

BaWiG GmbH & Co. KG
Bildungsakademie und Wissenschaft im Gesundheitswesen

**Facharbeit zur schriftlichen Prüfung
Pflegeexperte für außerklinische Beatmung**

Thema:

Psychologische Hintergründe und Probleme in der
außerklinischen Beatmungspflege

- Die psychische Belastung der Pflegeperson -

Autor:

Dennis Schulz

PaB-E-2010-a-

Prüfer/in:

Peter Grendel

Philipp Rams

Essen, im Mai 2010

„Wenn du im Recht bist, kannst du dir leisten, die Ruhe zu bewahren, und wenn Du im Unrecht bist, kannst du dir nicht leisten, sie zu verlieren.“

(Mohandas Karamchand gen. Mahatma Gandhi, Führer der indischen Unabhängigkeitsbewegung 1869 -1948)



(Quelle: <http://krankenschwester-blog.de/wp-content/> 03.05.2010)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	4
2. Einleitung	7
3. Definitionen.....	10
4. Das Rollenverständnis in der Krankenpflege.....	12
4.1 Das Rollenverständnis in der Vergangenheit.....	14
4.2 Das Rollenverständnis aktuell.....	24
4.3 Das Rollenverständnis speziell in der außerklinischen Beatmungspflege	28
5. Die Angehörigenarbeit in der außerklinischen Beatmungspflege	31
5.1 Besondere Aspekte der Gastrolle in der Heimbeatmung.....	33
5.2 Ursachen für besondere psychische Belastungen der Pflegeperson....	35
5.3 Der Umgang mit schwierigen Angehörigen.....	37
6. Ideen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit.....	41
6.1 Professionell Verantwortungsbereiche festlegen	42
6.2 Supervision / Psychohygienische Maßnahmen	43
7. Literaturverzeichnis.....	47

1. Vorwort

Seit 1 ½ Jahren pflege / betreue / behandle ich einen jungen (21 Jahre) Wachkomapatienten zu Hause dessen Pflege von einem ambulanten Pflegedienst mit intensivpflegerischen Angebot seit September 2008 übernommen wurden ist. Zunächst war ich auf 400 Euro – Basis nebenberuflich beim Unternehmen angestellt, wechselte jedoch meine hauptberufliche Vollzeitstelle von der Psychiatrie (Suchtabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie) vollständig zum ambulanten Pflegedienst. Zum Zeitpunkt meines Wechsels hatte ich den dringenden Wunsch mich beruflich um zu orientieren. Die Pflege schwer erkrankter Menschen in der Beatmungspflege machte bei mir einen besonderen Reiz aus, da es eine außergewöhnliche psychosoziale und medizinisch technische Herausforderung für mich persönlich darstellt, und unter diesen Umständen gute Krankenpflege zu leisten eine herausfordernde Aufgabe ist. Bereits nach kurzer Zeit stellte ich für mich fest, dass die Arbeit im außerklinischen Bereich in jeglicher Hinsicht intensiv ist. Vor allen Dingen waren es die Erwartungshaltungen der Angehörigen und die des Pflegedienstes, die völlig konträr zu meiner bisherigen Berufsauffassung erschienen, die mich motivierten Hintergründe besser verstehen zu wollen, um zukünftig gute Arbeit leisten zu können. Die Teilnahme an einer Weiterbildung war mir sehr wichtig, um nicht nur Wissen zu erwerben, sondern auch in Erfahrungsaustausch mit anderen Pflegenden zu kommen. Fortbildungen und Weiterbildungen sollten aus meiner Sicht für den Bereich der außerklinischen Beatmungspflege für jede Pflegekraft zugänglich sein und auch vom Arbeitgeber bereits frühzeitig angeboten werden. Bei der Auswahl meines Facharbeitsthemas suchte ich für mich nahe liegende Inhalte, wobei ich es wichtig fand während der Erstellung dieser Facharbeit mein bisher erworbenes Pflegewissen zu verknüpfen und nützlich anwenden zu können. Mein mehrere Jahre andauerndes berufliches Engagement in der Psychiatrie bewegte mich, diese Arbeit über die psychologischen Aspekte speziell im Bereich der außerklinischen Beatmungspflege und den Problemen insbesondere den Belastungen der Pflegepersonen die in diesem Bereich arbeiten zu thema-

tisieren, um vielleicht eine Diskussion in Gang zu bringen um Zustände / Mechanismen / Gegebenheiten zu umschreiben und vielleicht zu verbessern. Allein das die pflegerische Tätigkeit im „zu Hause“ des Patienten stattfindet, verursacht viele zusätzliche Belastungsfaktoren für die Pflegeperson. Viele Probleme die durch ein multiprofessionelles Team vor Ort aufgefangen werden könnten, wie z. B. auf einer somatischen Krankenhausstation, müssen häufig autark vom Mitarbeiter allein geregelt bzw. bewältigt werden. Insbesondere strukturelle Gegebenheiten, welche die häusliche Umgebung von einer Einrichtung deutlich unterscheidet, erfordern häufig Improvisationsgeschick und intuitiv richtiges Verhalten zum passenden Zeitpunkt. Das Verständnis für psychosoziale Vorgänge ist grundlegend wichtig, um als Pflegeperson erfolgreich in diesem Umfeld bestehen zu können.

Empathie ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für die Beziehungsarbeit in der außerklinischen Beatmungspflege, jedoch birgt zu viel Einfühlsamkeit auch Gefahren für die Pflegenden. Ein gutes Vorwissen über die Arbeit an sich z. B. die Erfahrungswerte anderer, der Austausch über Erwartungen aller Beteiligten, Vereinbarungen über Leistungen etc. können zu einer zufriedenstellenderen Arbeitssituation für alle Mitarbeiter führen.

Psychologisch begründbare Probleme und Konflikte gibt es sicherlich auch in anderen Bereichen der Krankenpflege. Auch die ambulante Pflege ist schlichtweg bereits Jahrzehnte lang im heutigen Gesundheitssystem etabliert, wobei voraussichtlich immer mehr erkrankte Menschen zu Hause versorgt werden müssen.

Gerade Probleme und Konflikte in der außerklinischen Beatmungspflege verbleiben im Vergleich zur regulären ambulanten Versorgung jedoch nochmals spezieller und komplexer durch z. B. das Vorhandensein eines Beatmungsgeräts, was 24 Std. am Tag einen Angehörigen am Leben erhält. Der damit verbundene psychische Stress für alle Beteiligten wird deutlich unterschätzt.

Nicht nur das medizinisch fachliche Know how sondern auch die Beziehungsarbeit mit den Angehörigen nimmt einen deutlich anderen Schwerpunkt in der alltäglichen Arbeitssituation ein. Die Nähe und Distanz zu allen Beteiligten ist

deutlich verschoben und führt zu einem völlig neu zu erfassenden Bereich der Krankenpflege.

Vielfach sind die Angehörigen selber in ihrer Psyche traumatisiert wurden, durch die Erkrankung ihrer Bezugsperson, und verbleiben überlastet in ihrer persönlichen Betroffenheitssituation. Dadurch ergeben sich zwangsläufig Diskrepanzen bezüglich der Erwartungshaltung an die Pflegepersonen und der Leistungen die erbracht werden sollen. Es lässt sich weder verhindern, dass im Rahmen einer 24 Std. Pflege beispielsweise sich Pflegende mit dem eben erwähnten psychischen Belastungen auseinandersetzen müssen, noch ist es für die Angehörigen einfach einen „Dauergast“ ertragen zu müssen.

In Einrichtungen ist es hierbei möglich sich von solchen psychischen Faktoren zumindest temporär und räumlich abzugrenzen, was in der außerklinischen Beatmung eben nicht möglich ist.

Zum Abschluss meines Vorwortes möchte ich mich bei meiner Familie insbesondere bei meiner Frau Vera bedanken, die mich überhaupt erstmalig dazu motiviert hat den Wechsel in eine neue Fachrichtung der Pflege zu wagen. Vielen Dank auch an die Großeltern meiner Tochter, die immer wieder gerne und gerade zu selbstverständlich auf meine Tochter Jana aufgepasst haben, während ich an der Weiterbildung teilnahm.

2. Einleitung

„Gott gebe mir die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

(Chr. F. Oetinger 1702 – 1782)



(Quelle: <http://krankenschwester-blog.de/wp-content/> 03.05.2010)

Warum dieses Facharbeitsthema ?

