe ich auch so.

P: Oder, könnte es nicht genau gegenteilig sein, eine Aufwertung? Obwohl viele Kolleg*innen diesen Beruf aufgeben möchten/könnten, bin ich genau deswegen stolz darauf? Und es stellt sich nicht gleich die weitere Frage; woran wird Stolz gemessen? Gibt es Outcomes?

M: Muss es das?

P: Oder anders gesagt, ist das eigene Befriedigungserlebnis ausschlaggebend? Dass ich meine Schicht oder Arbeit gut geschafft habe? Was sind Berufsstolz auslösende Faktoren bei Pflegenden? Das Dankeschön von den Bewohnerinnen und Bewohnern/den Angehörigen/der Leitung/der Ärzte?

M: Also ich versteh Dich so, dass Du hier auch auf das Bild abhebst, das nach außen abgegeben wird. Das Brechen mit Stereotypien oder auch anderer Zuschreibungen, wie zum Beispiel „hey Du als Pflegende kannst das? Hätte ich nicht gedacht!“

P: Interessanter Aspekt. Macht mich das abendliche Klatschen auf den Balkonen stolz(er) auf meinen Beruf? Systemrelevanz bedeutet, es geht nicht ohne uns. Um nochmal um auf das „ich könnt’s ja nicht“ zurück zu kommen: Wie geht es mir mit so einer Antwort in Bezug auf meinen eigenen Berufswert? Hat unsere schwache Außenwahrnehmung eventuell mit Stolz zu tun? Oder mit Schwäche?

M: Du sagst Berufswert. Das finde ich jetzt interessant. Wäre das als Begriff nicht auch eine Alternative zu Berufsstolz?

P: Du hast vorhin den Begriff der Würde mit eingebracht. Berufs-

würde ist mir als Begriff im Pflegekontext nicht geläufig. Die Begriffe Wert und Würde sind nicht ganz synonym zu Stolz zu sehen, verursachen aber das anfangs genannte leichte Unbehagen nicht, wenn an Stolz im Sinne von Ehre gedacht wird. Scheint mir neutraler.

M: Und um nochmal auf das „ich könnte das ja nicht zurück zu kommen“ im Zusammenhang mit Berufswert. Das ist doch dann auch eine klare Entwertung oder nicht?

P: Ja das ist ungefähr so, als ob jemand sagt, dass so einem Beruf freiwillig nachzugehen sei nicht normal oder schärfer ausgedrückt: „schön, dass Du Dich opferst, einer muss es ja tun“. Das wollte ich vorher damit ausdrücken, dass das in dieser Interpretation Auswirkungen auf den eigenen Berufsstolz haben könnte.

M: Kann man darauf stolz sein? Außerhalb der Norm zu sein?

P: Klare Antwort: ja, kann man! Vielleicht genau aus diesem Grund. Insbesondere im Zeitalter der Individualisierung. Wobei auch nicht zu viel, da gibt es soziale Grenzen des kollektiven Verständnisses für Außergewöhnlichkeit.

M: Also mich interessiert jetzt zum Schluss nochmal diese Ambivalenz auf der individuellen Ebene. Bei diesem Hin- und Hergerissen sein zwischen sogenannter Anerkennung und Abwertung der eigenen Person, Stichwort „ich könnt’s ja nicht“.

Hat das vielleicht auch was mit dieser „Black Box“ zu tun, dem Setting, dem Heim, dem Krankenhaus, Orte die man so normalerweise nicht betritt als Leistungsfähiger? Weil da riecht’s ja und hier spüre ich meine Begrenztheit. Ist das nicht auch so was Atmosphärisches was Pflegende da aushalten? Also ich meine das Sich hingezogen fühlen zu einem Bereich, der eben außergewöhnlich ist. Zugegebenermaßen wichtig. Ja. Aber auch repulsiv. Leid, Tod, Sterben, Elend. Das sind doch leibliche Reaktionen mit denen man da konfrontiert ist. Eine Art Schauer oder Grusel wie bei einem Film, wo man sich fürchtet aber nicht wegschauen kann. Ist das vielleicht auch eine Art „Charme“ der Black Box?

P: Ja, man „taucht“ ein gewissermaßen. Ich sehe außerdem neben der Sicht von außen auch eine innere. Wie gehen wir untereinander in der Berufsgruppe mit Stolz um? Vorher wurde schon erwähnt, dass da vielleicht Scham oder Hochmut mitschwingen kann. Das kommt die Bildungsfrage ins Spiel. Ist die Entwicklung von Berufsstolz Bestandteil von Ausbildung oder Studium/Lehre? Seid stolz, auf was Ihr tut! Sagt das jemand?

M: Ich kenne es im Zusammenhang mit dem Spruch „Tu Gutes und sprich darüber!“

P: Hier geht es um eine innere und äußere Lobkultur!

M: Ja Lobkultur, Du hast recht Da findet sich für mich auch der Begriff der Würde wieder. Nämlich: eine Würdigung erfahren! Für etwas. Wenn man sich die Studien zur Berufsflucht ansieht, sticht doch auch genau dieses Merkmal der fehlenden Anerkennung heraus! Also eben für etwas nicht explizit gewürdigt zu werden...

P: Hier zeigt der Begriff Berufsstolz zwei Seiten: Verlassen die Kolleg*innen infolge der nicht zu-erkannten Anerkennung den Beruf oder aus eigenem Berufsstolz, zu stolz um sich gewisse Bedingungen/Gepflogenheiten gefallen zu lassen?

M: Wir wissen doch längst seit Mitte der Neunziger, dass mangelnde Anerkennung von innen und außen eine große Rolle spielen, insbesondere in Abhängigkeit der mangelnden Handlungs- und Entscheidungsspielräume, die Pflegende genießen. Mit der Leitungsfrage zusammen sind das wichtige Merkmale für oder gegen Burn-Out. Also je besser meine Empfindung ist was meine Selbstwirksamkeit und Handlungsfreiheit angeht und je besser die Leitung, desto geringer die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken.

P: ... oder den Pflexit zu wählen. Und wie verfahren wir jetzt mit dem Begriff Berufsstolz?

M: Angenommen wir würden uns gemeinsam eher auf den Begriff der Berufswürde einigen. Welches Fazit ziehst Du, welchen Gehalt hätte er für Dich entgegen des Begriffes Berufsstolzes?

P: Würde ist positiver konnotiert als Stolz im Sinne einer gesellschaftlich erwünschten Anerkennung. Stolz ist stark ambivalent. Auch im Zusammenhang mit einer eigenen beruflichen Haltung. Aber wie könnte eine gute Begründung für eines bereits gesetzten Begriff lauten?

M: Da stellt sich doch für mich auch die Frage wer den Begriff denn gesetzt hat und zu einer Norm erhoben hat? Ist das vielleicht einfach auch nur eine Ermangelung eines deutschen passfähigen Begriffes für ‚to be proud‘ oder ‚pride‘? Gibt hier die deutsche Sprache einfach zu viele Grenzen vor, um den Begriff entsprechend schillern zu las-

sen wie im Englischen?

P: Ich würde gerne nochmal auf unsere Überschrift zurückkommen:

„Berufsstolz oder Bonuszahlung für Krankenpfleger. Ein wichtiges Signal an diesen Berufszweig - schließlich sind sie es, die uns alle wieder gesund pflegen."

Das Thema ‚Pflege-Corona-Bonus' nehme ich sehr widersprüchlich wahr: Von anfänglichen Jubelrufen (die längst verstummt sind), über die unsägliche und unWÜRDIGE Finanzierungsdiskussion auf Bundesebene, dreht sich das Blatt anscheinend mehr in Richtung Kopfschütteln bzw. Wut, Enttäuschung oder sogar Beleidung oder Kränkung. Vor allem in den sozialen Medien mehren sich kritische Stimmen aus der Berufsgruppe. Äusserungen wie z.B. wir als Berufsgruppe sollen damit „ruhiggestellt werden" sind nicht selten. Auch hier wieder eine sich weiterdrehende Ambivalenzspirale. Die Bonuszahlung wird möglicherweise als Berufsstolz verletzend, also kränkend, wahrgenommen. Das ist denke ich, unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Zahlung zu sehen. Ist die Annahme einer Bonuszahlung mit Berufsstolz, oder Berufswürde vereinbar?

M: Selbstverständlich. Aber die Beträge sind ein Hohn meines Erachtens.

Pflegende in New York, die sich freiwillig melden, bekommen bis zu 4000.- US$/monatl. an Bonuszahlungen wegen der hohen Gefahr, der sie sich aussetzen. Die hierzulande verhandelten Beträge zeigen doch eindeutig, dass sie Im Rahmen einer Zweckrationalität immer noch an Werte gebunden sind, die „etwas" erwirtschaften oder produzieren. Und Pflege erwirtschaftet eben nichts in dieser Logik für die Gesellschaft. Außer derzeit und bislang Menschenleben oder Werte, die an das „gute Leben" gebunden sind. Aber was kostet das „gute Leben"? Was kostet ein Menschenleben? Ich bin der Meinung, dass das „gute Leben" mindestens so viel kosten muss, dass alle, die sich nachhaltig dafür einsetzen, selbst gut davon leben können. Und Pflegende in den Ballungsräumen oder sonstwo, können das nicht. Sie gehören zu den gefährdeten Gruppen in der Gesellschaft, die evtl. selbst einmal von Armut bedroht sind. Alles was bislang an „gutem Willen" gezeigt wurde, muss eben auch an dieser Dimension gemessen werden. Und da ist eben nicht das Proviantpaket für 6 Euro 50/Tag (das dann z T auch noch auf 3 Euro 50 zusammengespart wird). Das sind dann Kränkungen, die Beleidigungen und Entwertungen, denen sich Pflegende ausgesetzt sehen.

P: Dem stimme ich vollumfänglich zu. Die Diskussion um den Pflegebonus zeigt doch deutlich, dass auch das Thema Gehalt bei professioneller Pflege immer noch auf einem Level weit unter dem geführt wird, was dieser Berufsgruppe zusteht; Stichwort Mindestlohn. Sei es auf Grund der hohen Verantwortung die sie tragen, sei es bezogen auf Fachexpertisen oder auch auf Grund der kürzlich festgestellten Systemrelevanz. Und in keiner anderen Branche kommt bei diesen Diskussionen so rasch die Frage nach dem „wer soll das bezahlen?" auf, wie hier. Mal ganz provokant geantwortet: Es ist nicht Aufgabe der Pflegenden für die Finanzierung zu sorgen. Das ist Aufgabe der Gesellschaft und in deren Auftrag der Politik, den Wert und die Wertigkeit eines derart zentralen Berufes zu bestimmen. Das Gehaltslevel der Pflege im Vergleich zu anderen Branchen zeugt in aller Deutlichkeit davon. Die Zeit nach der Krise wird zeigen, ob der Corona-Pflegebonus als „Schweigegeld" akzeptiert wurde oder eher nicht, oder, ob die ‚Pflexit'-Tendenz weiter im Zunehmen begriffen ist.

Autor

www.michaelbossle.com

Prof. Dr. Michael Bossle, MScN
Pflegewissenschaftler (Univ.), Dipl. Pflegepädagoge (FH)
Gesundheits- und Krankenpfleger,
Professor für Pflegepädagogik

Kontakt: kontakt@michaelbossle.com

Autorin

Pascale Hilberger-Kirlum BA
Kinderkrankenschwester
Pflegepädagogin B.A.
Referentin für Berufs- und Pflegepolitik
Kontakt: pradamano@yahoo.de

WEIL WIR DA SIND, WENN ES DARAUF ANKOMMT!
#kremsgenial #imcnurse
Weil unser größter Schatz deine Gesundheit ist
#kremsgenial #imcnurse
nurse
Einer Person zu helfen verändert vielleicht nicht die Welt, aber es kann die Welt für diese eine Person verändern.
Wir sind dort, wo uns keiner erwartet!
Weil Pflege vielseitig ist!
#kremsgenial #imcnurse
Das Leben ist wie eine Blume, um zu blühen, bedarf sie Pflege
Weil es einfach Spaß macht
PFLEGE ist MEHR als nur WASCHEN
#kremsgenial #imcnurse
Weil wir ein riesiges Aufgabengebiet haben
Weil wir in allen medizinischen Bereichen tätig werden können
Weil wir ein unglaublich breites Spektrum an Wissen haben
Weil wir IMMER Menschen in JEDER Altersgruppe helfen
Nursing is a work of heart
#kremsgenial #imcnurse
WEIL UNSERE HÄNDE ZU HELFEN WISSEN !!!
#kremsgenial #imcnurse
It is a beautiful thing when a career and a passion come together
#kremsgenial
#imcnurse
Gemeinschaft ist, was man gemeinsam schafft!
#kremsgenial #imc nurse
Weil wir Menschen in jeder Lebenslage begleiten
WARUM PFLEGE ?
Weil es nicht nur um (Wie) Krankheit geht!
...weil es ein gutes Gefühl gibt, Menschen helfen zu können
#kremsgenial #imcnurse
WEIL GESUNDHEIT KEIN PRIVILEG SEIN SOLLTE!
WEIL WIR EUCH IMMER HELFEN, WENN IHR UNSERE HILFE BRAUCHT!
#kremsgenial #imcnurse
HEALTH FOR ALL
PFLEGE IST VIEL MEHR ALS EIN BERUF!
#kremsgenial #imcnurse
FH KREMS
HELFEN = SEELENBALSAM
KLEINE TATEN = VIEL WERTSCHÄTZUNG
LEIDENSCHAFT = GUTE PERFORMANCE
#kremsgenial #imc nurse
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES · KREMS
Es muss von Herzen kommen, was auf Herzen wirken soll.
Being a nurse means to hold all your own tears & start drawing smiles on people's faces
#IMCNURSE #kremsgenial
Nursing is a work of heart
NURSE
Ich pflege weil
Weil Anfang und Ende gegeben, dazwischen füreinander leben, sollt' es auch plagen, werden wir's gemeinsam tragen!
Weil WIR ein Stück LEBENSQUALITÄT zurück geben.
#kremsgenial #imcnurse
Weil Pflege MEHR ist!
#proudtobeanurse
#kremsgenial
#mehrwert
Weil wir auf Einfühlungsvermögen und Menschlichkeit setzen!!
#kremsgenial #imcnurse
I was drawn to nursing Because of a desire TO CARE · HELP
Pflege ist mehr als nur Pflege & die Pflege
Weil wir auch nachts immer bereit sind
MIT FÜR & VERSTAND EURE GESUNDHEIT
#imcnurse
#kremsgenial
I always dreamed about being a superhero so I became one
EVERY DAY MAY NOT BE WONDERFUL BUT THERE IS SOMETHING WONDERFUL IN EVERY DAY
für unsere Mitmenschen!
#imcnurse
#kremsgenial
Weil Menschen andere Menschen als Stütze sehen
#kremsgenial #imcnurse

„Sie wollen ja nicht am Bett arbeiten...“

Berufsstolz und Berufshaltung des akademischen Pflegenachwuchs

Glaubt man der Meinung vieler Fachkräfte in der Pflege, steht es im deutschsprachigen Raum um den Nachwuchs eher schlecht. Personen, die Pflege studieren, wollen offensichtlich nicht mit Patient*innen arbeiten, sondern ziehen die Wissenschaft und die Führungspositionen klar dem Kontakt mit den Menschen vor. Alles Häuptlinge, niemand will mehr Indianer sein. Gelehrt wird auf den FHs sowieso nur nach Studien, welches man in der Praxis nicht braucht, denn hier zählt rein das Erfahrungswissen, das in den Krankenpflegeschulen unterrichtet wird. Natürlich pflegen die akademisierten Fachkräfte auch anders, denn diese Personen können nicht einmal das Grundbett und versorgen diverse Wunden ganz anders. Ich kann als Studiengangsleiter eigentlich gar nicht mehr zählen, wie oft ich diese Sprüche in den Reflexionsrunden von den Studierenden erzählt bekomme. Des öfteren werden sie auf diversen Praktikumsstellen mit den Worten begrüßt, „Bist du ein Studierter oder wirst du eine richtige Diplomierte.“ Beobachtet man die sozialen Medien wie Facebook, werden diese Anschuldigungen natürlich digital untermauert. Dass ich vor zwei Jahren noch auf einer Diplomkrankenpflegeschule unterrichtet habe und ich aus eigener Erfahrung sagen kann „Die praktischen Fächer werden komplett gleich unterrichtet“, scheint in Diskussionen nur bedingt angenommen zu werden. Solche Argumente werden stets mit „Ja, aber...“ beantwortet.

Ein Grund für mich die Bewerbungsgespräche der Jahre 2019 und 2020 ein wenig zu dokumentieren. Keiner der zukünftig Studierenden erzählt im Bewerbungsgespräch etwas von Führungspositionen, wissenschaftlichem Arbeiten in einem Labor oder ähnliches. Alle wollen laut der eigenen Aussage mit Menschen arbeiten. Einige davon haben sogar ein anderes wirtschaftliches Studium absolviert und für sich festgestellt, dass ihnen der menschliche Kontakt fehlt bzw. sie etwas Nachhaltiges arbeiten wollen. Alle von ihnen haben sich genau über den Beruf erkundigt, kennen die Schattenseiten und schönen Bereiche der Gesundheits- und Krankenpflege. Die meisten absolvierten ein freiwilliges soziales Jahr in einer Pflegeeinrichtung, besuchten mit Schnuppertagen diverse Krankenhäuser oder fahren ehrenamtlich bei einer Rettungseinrichtung. Natürlich sehen einige diesen Weg als ihre Berufung, ein Wort, welches man im Kontext zu Pflege kaum benutzen darf, da man in den sozialen Medien einen „Shitstorm“ der eigenen Berufsgruppe abbekommt. Doch geht man nach Aristoteles ist eine Berufung eine Mischung aus den persönlichen Talenten und den Bedürfnissen der Welt. Warum also nicht von Berufung sprechen? Und wenn man seine persönlichen Talente fördert und diese einen Bedarf in der Welt decken, darf man allemal stolz auf seinen Weg und Beruf sein.

Also benötigte ich einen zweiten Schritt, um die wissenschaftlichen Führungskräfte zu entlarven. Im Rahmen eines Unterrichts stellte ich die Bitte, jeder Studierende möge sich mit einem Spruch selbst abfotografieren, der für Sie PFLEGE darstellt, was viel über den Beruf aussagt oder warum

sie in die Pflege wollen. Es sollten ehrliche, coole oder lustige Bilder sein, die ausdrücken, warum sie nun dort sitzen wo sie sitzen. Diese Personen hätten ja auch etwas anderes studieren können: Medizin, Wirtschaft oder irgendwas , mit dem sie reich und angesehen werden.

Es dauerte nicht lang und es kamen im Stundentakt Fotos via E-Mails. Doch die Sprüche, mit denen ich nun „konfrontiert“ wurde, hatten weder etwas mit Führungskräften oder Laborarbeiten zu tun. Auf diesen Bildern waren stolze Studierende zu sehen, die sich auf ihren Beruf freuen und die erhobenen Hauptes immer und überall von sich selbst sagen „Proud to be a nurse“. Da freut sich Riccarda, dass sie Menschen in allen Lebenslagen begleiten kann. Katharina schreibt, dass der größte Erfolg einer Pflegefachkraft, die erlangte Gesundheit des Patienten ist und Melanie berichtet von den rührenden und spannenden Lebensgeschichten der begleiteten Personen. Stolz erklärt uns Alexander, dass Pflege mehr als Waschen ist und Raffaela sieht die Gemeinschaft, durch die man viel erreichen kann. Die Bilder werden durch die Fachhochschule IMC Krems nahezu täglich auf Instagram oder Facebook gestellt, um diese freudige Berufshaltung nach außen zu kommunizieren. Pflege sichtbar machen.

Diese jungen Menschen tragen den Pflegeberuf mit Stolz in die Gesellschaft. Die neuen Generationen sind natürlich anders als meine Generation. Sie lassen sich nicht alles gefallen, definieren auch nicht ihren Lebenswert durch unzählige Überstunden und wollen sich ständig weiterentwickeln und verändern. Doch kann dies wirklich als „falsch“ angesehen werden? Anders natürlich, aber ist dies nicht der Lauf der Zeit, dass sich Begebenheiten ändern und vielleicht braucht es ja endlich ein anderes Denken und eine entsprechende Haltung um die Gesundheits- und Krankenpflege weiterzubringen?

Wir haben die Fotos nicht nur am Cover, sondern auch in der gesamten Ausgabe verteilt. Natürlich wurde auch die Praxis eingeladen, um sich bei der Fotoreihe anzuschließen. Die Aktion ist natürlich noch immer am Laufen.

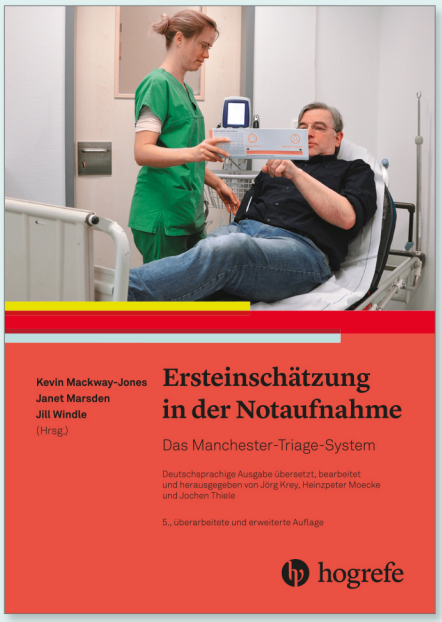
Abschließend möchte ich noch zu den Begrifflichkeiten Berufsstolz und Berufshaltung ein paar Fragen in den Raum stellen.

Stolz ist im Duden als „Selbstbewusstsein und Freude über eine eigene Leistung und dies entsprechend zum Ausdruck bringen.“ definiert. Haben wir nicht allen Grund auf unsere Leistung in der Pflege stolz zu sein? Brauchen wir nicht eine Menge Selbstbewusstsein, um unseren Beruf weiterzubringen, sei es in den Institutionen, Medien aber auch in der Politik? Brauchen wir nicht tagtäglich eine professionelle Haltung gegenüber den Patient*innen, anderen Disziplinen und der Gesellschaft, um unser Wissen und Tun entsprechend zu präsentieren? Sollten wir nicht auch diese professionelle Haltung und den Stolz unserem Nachwuchs weitergeben, fördern und entsprechend begleiten?

In diesem Sinne
#proudtobeanurse
#imcnurse
#kremsgenial

Markus Golla, MScN

Notfallpatienten klinisch priorisieren



Kevin Mackway-Jones / Janet Marsden / Jill Windle (Hrsg.)