Die Pflege beatmeter Patienten zu Hause stellt eine ganz neue Herausforderungen und neuartige Ansprüche an die Pflegepersonen. Insbesondere die Erwartungshaltungen der Angehörigen bezüglich der Leistungen die ein Pfleger bei Ihnen zu Hause verrichten soll, aber auch die der ambulanten Pflege-

dienste mit solchen Intensivpflegeangeboten können sehr differenziert und überfordernd für Arbeitnehmer sein. Eine Analyse der aktuellen Situation so wie die Verdeutlichung und die Feststellung von zu erwartenden Belastungen kann hilfreich sein, erfolgreich und längerfristig motiviert die Dienstleistung im „zu Hause“ eines Patienten als Pflegeperson leisten zu können. Pflegedienste sollten ihre Mitarbeiter mit Selbstbewusstsein ausstatten und für gute Arbeitsbedingungen sorgen. Aus eigener Erfahrung liegt der Hauptgehalt der resultierenden Probleme in der Unterlassung den Mitarbeiter in Arbeitsprozesse mit einzubeziehen. Vorbereitung und Planung sind hierbei unabdingbar. Fortlaufende Evaluierungen solcher Prozesse sind ebenfalls notwendig.

Ein weiterer Problemschwerpunkt der Arbeit in der außerklinischen Beatmungspflege liegt nicht wie nach wörtlicher Bedeutung hervorgehen würde in der maschinellen Beatmungssituation und ihrem „Handling“, sondern in der Angehörigenarbeit.

Dabei entstehen häufig Konflikte, die oft zu einer Überlastungssituation für die zu meist autonom arbeitende Pflegeperson führen, welche mit entsprechendem Hintergrundwissen jedoch aber auch mit aktiven Handlungen hätten nicht so häufig entstehen müssen.

Auch weitergehende Maßnahmen für Mitarbeiter wie z. B. Supervision / Mitspracherecht bzgl. der Arbeitsgestaltung / Arbeitszeitmodelle sind dringend zu berücksichtigen, um längerfristig motiviert und professionell arbeiten zu können. Aus meiner Sicht werden zu oft Problematiken verharmlost bzw. sogar übersehen zugunsten einer guten wirtschaftlichen Ausbeute für den Anbieter und zum deutlichen Nachteil für Pflegende, die häufig unter schwierigsten Bedingungen arbeiten müssen. Insbesondere die psychische Belastung für den Pflegenden steht auf der Rangliste der Verharmlosung aus meiner Sicht ganz weit oben und wird nicht ausreichend problematisiert. Hilfsangebote werden nicht in Anspruch genommen bzw. bestehen nicht da sie von vielen Pflegediensten nicht angeboten werden. Mitarbeiter werden bereits nach kurzer Zeit häufig überfordert durch z.B. schlechte Arbeitszeitmodelle wie 12 Stundendienste, keine geordneten Übergabe und Pausenzeiten oder der Anspruch ständig für den Arbeitgeber für Dienstbesprechungen, das ungeplante Einspringen für Erkrankte etc.

verfügbar zu sein ohne irgendwelche Vereinbarungen oder homogene Verteilung der Mehrarbeit.

Weitergehend ist es eher wahrscheinlich im Verlauf einer Versorgung in der außerklinischen Beatmungspflege als in einer Einrichtung, dass es zu unerwünschten psychosozialen Dynamiken kommen kann, die im schlimmsten Fall zu einer sofortigen Beendigung des Arbeitsverhältnis einer Pflegeperson führen. Das Erwerben eines Burnout Syndroms oder anderer ähnlicher psychiatrischer Erkrankungen ist nicht selten. Die Vorgänge die Pflegepersonen im Laufe einer Berufslaufbahn mitmachen stellen häufig Belastungen dar, die längerfristig jede Form von Widerstandsfähigkeit aufzehren und auch dauerhaft selber zu einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung führen können.

In der nun folgenden Facharbeit werde ich wenn es um den Bezug auf Pflegenden geht häufig das Wort Pflegeperson verwenden, da ich persönlich der Meinung bin, das unterschiedliche Berufsgruppen z. B. exam. Altenpflegepersonal, Krankenpflegepersonal und Intensivpflegepersonal aber auch Angehörige ein erkranktes Familienmitglied „gut“ versorgen können im Rahmen einer außerklinischen Beatmung.

3. Definitionen

Definition:

Psychologie

„Wissen vom Erleben und Verhalten des Menschen in Bezug auf sich selbst auf Personen, Ereignisse und Objekte seiner Umwelt; bedient sich, basierend auf Beobachtung und Experiment häufig mehrdimensionaler Untersuchungs- und Forschungsmethoden.“

(261. Auflage Pschyrembel 2008)

Durch Psychologie können insbesondere in der Krankenpflege viele Vorgänge besser verstanden werden. Pflegende mit Grundkenntnissen aus der Psychologie werden in die Lage versetzt Probleme gelassener und kompetenter zu lösen. Die Kenntnisse können dabei auch durch Erfahrung und Reflektion z. B. angeeignet werden und müssen nicht zwangsläufig durch z. B. Weiterbildung oder Studium erworben werden. Ein ständiger Erfahrungsaustausch und eine grundlegend positive Haltung zu Kommunikation mit anderen Menschen sind jedoch nötig.

Definition:

Problem

(griechisch „die gestellte Aufgabe“ , Streitfrage), eine zu bewältigende neue Aufgabe, für die der Bearbeiter kein aus dem Gedächtnis abrufbares Standardverfahren der Lösung zur Verfügung hat. Die Lösung eines Problems ist mit einem schöpferischen Moment verbunden (Kreativität) und wird daher dem produktiven Denken oder dem divergenten (auseinanderstrebend) Denken zugeordnet. Die Lösung erfordert Nachdenken und die Suche nach Ideen.

(Brockhaus premium multimedial DVD 2010)

Warum ist diese Definition interessant?

Ich glaube das die meisten Menschen unter einem Problem etwas ganz anderes verstehen, vor allen jedoch andere Angelegenheiten verbinden, als es in der Definition beschrieben wird. Wenn Menschen ein Problem eher so sehen würden wie es in der Definition beschrieben wird, gäbe sehr viel häufiger Ergebnisse und somit zeitnaher Lösungen. Probleme sollten wir als Aufgabe erfassen, die durch verschiedene Wege erreichbar sind. Jedoch werden Probleme häufig eher als Blockaden oder persönliche Missgunst empfunden und dies führt häufig zur Stagnation in positiven Lösungsprozessen. Weiterhin lässt sich dabei jedoch feststellen, dass die Definition die subjektive Komponente des Wortes Problem, welche aus meiner Sicht ein großes Ausmaß annimmt, nicht erfasst. Gerade in der Krankenpflege ergeben sich durch zahlreiche subjektive Diskrepanzen der im Pflegeprozess befindlichen Personen in jeglicher Hinsicht vermehrt sogenannte Nebenschauplätze, so dass Lösungen ausbleiben und eigentlich immer Frustration resultiert und nicht erwünschte Ergebnisse zustande kommen.

4. Das Rollenverständnis in der Krankenpflege

„**Krankenschwestern** müssen sich ständig darin üben, den Kranken die Wünsche von den Augen abzulesen; denn: eine gute Schwester hilft bereits, bevor sie gerufen wird!“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 7 1. Spalte oben)

Dies ist ein einleitendes Zitat eines Buches über die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hierbei wird ein Berufsbild dargestellt welches vergleichbar wäre mit z. B. Kellner, Butler, Diener oder ähnlichen Berufen. Dies soll weder abwertend noch „abfällig“ gemeint sein, hat jedoch diese fatale Ansicht bis heute immer noch Bestand in vielerlei Hinsicht für das Rollenverständnis aller Pflegenden. Positiv betrachtet hat auch dieses Zitat einen sinnvollen Gehalt bezogen auf das Rollenbild der Krankenpflege: „Das Pflegepersonal sollte besonderes Augenmerk auf die Fähigkeit der Krankenbeobachtung legen, da wir ja die Wünsche des Kranken erkennen sollen, insbesondere den Wunsch der Genesung des Patienten. Wir verbringen schließlich ja die meiste Zeit mit dem Patienten, im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen die sich mit ihm befassen.

Wozu beschäftigen wir uns hier mit dem Rollenverständnis?

Jeder Mensch nimmt in seinem Leben diverse Rollen ein z.B. die einer Mutter, eines Vaters, eines Bruders, einer Schwester, eines Pflegenden oder Patienten... Durch die Betrachtung von Sozialisationsprozessen dieser Rollen ändert sich dabei fortlaufend unser Verständnis über die Positionen die wir ein Leben lang einnehmen.

Selbst urzeitliche Rollenbilder wie die Frau übernahm die Obliegenheit der Sammlerin und der Mann die des Jägers haben bis heute noch Einfluss auf die Gesinnung von Menschen. Geht man von diesen ganz einfachen Beispielen aus, so finden diese urzeitlich festgestellten Gegebenheiten noch heute Einzug in vielen Lebensbereichen so z. B. jagt eine Mehrzahl von jungen Männern

gerne heute noch in Egoshooter auf dem Computer virtuelle Ziele und Frauen kaufen bzw. sammeln gerne Schuhe aus Einkaufszentren. Zugegeben waren diese beiden Beispiele nicht ganz vorurteilsfrei. Doch eine Feststellung können wir festhalten: Gleichgültig in welchem Zeitabschnitt wir einen Sozialisationsprozess einer Rolle betrachten, ob in der Vergangenheit, Gegenwart oder in einer Prognose, um in unserem Fall das Rollenverständnis der Krankenpflege verstehen zu wollen, ist eine zeitliche Analyse sinnvoll. Heutige Haltungen an das Berufsbild der Krankenpflege resultieren aus Erfahrungen und Erwartungen die geschehen sind und werden.

Ein Blick in die Vergangenheit lohnt sich somit, um zu verstehen wie die heutigen Ansichtsweisen über die Krankenpflege überhaupt zustande gekommen sind. Vor allen Dingen interessant sind Anforderungen und Realität für die Personen die in der Pflege arbeiteten. Gerade an beschriebenen Verhältnissen der Vergangenheit und besonderen Persönlichkeiten und deren Einfluss auf die Krankenpflege lassen sich die heute bestehende Wertschätzung und psychologische Hintergründe gut veranschaulichen.

4.1 Das Rollenverständnis in der Vergangenheit

Betrachten wir nun die frühe geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege bereits in vor christlichen Zeiten.

In Indien beschrieb Buddha bereits um **560 – 468 v. C.** (der Begründer des Buddhismus) in seiner Lehre die Krankenpflege bzw. den Pflegenden mit festumrissenen Aufgabengebiet.

„der Pflegende - er soll voller Hingebung an den Kranken, geschickt in seiner Arbeit, klug und rein an Körper und Geist sein.“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 10 2. Spalte unten)

Ein stark spiritueller Beigeschmack verbleibt in seiner Lehre, doch umschreibt er Eigenschaften die Pflegende mitbringen sollten. Seine Schriften wurden von buddhistischen Königen in „Nazaretten“ angewendet und bildeten die Grundlage einer therapeutischen Einheit.

In Europa war **ca. 300 bis 400 Jahre lang n.Chr.** der christliche Glaube an sich verboten. Pflege in Europa war jedoch zunächst eine christliche Glaubensfrage, da die Ausübung von „Nächstenliebe“ die höchste Form in der „Caritas“ ist bzw. Pflege häufig von „Geistlichen“ ausgeübt wurde.

Die Krankenpflege in Europa fand in der Person von Benedikt von Nursia (**480 – 543 n. C.**), der die Ordensgemeinschaft der Benediktiner auf einem Hügel in Monte Casino gründete, einen seiner ersten Begründer. Zielsetzung dabei war es die „Caritas“ als wertvollste christliche Tugend auszuüben und dies konnte nur in klösterlichen Gemeinschaften umgesetzt werden. Spätere Ordensgemeinschaften (**ca. 800 n. C.**) wie die Augustiner und Franziskaner übernahmen viele Glaubensgrundsätze von den Benediktinern.

Davor fanden lediglich Ärzte, Heiler, Priester, Philosophen usw. in der medizinischen Geschichte Erwähnung, es gab bestimmt Pflegende jedoch gab es keine herausragenden Persönlichkeiten, die bis heute überliefert wurden wären. Die Medizin an sich war eher vom jeweiligen Glauben beeinflusst, jedoch wurde

bereits auch naturwissenschaftliches Wissen aufgezeichnet / gelehrt und somit weitergegeben. Das Wissen an sich wurde bedingt durch fortlaufende Kriege vor dem Mittelalter in mehrere Sprachen übersetzt (z.B. von alt-griechisch → arabisch → lateinisch) und von vielen Glaubensrichtungen beeinflusst.

Medizinisches Wissen z.B. über Kräuter wurde in sogenannten Kräuterbüchern archiviert. Sogenannte „Doppelklöster“ wurden gegründet mit Nonnen und Mönchen wobei die Führung zumeist von einem Mann (als Mönch) übernommen wurden ist. Zunehmend wurde es Aufgabe der Nonnen die pflegerische Betreuung zu vollziehen, wobei der wissenschaftliche und der religiöse Anteil der Arbeit den Mönchen vorbehalten war. Die christliche Kirche schützte sich fortlaufend von staatlichem Einfluss vieler weltlicher Lehnsherren, um einem Machtverlust vorzubeugen. Das Wissen wurde mit Absicht in Latein übersetzt, um es nur an Privilegierte weitergeben zu können.

Viele weitere Erfindungen / Erkenntnisse / Fortschritte z.B. die des Buchdruckes und des Mikroskops erbrachten auf das gesamte Mittelalter

(500 – 1500 n. C.) betrachtet viele Veränderungen für die Medizin. Leider hatten die eben beschriebenen Veränderungen leider keinen merklich positiven Einfluss auf die Krankenpflege. Da die damaligen Hospitäler völlig überlastet und überfordert waren, weil die Orden mit der Anflut von Kranken aus Epidemien und Kriegen nicht zurecht kamen, mussten auch sog. weltliche Menschen für die Versorgung engagiert werden. Vielmehr gab es sogenannte Krankenhelfer, die zum Aufsicht führen und wachen bestimmt waren.

Das sog. Lohnwartepersonal stammte zumeist aus unteren Bevölkerungsschichten und war des Lesen und Schreibens unkundig. Damalige Krankenhelfer waren sehr häufig vorher selbst „Patient“ und konnten aufgrund ihrer unvollständigen Genesung keine andere Tätigkeit außer die des „Wachens“ ausüben. Die Entlohnung bestanden meist darin eine Unterkunft im Krankensaal und die Bezahlung in Naturalien zu erhalten.

Unzuverlässigkeit und Unehrllichkeit waren nur einige Attribute die diesem damaligen „Krankenpflegepersonal“ zugesprochen wurde.

Um einen Eindruck von den Verhältnissen unter denen „Kranke“ und „Wärter“ leben mussten widerzuspiegeln nun folgende Textauszüge:

„In den unsaubereren Spitälern lagen die Patienten dichtgedrängt, Operierte neben Kranken mit Infektionen. Die Räume stanken nach Eiter, Fieberschweiß und Exkrementen. Da die öffentlichen Spitäler über den Armenetat finanziert wurden, war die Lage der dort beschäftigten Wärterinnen und Wärter schlecht. Kein öffentliches Spital konnte sich „gutes“ aus- und gebildetes, besoldetes Personal leisten und musste damit auf möglichst billige Arbeitskräfte zurückgreifen. Von diesen Beschäftigten konnte sicher keine „Hingabe“ verlangt werden.“
(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike *Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege* 2. Auflage 1998 S. 51 1. Spalte oben)

Grundsätzliche Neuerungen dieser Zustände erfuhr die damalige Krankenpflege durch die Person Vinzenz von Paul (**1581 – 1660**). Er legte neue Maßstäbe für die damalige Pflege seiner Ordensgemeinschaft, um nur einige zu nennen: Krankenschwestern mussten nicht zwangsläufig Nonnen sein; sie lernten lesen, schreiben und rechnen; sie musste bei guter Gesundheit sein. Organisatorisch revolutionierte er die Hospitäler, so dass Bischöfe anderer Gemeinden so wie auch öffentliche Spitäler seine Neuerungen übernahmen bzw. „Krankenschwestern“ aus seinem Orden „rekrutierten“.

Bis zur ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts gab es die Definition Krankenhaus nicht. Es gab den Begriff „Hospital“, „Spital“ (mit hauptsächlich militärischer Bedeutung), „Lazarett“ oder den Begriff „Nosokomium“ wobei ein Gebäude beschrieben wurde, welches Menschen beherbergte die in tiefer Armut und unfähig zur Arbeit waren.

Am Ende des 18. Jahrhunderts wurde der Begriff Krankenhaus gebräuchlicher. Im Bezug auf die Krankenpflege trat das Bewusstsein bei Ärzten und Krankenhausdirektoren auf, dass die bisherige „Wartung“ von Kranken durch eine geschulte und einzuübende Tätigkeit ersetzt werden muss, da gute Pflege Menschen gesunden ließ. Besonders einem Mann dem Heidelberger Professor Franz May (**1742 – 1814**) war es damals gelungen die Spitalpflege in Ansätzen zu reformieren. Im Jahre **1797** war es dann so weit: Krankenwärterlehre wurde an der Universität Heidelberg im Sommersemester erstmalig im Deutschen Reich gelehrt.

Wer meint jetzt wäre der Durchbruch der Krankenpflege geschehen, der täuscht sich gewaltig.

Im 19. Jahrhundert benötigte man für folgende Berufe bereits eine besondere Genehmigung: Arzt, Apotheker, Hebammen, Betreiber von Privatkliniken.

Krankenwartung hingegen konnte weiterhin jeder ohne fachlichen Kenntnisnachweis ausüben. Ein Berliner Professor Johann Friedrich Diffenbach

(1792-1847) beschrieb die damalige Situation in seiner Anleitung zur Krankenwartung so:

„ Es ist ein wahrer Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenwärter und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Trübseligkeitsfüllte, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach Meinung der Leute zum Wärter gut genug.