Ersteinschätzung in der Notaufnahme

Das Manchester-Triage-System

Deutsche Ausgabe übersetzt und herausgegeben von Jörg Krey und Heinzpeter Moecke.
5., überarb. u. erw. Aufl. 2020. 256 S., 73 Abb., 72 Tab., Kt
Assessment-Karte beiliegend
Etwa € 29,95 / CHF 39.50
ISBN 978-3-456-86085-5
Auch als eBook erhätlich

Das Manchester-Triage-System ist ein weltweit verbreitetes System, um Notfallpatienten in ihrer Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen, einzustufen und klinisch zu priorisieren. Kein anderes System ist in Europa so etabliert: Weit mehr als 25 Mio. Patienten werden jährlich nach diesem übersichtlichen und verständlichen System in Notfallambulanzen von Pflegenden eingeschätzt. Das System unterstützt den Neuling in der Pflege sowie den Experten. Es zeigt die Bedürfnisse des Patienten auf und hilft bei der Organisation der Behandlungsprozesse. –

Das praktische Handbuch:

- führt in das System der Ersteinschätzung ein
- strukturiert die Ersteinschätzung anhand von 52 Notfallsituationen von Abszess bis Zahnschmerz
- sortiert alle Indikatoren innerhalb der Dringlichkeitsstufen nach dem ABCD-Prinzip
- zeigt die zusätzlichen Erkenntnisse für die Prozesse der Notaufnahme auf
- unterstützt den Anwender mit übersichtlichen Flussdiagrammen, Farbleitsystemen und knappen tabellarischen Übersichten über die wichtigsten Notfallsituationen
- erläutert und definiert die zentralen Notfallsymptome in einem verständlichen Glossar
- wurde für den deutschsprachigen Markt von Experten überarbeitet und angepasst
- wurde in der fünften Auflage bezüglich der aktuellen Rechtslage aktualisiert, in Details korrigiert und um den neuen Indikator „Hämoptoe“ in den relevanten Diagrammen ergänzt
- bildet den international konsentierten und validierten Stand des Manchester-Triage-Systems ab

(C) Jacob Lund

Rad schlagen erwünscht!

Menschen, die mit stolzgeblähter Brust auftreten oder gar pfauenhaftes Gehabe an den Tag legen, machen uns skeptisch, nicht selten aggressiv. Sichtbar nach außen zur Schau gestellte große Zufriedenheit mit der eigenen Leistung, dem persönlichen Können gilt als sozial wenig akzeptiert. Dennoch mangelt es unserer Zeit nicht an Personen, die sich von solchen Bedenken nicht irritieren lassen, da die „große Bühne“ Hochkonjunktur hat und Zögerer als Velierer gelten, die ihr Problem selbst verursacht haben. In der klassischen Theologie gilt „Superbia“ (Hochmut, Stolz, Übermut) als eine von sieben schlechten Eigenschaften, die Sünden zur Folge haben. Es wäre gänzlich falsch, dem Stolz eine kategorische Absage zu erteilen, ihn zu verbannen – gibt es doch eine andere, gute, der persönlichen Entwicklung dienenden Seite der großen Zufriedenheit mit sich selbst und anderen! Pflegende tun sich seit Beginn ihres Berufsstandes merklich schwer, Stolz zu empfinden und diesen zu artikulieren. Dabei sind es gerade sie, die – nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie – ihre Zurückhaltung kritisch prüfen sollten.

Stolz ist ein schwer zu fassendes Phänomen. „Einige verknüpfen Stolz mit positiven Phänomenen, etwa mit einem hohen Selbstwertgefühl, Erfolgserlebnissen oder selbstlosem Handeln zum Wohl der Gemeinschaft. Andere wiederum lassen den Stolz in einem eher schlechten Licht dastehen: Sie rücken ihn in die Nähe von Narzissmus, aggressivem Verhalten oder Beziehungsproblemen“ (Schaarschmidt/spektrum.de, 2018). Wie passt dies zusammen? Die Psychologin Jessica Tracy von der kanadischen University of British Columbia und ihr kalifornischer Kollege Richard Robins schaffen Klarheit: „Das Paradox kann gelöst werden, wenn wir die prosoziale, erfolgsorientierte Form der Emotion von der selbstverherrlichenden, anmaßenden Form trennen – und zwei verschiedene Formen des Stolzes annehmen“ (zit. in Schaarschmidt, 2018, o. S.). Was wir gemeinhin als Stolz bezeichnen, setzt sich aus zwei eigenständigen Phänomenen zusammen. Den authentischen Stolz empfinden wir als ehrlichen und wohlverdienten Ausdruck der berechtigten Freude einer erbrach-

ten Leistung. Der überhebliche Stolz aber ist so etwas wie „sein böser Zwillingsbruder“ (a.a.O.), verknüpft mit Selbsterhöhung, Egoismus und Geringschätzung anderer. Wieso aber sollte der Stolz in der Berufsgruppe der Pflegenden mehr Raum einnehmen? Die gezieltere Betrachtung zweier Merkmale kann hilfreich sein.

Pflegende leben Treue

Auf den ersten Blick mag diese (verstaubte?) Vokabel Skepsis wecken. Das Wort „treu“ klingt altbacken. Ein treuer Hund, das mag man noch gelten lassen. Ein treuer Mensch – da fürchtet man schon den treuen Dackelblick. Wenn es heißt „Das ist ein treuer Geselle!“, dann ist fast schon das „Treu-doof“ mitzuhören (Schulte, 2018). Die Haltung der Treue ist von zentraler Bedeutung für unser Leben. Selbst unser Denken braucht Treue. Anschaulicher und praxisnäher wird es, lässt man Synonyme zu.

Treue steht für Stetigkeit, Beständigkeit, Beharrlichkeit, Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit, Loyalität, eben für dauerhaftes, übergreifendes Verbundensein. Das Gegenteil wäre: Nachlässigkeit, Wortbrüchigkeit, Veruntreuung, Schlampigkeit, Trägheit, Willkür und die Neigung, nur das zu tun, wozu man gerade Laune hat.

Ein Mensch der Treue hält an seiner Verantwortung fest, selbst wenn ihm Schaden droht. Er steht zum gegebenen Wort auch dann, wenn es für ihn ungünstig ist. „Treue geht damit weit über eine innere Haltung hinaus. Es geht um die Tat“ (Kaemper, 2014).

Die Parallellen zum Pflegeberuf sind nicht zu übersehen! Verkürzt man die somit die damit verbundene Erkenntnis, lässt sich zusammenfassen: Ein Krankenhausalltag wäre ohne gelebte Treue unmöglich!

Damit bewegt sich die Erörterung auf der ausschließlich idealistischen Ebene. Ernüchternde Einsichten dürfen nicht ausgespart werden, wobei sie die Leistung der Akteure in der Bilanz weiter aufwerten. Michael Bossle kommentiert die Lage im Gesundheitswesen eindeutig: „Da stehen Menschen für Menschen ein und gleichzeitig verblasst, nein, verschwindet der Mensch als Gegenstand des professionellen Handelns. Eine grundsätzliche Erwartungshaltung des Menschen bleibt dabei allerdings zurück. Menschen vertrauen einander. Ganz besonders, wenn es um ein so wichtiges Gut wie deren Gesundheit geht. Wie es professionellen Helfern dabei geht, Teil einer (…) Fallzahl-Produktionsindustrie zu sein, kann man sich selbst als Außenstehender sicher vorstellen. Vielen geht es dabei nicht mehr gut. Es stehen Werte wie Gesundheit, Vertrauen und Ethik nicht nur auf dem Spiel, sondern sie drohen für manche Akteure gänzlich zu verschwinden. Und damit verschwinden im

(C) emerald_media

schlimmsten Fall auch die Helfer. Sie werden zu Verletzten eines sogenannten Gesundheitssystems, das angeblich zu einem der besten der Welt gehören soll (2020, S. 397)“.

Welchen Schluss, bezogen auf die Tugend der Treue, muss man daraus ziehen? Auf den Punkt gebracht: Pflegende, die noch nicht resigniert haben, bleiben ihren (ethischen) Prinzipen, ihrem Auftrag treu, während das System sich von Jahr zu Jahr mehr mit schwindelerregendem Pragmatimus in Treulosigkeit offenbart.

In den Anfängen der Corona-Pandemie wurde der Welt bewusst, wie treu all jene sind, die in den Kliniken und Pflegeheimen in der Pflege ihren Dienst tun – in vielen Fällen unter haarsträubenden, lebensbedrohenden Bedingungen, da unter anderem Schutzkleidung fehlte. Über Nacht wurde die Berufsgruppe in den Kreis der „Helden“ aufgenommen. Von Balkonen applaudierten Scharen, um, wenn auch eher hilflos, Respekt zu zollen und zugleich zum Weitermachen aufzurufen. So nett und aufrichtig diese Gesten sind: Warum muss die Menschheit erst am Abgrund stehen, um zu erkennen, dass Pflege „heldenhaft“ bzw. der Inbegriff von Menschenliebe und Treue ist? „Systemrelevant“ lautet der aktuelle Begriff, wobei man gar nicht daran denken mag, was denn zukünftig nicht mehr relevant ist. Es ist und bleibt bitter, dass der Wert von Pflege erst dann in das Bewusstsein rückt, wenn die Angst um das nackte Überleben zutage tritt.

Bevor Missverständnisse aufkommen: Es ist nicht damit getan, dieser systemrelevanten Berufsgruppe mit einer von der Weltöffentlichkeit inszenierten Verneigung Treue zu attestieren, um damit letztlich „Schafsgeduld“ und ein Verharren in „treudoofer Rufbereitschaft“ einzufordern! Das wäre im wahrsten Sinn des Wortes zu billig.

Pflegende leben Vertrauen

Vertrauen ist der Glaube daran, dass man sich auf jemanden (oder auch sich selbst = Selbstvertrauen) oder auf etwas verlassen kann. Vertrauen ist das Zutrauen in eine relativ bestimmte bzw. erahnte Zuverlässigkeit, Fähigkeit und/oder Tugendhaftigkeit. Es gilt als hoffnungsvoller Vorschuss hinsichtlich bestimmter Erwartungen. Dieser Vertrauensvorschuss wird in seiner Dimension und Form von gemachten Erfahrungen beeinflusst. Erfahrungen sind im negativen Fall Vertrauensmissbrauch oder Enttäuschungen. Im positiven Fall sind es zuverlässige Treue, Loyalität oder auf Vertrauen basierte Erfolge (Ergebnisse, Erlebnisse).

„Viele Menschen leiden an der gesellschaftlichen Vertrauenskrise. Denn das soziale Leben macht erst dann Freude, gibt Sicherheit und schenkt uns heimatliche Geborgenheit, wenn wir zusammenstehen und uns aufeinander verlassen können. Vertrauen ist die Basis unserer Beziehungen, Freundschaften, Familien und Gemeinschaften. Das gilt auch für professionelle Beziehungen. Wir brauchen Vertrauen zu Kollegen, Ärzten, Pflegekräften und anderen helfenden Berufen, zu Politikern, Experten, Chefs, Führungskräften und Vorgesetzten. Es ist das Vertrauen, das unser soziales Bindegewebe pflegt und das Miteinander der Menschen in Vereinen, Schulen, Betrieben, Dörfern oder Hausgemeinschaften sichert. Vertrauen ist Maßstab und Wirkstoff für soziale Gesundheit, es schützt gegen Angst, Verunsicherung und Einsamkeit, wirkt als Heilmittel gegen Verzagtheit, Mutlosigkeit und Verzweiflung. Eine gesunde Gesellschaft braucht ein stabiles Maß an Vertrauen für den inneren Zusammenhalt. Populistische und fundamentalistische Bewegungen, Terror, Fremdenhass und Egoismus, die Sucht nach Konsum, Macht oder materiellem Reichtum zerstören diese existenzielle soziale Ressource“ (Huber, 2020, S. 202).

Im pflegerischen Kontext ist Vertrauen als die Grundannahme entgegengebrachten Wohlwollens, einhergehend mit der Kompetenz und Befähigung zur Erfüllung nicht selbsterfüllbarer Bedürfnisse durch ein Gegenüber bei völliger Akzeptanz der eigenen Vulnerabilität und des gleichzeitigen Risikos möglicher Enttäuschung, zu verstehen (Weingartz, 2020). Bell und Duffy (2009, S. 49) die vier charakterisierenden Elemente von Vertrauen:

- Erwartung von Kompetenz
- Wohlwollen der anderen
- Zerbrechlichkeit/Vulnerabilität
- Element des Risikos.

„Vertrauen ist etwas, das nicht automatisch vorhanden ist. Es beruht unter anderem auf der antizipierten oder bereits unter Beweis gestellten Fähigkeit, die gesetzten Erwartungen im Sinne der Vertrauenden zu erfüllen“ (Weingartz, 2020, S. 264).

Die heilende Kraft des Vertrauens ist unbestreitbar: Pflegende bringen es auf, um ihren Patientinnen und Patienten etwas zuzutrauen, ihnen Mut zu machen. Der Belege

(C) Orlando Florin Rosu

bedarf es nicht. Ein kurzer Blick in den beruflichen Alltag genügt, um die Behauptung bestätigt zu sehen.

Fazit

Treue und Vertrauen zwischen Einzelnen, Gruppen und innerhalb von Gesellschaften sind wie Wasser: im Idealfall überall, alles durchdringend, Leben nährend. Wie eine Landschaft ohne Wasser zur Wüste wird, vertrocknet auch Zwischenmenschliches und verdorren Lebensgemeinschaften aller Art. Treue und Vertrauen sind der Kitt, der Kontinente, Länder, Gesellschaften und Gemeinschaften jeder Art zusammenhalten könnte – würde man sich die Mühe machen, sie auch wirklich breitbandig zu leben. Was geschieht, wenn diese beiden Essenzen vernachlässigt werden, wird an den verschiedenen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Zerfallserscheinungen der vergangenen Jahre und Jahrzehnte mehr als ersichtlich.

Die Ausgangsfrage aber war, inwieweit es gerechtfertigt ist, dass Pflegende großen Grund haben, auf sich stolz zu sein. Die vorausgehenden Überlegungen haben deutlich werden lassen, dass sie in Bezug auf die Kategorien Treue und Vertrauen beste Vorbilder sind. Ihr Handeln hat „Leuchtturmcharakter“. Dieses Lob, diese Anerkennung wurde ihnen bislang in sträflicher Weise vorenthalten. Entscheidend ist, welche Wege dieser Stolz sich bahnt! Er sollte zum Anlass genommen werden, dass diese „systemrelevante“ Berufsgruppe ihr Auftreten (noch) selbstbewusster, klarer, fordernder gestaltet.

Sonst gibt es nach Corona wieder nur Blumen und kurz darauf die Rückkehr in das Hamsterrad. Das aber darf nicht passieren! Daher möge der Pfau ungehemmt sein Rad schlagen, bevor er übersehen wird.

Literatur

Bell, L. & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. British Journal of Nursing. 18(1), S. 46–51.

Bossle, M. (2020). Plastikwort Solidarität? Ein kritisches Essay. In T. Hax-Schoppenhorst & M. Herrmann: Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (S. 396 –402). Bern: Hogrefe.

Hax-Schoppenhorst, T. & Herrmann, M. (2020). Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hogrefe.

Huber, E. (2020). Die heilende Kraft des Vertrauens. In T. Hax-Schoppenhorst & M. Herrmann: Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (S. 202-217). Bern: Hogrefe.

Kaemper, R. (2014). Die Tugend der Treue. Perspektive, 04, 26.

Schaarschmidt, T./spektrum.de (2018). Dürfen wir stolz sein? Zugriff am 06.05.2020 unter https://www.spektrum.de/news/die-psychologie-des-stolzes/1538073

Schulte, L. Ä. (2020). Treu _ Doof? Lohn der Beharrlichkeit. In T. Hax-Schoppenhorst M. Herrmann, S. 36–47.

Weingartz, A. (2020). Vertrauenswürdige Beziehungsgestaltung in der Pflege. In T. Hax-Schoppenhorst & M. Herrmann: Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (S. 263-274). Bern: Hogrefe.

Autor

Thomas Hax-Schoppenhorst
Pädagogischer Mitarbeiter der LVR-Klinik Düren (D) seit 1987; 16 Jahre im Maßregelvollzug tätig, seit 2003 Öffentlichkeitsbeauftragter und Integrationsbeauftragter der Klinik; Autor und Herausgeber von Büchern zu Fragen des Gesundheitswesens, Dozent an Pflegeschulen, Mitarbeiter bei verschiedenen Zeitschriften.

HOSPIZ RENNWEG

WERDEN WIR JEMALS LERNEN, ZU GEHEN?

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Stolz auf Beziehung

Professionelle Arbeit in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Zum „Stolz in der Pflege“ stellt sich die Frage, worauf Pflegende eigentlich stolz sein können. Eine Idee ist, die scheinbar selbstverständliche Arbeit, die tagtäglich von den Kolleginnen und Kollegen geleistet wird, vor den Vorhang zu stellen und zu beschreiben, welches Wissen und Können dafür notwendig ist und welchen Rahmenbedingungen notwendig wären, damit pflegebedürftige Menschen optimal davon profitieren können. Die Pflegenden im psychiatrischen Setting stehen vor der Herausforderung, Menschen zu betreuen und zu begleiten, die eine besondere psychosoziale Entwicklung durchleben und eine besondere Vulnerabilität zeigen. Es erfordert im täglichen Zusammenleben auf den Stationen und in sonstigen Einrichtungen, neben speziellen Fachkenntnissen, eine besondere Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung und außergewöhnliche sozial-kommunikative Fertigkeiten. Pflegepersonen können stolz auf diese Beziehungsleistung und den dadurch entstehenden Beitrag in der Genesung von psychisch kranken Menschen sein.

Die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege begann sich im deutschsprachigen Raum erst Ende der 1980er Jahre des letzten Jahrhunderts als eigenständige Profession im Gesundheitswesen zu etablieren. In Österreich war für die Professionalisierung der Pflege das Inkrafttreten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997 von enormer Bedeutung. In diesem Bundesgesetz bekam die Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) erstmals einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Es wurden die Spezialbereiche der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der psychiatrischen GuKP als eigene Sparten definiert. Es gab für diese Sparten eigene dreijährige Grundausbildungen und zusätzlich einjährige Sonderausbildungen für Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege mit dem allgemeinen Diplom.

Seit der Novelle des GuKG im September 2016 gibt es die speziellen Grundausbildungen nicht mehr. Die Grundausbildung für den gehobenen Dienst in der Pflege wird nun als generalistische Ausbildung an Fachhochschulen angeboten. Die Spezialisierung für die psychiatrische GuKP erfolgt derzeit noch als Sonderausbildung (mindestens 800 Stunden Theorie und 800 Stunden Praktikum), in einigen Bundesländern seit 2019 als Universitätslehrgang, der innerhalb von fünf Jahren ab Beginn der Tätigkeit abzuschließen ist. Die bundesweit gültige Verordnung für die Spezialisierungen ist derzeit in Bearbeitung. In der Schweiz findet die Spezialisierung teilweise an sogenannten höheren Fachschulen (vergleichbar mit der FH in Österreich) als dreijährige Ausbildung oder als universitäre Weiterbildung statt. Auch in Deutschland gibt es keine bundesweite Regelung der Ausbildung für die psychiatrische Pflege. Hier findet man ein breites Spektrum von einzelnen Fortbildungen bis zu sechssemestrigen Studiengängen.

Im Gegensatz dazu ist die psychiatrische Pflege als eigenständige Profession mit einer Ausbildung im tertiären Bereich im angloamerikanischen Raum seit den 1940er Jahren etabliert. Hier wird auch in den letzten Jahrzehnten der Begriff des „Psychiatric Nursings“ zunehmend vom Begriff des „mental-health nursings bzw. carings“ abgelöst. Frei übersetzt würde das dem Begriff der „psychosozialen Gesundheits- und Krankenpflege“ entsprechen. Die therapeutische Pflegebeziehung ist in diesen Ländern, seit Hildegard Peplau´s Publikation des Buches „Interpersonale Beziehungen in der Pflege“ im Jahr 1952, eine wesentliche Säule des Gesundheitssystems, speziell in der psychiatrischen und in der gemeindenahen Versorgung.

Dieser Artikel soll die therapeutischen Aspekte der Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege unter dem Aspekt der psychosozialen Gesundheit beleuchten und als wesentlichen Beitrag zur Bewältigung psychischer Erkrankungen sowie der psychosozialen Gesundheitsförderung darstellen. Im Wesentlichen werden dabei drei Ebenen betrachtet:

1. Welche Rahmenbedingungen sind für eine professionelle therapeutische Beziehungsarbeit notwendig?
2. Theoretische Hintergründe einer professionellen, therapeutischen Beziehungspflege
3. Praktische Beziehungsgestaltung und kommunikative Erfordernisse an die Pflegepersonen

Rahmenbedingungen für eine therapeutische Pflegebeziehung

Die gesetzlichen Grundlagen für diesen Bereich der Pflege bildet

in Österreich insbesondere der § 19 GuKG. Darin wird beschrieben, dass die psychiatrische GuKP die Pflege und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen aller Alters- und Entwicklungsstufen und die Förderung der psychischen Gesundheit umfasst. Die Pflege findet in stationären, teilstationären, ambulanten sowie in extramuralen und komplementären Bereichen statt. Neben anderen Tätigkeiten wird hier zudem die Beschäftigung mit betroffenen Menschen, die psychosoziale Betreuung sowie die Gesprächsführung mit Betroffenen und Angehörigen beschrieben. (vgl. § 19 GuKG, www.jusline.at) Dies bedeutet, dass Angehörige des gehobenen Dienstes der psychiatrischen GuKP nicht nur berechtigt sind, therapeutische professionelle Pflegebeziehungen in den beschriebenen Bereichen zu gestalten, vielmehr ergibt sich daraus eine berufliche Verpflichtung. Für die Rechtsträger der Einrichtungen bedeutet es aber, dass sie Rahmenbedingungen schaffen müssen, in denen Zeit und Raum für unterschiedliche Interventionen vorhanden sind. Diesbezüglich gibt es hier dieselben Probleme wie in anderen Pflegebereichen, da sich unser Gesundheitssystem sehr stark auf „Reparaturmedizin“, ganz besonders im vollstationären Bereich, fokussiert. Besonders die Psychiatrie zeigt nach wie vor eine Dominanz der Berufsgruppe der Ärzte und somit noch immer eine vorwiegend auf psychopharmakologische Interventionen ausgerichtete Behandlung.

Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, hier vor allem die Pflege, finden sich weder in der Verrechenbarkeit ihrer Dienstleistung über die Sozialversicherungsträger noch in der Schaffung entsprechender Planposten wieder. Dies

gilt ganz besonders für den extramuralen Bereich (z.B. Schulgesundheitspflege, Gemeindepflege usw.) und für die psychosoziale Rehabilitation. In der stationären psychiatrischen Versorgung ist vor allem die Dominanz der Ärzte als einzige Entscheidungsträger zu kritisieren. Deshalb kommt es vor, dass Menschen beispielsweise entlassen werden, weil sie keine medizinsch-psychiatrischen Symptome mehr zeigen, während wichtige Pflegeziele (z.B. selbständiger Umgang mit den Medikamenten) noch nicht erreicht sind. Eine extramurale, flächendeckende Versorgung dieser Menschen ist nicht vorhanden. Somit kommt es häufig zu nicht notwendigen Wiederaufnahmen. Das Erreichen von Pflegezielen erfordert oftmals eine langwierige Beziehungsarbeit. Dabei geht es um Vertrauensaufbau, Verständnis, Lernen und viele andere Aspekte, die mehr Zeit brauchen als eine Einstellung auf Psychopharmaka. Deshalb wäre die erste wesentliche Forderung, dass die Pflege nicht nur informell, sondern auch offiziell die Entscheidung bezüglich möglicher Behandlungswege beeinflussen kann.

Wichtig für die Umsetzung einer therapeutischen Beziehungsgestaltung ist ein System, in dem klar beschrieben wird, wie die Pflege in einem bestimmten Bereich (z.B. Station) organisiert ist. Es gibt diesbezüglich verschiedene Begriffe, wie Bezugspflege, Bezugspersonensystem, Primary Nursing, Primärpflege und noch viele andere (vgl. Needham & Abderhalden, 2002, S. 189). Zur Terminologie empfehlen Needham und Abderhalden die Begriffe Bezugspersonenpflege oder Bezugspersonensystem zu verwenden, da die anderen Begrifflichkeiten eher zu Missverständnissen in der Bedeutung führen. Darüber hinaus ist

anzumerken, dass Bezugspflege eine Pflegeorganisationsform darstellt und nicht mit Pflegemodellen oder einer Pflegephilosophie in Verbindung gebracht werden soll. In entsprechenden Organisationsbeschreibungen sollte auf Bezeichnungen wie „Bezugspfleger/Bezugsschwester“, „Primärpfleger/-schwester“ verzichtet werden. Die Bezeichnung „pflegerische Bezugsperson“ ist hier am treffendsten (vgl. Needham & Abderhalden, 2002, S. 189)

Dazu ist anzumerken, dass sich im östlichen Österreich derzeit in der Praxis eher der Begriff „Bezugspflegeperson“ und im Westen eher „pflegerische Bezugsperson“ etabliert haben. Wesentlich scheint hier, dass eine klare Beschreibung des Aufgabenprofils dieser Pflegeperson vorhanden ist. Sie ist besonders für die Orientierung der pflegebedürftigen Personen und der anderen Berufsgruppen wichtig.

Nach Needham und Abderhalden hat die Organisationsform der „Bezugspflege“ wesentliche Merkmale und Erfordernisse, um in weiterer Folge qualitativ hochwertige Beziehungen zu ermöglichen:

- alle PatientInnen in der Organisationseinheit (OE) bekommen einer einzigen hauptverantwortlichen Bezugsperson
- weitgehende Entscheidungsbefugnis und Einzelverantwortung der Bezugsperson
- die Bezugsperson begleitet den Patienten/die Patientin vom Eintritt auf einer Station bis zum Austritt aus dieser Station bzw. bis zur Verlegung auf eine andere Station.
- umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess
- direkte Kommunikation (zum Beispiel mit anderen Berufsgruppen, Angehörige etc.)
- Beteiligung an der Nachbetreuung bzw. am Übergang zur Nachbetreuung
- Selbstverantwortlichkeit für PatientInnenorientierung, Kontinuität der Pflege und Beziehung zu den PatientInnen, Kooperation (PatientInnen, Angehörige, andere Berufsgruppen) Koordination (z.B. Case-Management), (vgl. Needham & Abderhalden, 2002, S. 190)

Bereits 2002 hat der Verband der der registrierten Pflegepersonen (Registered Nursing Assoiation of Ontario = RNAO) eine evidenzbasierte Leitlinie zur Etablierung einer therapeutischen Beziehung veröffentlicht und 2006 überarbeitet. Die RNAO stellt dabei sowohl organisatorische Empfehlungen als auch Empfehlungen zu Ausbildung und Praxis von Pflegepersonen zur Verfügung.

Eine wichtige Empfehlung für Organisationen ist, die therapeutische Beziehung als Grundlage der Pflegepraxis zu betrachten. Die Organisationen müssen unterschiedliche berufliche Entwicklungsmöglichkeiten integrieren, um Pflegende bei der effektiven Entwicklung dieser Beziehungen zu unterstützen. Zu der Vielzahl an Möglichkeiten müssen Beratung und Coaching der Pflegepersonen und Supervision auf alle Fälle stattfinden (vgl. RNAO, 2006, S. 8). Die Gesundheitsdienstleister müssen zudem die Pflegenden dabei unterstützen, ein entsprechendes Bezugspersonensystem zu implementieren. Es muss darauf geachtet werden, dass in diesem Bereich zumindest 70% der Pflegepersonen vollzeitbeschäftigt sind, um eine Kontinuität der Beziehungsarbeit zu gewährleisten. Die Rechtsträger müssen auch darauf achten, dass die Arbeitsbelastung bei den Pflegenden auf einem Niveau bleibt, damit ausreichend Ressourcen für die Beziehungsarbeit frei bleiben (vgl. RNAO, 2006, S. 9).

Dazu ist aus der Praxis zu bemerken, dass zwar in vielen Leitbildern von Organisationen die Beziehung zu den Nutzerinnen und Nutzern oftmals ins Zentrum gestellt wird. Dem gegenüber steht jedoch eine Erweiterung der Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich (z.B. Blutabnahmen, Setzten diverser Sonden und Katheter usw.), ohne die Anzahl an Pflegepersonen mit entsprechender Ausbildung zu erhöhen. Auch scheint es, dass immer mehr Pflegende, meist auf Grund der Arbeitsbelastungen, nur mehr Teilzeit arbeiten wollen. Hier lässt sich schlussfolgern, dass die Pflegepersonen seitens der Rechtsträger zu wenig Unterstützung bekommen, flächendeckend für alle betroffenen Menschen entsprechend therapeutische Beziehungsarbeit zu leisten, obwohl sie dafür gut ausgebildet sind.

Organisationen müssen das Wohlergehen der Pflegepersonen als entscheidende Voraussetzung für die Entwicklung therapeutischer Beziehungen zwischen Pflegepersonen und Klienten betrachten. Sie müssen die Pflegepersonen bei Bedarf unterstützen (vgl. RNAO, 2006, S. 9). In diese Richtung gibt es in einigen Organisationen unterschiedliche Bemühungen, wobei diese sich im Zusammenhang mit den derzeitigen Arbeitsbedingungen vielerorts ad absurdum führen. Was nützt einer Pflegeperson beispielsweise Supervision, wenn sie durch die vielen Überstunden völlig erschöpft

ist.

Wenn also wie im GuKG gefordert, in den Empfehlungen verschiedener Expertengruppen beschrieben und in der Ausbildung gelernt, die psychiatrische GuKP therapeutisch wirksame Beziehungsarbeit leisten soll, müssen Rechtsträger und die Anbieter von psychosozialen Gesundheitsdienstleistungen diese wesentlich besser und umfangreicher wertschätzen und unterstützen als bisher. In der Praxis ist es sinnvoll, wenn sich Stationen aus den Empfehlungen der Literatur eine Organisationsrichtlinie für die Bezugspflege erarbeiten, in der schriftlich zumindest die Zuständigkeitskriterien der Bezugspflegeperson und der Zuteilungsprozess der Patientinnen und Patienten zu den Pflegepersonen festgehalten ist. Ebenso muss die Vertretungsregelung und das Schnittstellenmanagement (z.B. andere Berufsgruppen) geklärt und beschreiben sein. Die Form und Dauer der Einschulungszeit neuer Kolleginnen und Kollegen ist ebenfalls Bestandteil einer solchen Richtlinie. Empfehlenswert ist es, dafür ein Projekt unter Einbezug aller Pflegemitarbeiterinnen und – mitarbeiter zu initiieren, da Bezugspflege nur dann flächendeckend umgesetzt werden kann. Da sich im Gegensatz zu anderen Pflegeorganisationsformen andere Verantwortlichkeiten ergeben und von den Pflegenden mehr sozial-kommunikative Kompetenz (z.B. personenzentrierte Gesprächsführung, gewaltfreie Kommunikation) und Selbstkompetenz (z.B. Reflexionsfertigkeiten) gefordert sind, ist auf entsprechende Fort- und Weiterbildung zu achten.

Beziehungspflege nach Peplau

Hildegard Peplau hat ihr Modell der „Psychodynamischen Pflege“ zum ersten Mal bereits 1952 publiziert. Obwohl es auch andere Modelle für die Beziehungsarbeit in der Pflege gibt (z.B. die kongruente Beziehungspflege von Rüdiger Bauer), die sinnvollerweise als Hintergrund für eine praktische Umsetzung dienen können, wird hier auf das Modell von Peplau Bezug genommen. Die Begründung dafür liegt in der Jahrzehntelangen Weiterentwicklung des Modells und in der praktischen Erfahrung in der Umsetzung durch den Autor in der Kinder- Jugendpsychiatrie. Außerdem lässt sich beim Lesen der Definitionen ganz klar der Bezug zum österreichischen GuKG herstellen. Das Model von Peplau wird auch in der Leitlinie der RNAO mehrfach empfohlen.

Pflege findet nach Peplau in Situationen statt, in denen eine Person krank ist oder der gesundheitlichen Versorgung bedarf und eine andere Person aufgrund ihrer speziellen Ausbildung in der Lage ist, diesen Bedarf zu erkennen und darauf zu reagieren (vgl. Peplau, 1995, S. 28). Sie definiert Pflege als einen absichtsvollen und signifikanten therapeutischen interpersonalen Prozess. Die Pflege ist ein edukatives Instrument, eine die Reife fördernde Kraft (vgl. Peplau, 1995, S. 39). Das Ziel der Pflege ist nach Peplaus Auffassung die Förderung von Gesundheit, die sie als eine Vorwärtsbewegung der Persönlichkeit und anderer im Gang befindlicher Prozesse in Richtung auf ein kreatives, konstruktives und produktives persönliches und gesellschaftliches Leben beschreibt (vgl. Sills & Beeber, 1995, S. 39). Dabei bezieht sich Pflege auf den Menschen als ein Ganzes, d.h. sie verkürzt ihn nicht auf einzelne Funktionen oder Organe (vgl. Peplau, 1995, S. 37).

Aus diesen grundsätzlichen Stellungnahmen zur Pflege wird deutlich, dass Peplau eine zielgerichtete und serielle Beschaffenheit der Pflege annimmt. Sie besteht aus Handlungen, an denen mindestens zwei Personen, nämlich der Patient und die Pflegende, beteiligt sind. Damit kann Pflege als eine soziale Handlung begriffen werden. Der Prozess der Pflege kann aus Peplaus Sicht nicht technisch definiert werden, d.h. nicht auf die Anwendung von Techniken reduziert werden. Die Pflegeprofession hat die legale Verantwortung für den effektiven Einsatz der Pflege und für ihre Folgen für den Patienten. Es zeigt sich auch ganz klar, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. spezielle Ausbildung, Gesundheitsförderung und Beratung usw.) Pflege in diesem Sinne erforderlich machen.

Den Menschen beschreibt Peplau als einen Organismus mit biochemischen, physischen und psychologischen Eigenschaften. Er lebt in einem instabilen Gleichgewicht. Aus vier psycho-biologischen Erfahrungen, die bei allen Menschen gleich sind (Bedürfnisse, Frustration, Konflikt und Angst), schöpft der Mensch die Energie , die er benötigt um Handlungen zu setzen. Dabei ist er bestrebt, die Spannungen zu reduzieren, die sich aus diesen Erfahrungen entwickeln (vgl. Peplau, 1995, S. 38).

Peplau geht von der Annahme aus, dass das menschliche Verhalten zielgerichtet und vorwärtsgerichtet ist und dass die Erfüllung der Bedürfnisse (vgl. Maslow - Bedürfnispyramide) das Handeln von Personen bestimmt. Dabei werden zwei Arten von Bedürfnissen genannt, die nur zu analytischen Zwecken getrennt werden können:

1. physiologische Bedürfnisse des menschlichen Organismus
2. interpersonale Bedürfnisse, die die Ausbildung und den Gebrauch menschlicher Fähigkeiten fördern (vgl. Peplau, 1995, S. 45)

Eine systematische, weiter differenzierte Typologie der für die Pflege relevanten Bedürfnisse, wie sie beispielsweise bei Henderson oder Orem zu finden ist, legt Peplau nicht vor. Wenn in einer Situation die Befriedigung der physiologischen oder interpersonalen Bedürfnisse gefährdet ist, entsteht Angst, die in einer Beziehung kommuniziert wird. Da diese Situation in unterschiedlicher Ausprägung immer wieder vorkommt, ist Angst etwas, was im Leben unentwegt auftritt. Jeder Mensch entwickelt mehr oder weniger geeignete Strategien, der Angst zu begegnen oder sie zu vermeiden. Das bedeutet, dass die Kommunikation dieser Angst oftmals über Verhaltensmuster geschieht, die in der klassischen Psychiatrie als psychopathologisches Symptom bezeichnet wird. Ursachen einer nicht effektiven Bedürfnisbefriedigung können Konflikte oder Frustration sein, die innerhalb einer Person oder zwischen mehreren Personen (innere bzw. äußere Konflikte) bestehen.

Peplau teilt das Ausmaß der Angst in ihrer Theorie in ein niedriges, ein mittleres und ein schweres Niveau eint. Dieses Ausmaß der Angst hat einen Einfluss auf die Fähigkeit eines Menschen zu handeln und zu lernen. Bei einem niedrigen Niveau der Angst bleibt das empfundene Unwohlsein erträglich. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung ist geschärft. Der Mensch bleibt Herr der Situation und ist in der Lage zu lernen und zielgerichtet zu handeln (vgl. Peplau, 1995, S. 152f.). Bei einem mittleren bis hohem Angstniveau wird die Wahrnehmung auf den problematischen Bereich eingeengt. Die kognitive Kontrolle der Person über Situationen geht verloren. Dieses Stadium ist mit dem Lernen nicht mehr vereinbar. Es kann nicht erwartet werden, dass ein Patient in dieser Situation neue Erfahrungen macht oder kreative Problemlösungen generiert (vgl. Peplau, 1995, S. 153). Bei einem hohen Angstniveau, wie bei der Panik, geht der verbleibende Rest der Handlungs- und Wahrnehmungsfähigkeit verloren und die Person wird vollständig handlungsunfähig. Lernprozesse können in dieser Situation nicht mehr initiiert werden (vgl. Peplau, 1995, S. 153f).

Es bedeutet, dass Pflegepersonen, besonders in der Anfangsphase der Pflegebeziehung, darauf achten müssen, in welchem Ausmaß beim betroffenen Menschen Angst vorhanden ist, da sich die Pflegemaßnahmen am Angstniveau orientieren müssen. Das ist für die Weiterentwicklung einer vertrauensvollen Beziehung von Bedeutung, da es dabei um die Befriedigung der wesentlichen Bedürfnisse nach Sicherheit bzw. am Gegenpol Selbstbestimmung geht.

Beziehungsphasen und Pflegeprozess

Peplau beschreibt den zeitlichen Ablauf des Beziehungsprozesses in vier Phasen. Durch diesen Phasenhaften Verlauf wird es möglich, die Beziehungsprozess in den Pflegeprozess zu integrieren. Die Themen des Pflegeprozesses müssen sich an der Beziehungsphase orientieren, damit eine therapeutische Gemeinschaft zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegeperson entstehen kann.

Orientierungsphase

In der Orientierungsphase ist zunächst ein gegenseitiges Kennenlernen zwischen dem pflegebedürftigen Menschen, dessen Bezugspersonen und der Pflegeperson im Vordergrund. Der Betroffene und die Angehörigen benötigen Informationen und ein klares Beziehungsangebote, um sich in der neuen, fremden Umgebung zurechtfinden zu können. Die Pflegepersonen müssen offen und neugierig sein, um am Leben der Betroffenen teilhaben zu können. Die Professionalität der Pflegeperson zeigt sich darin, mit dem betroffenen Menschen ohne Beurteilung der Person seiner Situation den Einstieg in die Beziehung zu gestalten. Eine wertschätzende, empathische und authentische Haltung der Pflegeperson dieser Phase hilft dem Patienten, seine Problembereiche bewusst wahrzunehmen und anzuerkennen. Wenn der Patient oder die Patientin dazu nicht in der Lage ist, muss die Pflegeperson die Emotionen und die Bedürfnisse des Betroffenen verbalisieren, um diesen Prozess konstruktiv zu unterstützen. Die Gestaltung dieser Phase ist entscheidend für die weitere Beziehungsgestaltung (vgl. Schoßmaier, 2019, S. 43).

Auf den Pflegeprozess bezogen ist dies die Zeit des Assessments und des pflegediagnostischen Prozesses. Da die Orientierungsphase je nach Komplexität der Problemstellungen und je nach Zustandsbild des betroffenen Menschen unterschiedlich ist, kann das Stellen einer Pflegediagnose entsprechend lange dauern. Wichtig ist in dieser Phase auch, mögliche Gefährdungen (z.B. Suizidalität) zu erkennen und einzuschätzen, um eventuell notwendig Schutzmaßnahmen treffen zu können. Für die Beziehungsgestaltung bedeutet das,

die Güter Schutz und Sicherheit gegenüber Autonomie und Selbstbestimmung abzuwägen.

Identifikationsphase
Jetzt hat die Pflegeperson die Aufgabe, gemeinsam mit dem Betroffenen zu beschreiben, was wichtig ist und wie er seine Fähigkeiten nutzen kann, um die Probleme zu bearbeiten. In gemeinsamen Gesprächen soll überlegt werden, wann und wodurch Anspannungen entstehen, welche Wahrnehmungen und Gefühle die Aktivität und Rollengestaltung im Alltag verhindern (vgl. Schoßmaier, 2019, S43). Für die Praxis bedeutet es, dass eine Pflegediagnose im Beziehungsprozess gemeinsam entsteht und die pflegebedürftige Person im diagnostischen Prozess eingebunden ist. Das Produkt der Identifikation ist in diesem Fall eine Pflegediagnose, die sowohl für den Betroffenen und die Pflegeperson stimmig ist.

Wenn die Pflegediagnose passt, wird gemeinsam überlegt, welche Schritte notwendig sind, um die Handlungsfähigkeit zu erweitern und wie diese Handlungsfähigkeit (=Pflegeziel) konkret zeichnet werden kann. Ein wesentlicher Faktor ist dabei oft, Strategien zu entwickeln, die es dem Patienten ermöglichen, wieder mehr Verbindung zu anderen Menschen zu erleben. Im Sinne des Pflegeprozesses ist dies die Zeit der Ziel- bzw. Maßnahmenplanung. So lange sich die Wahrnehmung der Pflegeperson von der Wahrnehmung des Patienten über dessen Möglichkeiten wesentlich unterscheidet, muss sie sich mit ihm darüber ohne Druck und Urteil auseinandersetzen. Dabei kann es durchaus sein, dass beide Meinungen gleichberechtigt nebeneinander stehen bleiben (vgl. Schoßmaier, 2019, S. 44).

Der Pflegeperson muss allerdings klar sein, dass in diesem Fall die Pflegebeziehung noch immer in der Orientierungsphase ist und eine Planung im Sinne des Pflegeprozesses ohne Identifikation nur im Falle einer akuten Gefährdung (z.B. Pflegediagnose: Suizid, Risiko) sinnvoll ist. Trotzdem die Pflegeperson dabei die Hauptverantwortung übernehmen muss (im Sinne des Schutzes), muss die betroffene Person so gut wie möglich in den Prozess integriert werden.

Dass die Identifikationsphase erreicht ist, zeigt sich darin, dass der pflegebedürftige Mensch und die Pflegeperson gemeinsam Ziele formuliert und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele vereinbart haben. Es bedeutet, dass bezüglich dieser Ziele und Maßnahmen die Identifikation schon erreicht ist. Die Beziehung kann sich in Bezug auf andere Problembereiche jedoch noch in der Orientierungsphase befinden. Die einzelnen Phasen entwickeln sich sozusagen dynamisch.

Nutzungsphase
In dieser Phase liegt die Aufgabe der Pflegeperson darin, den Patienten zu unterstützen, seine Erkenntnisse aus dem bisherigen Pflegeprozess in alltägliches Handeln zu übertragen. Dabei ist es wesentlich, dabei zu helfen, auftretende Ängste zu überwinden. Der pflegebedürftige Mensch braucht dabei Feedback, damit er wieder Verantwortung für sich und seine Entscheidungen übernehmen kann. Die betroffene Person hat nun die Aufgabe, die im Pflegeprozess gelernten Strategien in seinen anderen Beziehungs- und Lebenssituationen zu nutzen (vgl. Schoßmaier, 2019, S. 44).

Auf den Pflegeprozess bezogen bedeutet dies, dass sich im Zuge der gemeinsamen Evaluierung der bisherigen Ziele verändern und auch die Maßnahmen zur Umsetzung im Alltag mit dem Patienten besprochen werden müssen. Wenn bei der Evaluierung bemerkt wird, dass der Patient oder die Patientin noch nicht so weit ist, erfolgt wieder eine gemeinsame Überlegung, ob der bisherige Weg noch etwas Zeit braucht oder ob die Ziele bzw. Maßnahmen verändert werden sollten.

Das Ziel liegt darin, dass die Patientin bzw. der Patient sein Verhaltensrepertoire so gestalten kann, damit das alltägliche Leben und die damit verbundenen Rollen in einer zufriedenstellenden Art und Weise erfüllt werden können. Wenn es der Fall ist, wird von der Pflegeperson ein reflektiertes „Loslassen“ gefordert, damit der Übergang in die Ablösungsphase möglich wird.

Die Identifikationsphase und die Nutzungsphase wird von manchen Autoren auch als Arbeitsphasen zusammengefasst.

Ablösungsphase
Der Übergang in die Ablösungsphase verläuft fließend. Der Patient gewinnt immer mehr seine Autonomie zurück. Dies wird von betroffenen Menschen nicht nur als befreiend, sondern auch oftmals als bedrohlich erlebt. Jetzt zeigt sich die Professionalität der Pflegeperson darin, wie sie sich aus der Beziehung zurückzieht. Die Notwendigkeit besteht darin, den Patienten zur mehr Selbstverantwortung zu verhelfen. Dazu ist es notwendig, die bisher erreichten Ziele zu reflektieren und für

den Patienten sichtbar bzw. erlebbar zu machen. Zusätzlich wird die noch zu leistende Arbeit gemeinsam reflektiert.

Während der Ablösungsphase müssen Anzeichen von Trauer, Einsamkeit oder Angst rechtzeitig wahrgenommen und angesprochen werden. Wichtig ist es, das Ende der Pflegebeziehung so zu gestalten, dass sich die Beziehung, beispielsweise bei einer Wiederaufnahme, wieder mit einer neuerlichen Orientierungshase starten lässt (vgl. Schoßmaier, 2019, S. 45). Zu bedenken ist, dass die Phasenübergänge während des Beziehungsprozesses fließend sind und es auch Rückschritte in eine vorige Phase geben kann. Dies zu erkennen, ist die Verantwortung der Pflegeperson. In der Gesamtheit des Beziehungsprozesses liegt die Verantwortlichkeit der Pflegeperson hauptsächlich in der Prozesssteuerung durch die einzelnen Phasen. Im Gegensatz zur klassischen Psychiatrie, wo in erster Linie Vorgaben für ein „Funktionieren“ in der Gesellschaft gemacht werden, liegt die Verantwortung für die inhaltliche Ausrichtung des Beziehungs- und Pflegeprozesses vorwiegend in der Selbstbestimmung der betroffenen Person.

Kommunikative Kompetenzen der Pflegepersonen

Um den Beziehungsprozess entsprechend gestalten zu können, benötigen Pflegepersonen in der Psychiatrie die entsprechende Haltung, die betroffenen Menschen und deren Zugehörige ins Zentrum zu stellen und andererseits die kommunikativen Fertigkeiten aus dem personenzentrierten Gesprächsansatz nach Carl Rogers und dem Konzept der gewaltfreien Kommunikation von Marshall Rosenberg. In diesem Aufsatz wird auf theoretische Beschreibungen, zu denen als wesentliche Kriterien Wertschätzung, Kongruenz und Empathie gehören, verzichtet und dafür Möglichkeiten der praktischen Umsetzung erläutert. Die praktische Arbeit mit Modellen bedeutet, nicht die beteiligten Personen in das „Korsett“ des Modells zu pressen, sondern vielmehr flexibel die Empfehlungen aus den Modellen in den unterschiedlichen Situationen zu nutzen. (vgl. Sears, 2012, S. 16 f.).

Folgendes Beispiel soll diesen Ansatz erörtern:

Hr. M. Ist auf der Station mit der Diagnose „paranoide Schizophrenie“, eines seiner Symptome ist die Befürchtung, dass vergiftet werden soll. Im Zuge der Medikamentenausgabe sagt Hr. M.: „Ich nehme diese Gifttabletten sicher nicht. Das steckt der Geheimdienst dahinter.“

Absolut beziehungsschädigend wären alle Versuche, Herrn M. überreden zu wollen, vielleicht zu drohen oder mit einem kooperativen Mitpatienten zu vergleichen. Diese Verhaltensmuster hat Thomas Gordon bereits 1997 in seinem Buch „Die Patientenkonferenz“ als Beziehungskiller bezeichnet. Diese Ansätze könnten in etwa so klingen.

„Herr M., nehmen Sie doch die Medikamente, Sie werden sonst nie gesund werden.“, „Wenn Sie die Medikament nicht nehmen, muss ich das weiterleiten!“, oder „Schauen Sie sich den Hr. P. an, der macht nie solche Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme.“ usw.

Im Sinne der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg gäbe es verschieden Möglichkeiten der Reaktion auf die Aussage von Herrn M. Das Wesentliche ist zunächst, die eigenen Bewertungen und Urteile über die Aussage von Herrn M. zu reflektieren und sozusagen „beiseite zu legen“, um sich auf das Hier und Jetzt einlassen zu können. Dazu kann das Vier-Schritte-Werkzeug (Beobachtung-Gefühl-Bedürfnis-Bitte) genutzt werden. Wenn es gelingt, muss die Pflegeperson eine klare Entscheidung treffen (vgl. Saers, 2012, S. 19).

Möglich sind nun drei unterschiedliche Wege:

- Selbstempathie: aus der Situation empathisch rausgehen, wenn es im Moment nicht gelingt, die Urteile über Herrn M. beiseite zu legen; noch einmal in Ruhe reflektieren und später versuchen oder andere Strategien überlegen.
- Ich-Botschaft: mit einer anschließenden Bitte, „Herr M., wenn ich „Ich nehme diese Gifttabletten sicher nicht“ höre, bin ich verunsichert und hätte gern Klarheit. Wollen Sie mir darüber erzählen, welche Gründe Sie haben, die Medikamente nicht zu nehmen?“
- Empathisch auf die Aussage eingehen: „Herr M., Sie haben Angst und hätten gerne Sicherheit? Sie würden die Tabletten nur dann nehmen, wenn Sie sicher sein könnten, dass es kein Gift ist?“

Welche dieser Möglichkeiten die Pflegeperson im Sinne der Beziehungsarbeit wählt, muss immer im Einzelfall entschieden werden, da viele andere Faktoren noch mitzuentscheiden sind. Beispielsweise

die Tagesverfassung der Pflegeperson. Müde und erschöpft wird eher die Selbstempathie brauchen, weil die anderen Strategien nicht möglich sind. Es sind Fragen wichtig wie: Welche Erfahrungen sind mit Herrn M. bisher gemacht worden? Worauf reagiert er eher kooperativ? Alle beziehungsbeeinflussenden Faktoren zu nennen, ist an dieser Stelle unmöglich, da jede einzelne Situation individuell anderes erlebt wird. In der Aus- und Fortbildung ist es daher notwendig, ein möglichst breites Spektrum an Strategien abzudecken und vor allem die Fertigkeit zu Selbstreflexion zu fördern.

Beachtung der Grundlegenden Verpflichtungen nach dem Gezeitenmodell

Das Gezeitenmodell ist das erste Genesungsmodell, das von praktizierenden Pflegenden, Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker, entwickelt wurde. Es stützt sich hauptsächlich auf Pflegeforschung. Das Gezeitenmodell war ursprünglich eher ein philosophischer Ansatz, der zur Entwicklung von evidenzbasierter Praxis in der psychiatrischen Pflege (mental health care) einlud.

Praktiker sollten fragen: „Wie passen wir die Pflege den spezifischen Bedürfnissen der Person und ihrer Geschichte sowie der gelebten Erfahrung an, sodass sie die Reise zur Genesung beginnen oder ein Stück weiterbringen kann?“ In diesem Sinne fokussiert das Modell auf befähigende Wege zu einem konstruktiven Leben, wenn auch unter schwierigen Bedingungen. Da die Person ist die Schlüsselfigur im eigenen Genesungsprozess ist, kann die Pflegeperson nur helfen ihr Potential zur Genesung zu erschließen, in dem Sie der betroffenen Person eine offene und authentische Beziehung anbietet. (vgl. Buchanan-Barker & Barker, 2008, S. 14)

Im Gezeitenmodell werden zehn Gezeitenverpflichtungen mit jeweils zwei Befähigungen der Pflegepersonen beschrieben. In diesem Artikel wird nur auf die fünf wichtigsten Verpflichtungen und die jeweils dazugehörigen Befähigungen der Pflegepersonen hingewiesen, die auf für die Beziehungsgestaltung wesentlich sind.

Die persönliche Stimme wertschätzen

Die persönliche Geschichte der Person stellt den Anfangs- und Endpunkt der helfenden Begegnung dar. Sie schließt nicht nur einen Bericht von den Problemen des Menschen ein, sondern auch die Hoffnung auf eine Lösung. Befähigungen sind die Kompetenz, der Geschichte eines Menschen aktiv zuzuhören. Und das Engagement zu unterstützen, dass der Mensch seine eigene Geschichte in seinen eigenen Worten kontinuierlich im Pflege- und Versorgungsprozess festhält

Die Sprache respektieren

Die Pflegenden müssen Menschen ermutigen, in ihren eigenen Worten mit eigener unverwechselbarer Stimme zu sprechen. Nicht die technisierte Fachsprache, sondern die Wertschätzung und der Gebrauch der natürlichen Sprache des Menschen vermittelt den einfachsten, jedoch größten Respekt für die betroffene Person. Die Pflegeperson muss dem Menschen helfen, sich jederzeit in seiner eigenen Sprache auszudrücken und soll dem Menschen helfen, sein Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken.

Eine ehrliche Neugierde entwickeln

Niemand kennt die Erfahrung eines anderen Menschen. Daher müssen professionelle Pflegende ein ehrliches Interesse an dessen Geschichte bezeugen, so dass sie den Erzähler und die Geschichte besser verstehen können. Besonders im Assessment reduziert sich die Neugier oft nur auf Symptome und Probleme. Ehrliche Neugier reflektiert ein Interesse an dem Menschen und seinen einzigartigen Erfahrungen. Die Pflegeperson zeigt Interesse an der Geschichte des Menschen, indem sie nach Klärung von einzelnen Punkten weiteren Beispielen und Einzelheiten fragt. Die Pflegenden müssen dem Menschen helfen, seine Geschichte in seinem eigenen Tempo zu entfalten.

Ein Geschenk deiner Zeit machen

Obwohl Zeit manchmal illusorisch ist, ist doch nichts wertvoller die betroffene Person. Häufig beschweren sich professionelle Helfer, dass sie nicht genug Zeit haben, um konstruktiv mit dem Menschen zu arbeiten. Hier ist neben der Organisation auch die einzelne Pflegeperson gefragt, was in der Tätigkeit priorisiert wird. Die Pflegeperson hilft dem Menschen die Wahrnehmung der mit ihm verbrachten Zeit zu erhöhen, um seine spezifischen Bedürfnisse auszudrücken und erkennen den Wert der Zeit an, die der betroffene Mensch zum Pflegeprozess beiträgt.

Transparent sein
Sollen der hilfsbedürftige Mensch und der professionelle Helfer zu einem Team werden, muss jeder von ihnen einen Beitrag leisten. Professionelle Helfer befinden sich jedoch in einer privilegierten Position. Deshalb müssen sie beginnen Vertrauen vorzuleben, indem sie dem Menschen helfen genau zu verstehen, was getan wird und warum. Die Pflegeperson überzeugt sich, dass der Mensch zu allen Zeiten den Zweck der therapeutischen Maßnahmen und pflegerischen Prozesse kennt und achten darauf, dass der betroffene Mensch Kopien aller Assessment- und Pflegeplanungsdokumente zu seiner eigenen Verfügung erhält (vgl. Buchanan-Barker u. Barker, 2008, S. 16ff).

Conclusio
Die psychiatrische GuKP findet ihr Selbstverständis in der therapeutischen Beziehungsarbeit mit Menschen, die entweder bereits eine psychische Erkrankung haben oder die ihre psychosoziale Gesundheit verbessern wollen. Die Pflegenden können mit Stolz behaupten, damit einen großen Beitrag zum Gesundheitssystem und zur Gesundheit der Bevölkerung zu leisten. Die Voraussetzung dafür ist das Erkennen des Potentials durch den Gesetzgeber, die Rechtsträger von Gesundheitsorganisationen und die Sozialversicherungsträger. Sie sind aufgefordert, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Pflegepersonen das umsetzten können, wofür sie ausgebildet wurden.

Autor

Gerhard Schoßmaier, MSc
1996-1999 Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, 2001 Weiterbildung Pflege und Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2005-2007 Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege, 2014 Trainerausbildung für gewaltfreie Kommunikation, 2017-2018 Weiterbildung f. basales und mittleres Pflegemanagement, Masterstudium Pflegepädagogik, Berufserfahrung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und in verschiedenen anderen Pflegebereichen psychiatrischer Einrichtungen, Lehrtätigkeit in Schulen und FH für Pflegeberufe, Vortragstätigkeit auf nationalen und internationalen Kongressen mit psychiatrischen und ausbildungsbezogenen Inhalten, Fachbuchautor

2. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | ISSN 1662-3029 | Verlag hpsmedia GmbH | D-35410 Hungen

Pflegewissenschaft

www.pflege-wissenschaft.info

2. SONDERAUSGABE: DIE CORONA-PANDEMIE

Pflegerische Praxiskonzepte in Zeiten der Corona-Krise
Wie kann es weitergehen?

5€*

hpsmedia
12. Mai 2020

Lesen & Gutes tun.

* Mit jeder verkauften Corona-Sonderausgabe spendet hpsmedia 1€ für die pflegerische Versorgung von zehntausenden Flüchtlingen im Lager Moria auf Lesbos/Griechenland. Ihre Spende wird über die Organisation *Ärzte ohne Grenzen* dorthin weitergereicht.

www.hpsmedia-verlag.de/home/corona

hpsmedia

Magische Momente in der Altenpflege

Zufriedenheit und Berufsstolz durch professionelle Begegnung

Berufsstolz ist das Thema dieser Ausgabe der Pflegezeitschrift Pflege Professionell und sofort fällt mir dazu der bekannte Slogan „proud to be a nurse“ ein, der auf T-Shirts prangt, von Kaffeetassen lächelt und in so manchen Email-Signaturen von Pflegepersonen zu finden ist. Um ehrlich zu sein, zu diesem beliebten Slogan habe ich ein eher ambivalentes Verhältnis. Ich frage mich, warum Pflegende überhaupt dieses Bedürfnis haben, ihren Stolz auf den Beruf nach außen kommunizieren zu müssen. Oder kennen Sie ähnliche Slogans von anderen Berufen? „Proud to be a journalist“ etwa oder „proud to be a baker“? Außerdem, worauf genau sind Pflegepersonen eigentlich stolz? Was macht sie stolz? Können Sie ihren Berufsstolz überhaupt benennen und argumentieren? Oder ist der Slogan „proud to be a nurse“ in Wirklichkeit eine inhaltslose Floskel?

Kürzlich habe ich aus diesem Grund, bereits zum wiederholten Mal, in den sozialen Medien den KollegInnen die Frage nach dem Berufsstolz gestellt. Die Antworten waren aus meiner Sicht teilweise enttäuschend. „Weil es ein toller Beruf ist.“ oder „Weil es der beste Beruf der Welt ist.“ meinten da etwa einige Kolleginnen und blieben mir genauere Informationen über ihren Stolz eigentlich schuldig. Andere wieder riefen „Weil wir die größte Berufsgruppe sind und ohne uns nichts geht.“ oder „Weil ohne uns das System zusammenbrechen würde.“ Auch in diesen Antworten fand ich keine Begründung für Berufsstolz, außer jemand ist wirklich stolz auf seinen Beruf, nur weil er der größten Berufsgruppe zugehört. Das wäre dann, sarkastisch ausgedrückt, so eine Art „Herdenstolz“. Stolz dazuzugehören. Ein bisschen gar wenig für so einen hehren Slogan wie „proud to be a nurse“.

(C) Karin & Uwe Annas

Berufsstolz und „magische Momente“ in der Altenpflege

Zu meiner Freude bekam ich vereinzelt aber auch andere Antworten. „Weil ich nach meinem Tun oft in lächelnde Gesichter sehe, das ist mein Lohn.“ und „Weil ich den Fürsorge-Gedanken im Herzen trage und mit Herz und Hirn tätig bin.“ oder „Für jemanden Sorge und Fürsorge zu tragen, ist aus meiner Sicht eine schöne Arbeit.“ Und eine Pflegeperson aus der mobilen Pflege meinte: „Zu sehen, was durch mein Tun den Menschen in ihren eigenen vier Wänden möglich gemacht wird, erfüllt mich mit Stolz und Freude.“

Stolz auf das professionelle Tun also, auf die fachliche Kompetenz, auf die Haltung in der Pflegearbeit, auf die Wirkung der eigenen Pflegearbeit. Dieser Art von Berufsstolz kann ich viel abgewinnen, denn sie erzählt von Professionalität und von einer reflektierten Berufsmotivation. Solcher Art von Berufsstolz bin ich in meiner Beschäftigung mit der Berufsmotivation in der Altenpflege oft begegnet, auch wenn das Wort Berufsstolz dabei nie gefallen ist, sondern eher der Begriff Sinnstiftung im Beruf.

Was hält Pflegepersonen in ihrem Beruf? Was motiviert sie in ihrem Beruf zu bleiben? Diese beiden Fragen beschäftigen mich, in Anbetracht des steigenden Pflegepersonalbedarfs und der gleichbleibend schlechten Rahmenbedingungen in diesem pflegerischen Berufsfeld, seit Jahren intensiv. In der Altenpflege herrscht schon längere Zeit an vielen Enden und Ecken Endzeitstimmung. Unzureichende Arbeitsbedingungen lassen ausgebil-

dete Pflegepersonen in Scharen aus dem Beruf fliehen. Die im Beruf verbleibenden Pflegekräfte erleben, aufgrund permanenter Personalnot, vielfach massive persönliche Überlastungen und werden genötigt, eine Altenpflege mit Fließbandcharakter zu leisten.

Die Frage nach der Berufsmotivation halte ich in diesem Zusammenhang daher für wesentlich. Sie gibt uns Auskunft darüber, warum Menschen diese Pflegearbeit eigentlich leisten, was sie antreibt im Beruf, warum sie bleiben, obwohl die Rahmenbedingungen unzureichend sind.

Erstaunlich ist, dass, obwohl Altenpflege viel Arbeit „am Körper“ beinhaltet, mir bei meinen einfachen Befragungen über verschiedenste Kommunikationskanäle keine einzige PflegekollegIn erzählte, es wäre das abgeheilte Ulcus oder die gelungene Versorgung einer PEG-Sonde, die sie im Beruf hält. Ausnahmslos alle KollegInnen berichteten von berührenden Begegnungen mit alten Menschen, von Schlüsselmomenten, von „magic moments“.

Magische Momente erleben - Berufsstolz spüren

Was genau sind aber diese „magischen Momente“ Wie entstehen sie? Wann werden sie erlebt? Welchen Wert haben sie? Wie wirken sie auf Altenpflegepersonen?

In strukturierten Interviews mit zehn Professionisten der Altenpflege bin ich diesen Fragen zu erlebten magischen Momenten in der Altenpflegearbeit vertiefend nachgegangen. Die geschilderten Erlebnisse gehen dabei unter die Haut und berühren. Sie machen deutlich, dass magische Momente in der Altenpflege keine unwichtige Nebenerscheinung sind, sondern ein wesentliches Element für die innere Arbeitszufriedenheit von Pflegenden. Die magischen Momente sind das Ergebnis professioneller Pflege und ein Hinweis auf gelungene Beziehungsarbeit. Sie sind positive Rückmeldung und lösen in Pflegepersonen das Gefühl von Sinnstiftung und Stolz auf die eigene Arbeitsleistung aus. Deshalb erleben Pflegende die magischen Momente auch als nährend. Sie geben ihnen Kraft für schwierige Zeiten oder Erlebnisse.

Hier stellvertretend drei Antworten auf die Frage nach der persönlichen Bedeutung der magischen Momente in ihrer Altenpflegepraxis:

„Diese magischen Momente sind klar jene Momente, die mich in der Pflege halten. Dafür gehe ich morgens in die Arbeit. Das sind die Momente, die mich lächeln lassen, die mich befähigen, mich manchmal mehr einzusetzen als andere es tun und es sind die Momente, wo ich danach nach Hause gehe und mir denke, das war es heute wirklich wieder wert.“ (Renate P. diplomierte Gesundheits- und

(C) gofather

Krankenpflegerin)

„Das sind genau diese Momente, von denen ich lebe in meinem Job.“ (Andrea S., Heimleiterin)

„Mich halten diese magischen Momente ganz klar in meinem Beruf.“ (Karin L., Pflegeassistentin in einem Seniorenwohnhaus)

Berufsstolz und emotionale Qualitätsentwicklung der Pflege

Die Frage, wie die bestehende Personalnot in der Pflege generell, und in der Altenpflege im Besonderen, bewältigt werden kann, beschäftigt derzeit Politik wie auch Pflegewelt. Da werden PR-Kampagnen aus dem Boden gestampft, um mehr Menschen in Pflegeausbildungen zu bringen und es werden strukturelle Strategien geschmiedet, damit mehr ausgebildete Pflegepersonen im Pflegeberuf gehalten werden können. Neue Arbeitszeitmodelle, eine 30 Stunden-Woche, faire Bezahlung und höhere Personalschlüssel sind oft genannte und auch notwendige Schritte in diese Richtung.

Die Frage ist, wird das genug sein? Reicht es aus, mehr Menschen auszubilden? Werden mehr Pflegepersonen in der Pflege bleiben, wenn vor allem strukturelle Verbesserungen stattfinden?

Oder braucht es nicht doch, zusammen mit den strukturellen Optimierungen, auch eine emotionale Qualitätsentwicklung, eine neue Qualität in der Pflege? Eine Pflege, in der Raum entsteht für Sinnstiftung und in der Pflegepersonen mehr magische Momente erleben können und damit auch mehr Berufsstolz spüren werden.

Das Problem dabei: Viele Pflegepersonen haben immer noch vor allem körperliche Pflege im Fokus ihrer Arbeit. Mit Patienten oder alten Menschen zu reden, ihnen authentisch und offen zu begegnen, mit ihnen in eine warme Beziehung zu treten, ihnen interessiert zuzuhören, sie im Gespräch zu trösten, mit ihnen zu lachen, wird von vielen Pflegenden auch heute noch als „Geschwätz“ abgetan. Deshalb finden Gespräche und psychosoziale Betreuung meistens eher zufällig statt, nebenbei, zwischen Tür und Angel, zwischen Körperpflege und Mobilisation, zwischen Wundverband und Inkontinenzversorgung.

Nicht immer würde psychosoziale Begleitung mehr Zeit benötigen, dafür aber Gesprächskompetenz. Erste Untersuchungen zeigen etwa, dass der bewusste Einsatz des klientenzentrierten Gesprächs sogar zu Zeiteinsparungen führen kann, einfach weil die betroffenen Menschen sich wahrgenommen fühlen und in Folge zufriedener sind.

Manchmal würde es schon reichen, die täglichen Fragestellungen zu verändern und den Mut zu haben, von automatisierten Fragen wie „Haben Sie heute schon Stuhl gehabt?“ oder „Wie gehts Ihnen denn mit den Schmerzen?“ abzuweichen und Fragen zu stellen, die sich an den Menschen selbst richten, an ihn als Person, an sein Innerstes.