Menschen, die ein unehrliches Gewerbe getrieben haben, Faulenzer, Taugenichtse, alle die scheinen vielen noch außerordentlich brauchbar als Krankenwärter. So ist denn dieser schöne, edle Beruf in Veruf gekommen. Man suche Krankenwärter und welcher Auswurf der Menschheit sammelt sich da und wie wenig ehrbare, brave, tüchtige Menschen...“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 57 2. Spalte)

Die häusliche Krankenpflege wurde von der Mutter oder einer anderen Frau im Hause vollzogen. Damalige Hospitäler waren Krankenhäuser, Armenhäuser, Siechenhäuser oder Altenheime.

Die Entwicklung der Medizin schreitete weiterhin schnell und revolutionär voran, die Bedingungen für Wärter in der Krankenpflege verbesserten sich nicht erheblich.

Die Rolle der Frau im 19. Jahrhundert, die maßgeblich Kranke pflegte ob als „Laie“ oder „ Wärter“ ,machte eine Menge an der geringen Wertschätzung des Krankenwartens aus. Allgemein verrichteten Frauen eher Hausarbeit, welche nicht bezahlt wurde, während bezahlte Lohnarbeit einen höheren Stellenwert in der damaligen Gesellschaft darstellte. Der Beruf Krankenpflege war eher durch

Tugenden und nicht durch Wissen bzw. Qualifikation gekennzeichnet. Dabei wurde sogar die Pflege an sich als bessere „Liebestätigkeit“ angesehen. Die damaligen Krankenschwestern fügten sich dieser Rolle, eine angemessene Bezahlung oder Wertschätzung war sehr weit entfernt. Es entstand eher der Berufsethos der Selbstlosigkeit und Opferbereitschaft mit der Motivation Nächstenliebe.

„Wir Krankenschwestern sind nur Dienerinnen der Ärzte und werden nie etwas anderes sein, und wir sollten gute Dienerinnen sein, glücklich in unserer Abhängigkeit, die mit dazu beiträgt, große Taten zu vollbringen.“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 68 1. Spalte)

Am Ende des 19. Jahrhundert gab es dann mehrere herausragende Persönlichkeiten, die eine Revolution für die Krankenpflege und ihre Organisation erbrachten. Florence Nightingale (**1820-1910**), die im Krim – Krieg für zumutbare Bedingungen in britischen Lazaretten sorgte, ist eine dieser Persönlichkeiten. Insbesondere für die Aspekte Hygiene und Ernährung erbrachten ihre Leitlinien fortschrittliche Verhältnisse der Krankenpflege an verwundeten Soldaten. Sie galt als die Begründerin der modernen Krankenpflege und wertete den Beruf auf eine erlernte Tätigkeit auf. Weitere Persönlichkeiten wie Henry Dunant, der Begründer des Roten Kreuzes, hatten Einfluss auf das bestehende Berufsbild, wobei es zur damaligen Zeit fortwährend um die Versorgung von Kriegsopfern ging. Der humanitäre Gedanke und der Patriotismus die durch seinen Einfluss verbreitet wurde, bescherten ihm **1901** den Friedensnobelpreis und ein Umdenken bzgl. der Tätigkeit Krankenpflege international war eingetreten.

Die spätere Rolle des Roten Kreuzes im nationalsozialistischen Deutschland im 2. Weltkrieg bleibt bis heute umstritten.

Am Anfang des 20. Jahrhunderts kam es durch deutlich verbesserte hygienische Verhältnisse und einer geringen Sterblichkeitsrate von Neugeborenen zu einem explosionsartigen Bevölkerungswachstum. Im Rahmen des technischen Fortschrittes begann die Industrialisierung. Eine neue Bevölkerungsschicht ent-

stand das Proletariat (stammt vom Wort pro les – Kinder ... da diese als einziges als Besitz für die damaligen Arbeiter galten). Durch das Überangebot von Arbeitskräften (dem Proletariat) und den Mangel an Arbeitsangebot führte die damalige Entwicklung zu äußerst armseligen Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung.

Die vorherrschende Armut hatte wie bereits schon mehrfach in der Vergangenheit festgestellt wurde gleichzeitig Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung für den größten Teil der Bevölkerung. Die Arbeiter organisierten sich in Genossenschaften und Gewerkschaften, um sich solidarisch selbstständig Hilfestellung geben zu können.

Feudalistische und bürgerliche Ansichtsweisen trafen aufeinander. Die Arbeiterbewegung wurde als Gefahr von allen an der Macht befindlichen Personen für das Deutsche Reich angesehen. Es wurde eine aufständische Abspaltung des Proletariats befürchtet.

Der damalige Reichskanzler Otto von Bismarck war gezwungen zu handeln, und verabschiedete mit knapper Mehrheit in der noch jungen deutschen repräsentativen Demokratie neue Gesetze die sog. „Bismarck´sche Reichsversicherung“.

„Im Einzelnen handelte es sich dabei um das

- Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter (1883)
- Unfallversicherungsgesetz (1884) und
- Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz (1889)“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 87 2. Spalte)

Die Grundgesetze für die Sozialversicherung wurden später in Reichsversicherungsordnung zusammengefasst und waren damit die Grundlage für das noch heute geltende System der Sozialversicherung.

Die erstmalige Einrichtung von Versicherungen sollte für Leistungen garantieren, für die Arbeiter ursprünglich protestierten. Die eigentliche Zielsetzung der Einrichtung dieser Versicherungen war die bestehende Staatsordnung aufrecht

zu erhalten und Unruhe zu vermeiden so wie auch eine Entmachtung des Proletariats herbei zu führen.

Über die Finanzierung eines solchen anfänglichen Sozialstaates wurde anscheinend erst hinterher nachgedacht, so dass sich neben der Finanzierung aus Steuern noch heute bestehende freie Wohlfahrtsverbände für die Erfüllung der Versicherungspflicht gegenüber dem Staat hauptsächlich im Deutschen Reich herausbildeten. Die Wohlfahrtsverbände entstanden aus damals bestehenden Ordensgemeinschaften, die sich insbesondere um den Erhalt von Arbeitsfähigkeit der Arbeiter bemühten. Es ging insbesondere Bismarck um den Erhalt von sogenanntem Humankapital (Erhalt der Arbeitskraft der Bevölkerung) um wirtschaftlich konkurrenzfähig zu feindlichen Staaten zu bleiben.

In welchem Bezug steht diese geschichtliche Entwicklung für das Rollenverständnis der Krankenpflege Anfang des 20. Jahrhunderts?

Für die Krankenpflege bedeutete die Einrichtung von Versicherungen eine neue Form von Finanzierung der erbrachten Arbeitsleistungen und vorherrschenden Arbeitsbedingungen.

Im Vordergrund war zum ersten Mal die Wiederherstellung / der Erhalt der Gesundheit in der Bevölkerung. Sicherlich waren die Motive nicht humanitär oder patriotischer Natur, jedoch waren Grundlagen für Verbesserungen gelegt.

Im März 1906 beschloss der deutsche Bundestag einen Entwurf von Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen.

Einer der tragenden Persönlichkeiten war Agnes Karll eine deutsche Krankenschwester (**1868-1927**), Sie legte die Grundlage für die moderne Krankenpflege im deutschen Reich. Insbesondere die soziale Absicherung der Krankenpflegerinnen war ihr ein Anliegen. Die von ihr gegründete Berufsgenossenschaft setzte viele Forderungen durch. Außerdem erhob sie Statistiken, die sehr erschreckend belegen welche damals vorherrschenden Verhältnisse überwogen:

„ ... die Krankenpflegerinnen erreichten ein durchschnittliches Dienstalder von 8 ½ Jahren... es gab bereits 35 Todesfälle; 28 Schwestern (83%) waren unter 40 Jahre, als sie starben... die Todesursachen, der jungen Frauen waren:

=Selbstmord (9; durch Morphium); =Tuberkulose (7);Herzleiden(6)“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 117 1. Spalte)

Die Bemühungen wurden durch die Entstehung des 1. Weltkrieges (**1914 – 1918**) erst einmal nebensächlich indem es das erste Mal eine katastrophale Massenzahl an Opfern und Verletzten gab die alle damaligen Anstrengungen vorerst nichtig machten.

Nach Ende des 1.Weltkrieges (**November 1918**) entstand im Rahmen der Weimarer Republik eine parlamentarische-demokratische Republik, welche die letzten vorhandenen monarchen Strukturen beendete. Es kam für die Krankenpflege durch freie Gewerkschaften und die allgemeine Arbeiterbewegung zu Einführung des 8 Stundenarbeitstag und der 48 Stundenwoche.

80 % aller tätigen Personen in der Krankenpflege waren Frauen.

Hier eine Veranschaulichung der damaligen Einkommensverhältnisse:

„Oberschwester	810 Mk Endgehalt
Oberwärter	1380 Mk Endgehalt
Schwester	720 Mk Endgehalt
Wärter	1020 Mk Endgehalt“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 124 1./2. Spalte)

Die Weimarer Republik scheiterte mit dem Beginn des Nationalsozialismus dem wohl dunkelsten Zeitalter deutscher Geschichte. Hier ein Zitat welches verdeutlicht unter welchem ideologischen Einfluss die damalige Krankenpflege stand:

„Ich schwöre Adolf Hitler, meinem Führer, unzerbrüchliche Treue und Gehorsam. Ich verpflichte mich, an jedem Platz, an den ich gestellt werde, meine Berufsaufgaben als nationalsozialistische Schwester treu und gewissenhaft im Dienste der Volksgemeinschaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe.“

(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege 2. Auflage 1998 S. 146 1. Spalte)

Dieser Eid musste von jeder NS-Schwester geleistet werden, vor dem Erhalt ihres Staatsexamens. Krankenpflege im Nationalsozialismus bediente sich alter bereits vorhandener Tugenden die von Pflegepersonen erwartet wurden:

„ das Dienen - zum Dienst am Volk
das Opfertum - zum Opfer für Deutschland und /oder den Führer...
die Selbstlosigkeit - zur Selbstlosigkeit für den Aufbau der deutschen Rasse.“
(Möller Ute, Hesselbarth, Ulrike *Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege* 2. Auflage 1998 S. 201 1. Spalte)

Im Verlauf des 2. Weltkrieges (**1933-1945**) wurden alle Strukturen und Organisationen die die Krankenpflege betrafen von der NSDAP der Partei Adolf Hitlers gesteuert und instrumentalisiert. Seine Rassenideologie zog auch die damaligen Verbände unter anderem den Caritasverband, die Diakoniegemeinschaft und das Deutsche Rote Kreuz in seinen Bann, um eine sog. „reine“ deutsche Rasse zu schaffen. Insbesondere das DRK und deren damalige Führungskräfte gerieten in fatal begeisterter Art und Weise in die faschistischen Strukturen der NS-Zeit. Die Organisation war hauptsächlich für die „Kriegsrankenpflege“ zuständig und verlor ihre ursprünglichen Grundsatz für ihre Krankenpflegeeinrichtung die der Humanität am Menschen.

Am Ende des 2. Weltkrieges wurde das DRK sogar aufgrund dieser Entwicklung in der von **1945 – 1950** aufgelöst bis zu seiner Neugründung(**1950**).

Seit 1950 haben sich in der Krankenpflege bezogen auf die Ausbildungsbedingungen mehrfach Veränderungen der Gesetzmäßigkeiten ergeben. Speziell die Regelungen bezogen auf die Versorgung der Erkrankten im Alter so wie auch die Versorgungsstrukturen waren häufig in Bewegung. Die immer besseren hygienischen Verhältnisse sind äußerst positiv bezogen auf die Gesellschaft, jedoch haben bis heute noch Einfluss auf den demographischen Faktor bedeutet: Die Menschen werden immer älter und versterben somit später.

Die Menschen haben neue altersbedingte Erkrankungen, worauf die Krankenpflege abermals angepasst werden muss. Die Altenpflege entstand und wurde **1969** als Ausbildungsberuf gesetzlich geregelt. Insbesondere die Pflege und

Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen wird heute von Ihnen geleistet.

Während der Polioepidemie (**1957-1966**) entstand die Massenverbreitung von Beatmungstechnik (die sog. eiserne Lunge) in Deutschland und die Entwicklungen in der Pharmaindustrie bezogen auf Impfungen waren entscheidend für die heutigen Errungenschaften und Gegebenheiten der Medizin.

Vor allen Dingen erfuhr die maschinelle Beatmung bezogen auf die technischen Entwicklungen immer wieder Veränderungen, so dass die Beatmungspflege ursprünglich nur in speziellen stationären Bereichen möglich war und heute eigentlich erst seit ca. 2 Jahrzehnten außerklinisch bzw. zu Hause möglich ist.

Was bedeuteten diese geschichtlichen Ereignisse für die Entwicklung des Rollenverständnisses der Krankenpflege?

Immer wieder scheinen es in der Vergangenheit Kriegsereignisse gewesen zu sein, die dazu geführt haben, dass die Krankenpflege an Wertschätzung und Wichtigkeit in der Gesellschaft dazu gewonnen hat. Auch die gesellschaftliche Stellung der Frau hatte einen großen Einfluss auf die damalige „Pflege“.

Die Belastungen die Krankenpflegepersonal ausgesetzt waren, wurden immer wieder an Zuständen und Persönlichkeitsmerkmalen beurteilt. Vorherrschende gesellschaftlich übergreifende Prozesse wie der Glaube, die Ideologie und die politischen Verhältnisse hatten immer wieder Einfluss auf die Krankenpflege. Dieser Einfluss besteht natürlich heute auch noch.

Was immer wieder aufgefallen ist bei der Erstellung dieses Abschnittes...

Die Gruppe des Krankenpflegepersonals hat sich in der hier eben beschriebenen Vergangenheit niemals gegen Verhältnisse entscheidend aufgelehnt oder einfach welche selbst bestimmt. Daran sind sicherlich damalige Bildungsstände aber auch spirituelle Gegebenheiten so wie auch die Unterdrückung der Frau als Ursachen festzustellen.

Die soziale Kompetenzentwicklung der Krankenpflege im Gegensatz zur medizinisch wissenschaftlichen Entwicklung konnte niemals Schritt halten.

Diese Erkenntnis ist auch auf die allgemein gesellschaftlichen Zustände und z. B. den technischen Fortschritt in vielen Bereichen übertragbar.

Betrachtet man den Stellenwert von medizinischen Erkenntnissen und deren Persönlichkeiten waren diese immer anerkannter und wertgeschätzter als die der Krankenpflege in der Gesellschaft.

Ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen medizinischer Therapie und der Pflege wurde lange Zeit nicht berücksichtigt. Die Pflege galt als unbeliebtes „Anhängsel“ der Medizin.

Krankenpflege war immer mit Grundeigenschaften verbunden wie Selbstlosigkeit, Dienen, Opferbereitschaft und Nächstenliebe, die eher auf ein Berufsprofil eines Geistlichen hinweisen, wobei Pflege in ihren Anfängen auch mehrere Jahrhunderte lang sogar überwiegend von Ordensgemeinschaften geleistet wurde.

4.2 Das Rollenverständnis aktuell

Die aktuelle Situation der Rolle einer Krankenpflegeperson hat sich zwar deutlich geändert und verbessert. Jedoch ist die Pflege immer noch nicht mit der Anerkennung ausgestattet die ihr gebührt.

Das zurzeit bestehende Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich in einer Umbruchsituation. Die Kosten für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung können laut Krankenkassenträger nicht mehr finanziert werden. Es gibt zu viele Krankenhäuser und damit zu viele Planbetten. Die Träger der Krankenhäuser versuchen ihre jeweilige Einrichtung am Leben zu halten und spezialisieren sich auf diverse Fachgebiete.

Auch die Pflege muss sich dementsprechend spezialisieren. Die Spezialisierung kann vom aktuellen Ausbildungssystem nicht abgedeckt werden, dennoch hat man die Berufsbezeichnung geändert (seit 2004 Gesundheits- und Krankenpfleger), um auch die beratende Funktion die Pflegepersonen einnehmen zu betonen, und der Berufsbezeichnung ein positiveres Image zu geben insbesondere auf die präventive gesundheitliche edukative Aufgabe der Pflege. Weiterhin sollen europäische Normen bezogen auf die Anerkennung geregelt sein, so wie auch eine frühere Spezialisierung auf einen Fachbereich ist in die Ausbildung der Krankenpflege integriert werden.

Insgesamt lässt sich bei der Betrachtung im internationalen Vergleich feststellen, dass Deutschland eher rückständig ist, wenn es um entscheidende Veränderungen im Gesundheitssystem im Bezug auf Krankenpflege geht. Viele Verantwortungsbereiche der Krankenpflege sind unklar oder gar nicht geregelt.

Die Tätigkeit Krankenpflege an sich ist immer noch für jeden in seiner Durchführung erlaubt ohne Fachkenntnisnachweis. Im europäischen Vergleich:

Viele europäische Länder haben Systeme wie z. B. das „Primary nursing“ schon Jahrzehnte lang installiert und die Tätigkeit Krankenpflege ist besser geschützt so wie auch klarer definiert.

Wie stellen wir aktuell die bestehende Anerkennung fest?