Eine andere Qualität bei gleicher Zeit würde auch entstehen, würden sich Pflegepersonen im Moment der Körperpflege auf den einen Menschen vor ihnen konzentrieren, sich voll und ganz ihm widmen, statt im Kopf schon bei Frau Maier oder Herrn Müller zu sein.

In dieser Art Pflegesetting mit zuwendender Haltung würden Pflegepersonen den Patienten, in der Altenpflege den alten Menschen, intensiver begegnen. Magische Momente in der Pflegearbeit wären die Folge, damit auch das Erleben von mehr Sinnstiftung, mehr Zufriedenheit in der Pflegearbeit und mehr Berufsstolz.

Neudefinition von Altenpflege - Altenpflege ist Lebensbegleitung

Die Erzählungen der interviewten ProfessionistInnen rund um erlebte magische Momente zeigen außerdem: Altenpflege wäre im Kern so viel mehr als Körperpflege. Altenpflege ist Lebensbegleitung in den letzten Jahren/ Monaten/ Wochen/ Tagen. Engagierte Altenpflege heißt etwa, Menschen dabei zu unterstützen ihre Identität in einer schmerzhaften Zeit aufrechtzuerhalten (etwa rund um den Einzug ins Pflegeheim), sie helfen Ziele zu finden, zu begleiten bei der Verarbeitung von Lebensgeschichte, zu helfen beim persönlichen Lebensresümee ziehen, beim innerlichen Abschießen des Lebens, beim Sterben zu begleiten.

Altenpflege ist in ganz besonderem Ausmaß Emotions- und Beziehungsarbeit. Magische Momente entstehen durch Begegnung mit den Menschen, sie sind emotional wichtige Schlüsselerlebnisse, für BewohnerInnen wie für Pflegepersonen.

Warten Sie nicht auf bessere Zeiten! Beginnen Sie schon morgen!

Keine Frage: Altenpflege braucht bessere Rahmenbedingungen und die Politik sollte hier dringend

umdenken und ihren Beitrag leisten für eine Altenpflege, in der Pflegepersonen stolz auf ihre Arbeit sein können und deshalb gerne tätig sind. Trotzdem möchte ich Ihnen als PflegeexpertInnen der Altenpflege zurufen: Warten Sie nicht darauf, bis „jemand“ oder „die Politik“ mehr Zufriedenheit in Ihre Pflegearbeit bringt. Seien Sie selbst die Veränderung. Beginnen Sie damit, den alten Menschen wirklich zu begegnen.

Wenn viele Pflegepersonen anfangen, die Beziehungsarbeit in der Pflege in den Mittelpunkt zu stellen, der „Seelenpflege“ gleichen Wert einzuräumen wie der Körperpflege, und gleichzeitig lernen diese psychosoziale Arbeit fachlich zu argumentieren und zu dokumentieren, dann verändert sich Altenpflege insgesamt. Für die alten Menschen. Aber auch für Pflegepersonen und ihren Berufsstolz. Damit Pflegende wirklich mit voller Überzeugung sagen können: „I am proud to be a nurse“

Autorin

www.careconsulting.at

www.vielfalten.com

Sonja Schiff, M.A.
Gerontologin, diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bloggerin, Buchautorin. Bewegt sich seit 1988 im Berufsfeld Altenpflege, als Pflegefachkraft, Pflegedienstleitung, später als Pflegeberaterin und Projektleiterin. Heute arbeitet Sie als Trainerin und Coach zu Alternsfragen für Pflege- und Bildungseinrichtungen, Gemeinden und Landesregierungen, sowie Firmen.

Prof. Dr. Angelika Zegelin im Vorwort zum Buch:
Dieses Buch ist ein wahrer Schatz! Es gehört in die Hand einer Jeden, die mit Altenpflege zu tun hat, egal ob in Ausbildung/Studium, in der Praxis, im Altenpflegemanagement oder in Verwaltung, Trägerschaft oder gar in der Politik.

Ich habe noch nie ein Buch gelesen, welches so feinsinnig und kompetent über Pflegearbeit spricht – ja eigentlich gehört das Buch in die Gesellschaft.

ISBN 978-3-662-59861-0
BESTELLBAR IN JEDEM GUTEN BUCHHANDEL
ODER ONLINE ÜBER SPRINGER

Pflege und Stolz
Eine Möglichkeit der gesellschaftlichen Positionierung

Was könnte Pflegende dazu verleiten, stolz auf sich oder etwas zu sein? Beruht Stolz auf einer Leistung oder einem Können? Zu einem „dienenden“ Beruf, wie Pflege verstanden werden könnte, scheint Stolz nicht zu passen. Eher sind Bescheidenheit, Aufopferungsbereitschaft, Hinwendung, Empathie und ähnliche Begriffe Attribute, die Pflegenden wie auch anderen in sozialen Berufen Tätigen zugeordnet werden. Es erzeugt ein unangenehmes Gefühl, wenn jemand offen sagt, dass er stolz auf sich sei.

Mit dem Wort Stolz sind eher negative Assoziationen verbunden. Pflegende, denen jetzt in der Corona-Krise applaudiert wird oder die schon viele Jahrzehnte trotz Pflegenotstand eine gute Arbeit geleistet haben, kommt nicht in den Sinn, mit stolzgeschwellter Brust in die Öffentlichkeit zu treten und ihre Erfolge und Leistungen zu präsentieren. Stolz, eingebunden in eine Lebenskunst von Pflegenden, könnte jedoch eine Möglichkeit sein, der Pflege bei den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen (demografische Entwicklung, die wohl bleibenden Gefahren von Epidemien und Pandemien, Zunahme psychischer Erkrankungen usw.) den angemessenen Platz und eine entsprechende Bewertung ihres Tuns in der Gesellschaft zuzuweisen.

Die Herkunft des Wortes „stolz“ ist unklar. Es könnte von Stelze kommen und dann im Sinne von hochtrabend gemeint sein. Auch die Entlehnung vom lateinischen stultus (dumm) ist denkbar, was jedoch einen ungewöhnlichen Bedeutungswandel voraussetzen würde (nach Kluge, 1999, S. 798). Die Begriffsunklarheit könnte darauf verweisen, dass ein Mensch, der begründet oder unbegründet auf sich oder etwas stolz ist, bei Anderen unangenehme Empfindungen hervorruft. Stolz kann Neid und Konkurrenzgedanken hervorrufen oder peinlich wirken, weil tatsächlich eine maßlose Selbstüberschätzung oder Falscheinschätzung vorliegt. Ein solches Verhalten wird meist mit Hochmut bezeichnet. Dabei handelt es sich um „die Form übertriebenen Selbstwertgefühls, eine Haltung, die dazu führt, die Minderwertigkeit anderer und damit die eigene Höherwertigkeit zu unterstreichen, …“ (Regenbogen & Meyer, 2013, S. 293). Stolz fordert dagegen Anerkennung heraus.

Stolz und Eigenliebe

Leo N. Tolstoi bringt die negative Bedeutungszuschreibung auf folgenden Satz: „Eigenliebe ist beginnender Stolz. Stolz ist entfesselte Eigenliebe.“ Möglicherweise ist diese Einstellung der Tatsache geschuldet, dass Tolstoi Rousseau als Vorbild hatte und nach dessen Vorbild reformpädagogische Schulen einrichtete. Dabei ging es ihm nicht um eine Auslese der Elite, sondern um die Förderung der Kinder nach ihren Möglichkeiten. Die Gefahr, dass die von Anderen gelobte Leistung zu sehr als narzisstische Zufuhr genutzt und dies gerade bei Kindern zu einem falschen Stolz führen kann, dürfte Tolstoi richtig gesehen haben. Es bleibt jedoch die Frage, was „richtiger“ Stolz sein könnte.

Der Blick von außen

Stolz hat etwas damit zu tun, dass man von außen auf sich schaut. Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl sind eher Empfindungen, die innerlich gespürt werden. Hieraus könnte man schließen, dass

(C) Krakenimages.com

Stolz eine Vorstufe des Selbstwertgefühls ist. Mit Stolz nimmt der Mensch eine Perspektive ein, die von außen auf sich schaut. Die Antwort der Anderen auf eine Tat wird quasi gedacht und der Mensch, der stolz auf sich ist, fungiert als erster Claquer seiner Leistung. Die anderen werden damit zu einer positiven Reaktion gedrungen, ohne dass sie die Möglichkeit haben, die Leistung vorher zu überprüfen. Das Lob soll von den anderen ohne Initiation durch den zu Lobenden erfolgen. Zurückhaltende oder ihre Leistungen und Talente realistischer sehende Menschen geraten durch den Stolz eines anderen Menschen in einen Konflikt: Der Erfolg einer Anstrengung ergibt sich nicht nur aus dem Inhalt, sondern größtenteils aus der Performance. Und das wird als ungerecht erlebt.

Selbsteinschätzung

Die Frage ist somit weniger, ob Stolz eine schlechte Eigenschaft ist, sondern ob der Stolz berechtigt ist und ob er zu überzogen dargestellt wird. Die Fähigkeit, sich selbst richtig einzuschätzen, ist eine Voraussetzung dafür, dass andere es nicht als peinlich empfinden, wenn jemand auf etwas stolz ist. Die erbrachte Leistung wird in Relation zum Alter, den Umständen und der Sache als solcher gesetzt und dies muss stimmig sein. Von Genies und großen Künstlern ist bekannt, dass sie sich gegen die Zustimmung der Anderen durchgesetzt haben. Ihre Einschätzung widerspricht zum Teil den allgemeinen Beurteilungsmaßstäben. Bei einem exzellenten Musiker beispielsweise bewundern die Zuhörer weniger das Produkt, also die gespielten Noten, die Komposition, sondern die technische, musikalische und musikantische Fähigkeit, das Werk in klingende Musik zu bringen. Gelungen ist die Aufführung eines Musikers dann, wenn das Werk besonders gut zur Geltung gebracht wurde. Der Musiker ist nicht stolz auf das Musikstück, sondern darauf, wie er dieses Stück zum Klingen gebracht hat. Stolz ist in diesem Sinne eine besondere Form der Demut, die anerkennt, dass die erbrachte Leistung kein genialer Schöpferstreich ist, sondern lediglich die gelungene Darstellung von etwas Gegebenem. Stolz, der als peinlich erlebt wird, resultiert aus der Überbewertung der eigenen Leistung. Die Erzählung vom eigenen genialen Tun verdeckt etwas Anderes. Wer seine Leistung nicht ichbezogen betrachten und erzählen kann, schätzt sein Können als ein Mittun ein. Stolz ist ein solcher Mensch, weil er etwas zum Vorschein gebracht hat. Seine Anstrengungen und seine Fähigkeiten stehen im Dienst der Sache.

Stolz oder Dankbarkeit

Der Pflege gegenüber wird oberflächlich betrachtet Anerkennung erbracht, doch gleichzeitig der Erfolg des Tuns anders bewertet als bei einem Mediziner, Ingenieur, Verkäufer, Handwerker usw. Der Schreiner zum Beispiel kann stolz auf den von ihm gebauten Schrank sein. Das Produkt wird bewundert, die handwerklichen Fähigkeiten werden anerkannt und die Erfahrungen im Umgang mit dem Material neidlos zugestanden. Den Pflegenden dagegen wird für die liebe- und aufopferungsvolle Zuwendung gedankt. Oft wird noch hinzugefügt, dass man die Pflegekraft bewundere, weil man so etwas selbst nicht könne. Damit steht der Dank im Vordergrund der Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient. Die Pflegekraft freut sich über das positive Feedback, ist jedoch gleichzeitig blockiert, für ihr Können und ihre fachliche Leistung Anerkennung zu erwarten, denn das würde als Undankbarkeit empfunden. Würde die Pflegekraft ihren Stolz zeigen, könnte der Patient seine Scham schlechter verbergen, dass er sowohl auf die Pflegekraft angewiesen war als auch von sich Verletzlichkeiten und Intimitäten gezeigt hat. Das Bedanken und auch Trinkgelder sind mehr oder weniger unbewusste Schweigegelder. Für Pflegekräfte ist es daher recht schwer, ihren Stolz in der direkten Kommunikation mit dem Patienten nicht zu zeigen und dagegen im gesellschaftlichen Diskurs Wert darauf zu legen. Stolz ist für Pflegekräfte daher in zweifacher Hinsicht eine schwierige Angelegenheit. Erstens ist die Eigenschaft Stolz sowieso eher negativ belegt und zweitens ist Stolz im direkten Umgang mit Patienten oft ein Zeichen für unsensibles und wenig empathisches Verhalten.

Stolz sein und Stolz zeigen

Es gibt für Pflegekräfte – mehr als in anderen Berufen – einen Unterschied zwischen dem Stolzsein auf das, was man geschafft hat und dem stolzen Auftreten in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Die Schwierigkeit ergibt sich aus zwei Gründen. Wenn eine Pflegekraft bei ihrer beruflichen Tätigkeit lernt und es sich in ihrer beruflichen Karriere angewöhnt, bescheiden, verständnisvoll und zurückhaltend aufzutreten, wird ein solches Verhalten zur zweiten Natur. Stolz gehört zu einer eher untypischen Eigenschaft, es wirkt nicht nur für Arbeitskollegen befremdlich, sondern auch für das Umfeld und im gesellschaftlichen Leben generell. Zweitens lässt sich Stolz besser mit einem höheren sozialen Status verbinden. Wer für die Gesellschaft etwas leistet, der verdient in

(C) Victor Koldunov

der Regel auch mehr Geld und genießt ein höheres soziales Ansehen. Ob jemand tatsächlich etwas für die Gesellschaft leistet, wird wiederum von denen bestimmt, die einen höheren Status und die politische, gesellschaftliche oder wirtschaftliche Macht besitzen. Veränderungen in einem solchen Wertesystem können zwar gefordert werden, sind jedoch oft lange Prozesse gesellschaftlicher Veränderungen. Wie die Gleichberechtigung von Mann und Frau schon seit Jahrzehnten deutlich eingefordert wird und viele Frauen dafür gekämpft haben, kann auch im 21. Jahrhundert das Ziel keineswegs als erreicht betrachtet werden. Die Pflegekräfte gehören mit ihrem Gehalt nicht zu den Besserverdienenden, die sich und anderen durch teure Statussymbole ihren Stolz zeigen könnten. Sie können finanziell in den „besseren Kreisen“ nicht mithalten. Trotzdem können Pflegekräfte auf ihre Arbeit stolz sein. Aufpassen müssen sie jedoch, dass sie ihren Stolz als Forderung nach Anerkennung für ihre Arbeit beibehalten und nicht „stolz“ darauf sind, dass sie auch mal etwas sagen dürfen und eine Gehaltserhöhung bekommen. Dies wäre eine Verwechslung von Stolz und „ehrenvollem“ Beachtet-Werden.

Die Ambivalenz von Stolz und Demut

Mehr noch als Ärzte handeln Pflegekräfte nach dem alten Satz „medicus curat, natura sanat“ (der Arzt unterstützt, die Natur heilt). Die Erfahrung in helfenden Berufen bestätigt immer wieder die Erkenntnis, dass jedes Bemühen zwecklos ist, wenn der Patient nicht mitmacht. Manchmal werden Kranke trotz Medizin und Pflege gesund. Ein Psychotherapeut, der glaubt seine Künste hätten die Gesundheit herbeigeführt, produziert Patienten, die als gesund entlassen und nach kurzer Zeit erneut vorstellig werden oder andere Krankheitssymptome entwickeln. Therapeut, Arzt und Pflegende assistieren dem Patienten auf seinem Heilungsweg. So kann er eigene Wege der Stabilität entwickeln und Resilienz aufbauen. Erfolge in medizinischen, therapeu-

tischen und pflegerischen Berufen machen somit demütig. Mitfreude scheint eher angemessen zu sein als Stolz. Doch wie ein Künstler sich oft versteht wie jemand, der sich demütig vom Material, den Noten, dem Instrument führen lässt und auch führen lassen kann, weil er die ausreichenden Fähigkeiten hierfür besitzt, kann auch eine Pflegekraft nur gut sein, wenn sie über ein hervorragendes Fachwissen und exzellente pflegerische Grundfertigkeiten verfügt. Demut und Stolz schließen sich nicht aus, vielmehr führt ein Stolz ohne Demut zum Hochmut. Das Vertrauen in die Selbstheilungskräfte und die Möglichkeiten der „Natur“ basiert darauf, dass man ein Wissen über Zusammenhänge, Krankheitsverläufe und kleine Details hat, die für den Gesundungsprozess entscheidend seien können. Mit diesem Wissen und diesen Fähigkeiten kann man sich im situativen Nichtstun üben, was von Unterlassung dadurch unterschieden ist, dass auf den günstigen Augenblick fürs Eingreifen gewartet werden kann und nicht eine notwendige Maßnahme unterlassen wird (siehe dazu, Gerber, 2020, S. 259-266).

Stolz und Lebenskunst

Der Stolz, den nun eine Pflegende, ein Pflegender entwickeln kann, ist verbunden mit der Fähigkeit zur Ambivalenz. Sie bezieht sich einmal auf das Gegensatzpaar von Stolz und Demut, wie auch darauf, dass das eigene Gefühl von Stolz in der Beziehung zum Patienten anders gestaltet werden muss als im gesellschaftlichen Diskurs. Im öffentlichen Raum ist es ein Zeichen des Erwachsenseins, wenn vom Privaten und Persönlichen abgesehen werden kann und nur das öffentlich Relevante behandelt wird (nach Pfaller, 2017, S. 24). Dann geht es nicht mehr um den Pflegenden als einzelnen Pflegenden, sondern um die Pflege, auf die sich der Stolz bezieht. Man ist stolz auf das, was Pflege im Umgang mit Kranken und Alten geschafft hat. Und die Pflege wird eben mit Stolz als ein toller Beruf dargestellt. Das Verbleiben in einer infantilen Gerechtigkeitsillusion wäre dem Glück als Pflegender abträglich. Robert Pfaller kritisiert die Unzufriedenheit mit der eigenen Rolle folgendermaßen: „Narzissten wünschen sich immer eine gute Rolle, anstatt dem Hinweis des Stoikers Epiktet zu folgen, wonach es vielmehr darauf ankommt, sie gut zu spielen“ (Pfaller, 2017, 175). Dies bedeutet letztendlich, meine Wünsche an die Erscheinungsweise von Pflege und ihre gesellschaftliche Anerkennung werden zu einer stetigen Kränkung, wenn ich die Illusion einer anderen Rolle der Pflege aufrechterhalte. Statt von Gesellschaft und Politik zu erwarten, dass Pflege endlich „richtig“ gesehen und geschätzt wird, baue ich meinen Stolz über genau diese real existierende Pflege auf, verbessere immer weiter diese Rolle von Pflege und erreiche durch meinen Stolz eine größere Anerkennung.

Literatur

Gerber, B. (2020). Warum die Medizin die Philosophie braucht. Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Bern: Hogrefe.

Kluge (1999). Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache (23., erweiterte Auflage). Berlin New York: de Gruyter.

Pfaller, R. (2017). Erwachsenensprache. Über ihr Verschwinden aus Politik und Kultur. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Regenbogen, A. & Meyer, U. (2013). Wörterbuch philosophischer Begriffe. Hamburg: Felix Meiner.

Autor

Thomas Holtbernd

Diplom Psychologe, Diplom Theologe und Philosoph, ist Mitglied der deutschen Gesellschaft für neue Phänomenologie und der Helmuth Plessner Gesellschaft. Er ist tätig als Gutachter für Fahreignung, betreibt eine philosophisch-psychologische Beratungspraxis, moderiert philosophische Cafés und führt philosophische Weinseminare durch.

holtbernd@t-online.de

Wir müssen stolz sein!

Stolz auf seine Arbeit zu sein, setzt voraus, dass man seine eigenen Fähigkeiten anerkennt und sein eigenes Handeln und dessen Wirkungen selbst wertschätzt. Per Definition ist Stolz die Freude darüber, mit Gewissheit etwas Besonderes, Anerkennenswertes geleistet zu haben. Im Kontext des Pflegeberufes hat der BerufsSTOLZ vielfältige Komponenten und ist ganz unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt.

In Gesprächen mit Pflegefachpersonen fällt oft auf, dass Pflegende ihrer eigenen Leistung keine besondere Bedeutung zusprechen. Sätze wie „Das kann ich nicht selbst entscheiden“, „Wieso soll ich mich da einbringen“ und „das kann ich nicht, ich habe ja nicht studiert“ sind uns, die im Pflegewesen tätig sind, allen bekannt. Dazu kommt, dass eine eher zurückhaltende und manchmal auch unterwürfige Verhaltensweise von Pflegenden gegenüber vor allem den Ärzten dazu führt, dass sie unsicher wirken und damit ihre hohe Fachkompetenz eher geringgeschätzt wird. Aus Sicht der Selbstverwaltung der Pflegenden führt die mangelnde Selbstachtung dazu, und dieser Aspekt ist besonders gravierend, dass die Pflegenden als Heilberuf in Deutschland bisher keine ihrer Bedeutung zukommende tragende Rolle im Gesundheits- und Sozialwesen spielen bzw. dass es dorthin noch ein weiter Weg sein wird. Die Berufsangehörigen der Pflege waren bzw. sind immer noch abgeschnitten von wichtigen Informationen und jeglichen Steuerungsprozessen. Entscheidungen zur Ausübung der Pflege wurden und werden häufig noch ohne ausreichende Beteiligung der Berufsangehörigen getroffen. Ein Bild welches bspw. in der Ärzteschaft, bei den Apothekern oder bspw. im Handwerk undenkbar ist. Die fehlende Selbstachtung spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der Gesellschaft wieder, die die Berufsgruppe der Pflegenden jahrzehntelang stiefmütterlich behandelte. Zwar werden Pflegende laut einiger Umfragen als Beruf hoch angesehen, dennoch wird der Pflege unter dem Tenor „Pflegen kann jeder“ in der Gesellschaft, der Politik und den Akteuren im Gesundheitswesen keine bedeutende Rolle zugewiesen. Auch trägt die hohe „Wertschätzung“ nicht dazu bei, dass das Berufsfeld als derart attraktiv wahrgenommen wird, dass es eine deutliche positive Lücke zwischen der Anzahl von Ausbildungsinteressenten und Ausbildungskapazitäten gibt.