Natürlich fällt einem dabei als erstes die Entlohnung einer Arbeit ein, an der die Anerkennung eines Berufes in einer Gesellschaft festgemacht wird. Gehältervergleiche gestalten sich immer etwas schwierig, da Informationen dieser Art immer aus Angaben von Arbeitnehmern stammen und steuerliche Verhältnisse wie auch Lebenshaltungskosten variieren. Anhand von bestehenden Tarifverträgen ist es jedoch möglich eine Einschätzung abzugeben dass Deutschland im Gehaltsvergleich in Europa im unteren Mittelfeld liegt. Weiterhin wird Anerkennung gerne an der Vertrauenswürdigkeit eines Berufsstandes gemessen.

Die vertrauenswürdigsten Berufsgruppen sind laut Umfrage (ca. 5000 Befragte) in der Reader's Digest 2010:

„1. Feuerwehrleute 94 % ; 2. Piloten 92 % ; 3. Krankenschwestern 92 % ;
4. Apotheker 87 % ; Polizisten 80 % ;7. Landwirte 75 %;8. Lehrer 63 %...“

(http://www.presseportal.de/pm/32522/1578582/reader_s_digest_deutschland)

Meinungsforschungsinstitute vollziehen Umfragen deren Inhalt auf Vertrauensfragen abzielt in denen der Berufsstand der Krankenpflege mittlerweile als seriös und absolut vertrauenswürdig gilt (im Bezug auf die Vergangenheit der Krankenpflege).

Krankenpflege ist eine Dienstleistung. Das Wort Dienstleistung enthält das Wort dienen. Die Definition ist somit eher negativ belegt während die Wortbedeutung völlig anders ist.

Die Bedeutung von Dienstleistung ist wirtschaftlich jedoch eher so zu verstehen, dass ein Dienstleister die Arbeitskraft eines Menschen einsetzt um eine Arbeitsleistung direkt am Kunden und / oder mit Hilfe eines materiellen Produktes zu leisten. Die aktuelle Gesellschaft in Deutschland ist trotz solidarischen Ursprungs eher leistungsorientiert. Was bedeutet dies für die Krankenpflege? Es geht um Leistung „erbringen“ und „erhalten“. Anspruch und Durchführung von pflegerischen Leistungen stehen im Vordergrund.

Eine Erfassung der Kundenzufriedenheit ist in anderen Berufsbranchen üblich um das Produkt einer Arbeit zu bewerten.

Woran erinnert sich ein Patient nach seinem Krankenhausaufenthalt überhaupt?

Patienten erinnern sich zu meist an die Bettenanzahl in ihrem Zimmer; an die Anzahl der angebotenen TV-Geräte und Sender bzw. ob es auch Internet gab; ob das Pflegepersonal auch Zeit für einen hatte; ob sie überhaupt vollständig genesen sind oder ob sie ihrer Meinung nach zu früh wieder nach Hause geschickt wurden. Bzgl. der Anwesenheit von Ärzten kommt häufig die Aussage zustande, dass diese selten anwesend waren und wenn sie anwesend waren hatten sie es meistens eilig bzw. keine Zeit.

Dies könnten typische Aussagen einer Patientenbefragungsergebnisse sein.

Was können wir aus solchen Aussagen feststellen?

Die Qualität eines Krankenhauses wird an der Ausstattung und an der Aufmerksamkeit gemessen, die einem Patient zugekommen ist, Immer mehr treten Zusatzleistungen und Luxusmerkmale in Vordergrund, was wohl typisch ist für eine Leistungsgesellschaft ist.

Im Grunde ist es eigentlich sehr einfach gute Qualitätseigenschaften festzuhalten.

Am besten stellt man sich selbst die Frage: Wie möchte ich selber „behandelt“ werden im Falle einer Erkrankung. Es ist völlig klar, dass in einem 4-Bett-Zimmer mit einer vorhandenen Duschkabine und Toilette für alle, viele Patienten sich nicht genug gewürdigt fühlen. Bei Erkrankungen die „Bettruhe“ erfor-

dem ist auch klar, dass Patienten nicht besonders viel Ruhe in einem 4-Bett-Zimmer bekommen kann.

Dies alles sind tatsächlich auch psychologische Aspekte die auf das Krankenpflegepersonal wirken, denn es ist wohl klar bei wem die Beschwerden und der entstandene Unmut als erstes ankommen werden.

Allgemein landen die Beschwerden der Patienten zu meist bei den Personen die sie die meiste Zeit in ihrem Genesungsprozess begleiten.

Daraus ergibt sich einer der wichtigsten Aufgaben für Pflegepersonen:

Sie sind Mittler für alle Formen von Anliegen. Eine Vermittlerrolle einzunehmen bedeutet jedoch auch das Pflegepersonen soziale Kompetenzen besitzen so wie auch anwenden müssen. Bei vielen Anliegen müssen Krankenpflegepersonen sich in ihrer eigenen Persönlichkeit zurückstellen, um zufriedenstellende Prozesse einzuleiten. Sicherlich spiegeln sich in der Rolle des Vermittlers auch alte Werte wie die Selbstlosigkeit wieder, jedoch enthält die Mittlerrolle immer wieder Konfliktpotential, da diese im Alltag viel Zeit einnimmt, die nicht vorhanden ist. Viele Patienten, wenig Zeit und eine resultierende Belastungssituation für alle Beteiligten ist das Ergebnis.

Es geht um Planbettenauslastung, um ökonomisches Arbeiten, um Qualitätsverbesserung in Dokumentationsystemen, *um die „goldene“ Ananas*, aber kein Mensch (Pflegeperson), hat Zeit für die psychischen Anliegen der Patienten.

Die Pflege wird immer mehr mit Verantwortungsbereichen zugeschüttet, so dass sie ihre eben erwähnte Aufgabe nicht mehr erfüllen kann.

Da ansonsten keine andere Berufsgruppe die Mittlerrolle übernehmen kann, kommt es häufig zu Belastungssituationen für alle Beteiligten.

„Fragt man Menschen auf der Straße nach typischen Pflegetätigkeiten, kommen fast immer Beispiele wie Hilfe bei der Körperpflege, Essen anreichen, Spritzen geben, Verbände anlegen etc. – alles Tätigkeiten, die sehr körperorientiert sind.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass Angehörige oft ein sehr körperbetontes Pflegeverständnis haben. Auch Mitarbeiter in Pflegeberufen sagen: „Wenn ich nach der Grundpflege noch Zeit habe, dann mache ich auch Beschäftigung!“ ... ist es doch Aufgabe pflegerischen Mitarbeiter, nicht nur den Körper zu pflegen,

sondern durch eine konstruktive Beziehungsgestaltung und das Angebot von psychosozialen Leistungen eine ganzheitliche Sicht zu etablieren.“

*(Leptihn, Tilman 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege
2. Auflage S.47 oben)*

Im Zitat wird es gut umschrieben: Pflegepersonen verrichten im öffentlichen Bewusstsein die körperliche Pflege. Eine beratende Funktion, die eine Angehörigenarbeit enthält wird z. B. eher einem Arzt als einer Pflegeperson zugesprochen. Im Abschnitt **5** meiner Facharbeit werde ich nochmals genauer darauf eingehen, warum Beratung bzw. Angehörigenarbeit eher ein pflegerisches „Steckenpferd“ ist.

4.3 Das Rollenverständnis speziell in der außerklinischen Beatmungspflege

Außerklinische Beatmungspflege findet in Heimeinrichtungen oder zu Hause statt. Ich möchte mich hier auf den Rahmen zu Hause beziehen, da ich in Einrichtungen persönlich noch keine Erfahrungswerte sammeln konnte.

Was ist so speziell?

Pflegetätigkeiten zu Hause werden von ambulanten Pflegediensten in öffentlicher oder privater Trägerschaft angeboten. Unternehmen mit außerklinischem Intensivpflegeangebot übernehmen Patienten zumeist nach Entlassung einer Beatmungseinrichtung in ihr eigenes zu Hause mit gewisser Vorbereitungszeit, da Gegebenheiten zunächst angepasst werden müssen z.B. Kostenabklärung mit der zuständigen Krankenkasse, Versorgung mit Pflege- und Hilfsmitteln, Barrierefreiheit in Räumlichkeiten schaffen, Hausarzt anbinden usw. .

Nach Übernahme eines Patienten wird dann zur Betreuung üblicher Weise eine Pflegeperson eingesetzt, um die vereinbarten Leistungen zwischen Anbieter und Angehörigen zu erfüllen. Viele Pflegedienste vereinbaren häufig noch hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die neben den pflegerischen Tätigkeiten zu verrichten sind. Es findet eine sogenannte 1:1 Betreuungssituation statt.

Teamsitzungen finden bei vielen Pflegediensten einmal im Monat statt. Die Angehörigen sind zumeist für die Beschaffung von Medikamenten und Hilfsmitteln zuständig. Die Pflegemittel werden häufig von Sanitätsunternehmen geliefert, die auch z.B. Beatmungsgeräteversorgung übernehmen. Alle Behandlungsmaßnahmen können nur telefonisch oder bei Hausbesuchen mit dem zuständigen Arzt geregelt werden. Notfallsituationen müssen entweder autonom vom zuständigen Pflegedienstmitarbeiter und / oder den Angehörigen eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Welche Eigenschaften und Anforderungen muss eine Pflegeperson erfüllen?

- Pflegepersonen müssen autonom arbeiten
- mit den Angehörigen zusammenarbeiten und auskommen
- sich auf eine längerfristige Beziehungsarbeit einstellen
- Probleme länger aushalten können und entweder direkt oder zeitverzögert klären
- Angehörige motivieren und anleiten können
- Angehörige in der Organisation unterstützen
- mit allen Behandlungsmaßnahmen vertraut sein
- hauswirtschaftliche Tätigkeiten leisten (Leistungen werden unterschiedlich von Pflegediensten im Leistungskatalog angeboten)
- Notfallsituationen alleine „managen“
- Ständige Interventionsbereitschaft wg. der maschinellen Beatmung
- Technisches Verständnis sicherer Umgang mit der maschinellen Beatmung und allen anderen Geräten z.B. Pulsoxymeter, PEG-Pumpe etc.

Die eben aufgezählten Eigenschaften und Anforderungen sind gleichzeitig auch Erwartungshaltung der Angehörigen an die Pflegeperson.

Weiterhin speziell ist, dass Patienten dauerhaft abhängig von der Beatmungsmaschine sind und häufig nicht mehr selbstständig atmen können. Sie sind somit auch abhängig von den dazu gehörigen Pflegeleistungen.

Im Gegensatz zum Krankenhaus, wo in vielen Bereichen Zeit eine echte Mangelware darstellt, hat man in der außerklinischen Beatmungspflege zu meist genügend Zeit.

Die Beziehungsarbeit zum Patienten so wie auch zu den Angehörigen steht weit im Vordergrund. Pflegepersonal ist häufig auch in eigentlich berufsfremden Aufgaben tätig, so z.B. werden physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Maßnahmen auch von Ihnen vollzogen. Da Pflegepersonen längerfristig gesehen auch mit den psychosozialen Problemen der Angehörigen konfrontiert werden, kommt es häufig auch zu sozial-therapeutischen Tätigkeiten zeitweilig auch ohne dass sich die betreffenden Mitarbeiter aktiv darüber bewusst sind.

5. Die Angehörigenarbeit in der außerklinischen Beatmungspflege

„Angehörige sind wichtige Faktoren in der Pflege. Sie können den Umgang mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen erleichtern; sie können sogar dafür sorgen, dass sich das Angebot der Einrichtung oder des ambulanten Dienstes stets weiterentwickelt.“

(*Leptihn, Tilman 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege*
2. Auflage Klappentext auf der Rückseite des Buches)

Also es ist fest zu halten, dass ein hoher Anteil der erbrachten Dienstleistung (gemessen an der Zeit) in der außerklinischen Arbeitssituation in der Beziehungsarbeit zu den Angehörigen vom Pflegepersonal geleistet wird. Die Beziehungsarbeit an sich wird eher subjektiv dabei beurteilt und es resultieren unterschiedliche Erfahrungen in der Arbeit mit Angehörigen.

Dabei gibt es durchaus engagierte Anverwandte, die sogar in ihrem Elan gebremst werden müssen, jedoch gibt es aber auch völlig querulante Angehörige, die trotz jedes Motivationsgesuches keine produktive Hilfe leisten können.

Dennoch sollte immer versucht werden, die Angehörigen in viele Prozesse der Pflege mit einzubeziehen. Bei einigen Prozessen kann es einfach nur zu einer Informationsweitergabe bzw. zu einer Beratungssituation kommen, dessen ungeachtet ist der Einbezug von Angehörigen absolut notwendig.

Informationen über den Patienten, organisatorische Anstrengungen für den Patienten und viele andere Faktoren können mit Hilfe von z. B. Familienmitgliedern deutlich besser aufgenommen und geregelt werden.

„Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.“ (*Volkswisheit, Sprichwort*)

„Das Sprichwort besagt, dass es besser ist, über manche Dinge nichts zu sagen“
(*Brockhaus premium multimedial DVD 2010*)

In der außerklinischen Beatmungspflege gibt es sicherlich unzählige Situationen in denen dieses Zitat zum tragen kommen sollte. Aus meiner Sicht sollte jede

Pflegeperson die Definition zum Sprichwort verinnerlichen, da viele Probleme erst durch das Reden über brisante Inhalte entstehen. Beispielsweise sollte man nicht über den Gesundheitszustand des Patienten und eine dazugehörige Prognose über den Genesungsverlauf eine eigene Stellungnahme beziehen. Dies ist in keinem Fall eine gute Idee, außer die Pflegeperson erhielt den Auftrag der Vermittlung als Ergebnis eines Teamprozesses. Die nun folgende Darstellung macht die Problematik deutlich.

Situationsbeispiel:

Eine Pflegeperson betreut einen beatmeten Wachkomapatienten und wird fortlaufend von der Mutter des Patienten gefragt, ob es möglich ist ihren Sohn von der Beatmung ab zu trainieren, und ob er nicht im Wachkoma ist sondern vielleicht ein „Lock in Syndrom“ hat. Viele Pflegende würden vielleicht zu dieser Anfrage keine Antwort geben, wieder andere wären verleitet eine eigene Einschätzung der Situation abzugeben.

Oder ist nicht sogar der behandelnde Arzt vielleicht der bessere Ansprechpartner um solche Fragen zu klären?

Um es kurz zu machen, geben Sie zu solchen Dingen erstmal keine Stellungnahme ab und klären sie dies im Team oder mit den anderen Professionen ab.

Nur immer wiederholend stattfindende Besprechungen, außerhalb der im Beispiel angegeben Pflegesituation, werden zur einer besseren Einschätzung führen. Dabei sollte auch ein Informationsübermittler bestimmt werden z. B. der Hausarzt beim Hausbesuch, der Teamleiter, eine Pflegeexperte oder eine besonders geeignete Pflegeperson(guten Kontakt zu den Angehörigen hat z. B.). Dabei kann es sicherlich im Besprechungsprozess dazukommen, dass es unterschiedliche Meinungen zu den Fragestellungen gibt.

Hierbei möchte ich das vorliegende Situationsbeispiel nochmals erweitern:

Die Mutter des Wachkomapatienten hat bereits mehrere Pflegepersonen die bereits erwähnten Fragestellungen gestellt, wobei manche sich nicht dazu geäußert haben, andere haben sich eher negativ aufgestellt und der überwiegende Teil des Pflegeteams eingeschlossen der Hausarzt wiederum sieht eine positive Prognose für den Patienten als wahrscheinlich an.

Da diese Frage im Pflegesetting gestellt wurde, hat die Mutter gegenüber den Pflegepersonen die sich negativ äußerten Vorbehalte entwickelt und bezweifelt nun, dass diese geeignet seien ihren Sohn weiterhin zu pflegen. Zu denen die sich nicht äußerten, hat sie nun Misstrauen entwickelt und verlangt von diesen nun eine Stellungnahme und zu denen die eine positive Prognose stellten findet sie z. B. das dies nun ihre „Lieblingspflegekräfte“ wären und bzgl. des Hausarztes vertritt sie, dass er ihr ja auch schon ein Leben lang bekannt sei und er sie immer schon gut beraten hätte.

Eine äußerst unerwünschte Situation für jedes Pflgeteam. Insbesondere die Qualität der Arbeit von Pflegepersonen an solchen Einschätzungen fest zu machen, sollte jeden Beteiligten zum Nachdenken anregen eben solche Situationen durch gegebene Diskretion und gut durchdachtem Verhalten zu vermeiden. Die benachteiligten Kollegen sind hierbei unter einen Erwartungsdruck geraten, welcher z. B. im schlimmsten Fall zum Arbeitsverlust führen kann, obwohl vielleicht vorher gute Pflege von ihnen geleistet wurde.

Fazit:

Gewisse Dinge sollten alle Beteiligten in der außerklinischen Beatmung zum richtigen Zeitpunkt, Gelegenheit und mit den richtigen Person(en) besprechen.

5.1 Besondere Aspekte der Gastrolle in der Heimbeatmung

Die Pflegeperson als Gast ist eine Gegebenheit die sich ausschließlich im ambulanten Bereich der Krankenpflege wiederfindet. Bei Angehörigen zu Gast zu sein, um seine Arbeit verrichten zu können stellt völlig neue Herausforderungen an den Mitarbeiter. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich die Arbeit mit Angehörigen sich deutlich näher und intensiver gestaltet als in einer Einrichtung.

Aber was wird von einem Gast erwartet?