Und dabei gibt es viele Gründe stolz auf sich als Pflegefachperson zu sein. Reflektiert man einmal nur kurz die eigene tägliche Arbeit, wird schnell klar, dass die Pflege existentielle Aufgaben für das Leben eines anderen Men-

Ulrike Grabmair

MIGRÄNE

verstehen – vorbeugen – behandeln

maudrich 2020
184 Seiten, durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-99002-113-2

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

maudrich

schen übernimmt. Pflege ist ein vielfältiges und breites Berufsfeld, dass zahlreiche Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten vorweist. Pflege rettet Leben, verhindert Leid, lindert Beschwerden, bietet echte Unterstützung an, steuert, koordiniert und berät und sichert eine hochwertige und ganzheitliche Versorgung.

In der aktuellen Krisensituation scheint das beschriebene Bild langsam zu bröckeln. Steigt die Belastung auf das Gesundheitswesen massiv an, erkennt man, wie wichtig die Berufsgruppe für die Gesundheitsversorgung ist und welche elementare Verantwortung sie für die gesamte Bevölkerung trägt. Endlich wird der professionellen Pflege die Aufmerksamkeit gegeben, die sie verdient. Endlich haben wir die Möglichkeit der Gesellschaft zu zeigen, was in uns steckt und was den professionellen Pflegeberuf ausmacht.

Doch sind wir als Berufsgruppe so weit, diese Chance nachhaltig zu nutzen? Sind wir bereit, unsere Leistungen selbst anzuerkennen, unseren gleichwertigen Platz im Interdisziplinären Team einzufordern und unser Know-How selbstbewusst im Versorgungsprozess der Patienten einzubringen? Ist uns bewusst, dass wir eine elementare Rolle im Gesundheitswesen spielen, zwingend als Selbstverwaltung autonom handeln müssen und mit hohem Selbstbewusstsein an die Verhandlungstische gehören?

Wir sehen hier dringenden Handlungsbedarf.

Selbstachtung haben und Haltung entwickeln

Selten werden die Beobachtungen der Pflegenden z.B. bei der Therapiefestlegung erfragt. Dabei sammeln Pflegefachpersonen während der Versorgung umfassende Informationen über den Patienten und üben eine ganzheitliche Pflege aus. Im Rahmen des Pflegeprozesses werden die Bedürfnisse der Patienten fortlaufend erfasst, Maßnahmen eingeleitet und der Bedarf evaluiert. Pflegende haben das breiteste Wissen über die zu Pflegenden. Damit sollten sie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen den Behandlungsprozess führen und steuern. Dies spiegelt jedoch in keinem Pflegesetting die Realität ab. Es stellt sich die Frage, wie entwickelt man die nötige Selbstachtung, die mir das Selbstvertrauen bringt?

Zu Beginn des Berufsweges steht die Berufsausbildung. Die in der Ausbildung erlernten Fähigkeiten legen den Grundstein für die gesamte berufliche Laufbahn. Klar ist: Selbstachtung muss erlernt und auch bewusst gelebt werden. Die Entwicklung eines beruflichen Selbstbewusstseins und eine sich selbst wertschätzende Haltung muss zwingend in der Ausbildung entwickelt und gefördert werden. Damit sind sowohl der schulische Ausbildungsort als auch die Berufspraxis gemeint. Im Rahmen der Reflexion der erlernten Berufsausübung müssen das Gefühl des Stolzes hervorgerufen und Selbstvertrauen gegeben werden. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Beruf und dem eigenen beruflichen Wissen hat eine bedeutende Auswirkung auf das professionelle Auftreten und Handeln jeder Pflegefachperson. Professionelles Handeln setzt auch eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Versorgungsanspruch voraus.

Haltung ist die Grundlage für die eigene Selbstwahrnehmung und damit auch für die Wahrnehmung des Gegenübers. Im interprofessionellen Team ist es unabdingbar, selbstbewusst aufzutreten und auf Augenhöhe mit den anderen Berufsgruppen zu agieren. Die Handlungen der professionellen Pflege sind der elementare Bestandteil des Versorgungsprozesses. Pflegende müssen sich zwingend mit ihrem Fachwissen einbringen und ihre vielfältigen Fachkenntnisse anwenden. Dies wirkt sich in vielfacherweise positiv auf die Versorgungsqualität aus. Strahlt man Selbstvertrauen und Sicherheit aus, signalisiert dies den Patientinnen und Patienten Fachkompetenz und fördert das Zutrauen in die Arbeit der Pflegefachperson und die Compliance.

Über die gesamte berufliche Laufbahn sollte eine regelmäßige Reflexion der eigenen Handlungen und der selbst eingenommen Haltung erfolgen. Hierbei sollte bewertet werden, was gut läuft und an was man selbst noch arbeiten kann. Auch die Rolle bzw. Stellung der Pflegenden gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf sollte dabei Beachtung finden. Diese Reflexion kann alleine oder im Rahmen der kollegialen Beratung erfolgen. Auch ein professionelles Berufscoaching alleine oder im Team kann dafür genutzt werden. Die Wahrnehmung der Haltung der Kollegen untereinander schafft Verbundenheit und Stärke. Hierbei spricht man auch von „Empowerment“. Damit bezeichnet man die Maßnahmen, die dazu dienen, die eigene Autonomie und die Selbstbestimmung und die des Teams zu erhöhen. Die eigenen Interessen sollen eigenmächtig und selbstverantwortlich vertreten werden. Alle Personen mit Leitungs- und Führungsverantwortung sollten diesem Aspekt fortlaufend eine besondere Bedeutung geben und entsprechende Maßnahmen in ih-

rem Bereich umsetzen. Sie sind hier in der umfassenden Verantwortung. Ohne sie wird es initial nicht funktionieren.

Berufspolitische Beteiligung

Obgleich die Berufsangehörigen der Pflege die mit Abstand größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen darstellen und maßgeblich zum Genesungs- und Versorgungsprozess der Patienten beitragen, wird ihnen bisher nur ein verhältnismäßig geringes Mitspracherecht in der Gestaltung des Gesundheits- und Pflegewesens eingeräumt. Die autonome Steuerung des eigenen Berufsstandes ist in der heutigen Zeit für alle Pflegenden unabdingbar. Um den Status der Selbstverwaltung in Deutschland erreichen zu können, ist die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für Pflegekammern, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts, frei von jeglichen Interessen, die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belangen der Pflegenden vertreten und regeln können. Die Gründung der Pflegekammern muss in allen Bundesländern massiv vorangetrieben werden. Gerade in der Krise wird sehr deutlich, wie elementar es ist, alle Pflegenden zentral erreichen zu können, sie zu informieren und sie u.a. gezielt fortzubilden. Eine eigens entwickelte Berufsordnung legt die Elemente und Art und Weise der Berufsausübung fest, Weiterbildungs-, Fort- und Behandlungsstandards ergänzen dieses Fundament. Die aktuellen Entwicklungen im Pflegewesen werden von der Kammer fortlaufend bewertet und geeignete Maßnahmen ergriffen. Zudem steht die Kammer in regelmäßigem Austausch mit den Pflegenden, den Ministerien, den politischen Akteuren und allen Behörden des Landes in ständigem Austausch und berät und steuert die pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Auch wenn die Selbstverwaltung mit einer verpflichtenden Registrierung und der Bezahlung eines Beitrages einhergeht, ist dies die einzige Möglichkeit, alle Pflegenden beteiligen zu können, die Vertretungsorgane der Kammer demokratisch zu wählen und als starke Gemeinschaft aufzutreten. Auch im Kontext des gesamten Gesundheitswesens müssen wir als Berufsangehörige unseren Berufsstolz signalisieren, die Beteiligung ganz selbstverständlich leben und uns nicht in die Ecke stellen (lassen).

Berufsethos und Gesellschaftliche Wahrnehmung

Wie zuvor beschreiben bildet die eigene Haltung die Grundlagen für die Selbst- und Fremdwahrnehmung. Unumstritten ist: Der Beruf der Pflege und die Pflegenden selbst sind absolut alternativlos. In der aktuellen Corona-Krise wird diese Eigenschaft als „Systemrelevant“ bezeichnet. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität fußt auf einer professionellen Pflege - ohne Kompromisse. Bedarfsgerechte, entwicklungsfördernde und aktivierende Pflege wirkt sich positiv und nachhaltig auf die Versorgungsergebnisse und das gesundheitliche Outcome der Patientinnen und Patienten aus. Eine unzureichende und schlechte Pflege kann demnach zu nachhaltigen Schäden und Traumata führen. Zudem wirkt sich die Zusammenarbeit mit den Patienten maßgeblich auf deren Compliance während des gesamten Versorgungsprozesses aus. Dies drückt sich sowohl im Wohlbefinden und der Lebensqualität des Patienten, der notwendigen Dauer der Versorgungssituation und damit auch in ökonomischen Kennzahlen des Gesundheitswesens aus.

Sind wir als Pflegende selbst stolz auf unsere Arbeit, wirkt sich dies auch auf die Wahrnehmung der Gesellschaft aus. „Mit stolzer Brust etwas darstellen“ gilt in unserem Land als attraktiv. Selbstbewusstsein signalisiert Stärke, Strebsamkeit und Kompetenz. Dieser Person traut man etwas zu. Erst wenn man die Leistung des Gegenübers umfassend erkennen kann, wir diese auch anerkannt. Dann ist man auch bereit, dafür eine Gegenleistung zu erbringen – dies bildet sich im Berufskontext in einer angemessenen Vorhaltung finanzieller Mittel, die zu einer wirklich ausreichenden Personalbesetzung als auch zu einer leistungs- und statusgerechten Vergütung der Pflegenden führt. Daneben bildet sich das in der Position der Berufsgruppe im Gesamtkontext des Gesundheits- und Sozialwesens ab. Beide Faktoren müssen massiv gestärkt werden.

Fazit

Das Thema Berufsstolz hat viele Facetten, in denen noch viel Handlungsbedarf zu erkennen ist. Es wird deutlich, dass die Pflegenden selbst es in der Hand haben. Vielfältige Kampagnen versuchen den Pflegenden dieses Selbstwertgefühl näher zu bringen. Mit „proud to be a nurse“ wird versucht, den Pflegenden ihre eigene Stärke zu signalisieren. Doch es braucht mehr. Das Gefühl der Selbstachtung muss im Kopf jeder einzelnen Pflegefachperson fest verankert sein. Über die Ausbildung, Fort- und Weiterbildungen und über die tägliche Berufspraxis muss diese Eigenschaft erlernt und gefestigt werden. Regelmäßige Reflexion dient der persönlichen Weiterentwicklungen. Ziel ist es, die professionelle Pflege als starker und gleichberechtigter Bestandteil der medizinischen-pflegerischen

Versorgung der Gesamtgesellschaft zu sehen. Pflegeschulen, Einrichtungen, Berufsverbände, Fachgesellschaften, Arbeitgeber und Pflegekammern müssen diese Entwicklung nachhaltig fördern und die Beteiligung in die Versorgungsstrukturen auf allen Ebenen einfordern. Gelingt diese wichtige Arbeit, ist der Berufsstolz und die gesellschaftliche Anerkennung im Alltag gegeben. Als professionell tätige Personen übernehmen wir die Verantwortung für uns und unsere Handlungen. Packen wir es an – und zwar jetzt und für die Zukunft!

Autor

Dr. Markus Mai
Präsident Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Autorin

Ursula Jendrsczok MSc
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (RN)
Health Care Management (M.Sc.)

Esther Matolycz, Helga Haselmayer

Unterstützung bei der Basisversorgung

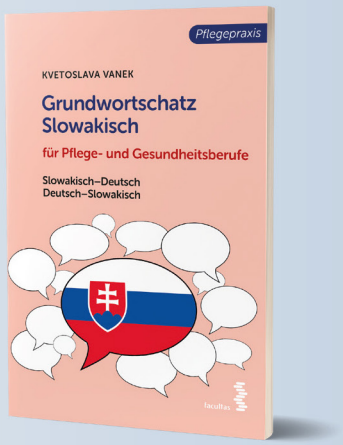
Ein Lehr- und Praxisbuch für Sozial- und Behindertenbetreuung und Heimhilfe

facultas 2020, 3., überarbeitete Auflage
220 Seiten, manual, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1809-9

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

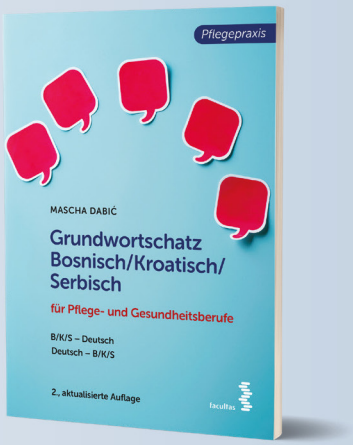
Aus der Praxis – für die Praxis
Unsere handlichen Grundwortschatz-Begleiter für den Berufsalltag



Kvetoslava Vanek

Grundwortschatz Slowakisch
für Pflege- und Gesundheitsberufe
Slowakisch-Deutsch, Deutsch-Slowakisch

facultas 2020, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,50 UVP
ISBN 978-3-7089- 1946-1



Mascha Dabić

Grundwortschatz Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
für Pflege- und Gesundheitsberufe
B/K/S-Deutsch, Deutsch-B/K/S

facultas 2020, 2., aktualisierte Auflage
162 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,50 UVP
ISBN 978-3-7089-1874-7

Weitere Grundwortschatz-Titel:

- Aygan, Kocak, Grundwortschatz Türkisch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Türkisch-Deutsch/Deutsch-Türkisch, facultas 2019, ISBN: 978-3-7089-1697-2
- Hirschvogl, Grundwortschatz Rumänisch für Pflege und Betreuung, Rumänisch-Deutsch/Deutsch-Rumänisch, facultas 2018, ISBN: 978-3-7089-1646-0
- Jibidar, Grundwortschatz Englisch für Pflege- und Gesundheitsberufe, Deutsch-Englisch/Englisch-Deutsch, facultas 2016, ISBN: 978-3-7089-1488-6
- Altenhofer, Grundwortschatz Russisch für Pflegeberufe, Russisch-Deutsch/Deutsch-Russisch, facultas 2016, ISBN: 978-3-7089-1340-7

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 - Teil 2

Ihre Bedeutung für die Gesundheits- und Krankenpflege und deren internationale Vernetzung. Karrierewege und Schicksale

Die Situation der Flüchtlinge in Großbritannien bis zum Kriegsende

Es wird geschätzt, dass circa 130.000 nach den Nürnberger Gesetzen zu »Juden« erklärten ÖsterreicherInnen die Ausreise beziehungsweise Flucht ins Ausland gelang; (19) 27.293 von ihnen fanden in Großbritannien Aufnahme.(20) Dazu kommen noch weitere nicht-jüdische Personen, die aus politischen Gründen flohen. Insgesamt sollen es mehr als 31.000 Flüchtlinge aus Österreich gewesen sein, die sich – wenigstens zeitweise – in Großbritannien befanden. (21) Da Krankenpflege auch zur Zeit des Nationalsozialismus inÖsterreich vorwiegend ein Frauenberuf war, ist für diese Arbeit insbesondere die Situation der weiblichen Flüchtlinge relevant. Wenn man die zuletzt genannte Zahl mit der Angabe verknüpft, dass ca. 53 Prozent der aus Kontinentaleuropa Geflohenen weiblich waren, (22) kann man davon ausgehen, dass sich ca. 16.500 österreichische Frauen und Mädchen als Flüchtlinge in Großbritannien befanden.

Die meisten dieser Mädchen und Frauen mussten – wenn sie überhaupt eine Arbeit fanden – nach ihrer Ankunft als Dienstmädchen, Kindermädchen oder in ähnlichen Stellungen arbeiten. »Domestic servants« wurden hier gebraucht, und mit einem »domestic servant permit« konnte man einreisen, was übrigens auch für Männer galt, die als Butler arbeiten wollten.(23) Krankenschwestern wurden zwar ebenfalls gesucht, doch wurde die österreichische Pflegeausbildung in Großbritannien nicht anerkannt, sodass die geflüchteten diplomierten Pflegerinnen nicht in einer ihnen gemäßen Position tätig sein konnten.(24) Es scheint jedoch, dass viele der aus Wien geflüchteten ausgebildeten

Helga Schloffer, Birgit Stevcic, Daniela Wolf

Erinnerungsschatz „Tiere“

Gedächtnisübungen für Senioren

facultas senior
facultas 2020, 62 Seiten, tw. farbig, broschiert
EUR 16,90 (A) / EUR 16,40 (D) / sFr 20,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1947-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf **facultas.at**

facultas

Krankenschwestern einen Posten als »Hilfsschwester« (assistant nurse) in Krankenhäusern, Heimen oder ähnlichen Einrichtungen fanden, zumindest in der ersten Zeit des Exils. Von jenen österreichischen Krankenschwestern, deren Beschäftigung in Großbritannien in den Jahren 1938/39 anhand des »Internees Index«(25) festgestellt werden konnte, arbeiteten zu dieser Zeit nur wenige gänzlich außerhalb ihres Fachs: Die beiden Röntgenschwestern Anna Perl (1892–1963) und Hedwig Perlberg (geb. 1897) – also Pflegepersonen mit einer Spezialausbildung – waren im Haushalt tätig und Hanna Katz (1884–1962), vorher Oberin der Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital, leitete eine Kriegsküche in Oxford. Bei allen anderen ist als »derzeitige Beschäftigung« »hospital nurse«, »nurse«, »staff nurse«, »trained nurse« oder Ähnliches angegeben, im Unterschied zur staatlich anerkannten »State Registered Nurse« (SRN).

Um dem Mangel an Pflegepersonen abzuhelfen, erteilten die britischen Behörden Österreicherinnen, die noch nicht in der Pflege ausgebildet waren und nach Großbritannien flüchten wollten, ein »nurse trainee permit«, mit dem vor allem junge Menschen, die noch keinen Beruf hatten, eine Pflegeausbildung beginnen konnten. Mit einem solchen Permit konnte zum Beispiel Susanne Hakl (geb. 1920), später verehelichte Bock, einreisen. Sie erhielt einen Platz in der Bristol Royal Infirmary, absolvierte die Ausbildung einige Zeit lang, entschied sich letztendlich jedoch gegen eine Fortsetzung.(26) Aber auch viele Personen, die mit einem »domestic servant permit« nach Großbritannien gekommen waren, absolvierten später eine Pflegeausbildung. Für die meisten war die Erlaubnis, in einem Privathaushalt zu arbeiten nur der »Rettungsanker« gewesen, um der Bedrohung durch die Nationalsozialisten zu entfliehen; in Österreich hätten sie nie in Erwägung gezogen, solche Stellen anzunehmen, die oft weit unter ihrem bildungsmäßigen und gesellschaftlichen Niveau lagen. Der Pflegeberuf bot ihnen wenigstens die Möglichkeit, eine anerkannte Qualifikation zu erwerben, und er war bereits zu dieser Zeit in Großbritannien – im Gegensatz zu Österreich – »socially highly respectable«.(27) Allerdings versuchten die britischen Behörden verschiedentlich, wenn auch eher vergeblich, die Flüchtlinge in den Haushaltsstellen zu halten.(28)

Insgesamt waren einige hundert geflüchtete Österreicherinnen in Großbritannien in der Pflege tätig. Nach Reinhard Müller arbeiteten im Jahr 1942 400 österreichische Krankenschwestern in britischen Spitälern.(29) Gemeinsam mit jenen, die aus der Krankenpflege bereits ausgeschieden waren, und jenen, die ihre Pflegeausbildung erst nach 1942 begannen, war es wohl mehr als ein halbes Tausend. Es ist nur beschränkt möglich, die Situation der Flüchtlinge, die früher oder später in der Pflege gearbeitet haben, mit der Situation der geflüchteten Ärzte und Ärztinnen zu vergleichen; zu sehr interagieren hier Genderproblematik, Statusfragen und Fachkräftebedarf miteinander. Die Diskriminierung als Ausländer oder Ausländerin und eventuell infolge Antisemitismus tangierte beide Gruppen in gleicher Weise, ebenso wie die Nicht-Anerkennung österreichischer Ausbildungen.(30) Allerdings wurden – im Unterschied zur Pflegeausbildung – ärztliche Ausbildungen später (ab 1941) anerkannt.(31) Benachteiligungen aufgrund ihres Geschlechts teilten die fast durchwegs weiblichen (zukünftigen) Pflegepersonen mit den Ärztinnen. Schon in der Zwischenkriegszeit waren in Großbritannien Frauen stark von der ärztlichen Ausbildung weg in den Pflegeberuf gedrängt worden; umso mehr betraf dies die Flüchtlinge.(32) Dadurch waren die Pflegepersonen in Bezug auf die Möglichkeit, den Beruf auszuüben oder ihn zu erlernen, gegenüber den Ärzten und Ärztinnen im Vorteil, denn Fachkräfte im Pflegeberuf wurden dringend gebraucht. Im Ärzteberuf war dies jedoch nicht der Fall und britische Ärzteorganisationen wie die British Medical Association und die Medical Practioners Union lehnten eine Praxisausübung durch geflüchtete MedizinerInnen ab.(33) Im Bereich der medizinischen Forschung wurden jedoch Ärzte und Ärztinnen aus Deutschland und Österreich vielerorts durchaus geschätzt.(34) Pflegeforschung hingegen war zu dieser Zeit in Großbritannien noch nicht etabliert, und den Pflegepersonen waren – auch wenn ihr Status in Großbritannien bedeutend höher war als in Österreich und Deutschland (35) – in den 1930er-Jahren wissenschaftliche Arbeitsplätze nicht zugänglich.

Mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs verschlechterte sich die Lage für die Flüchtlinge aus Österreich und Deutschland. Sie wurden zu »feindlichen Ausländern« (enemy aliens) und mussten vor einem »Tribunal« erscheinen, das ihre politische Einstellung zu überprüfen hatte und über die eventuelle Notwendigkeit einer Internierung entschied. Viele, vor allem Männer, wurden tatsächlich interniert. Im Mai 1940, nach den Niederlagen in Skandinavien und Frankreich, spitzte sich die Situation weiter zu. In Bezug auf die Pflegepersonen wurde diskutiert,

ob sie in Krankenhäusern arbeiten dürften, in denen die Möglichkeit bestand, dass sie mit verwundeten Kriegsgefangenen zusammenkämen; besonders problematisch war die Situation in den »Restricted Areas« (Sperrzonen). Viele, die vorher in verschiedenen Krankenhäusern, zum Beispiel in der Royal Infirmary in Edinburgh, mit großer Bereitschaft aufgenommen worden waren, konnten ihre Tätigkeit bzw. Ausbildung deshalb nicht fortsetzen. (36) Eine – wenn auch nicht gleichwertige – Ersatzmöglichkeit war der Beginn einer Ausbildung zur »fever nurse«, einer auf Infektionskranke spezialisierten Pflegeperson.

Die verschiedenen Bestimmungen für die Berufsausübung der Krankenpflege durch AusländerInnen waren nicht nur häufig lokal verschieden – so scheint es etwa, dass die Offenheit den Flüchtlingen gegenüber in schottischen Krankenhäusern größer war als in englischen –, sondern sie änderten sich auch häufig. Nach den Worten John Stewarts befand sich eine geflüchtete Krankenschwester in Großbritannien »in a situationwhere the question of whether or not she could be employed in British health care depended on a complex nexus of regulations, nationality, and the currently prevailing political and military circumstances.«(37) Gegen Ende 1940 wurden die Restriktionen für die Flüchtlinge und damit auch für österreichische Pflegepersonen gemildert und es war wieder möglich, die Ausbildung fortzusetzen. 1942 war die Situation schon entspannter, denn ein Sieg der Alliierten erschien wahrscheinlicher. Zu dieser Zeit kamen nach und nach auch diejenigen, die als Kinder oder noch schulpflichtige Jugendliche – viele mit den sogenannten Kindertransporten – nach Großbritannien gekommen waren, in das Alter der Berufswahl und viele wählten den Pflegeberuf, weil er
eine der wenigen Möglichkeiten war, die ihnen offen standen. Den Flüchtlingen wurde zwar, so gut es ging, geholfen, generell sah sich aber Großbritannien als Transit-, nicht als Einwanderungsland. Nach dem Ende des Kriegs sollten die Flüchtlinge heimkehren oder, wenn dies nicht möglich war, in andere Länder weiter emigrieren.

Die Haltung der britischen Pflegeorganisationen

Jede Immigration einer größeren Zahl ausländischer Arbeitskräfte birgt die Gefahr in sich, dass bei den einheimischen Berufsangehörigen Ängste vor Arbeitsverlust und Konkurrenz geweckt werden, selbst dann, wenn in einem bestimmten Beruf ein Mangel an Arbeitskräften herrscht. Es stellt sich daher die Frage, welche Haltung britische Pflegepersonen beziehungsweise ihre Organisationen den »refugee nurses« gegenüber eingenommen haben. Im Rahmen dieser Arbeit kann diese Frage nur andeutungsweise behandelt werden. So allgemein wie im Fall der geflüchteten MedizinerInnen dürfte die ablehnende Haltung der in Großbritannien bestehenden Berufsorganisationen in der Pflege nicht gewesen sein, obwohl sich auch das Royal College of Nursing der Anerkennung ausländischer Pflegediplome widersetzte (38) und zumindest eine Pflegeorganisation heftigst gegen die Beschäftigung von AusländerInnen in der Pflege opponierte, wie gleich gezeigt werden soll. Hauptgrund für die etwas weniger ausgeprägte Opposition ausländischen Pflegepersonen gegenüber war offensichtlich der zeitweise akute Mangel in diesem Bereich.

John Stewart stellte bei seinen Forschungsarbeiten über »Refugee Nurses in Britain« fest, dass sich die Zeitschriften großer britischer Pflegeorganisationen wie des Royal College of Nursing oder des General Nursing Council nur sehr wenig mit diesem Thema beschäftigten.(39) Fachzeitschriften wie Nursing Times und Nursing Mirror brachten eher positive oder neutrale Kommentare. So wies etwa die Nursing Times in einem Leitartikel vom Februar 1939 die Behauptung, die in Pflegeausbildung befindlichen EmigrantInnen könnten britische InteressentInnen verdrängen, ausdrücklich zurück. Es sei in den nächsten fünf Jahren gar nicht möglich, mehr Pflegepersonen als nötig zu rekrutieren.(40) Eine Ausnahme stellte das British Journal of Nursing dar, das ausgesprochen fremdenfeindlich argumentierte; Herausgeberin der Zeitschrift war Ethel G. Fenwick (1857–1947). Diese war, gemeinsam mit Lavinia L. Dock (1858–1956) aus den USA und Agnes Karll (1868–1927) aus Deutschland, eine der Gründerinnen des International Council of Nurses und hatte mit ihrem Mann die Royal British Nurses Association gegründet. Fenwicks ausgeprägt nationalistische und xenophobe Haltung ist schon aus dem Ersten Weltkrieg bekannt. (41) Als nun im Juli 1938 der Vorschlag diskutiert wurde, sorgfältig ausgewählte österreichische oder deutsche jüdische Flüchtlinge könnten in verschiedenen kleineren Krankenpflegeschulen ausgebildet werden, um den Bedarf an Pflegepersonen zu decken, kommentierte dies die Zeitschrift folgendermaßen:

»It seems incredible that our Government is encouraging a flood of German and Austrian Jews into this already congested country, especially as it is well known that

a very antagonistic wave of feeling is raising against the swarms of Jews already competing in the labour market in England. Jewish women in England have shown little interest in nursing the sick, as the majority dislike strenuous domestic work of any kind. We hope our sick people will be spared from any such experiment.«(42)

Lavinia L. Dock schrieb als Reaktion auf diese Zeilen – die in der Wortwahl (flood, swarms, congested usw.) auffällig heutigen Argumentationen in Bezug auf die derzeitige Flüchtlingskrise ähneln – eine Entgegnung an Fenwick. Sie habe den zitierten Kommentar »with an un-expected pang of pain and sorrow« gelesen. Die jüdischen Krankenschwestern in den USA arbeiteten ebenso gut wie andere und verdienten außerdem Mitleid aufgrund des ihnen zugefügten Unrechts. Dem »moralischen Weltgewissen« müsse es letztendlich gelingen, den Rassenhass zu beenden. Das British Journal of Nursing druckte diese Entgegnung ab. Fenwick blieb in ihrem mit abgedruckten Kommentar bei der ablehnenden Haltung, änderte aber die Argumentation, indem sie aus dem Schicksal der Flüchtlinge eine mangelnde Eignung für den Pflegeberuf herauslas. Man habe zwar Mitleid mit den Flüchtlingen, aber man fürchte, die PatientInnen würden darüber nicht glücklich sein. »When sick and suffering, away from their homes, foreign attendants of an alien creed and race would, we feel sure, only be successful in exceptional cases.« (43)

Dass es sich hier nicht nur – obwohl offensichtlich auch – um antisemitische Ressentiments und Vorurteile handelt, zeigte Ethel G. Fenwick in einer anderen Debatte im Sommer 1940. Als Rosalie Dreyer (1895–1987), eine gebürtige Schweizerin und Krankenschwester, die schon lange die britische Staatsbürgerschaft besaß, als Vertreterin der Pflege in den London County Council berufen wurde, missbilligte Fenwick dies ebenfalls, obwohl die Familie von Rosalie Dreyer seit Generationen in der Schweiz lebte und sie mit Deutschland oder Österreich nichts zu tun hatte. Für Fenwick reichte jedoch die Tatsache, dass Dreyer »not of British blood« und Deutsch ihreMuttersprache war, als Grund für die Ablehnung. (44)

Als im Herbst 1940 die Bedingungen zur Anstellung von Pflegepersonen und MedizinerInnen aus dem Kreis der Flüchtlinge weniger restriktiv wurden, protestierte das British Journal of Nurses heftig dagegen: Die Kranken seien empört darüber, von »feindlichen Ausländern« versorgt zu werden, man müsse sie dagegen schützen, und die britischen Pflegepersonen in führenden Positionen sollten sich gegen die Regelung wehren oder kündigen, falls man sie zu ihrer Einhaltung zwingt.(45)

Fußnoten

19 Vgl. Wilfried R. Garscha, Vorbemerkungen aus der Sicht des Historikers, in: Margarete Limberg/Hubert Rübsaat (Hg.), Nach dem »Anschluss«. Berichte österreichischer EmigrantInnen aus dem Archiv der Harvard University, Wien: Mandelbaum 2013, 10–23, 23.

20 Vgl. Reinhard Müller, Das Austrian Centre und sein Umfeld. Eine kleine Chronik. Großbritannien 1938–1945, 2002, 1, URL: www.literaturepochen.at/exil/lecture_5007.pdf (abgerufen am 30. 3. 2016).

21 Vgl.Margit Franz/Heimo Halbrainer (Hg.), Going East–Going South.Österreichisches Exil in Asien und Afrika, Graz: Clio 2014, 11.

22 Vgl. Tashia Scott, Medical Refugee Nurses in Britain. 1933–1945, in: Lisa Petermann/et al. (Hg.), The Proceedings of the 19th Annual History of Medicine Days Conference 2010. The University of Calgary Faculty of Medicine, Alberta, Canada, Newcastle/Tyne: Cambridge Scholars Publishing 2013, 25–41, 25.

23 Vgl. Traude Bollauf, Dienstmädchen-Emigration. Die Flucht jüdischer Frauen aus Österreich und Deutschland nach England 1938/39, 2. überarbeitete Auflage, Münster: Lit 2011. – Weindling, Frauen, 121.

24 Vgl. John Stewart, Angels or Aliens? Refugee Nurses in Britain, 1938 to 1942, in: Medical History 47 (2003) 2, 149–172, 150. – Paul Weindling, Refugee Nurses in Great Britain, 1933–1945. From Place of Safety to a New Homeland, in: Susan Grant (Hg.), Russian and Soviet Health Care From an International Perspective. Comparing Professions, Practice and Gender, 1880–1960, Cham: Springer 2017, 243–254, 247.

Autorin

MMag.a Dr.in Ilsemarie Walter

Österreichische Pflegewissenschaftlerin und Sozialhistorikerin.Ilsemarie Walter absolvierte zwischen 1965 und 1968 ihre Krankenpflegeausbildung am Rudolfinerhaus in der Billrothstrasse in Wien. Bis zum Jahr 1972 arbeitete sie daselbst als Krankenschwester auf einer chirurgischen Abteilung. Ilsemarie Walter studierte als gelernte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Psychologie, Soziologie, Übersetzungswissenschaft und Geschichte. Walter war wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung Pflegeforschung in Wien und des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität in Linz. Ihre pflegehistorischen Forschungen bezogen sich vor allem auf das 19. und beginnende 20. Jahrhundert. Hier beschäftigte sie sich auch mit der Rolle der Männer in der Pflege, einem über einen längeren Zeitraum hinweg weiblich dominierten Beruf. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten von Ilsemarie Walter galt den Interaktionsproblemen innerhalb der Triade „Patient-Arzt-Pflegekraft.“ Ilsemarie Walter ist Mitautorin beim Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte „Who is who in nursing history“ (Horst-Peter Wolff mit Nachfolge Hubert Kolling als Herausgeber).

25 Internees index HO 396/139–145, The National Archives, URL: discovery.nationalarchives.gov.uk/browse/r/h/C126414 (abgerufen am 20. 6.2018). Bei diesem Archivbestand der National Archives (Großbritannien) handelt es sich um Angaben über die Gespräche, die amtlicherseits mit immigrierten Personen geführt wurden, um über die Notwendigkeit einer Internierung zu entscheiden. Die genaue Bezeichnung lautet: Home Office, Aliens Department, Internees Index. Internees et Liberty in UK 1939–1942 HO 396.

26 Vgl. Susanne Bock, Mit dem Koffer in der Hand. Leben in den Wirren der Zeit 1920–1946, Wien: Passagen 1999, 103–114.

27 Vgl. Weindling, Refugee Nurses, 248.

28 Vgl. Bollauf, Dienstmädchen-Emigration, 149–154.

29 Vgl. Müller, Austrian Centre, 14.

30 Vgl. Weindling, Frauen, 111–112.

31 Vgl. Karola Decker, Divisons and Diversity. The Complexities of Medical Refuge in Britain, 1933–1948, in: Bulletin of the History of Medicine 77 (2003) 4, 865–866. – Paul Weindling, Medical Refugees and the Modernisation of British Medicine, in: Social History of Medicine 22 (2009) 3, 493–494.

32 Vgl. Weindling, Frauen, 120.

33 Vgl. Weindling, Medical Refugees, 489–490.

34 Vgl. Weindling, Frauen, 122–124.

35 Vgl. ebd., 125.

36 Vgl. Stewart, Angels, 160–161, 168–169.

37 Ebd., 149.

38 Vgl. Weindling, Refugee Nurses, 246.

39 Vgl. Stewart, Angels, 150.

40 Vgl. ebd., 158.

41 Vgl. Aeleah HeaRan Soine, From-Nursing Sisters toaSisterhood ofNurses. GermanNurses and Transnational Professionalization, 1836–1918, phil. Diss.,Minneapolis 2009, 273–274, online unter citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.627&rep=rep1&type=pdf (abgerufen am 8. 6. 2018).

42 O. A., Nursing Echoes, in: The British Journal of Nursing 86 (1938) 7, 171–172, 172.

Ersterschienen bei eLibary

43 Lavinia L. Dock, The Question of the Refugee Jews (Letter to the Editor), in: The British Journal of Nursing 86 (1938) 9, 251.

44 Vgl. O. A., Communication from the London County Council, in: The British Journal of Nursing 88 (1940) 7, 112.–Ethel G. Fenwick, The LondonCountyCouncil Place 10.000 British Nurses Under Naturalised Alien Control in Time ofWar. Antwort auf ein Schreibenvon Emily E. Magnus, in: The British Journal of Nursing 88 (1940) 7, 120–122, 121.

45 Vgl. O. A., Service of Aliens in Hospitals, in: The British Journal of Nursing 88 (1940) 9, 150. – O. A. Nursing Echoes, in: The British Journal of Nursing 88 (1940) 11, 184–186, 184–185.

2., überarbeitete Auflage
facultas 2020, 140 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90
ISBN: 978-3-7089-1945-4

Roswitha Engel

Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege

Einführende Elemente, Methoden und Beispiele

Das vorliegende Buch bietet eine ausführliche wissenschaftstheoretische Darstellung von Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege. Neben einer Vielfalt von pflegespezifischen Beratungstypen und -methoden sowie beratungsrelevanten Gesprächstechniken werden Grundhaltungen für eine erfolgreiche Beratungssituation beschrieben. Den Abschluss bilden Beratungsbeispiele, die sowohl Aspekte zur Erhaltung und Gestaltung von Gesundheit („salutogenorientiert") integrieren, als auch das Blickfeld auf pflegerelevante Reaktionen von Krankheiten (pathogen-orientiert) legen.

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGEPRAXIS

Barbara Städtler-Mach | Helene Ignatzi (Hg.)
Grauer Markt Pflege
24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte

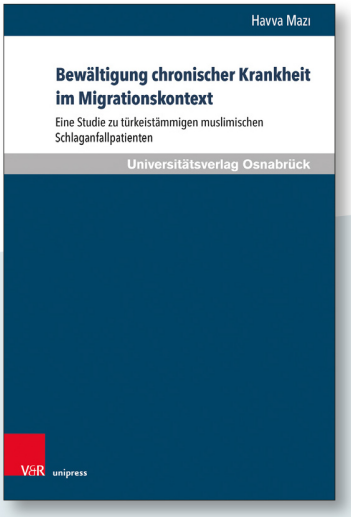
2019. 192 Seiten, mit ca. 14 Abbildungen, kartoniert
€ 23,00 D | € 24,00 A
ISBN 978-3-525-73328-8
Auch als eBook erhältlich

Osteuropäischen Betreuungskräfte wohnen mit im Haushalt der Pflegebedürftigen und übernehmen neben der hauswirtschaftlichen Versorgung häufig pflegerische Tätigkeiten. Vonseiten verantwortlicher Politiker und Vertreterinnen der Sozialverbände wird der „Graue Pflegemarkt" billigend in Kauf genommen. Die ungeregelte Normalität dieser Versorgungsform ist jedoch aus ethischem und sozialstaatlichem Verständnis nicht dauerhaft zu akzeptieren. Dieser Problemsituation geht das Buch nach. Gerahmt werden die einzelnen Perspektiven durch Lebensgeschichten osteuropäischer Betreuungskräfte. lichen Perspektiven durch Geschichten über einzelne osteuropäische Betreuungskräfte, die von ihren Lebens- und Arbeitssituationen erzählen.

Heinrich Merkt | Margrit Schlipf | Friedrich Schweitzer | Albert Biesinger (Hg.)
Ethische und interreligiöse Kompetenzen in der Pflege
Unterrichtsmaterialien für die Pflegeausbildung

2014. 190 Seiten, kartoniert
€ 25,00 D | € 25,80 A
ISBN 978-3-525-70212-3
Auch als eBook erhältlich

Die Unterrichtsmaterialien vermitteln Auszubildenden der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege gezielt diese unverzichtbaren Kompetenzen. So können sie auf die religiösen Prägungen von Pflegenehmenden professionell eingehen. Neun Unterrichtsmodule fördern interreligiöse Kompetenzen im pflegerischen Umgang mit Menschen jeden Lebensalters, sensibilisieren für religiöse Bedürfnisse in vielfältigen Pflegesituationen und vermitteln die Fähigkeit, religiöse Ressourcen für konstruktive Konfliktlösungen im Pflegealltag nutzen zu können. Die Module bieten praktische Lernmaterialien und -methoden für Auszubildende und wichtige inhaltliche und didaktische Hintergrundinformationen für Lehrende.



Havva Mazı
Bewältigung chronischer Krankheit im Migrationskontext
Eine Studie zu türkeistämmigen muslimischen Schlaganfallpatienten

Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 15
2019. 506 Seiten, gebunden
€ 70,00 D | € 72,00 A
ISBN 978-3-8471-1042-2
Auch als eBook erhältlich

Türkeistämmige Muslime machen den größten Anteil an Migranten innerhalb der Bevölkerung in Deutschland aus. Durch die Alterung dieser Bevölkerungsgruppe gewinnen die Themen chronische Krankheit und deren Bewältigung auch für sie zunehmend an Bedeutung. Ähnlich wie bei einheimischen Familien dringen die Auswirkungen einer chronischen Krankheit auch bei Migrantenfamilien in alle Ebenen und Bereiche des Lebens ein. Doch welche Ressourcen stehen diesen Familien bei der Bewältigung der Krankheit zur Verfügung? Wovon hängt der Einsatz dieser Ressourcen ab? Die Autorin analysiert die leitende Logik der Ressourcenauswahl bei türkeistämmigen muslimischen Familien und deren Sinn in Bezug auf ihre Familienstruktur.

Manfred Hülsken-Giesler | Susanne Kreutzer | Nadin Dütthorn (Hg.)
Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege
Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege

Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 13
2016. 271 Seiten, mit 17 Abbildungen, gebunden
€ 50,00 D | € 52,00 A
ISBN 978-3-8471-0508-4
Auch als eBook erhältlich

Fallarbeit in der professionellen Pflege muss, blickt man auf die internationalen Bemühungen um eine Professionalisierung des pflegerischen Handelns zurück, als ein altes, betrachtet man jedoch die gegenwärtigen deutschsprachigen Debatten um die Professionalität des Pflegehandelns, auch als ein hoch aktuelles Thema gelten. Der vorliegende Band soll einen Beitrag zur methodologischen und methodischen Debatte über die junge Disziplin Pflegewissenschaft als empirische Wissenschaft liefern. Methoden der rekonstruktiven Fallarbeit werden systematisch und gegenstandsangemessen angewendet und reflektiert, dabei werden die methodologischen Begründung einer rekonstruktiven Fallarbeit auf die Kontexte der klinischen Pflegepraxis, Pflegeforschung und Pflegebildung übertragen.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage

V&R böhlau

www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Ein Praxisprojekt

Projekt- und Problemhintergrund

Im Jahr 2017 waren rund 1,2 Millionen Menschen wegen einer psychischen Erkrankung in Deutschland in stationärer Behandlung (Statistisches Bundesamt, 2017). Trotz Fortschritten in der Medizin und psychiatrischen Versorgung kommt bedrohliches und aggressives Verhalten von Patienten im Rahmen der psychiatrischen Behandlung gehäuft vor. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass psychiatrische Erkrankungen mit einem erhöhten Aggressionspotenzial einhergehen können (Steinert, 2008). Die gewalttätigen Übergriffe richten sich im stationären Kontext vor allem gegen Mitarbeitende der psychiatrischen Einrichtung, aber auch gegen Mitpatienten und sich selbst. Um mit dieser Fremd- und Eigengefährdung umzugehen, bleibt, nachdem alle therapeutischen Interventionen ausgeschöpft sind, als letzte Möglichkeit die Durchführung von Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation.

Studienergebnisse belegen, dass Zwangsmaßnahmen für den Patienten und für das Personal schwerwiegende Folgen haben können. Patienten beschrieben in einer Studie Gefühle von Angst, Verzweiflung, Macht- und Hilfslosigkeit, Scham und Erniedrigung. Vor allem bei psychotischen Patienten, die stark in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind, wird auch das Gefühl von Todesangst beschrieben (Bonner et al., 2002). Als besonders schwerwiegende Risiken einer Zwangsmaßnahme sind eine Posttraumatische Belastungsstörung und die Gefahr der Retraumatisierung für den Patienten zu nennen. Bei psychischen Erkrankungen bleiben bereits bestehende Posttraumatische Belastungsstörungen häufig unerkannt und werden nicht diagnostiziert (Mueser et al., 2004), obwohl von einer Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung von 30 % bei Menschen mit Schizophrenie, bipolarer Störung oder anderer schwerer psychischer Erkrankung auszugehen ist (Mauritz et al., 2013). Hinzu kommt, dass gerade diese Patientengruppe häufiger fixiert oder isoliert wird und aufgrund der zuvor nicht di-

(C) Michaela Begsteiger

agnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung die besondere Gefahr von Reviktimisierung und Retraumatisierung besteht (Steinert et al., 2007). Das anwesende Personal beschreibt nach der Durchführung der Zwangsmaßnahme ambivalente Gefühle. Neben Entlastung und einem erhöhten Sicherheitsgefühl werden negative Gefühle wie Beklemmungen, Angst, Mitleid, Schuldgefühle und Wut beschrieben (Korkeila et al., 2016).

Es wird deutlich, welch negative Auswirkungen Zwangsbehandlungen haben können. Der Umgang mit den Patienten nach der Zwangsmaßnahme wird in den psychiatrischen Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt und ist nicht festgelegt. Eine mögliche Unterstützung für die Patienten könnte ein gemeinsames Nachgespräch über die Zwangsbehandlung sein, um Erlebtes aufzuarbeiten und einen Rahmen für die Gedanken und Gefühle der Patienten zu schaffen. Jedoch finden Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen nur unregelmäßig, nicht standardisiert und nicht auf aktuellen Erkenntnissen basierend statt.

Das Praxisprojekt

Das Praxisprojekt widmet sich der Problemstellung mit der Fragestellung, inwiefern konstruktiv mit Patienten nach einer Zwangsmaßnahme umgegangen werden kann und wie eine Nachbesprechung gestaltet sein soll, um den Patienten zu unterstützen. Das Projekt hat die Verfasserin im Rahmen ihres Bachelorstudiums der Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum im Jahr 2018/2019 durchgeführt und verfolgte das Ziel, wissenschaftliche Theorie mit der Praxis zu vereinen. Das Praxisprojekt wurde von Frau Prof. Dr. Karin Tiesmeyer an der Hochschule betreut. In Zusammenarbeit mit der Station G des psychiatrischen Fachkrankenhaus „Tagesklinik Alteburger Straße“ in Köln konnte ein Konzept zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen entwickelt und implementiert werden. Dort wird es bis heute mit Erfolg angewendet.

Der Praxispartner

Der Praxispartner ist das Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik „Tagesklinik Alteburger Straße“ in Köln. Hier wird das Projekt auf der geschützt geführten Station G durchgeführt. Die Station G ist auf die Behandlung akut krisenhafter psychotischer oder depressiver Zustände spezialisiert. Die Patienten befinden sich zum Teil freiwillig in der Behandlung, andere wiederrum werden gegen ihren Willen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) oder dem Betreuungsgesetz (BTG) untergebracht. Die Klinik übernimmt somit einen Anteil der psychiatrischen Notfallversorgung in Köln.

Da auch bei den Patienten auf der Station G fremd- oder selbstgefährdendes Verhalten vorkommen kann, bleibt auch hier dem Behandlungsteam als ultima ratio, nachdem andere therapeutische Interventionen folglich nicht wirksam waren, Zwangsmaßnahmen in Form einer Fixierung, einer Isolation und/oder einer Zwangsmedikation gegen den Willen des Patienten nach dem PsychKG anzuwenden. Für die Zeit nach der Zwangsmaßnahme gab es auf der Station G bis zu dem Zeitpunkt des Praxisprojektes keine strukturierte Vorgehensweise. Es fanden dort keine standardisierten Nachbesprechung statt. Eine Art Nachgespräch wurde höchstens auf Wunsch des Patienten oder sehr unregelmäßig durchgeführt. Das heißt, nicht jeder Patient, der eine Zwangsmaßnahme erlebt hatte, erhielt auch automatisch das Angebot eines Nachgespräches. Die vereinzelt stattgefundenen Gespräche wurden nicht standardisiert dokumentiert und inhaltlich vor- oder aufbereitet. Dementsprechend wurde im Rahmen des Praxisprojekts das Ziel gesetzt, gemeinsam ein Konzept für die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen für die Station G zu entwickeln und zu implementieren.

Die Konzeptentwicklung

Die Entwicklung des Konzepts war an den Ablauf des klassischen Projektmanagements angelehnt und individuell auf das Praxisprojekt angepasst (Kuster et al., 2019; Stöher,2016). So entstand ein Entwicklungsprozess aus fünf Phasen: Projektauftrag und -planung, Analysephase, Konzeptentwicklung, Konzeptumsetzung und Evaluation.

In der Phase „Projektauftrag und –planung“ fand die Themenfindung des Praxisprojektes und die Vereinbarungen mit dem Praxispartner statt. Darauf folgte zur Planung des Projektes die Zielsetzung, Einschätzung von Stakeholdern und Risiken, sowie die Erstellung eines Arbeits- und Zeitplans. Die anschließende Analysephase war das Grundgerüst für die darauffolgende Konzeptentwicklung und -umsetzung. Abschließend wurden Strukturen, die in dem Konzept zur Evaluation angedacht waren, aufgezeigt.

Analysephase

Um die Konzeptentwicklung auf aktuellen Erkenntnissen und Grundlagen aufbauen und optimal auf den Praxispartner abstimmen zu können, bedurfte es der Aufarbeitung des aktuellen Forschungs- und Diskussionsstandes. Hierzu wurden Definitionen, rechtliche Grundlagen und für die psychiatrische Praxis relevante Leitlinien erarbeitet. Um die überwiegend von der Medizin geprägten Leitlinien mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu ergänzen, wurde zusätzlich eine eigene Literaturrecherche in pflegewissenschaftlich relevanten Datenbanken durchgeführt.

Die Durchführung der Zwangsmaßnahme unterliegt gesetzlichen Bestimmungen, welche sich für NRW aus dem PsychKG und dem BTG ergeben. Kommt es im Rahmen eines stationären Aufenthalts zur Behandlung gegen den Willen des Patienten schreibt § 18 Abs. 5 S. 3 PsychKG ausdrücklich eine Nachbesprechung vor: „Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind […] nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt“. Diese Tatsache dient der Legitimierung des Konzeptes und untermauert die Notwendigkeit der vorliegenden Konzeptentwicklung zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlichte im September 2018 die neue S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Die Leitlinie ist mit einem hohen Evidenz- und Empfehlungsgrad charakterisiert und widmet der Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein eigenes Kapitel (DGPPN, 2018). Zusammenfassend kann zu der S3-Leitlinie festgehalten werden, dass die Notwendigkeit der Durchführung einer Nachbesprechung durch die Leitlinie untermauert und ausdrücklich empfohlen wird.

Die durchgeführte Literaturrecherche führte zu folgenden Erkenntnissen bezüglich des Nutzens von Nachbesprechungen: Patienten schätzten es, dass sie die Möglichkeit eines Gesprächs erhielten und dafür ein fester Rahmen vorgesehen war. Es entstand für sie das wichtige Gefühl, „gehört zu werden“. Darüber hinaus wurde das Gespräch als Chance gesehen, über den Ablauf und Auslöser der Fixierung nachzudenken und durch eine Entwicklung von Empowerment stärker aus dem Gespräch hervorzugehen (Bonner & Wellmann, 2010; Goulet, Larue & Lemiieux, 2018). Für die Mitarbeitenden brachte der Einsatz von Nachbesprechungen insbesondere festgelegte Rahmenbedingungen, um sich Zeit für die Patienten nehmen zu können. Inhaltlich konnten sie durch die Nachbesprechung Patientenverhalten besser nachvollziehen, aber auch die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme verdeutlichen. Für die Mitarbeitenden schien die Nach-

(C) metamorworks

besprechung häufig eine Chance zu sein, die Vertrauensbeziehung zum Patienten (wieder) aufzubauen und ihre eigenen Emotionen besser zu managen. Einige der Mitarbeitenden beschrieben in den Studien, dass sie mittels Nachbesprechungen ihre „helfende" Rolle als Pflegekraft besser ausfüllen können und dass eine Nachbesprechung besonders für den weiteren Umgang mit Zwangsmaßnahmen sensibilisiert (Bonner & Wellmann, 2010; Goulet, Larue & Lemiieux, 2018; Whitecross et al., 2013; Ryan & Happel, 2009).

In Bezug auf die organisatorischen Abläufe von Nachbesprechungen konnte im Rahmen der Literaturrecherche herausgearbeitet werden, dass es in den Einrichtungen häufig an Rahmenbedingungen, konkreten Anweisungen und Fortbildungen mangelte. Darüber hinaus erschwerten organisatorische Besonderheiten, wie schnelle Entlassungen oder Verlegungen von Patienten die Durchführung der Nachbesprechung. Als ein weiterer relevanter Aspekt wurde die Unsicherheit hinsichtlich des richtigen Zeitpunkts der Nachbesprechung erwähnt, da die Akzeptanz und der Erfolg der Nachbesprechung auch von der Verfassung der Patienten abhängt (Goulet, Larue & Lemiieux, 2018; Needham & Sands, 2010).

Die Projektgruppe

Um eine partizipative Entwicklung des Konzepts zu gewährleisten, wurde eine Projektgruppe gegründet. Darüber hinaus wurde die Methode der Projektgruppe gewählt, da sie bezüglich der Konzeptentwicklung entscheidende Vorteile aufweist. Zum einen verfügen Projektgruppen über Leistungsvorteile, da sie komplexe Aufgaben besser lösen können. Dies liegt insbesondere an der interdisziplinären Zusammensetzung der Gruppe und der daraus resultierenden Wissensvielfalt. Die Lösungen, die aus den Projektgruppen resultieren, basieren auf hoher fachlicher Kompetenz und zeichnen sich häufig durch eine hohe Akzeptanz aus (Kuster, 2019), denn mit der gemeinsamen Diskussion „ist eine spezifische Perspektive verbunden, die nicht durch andere Methoden ersetzt oder simuliert werden kann" (Kühn & Koschel, 2018). Die Projektgruppe der Station G bestand aus den beruflichen Disziplinen der Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. Von der pflegerischen Stationsleitung wurden Zeiträume für die Treffen geschaffen und sichergestellt, dass die beteiligten Teammitglieder die investierte Zeit als Arbeitszeit angerechnet bekommen. Die Gruppe traf sich insgesamt drei Mal, bis das Konzept dem gesamten Team vorgestellt werden konnte.

Die Konzeptumsetzung

Die Projektgruppe beschäftigte sich zunächst mit den aktuellen Erkenntnissen aus der Analysephase. Dies heißt, es wurden sowohl die entsprechenden Gesetztestexte als auch die entsprechenden Kapitel der S3-Leitlinie der DGPPN und die Erkenntnisse aus der eigenen Literaturrecherche diskutiert und mit eigenen Erfahrungen reflektiert.

Aufbauend darauf konnten im Rahmen einer Konsensfindung folgende sechs übergeordnete Themenbereiche erstellt werden, die zur Orientierung für Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen dienen sollen und je nach Patientensituation variiert werden können:

Darstellung der Situation aus der Patientenperspektive

Patienten sollen die Möglichkeit erhalten, die eigene Perspektive der Situation, die zur Zwangsmaßnahme geführt hat, darstellen zu können. Dies soll dazu dienen, ihnen einen Raum zu geben, über die Situation zu sprechen und auch dazu, das Verhalten der Patienten nachvollziehen und verstehen zu können. Darüber hinaus sollen gezielte, triangulierende Fragen die Patienten dabei unterstützen, die Situation des Teams aus der anderen Perspektive zu betrachten. Des Weiteren zielt das Wissen der Patientensicht darauf ab, Rahmenbedingungen der stationären Behandlung (Rückzugsmöglichkeit, Regelwerk…), die zur Eskalation beigetragen haben, zu reflektieren und falls notwendig anzupassen.

Gefühle vor, während und nach der Zwangsmaßnahme

Patienten erhalten im Rahmen der Nachbesprechung die Möglichkeit, ihre Gefühle in Bezug auf die Zwangsmaßnahme mitzuteilen. Hierbei soll vor allem auf emotionale Belastungen und eventuelle Anzeichen von Traumatisierung geachtet werden. Darüber hinaus kann der Patient reflektieren, was ihm in der Situation der Zwangsmaßnahme Entlastung verschafft hat aber auch was zusätzlich belastend war. Dieses Wissen unterstützt darüber hinaus die Reflektion im Team über zukünftige Verhaltens- und Vorgehensweisen bei Zwangsmaßnahmen.

Auswirkungen der Zwangsmaßnahme auf den Patienten und die Behandlung

Patienten erhalten die Möglichkeit, die Auswirkung der Zwangsmaßnahme auf das eigene Verhalten zu reflektieren. Dies dient dazu,

den möglichen Nutzen durch eine positive Entwicklung zu erkennen, aber auch dazu, negative Auswirkungen wahrnehmen und reflektieren zu können. Um dies zu unterstützen, kann die die Schilderung der Wahrnehmung aus der Perspektive der Mitarbeitenden hilfreich sein.

Darstellung der Sichtweisen der Mitarbeitenden

Die Erläuterung der Sichtweisen der Mitarbeitenden kann den Patienten helfen, die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme nachvollziehen zu können. Hier wird dem Patienten das eigene Verhalten gespiegelt sowie die daraus resultierenden Gefühle und Reaktionen der Mitarbeitenden sichtbar gemacht. Eine gemeinsame Reflektion zielt auf die Förderung einer therapeutischen Beziehung und die Wiederherstellung einer Vertrauensbasis. Darüber hinaus werden Patienten in der Wahrnehmung des eigenen Verhaltens gestärkt.

Prophylaxe und Entwicklung alternativer Verhaltensweisen

Patienten erhalten die Möglichkeit, gemeinsam mit dem nachbesprechenden Mitarbeiter alternative Verhaltensweisen als Reaktion auf schwierige Situationen zu entwickeln, um zukünftig Zwangsmaßnahmen vermeiden zu können. Dies dient der Prophylaxe erneuter Eskalationen und ist ein wesentlicher Bestandteil der Nachbesprechung. Ziel sollte sein, in erneuten schwierigen Situationen Patienten in der eigenen Ressourcen-Wahrnehmung zu unterstützen. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil besteht in der Informationsgabe über die Möglichkeit eines Behandlungsvertrages, in dem u.a. prophylaktische Maßnahmen schriftlich festgehalten werden.

Offene Fragen und fehlende Aspekte

Patienten sollten abschließend immer die Möglichkeit erhalten, noch offengebliebene Fragen oder Anmerkungen äußern zu dürfen. Dies hat zum Ziel, wichtige Dinge nicht unausgesprochen zu lassen. Gleichzeitig können dadurch noch fehlende Kategorien der Nachbesprechung ergänzt werden. Außerdem sollte der Patient das Angebot von weiteren Nachbesprechungen erhalten.

Organisatorische Implementierung

Die Implementierung des Konzepts zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen wurde wie folgt durchgeführt: Zur Unterstützung der Mitarbeitenden wurden Informationsmaterialien verschriftlich. Hierbei wurde ein organisatorischer Ablaufplan und die Auflistung der sechs Themenbereiche mit Beispielfragen ausführlich dargestellt. Darüber hinaus wurde ein Dokumentationsbogen konzipiert, der von den Gesprächsführenden in der Nachbesprechung genutzt werden kann und auf dem stichwortartig die sechs Themenbereiche als Gesprächsleitfaden abgebildet sind. Außerdem wurde eine Jahresübersicht der Nachgespräche in Tabellenform für alle Nachgespräche erstellt, die später zur Evaluation herangezogen werden kann. Für den Patienten wurde ein Informationsbrief entwickelt, auf dem kurz und in einfacher Sprache formuliert über die Möglichkeit der Nachbesprechung informiert wird.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Implementierung erklärte sich eine Gesundheits- und Krankenpflegerin aus dem Team bereit, die Durchführung der Nachbesprechung zu überwachen. Direkt nach Durchführung einer Zwangsmaßnahme wird der Patient in die entsprechende Jahresübersicht eingetragen, die für alle Teammitglieder zugänglich im Stationszimmer liegt. Sobald ein Patient vom

Team als stabil eingeschätzt wird erhält er die schriftliche Information über das Nachgespräch von der Nachbesprechungs-Verantwortlichen. Der Patient hat nun die Möglichkeit eine Vertrauensperson aus dem Team zu wählen, mit der ein individueller Termin für das erste Nachgespräch vereinbart wird. Die Vertrauensperson kann aus allen Berufsgruppen stammen. Es ist irrelevant, ob diese bei der Zwangsmaßnahme selbst anwesend war oder nicht. Hier hat der Patient die freie Wahl. Nachdem das Nachgespräch geführt worden ist, wird dieses in der elektronischen Patientenakte unter dem dafür eingerichteten Bereich dokumentiert. In der Jahresübersicht wird die Durchführung des Gesprächs mit Datum gekennzeichnet. Sollte der Patient das Gespräch ablehnen, wird auch dies in der Jahresübersicht notiert. Patienten, die frühzeitig entlassen oder verlegt werden oder die gegegbenenfalls erst nach einiger Zeit der Behandlung das Bedürfnis haben, über die Zwangsmaßnahmen ins Gespräch zu kommen, haben die Möglichkeit, für die Nachbesprechung einen ambulanten Termin zu vereinbaren. Die Erkenntnisse aus der Nachbesprechung finden in den Übergaben, Supervisionen und Teambesprechungen Berücksichtigung. Hier können stations- und teamspezifische Aspekte diskutiert und reflektiert werden, um eine kontinuierliche Verbesserung in der Qualität der Behandlung der Patienten anzustreben.

Fazit und Ausblick

Nach einem Jahr der Durchführung stehen erste Evaluationsschritte an. Es ist ein Treffen mit den Teammitgliedern der Station G geplant, um einen gemeinsamen Austausch über Erfahrungen mit den Nachgesprächen durchzuführen. Darüber hinaus können die implementierten Strukturen, insbesondere in Gestalt der Jahresübersicht und der Dokumentationen in der elektronischen Patientenakte, zur weiteren Auswertung herangezogen werden. Aus dem bisherigen Erfahrungsaustausch im Team geht hervor, dass die Patienten, die das Angebot zur Nachbesprechung in Anspruch genommen haben, im Nachhinein eine Entlastung beschrieben haben und froh darüber waren, einen Rahmen zu erhalten, um bislang unausgesprochene Aspekte äußern zu können. Das hier dargestellte Praxisprojekt verdeutlicht, wie wissenschaftliche Erkenntnisse strukturiert die Praxis optimieren und zur Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patienten beitragen können.

Literatur

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellmann, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 465-473.

Bonner, G. & Wellmann, N. (2010). Postincident review of aggression and violence in mental health settings. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 48, 35-40.

DGPPN (2018). S 3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%2BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf [aufgerufen am 03.05.20]

Goulet, M.-H., Larue, C. & Lemieux, A.J. (2018). A pilot study of „post-seclusion and/ or restraint review“ intervention with patients and staff in a mental health setting. Perspectives in psychiatric care, 54, 212-220.

Korkeila, H., Koivisto, A., Paavilainen, E. & Kylmä, J. (2016). Psychiatric Nurses‘ Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. Issues in mental health nursing, 37, 464-475.

Kuster, J., Bachmann, C., Huber, E., Hubmann, M., Lippmann, R., Schneider, E., Schneider, P., Witschi, U. & Wüst, R. (2019). Handbuch Projektmanagement. Agil- Klassisch- Hybrid (4. Auflage). Berlin: Springer.

Kühn, T. & Koschel, K.-V. (2018). Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch (2. Auflage). Wiesbaden: Springer.

Mauritz, M., Gossens, P., Draijer, N. & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. European journal of psychotraumatology, 4, o.S.

Mueser, K.T., Salyers, M.P., Rosenberg, S.D., Goodmann, L.A., Essock, S.M. & Osher, F.C. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical, and health correlates. Schizophrenia bulletin, 30, 45-57.

Needham, H. & Sands, N. (2010). Postseclusion debriefing: a core nursing intervention. Perspectives in psychiatric care, 46, 221-233.

Ryan, R. & Happel, B. (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. International journal of mental health nursing, 8, 100-107.

Statistisches Bundesamt (2017). Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Deutschland in den Jahren 1994 bis 2017. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/252963/umfrage/anzahl-stationaerer-behandlungen-aufgrund-psychischer-und-verhaltensstoerungen/ [aufgerufen am 03.05.20]

Steinert, T., Bergbauer, G., Schmid, P. & Gebhardt; R. (2007). Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. The Journal of nervous and mental disease, 195, 492-496.

Steinert, T. (2008). Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Whitecross, F./ Seeary, A./ Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. International journal of mental health nursing, 22, 512-521.

Autorin

Maren Veith BA

B.A. Pflegewissenschaft, Studierende der Pflegewissenschaft M.Sc. an der Universität Witten Herdecke, Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Tagesklinik Alteburger Straße in Köln

maren-veith@gmx.net

In Kooperation mit:

UMIT
the health & life sciences university

WIENER ROTES KREUZ
AKADEMIE

LEITEN WILL GELERNT SEIN

Die veränderten Bedingungen im Gesundheitssystem erfordern besonders von leitenden Personen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege spezifische Kompetenzen. Um diese Aufgaben verantwortungsvoll umzusetzen, benötigen Pflegende in Leitungsfunktionen der basalen und mittleren Managementebene fundierte Kenntnisse in der Pflegewissenschaft. Betriebswirtschaftliche Zusammenhänge, Sozialkompetenz, Kommunikation u.v.m. sind ebenfalls Inhalte dieses Universitätskurses.

In Kooperation mit unserem universitären Partner „UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik" bietet das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes für Sie die eine optimale Pflegemanagementweiterbildung an.

Universitätskurs Basales und mittleres Pflegemanagement – wo Praxis auf Theorie trifft.

Der Universitätskurs teilt sich in den theoretischen Teil, der in maximal 25 Präsenztagen absolviert wird und den praktischen Teil, der maximal 80 Stunden umfasst. Das Praktikum ist selbstorganisiert und kann in ihrem eigenen Unternehmen und in verschiedenen Gesundheitssozialen Einrichtungen absolviert werden. Grundlage für den Universitätskurs ist das GuKG § 64 und die GuKG-Weiterbildungsverordnung.

Nach erfolgreichem Abschluss des Universitätskurses werden den Absolventen/innen 30 ECTS Credits durch die UMIT per Zertifikat verliehen. Die ECTS-Credits können sich die Absolventen/innen auf weiterführende Bildungsangebote an der UMIT anrechnen oder anerkennen lassen. Dies kann zu einer verkürzten Studienzeit führen.

»Fundierte Fachkenntnisse über pflegewissenschaftliche und betriebswirtschaftliche Zusammenhänge in zwei Semestern.«

TERMIN

18.09.2020 – 01.10.2021
Berufsbegleitend, Termine auf Anfrage

KONTAKT

Mag. Günter Puchner, MBA, MAS
telefonisch von Mo-Fr 9:00–13:00 Uhr unter +43(0)1 795 80–8211 oder per E-Mail unter guenter.puchner@wrk.at, http://akademie.wrk.at

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen!

Wie können wir die Pflege in Zeiten von Corona gestalten?
Was können wir aus der Krise lernen?

Antworten finden Sie in den Corona-Sonderausgaben der Pflegewissenschaft:

Ausgabe 1:
Kostenfreies Open Access Journal

Ausgabe 2:
5.- Euro inkl. 1.- Euro Spende
an die Flüchtlingshilfe auf Lesbos

www.hpsmedia-verlag.de/home/corona

hpsmedia

imc | FH KREMS

"Kremsgenial studieren heißt, mich mit Zukunftsthemen im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, um später als aktive Mitgestalterin tätig zu werden."

Katharina, Studierende

CHECK IN
www.fh-krems.ac.at

Master-Studium

Angewandte Gesundheitswissenschaften

Transforming innovations in health care

Diversität, Kultur, Nachhaltigkeit, Ethik und anwendungsorientierte Forschung – das ist die Basis unseres berufsbegleitenden Master-Studiengangs. Das Studium bereitet Sie auf operative und strategische Aufgaben in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern im Gesundheitswesen vor.

Bewerben Sie sich jetzt noch bis **31. März** und starten Sie im Herbst voll durch.