- Er sollte die Routine des Haushaltes nicht stören
- Es sollte vorher klar sein wann und wie lange er bleibt
- Er sollte keine ungünstigen Bemerkungen zu anderen Freunden oder Angehörigen abgeben
- Ein Gast verabschiedet sich wenn er das Haus verlässt
- Ein Gast lädt nicht einfach weitere Gäste ein
- Er akzeptiert und respektiert die Privatsphäre der Gastgeber

Dies ist nur ein Ausschnitt einiger grundlegender „Benimmregeln“, die in einem zu Hause als Gast beachtet werden sollten.

Auch noch nach längerer Zeit der Zusammenarbeit, sollten Pflegepersonen in der außerklinischen Beatmungspflege nicht von der Gastrolle all zu weit abweichen. Selbstverständlich werden die Angehörigen einem immer mehr vertraut, doch sollten sie sich immer wieder in bestimmter Hinsicht auf Distanz begeben und vor allem die Diskretion über bestimmte Informationen bewahren.

Schnell ist es passiert, das aus einer Gastrolle eine Bekanntschaft- oder sogar Freundschaftsrolle geworden ist.

Aber warum ist eine professionelle Distanz so wichtig?

Die Patienten die in der außerklinischen Beatmungspflege versorgt werden sind zumeist schwerwiegend erkrankt. Die psychologische Belastungen die Angehörige dadurch erlitten haben, werden durch ein zu nahes Verhältnis zwangsläufig auf die Pflegeperson evtl. übertragen. Andere Pflegepersonen die mit Ihnen im Team arbeiten werden ungewollt distanziert, da die naheliegenden Personen zu meist zu den einzigen Ansprechpartnern werden.

An Bekannte und Freunde werden außerdem andere **Erwartungen** gestellt.

Wir gehen nun von dem extremen Fall einer freundschaftlichen Entwicklung aus:

- wenn es Angehörigen psychologisch schlecht geht werden sie die Pflegeperson theoretisch auch z. B. nach einem 12 Std. Dienst behelligen und Hilfe erwarten

- einfache organisatorische Vorgänge regeln sie nicht mehr selbstständig oder anderes Personal aus dem Team, sondern diese können nur noch von den angefreundeten Pflegepersonal plötzlich erledigt werden
- die Gefahrenlage subjektiv belasteter betroffener zu sein beim Sterben eines Patienten ist erhöht
- bei Behandlungsfehlern besteht die Möglichkeit, dass man von den Angehörigen persönlich attackiert wird und anders bzw. schwerwiegender in die Verantwortung gezogen wird oder gegensätzlich von Ihnen geschützt wird trotz der Verantwortung eines Fehlverhaltens
- Dienstzeit und private Zeit sind nicht mehr voneinander getrennt, was Auswirkungen auf alle privaten Lebensinhalte der Pflegeperson hat

Fazit:

Viele psychologische Diskrepanzen lassen sich durch die richtige Nähe und Distanz vermeiden. Der vorherrschende Abstand sollte immer wieder durch persönliche Reflektion überdacht werden.

5.2 Ursachen für besondere psychische Belastungen der Pflegeperson

Ursachen für besondere psychische Belastungen liegen klar auf der Hand. Der Rahmen und die Zeit die eine Pflegeperson in der außerklinischen Beatmungspflege mit dem Patienten und den Angehörigen verbringen sind persönlicher und näher als in einer stationären Einrichtung.

Patienten und Angehörige sind meist auch psychiatrisch erkrankt, ohne dass sie es wahr haben möchten und leiden dabei z. B. unter Depressionen, einer posttraumatischen Belastungsreaktion / -störung, unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung oder anderen psychiatrischen Erkrankungen. Dabei wurden sie häufig noch nicht psychiatrisch oder psychologisch beraten / behandelt. Viele Angehörige verweigern sich auch in eine geeignete Therapie zu begeben und wollen nicht wahr haben dass sie psychiatrisch erkrankt sind. Die schwere Erkrankung des Patienten steht klar im Vordergrund, so dass die

Wahrnehmung für eigene Belastungen bei Angehörigen gemindert oder sogar gar nicht mehr vorhanden ist.

In wie weit stellt dies eine Belastung für die Pflegeperson dar?

Pflegepersonen müssen sich dabei zwangsläufig auch mit den psychiatrischen Erkrankungen der Angehörigen auseinandersetzen. Bei falscher Herangehensweise können durch die Nähe zu allen Beteiligten immer wieder Belastungen entstehen, die einen Pflegenden auf Dauer selber psychisch belasten können. Oftmals kommt es zu falschen Beratungssituationen indem die Pflegeperson versucht die Angehörigen zu therapieren oder zu erziehen. Dabei tritt der eigentliche Behandlungsauftrag in den Hintergrund und Personen in der Pflege bearbeiten psychosoziale Probleme, die im Endeffekt die Belastung in ein Maß steigen lässt, welches für eine Pflegeperson selbst irgendwann nicht mehr zu bewältigen ist. Im schlimmsten Fall erkranken jene selber psychiatrisch und müssen mit den resultierenden Folgen zu Recht kommen. Solche Folgen entstehen häufig über mehrere Jahre und sind typisch für Langzeitbereiche wozu auch die außerklinische Beatmung zählt.

Pflegepersonen neigen auch dazu pädagogisch auf Angehörige einwirken zu wollen so z.B. einer Mutter die ihren Haushalt nicht im Griff hat, werden Anweisungen gegeben, wann und wie sie jetzt anfangen soll aufzuräumen. Dies kann zu unterschiedlichsten Problemszenarien führen und um es kurz zu machen es gehört einfach nicht zum eigentlichen Behandlungsauftrag.

Weiterhin stellt der längerfristige Kontakt mit dem Patienten eine psychische Belastung dar. Wenn man davon ausgeht, dass er sehr schwer erkrankt ist und nach Jahren der Pflege sterben wird, so wird sein Tod einen mehr betreffen, als wenn die Pflegeperson ihn sporadisch oder nur eine kurze Zeit lang gepflegt hätte.

In der außerklinischen Pflegesituation spielt der Faktor Sympathie und Antipathie eine herausragende Rolle. Durch die zumeist längerfristige Zusammenarbeit muss es beziehungsweise gesehen so wie es auch im Volksmund heißt „menschlich“ einfach passen. Eine bestehende Antipathie wird bereits früh in

einem Arbeitsverhältnis in der außerklinischen Beatmung beinahe immer für die Pflegeperson und den Angehörigen zu einem Verhältnisabbruch führen.

Ebenso können häusliche Verhältnisse eine psychische Belastung sein. Wenn Pflegepersonen z. B. in einem besonders unordentlichen Haushalt geraten und dort nicht klar kommen oder umgekehrt in einem besonders ordentlichen Haushalt geraten und nichts schmutzig machen dürfen.

Vor allen Dingen unterliegen Pflegepersonen der Gefahr ein sog. Helfer Syndrom zu erwerben, was für die außerklinische Beatmungspflege z. B. bedeutet, dass nicht nur der Patient versorgt wird, sondern auch noch der Haushalt größtenteils geführt wird und nebenbei noch eine Art Seelsorge für traumatisierte Angehörige geleistet wird, was zwangsläufig zum Zusammenbruch des Privatlebens eines Pflegenden führt.

5.3 Der Umgang mit schwierigen Angehörigen

„Warum beschweren sich Menschen?“

Natürlich weil es dazu einen oder mehrere Gründe und Anlässe gibt. Diese Gründe können berechtigt sein, wenn eine zugesagte Leistung nicht oder schlecht erbracht wurde, weil Mitarbeiter unfreundlich waren...“

*(Leptihn, Tilman 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege
2. Auflage S.20 unten)*

„Auch wenn Mitarbeiter persönlich große Probleme im Umgang mit Querulanten haben, muss auch ihren Beschwerden immer nachgegangen werden. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass bei einer Häufung von Beschwerden, diese nicht mehr ernst genommen werden. Daher ist grundsätzlich zu prüfen, ob die Beschwerde einen ernsten Hintergrund hat, da ansonsten wichtige Mängel übersehen werden können.“

*(Leptihn, Tilman 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege
2. Auflage S.21 oben)*

Pflegepersonen die in der außerklinischen Beatmungspflege tätig sind lernen die Angehörigen ihres Patienten intensiver kennen als jene in die in Einrichtungen tätig sind.

Grundlegend hat jeder Angehörige das Recht sich zu beschweren und dabei ernst genommen zu werden. Sehr wichtig bei Wahrnehmung einer Beschwerde ist es, dass der Pflegende den Überblick behält. Seine Aufgabe ist es nicht trotz seiner Autonomie alle Probleme selbstständig zu lösen. Je nach Art des Problems ist es sinnvoll dieses in einem Teamprozess zu klären oder von anderen Professionen z. B. Hausarzt, Therapeuten etc. mit lösen zu lassen.

Allgemein sollten Pflegende folgende Kommunikationsregeln beachten:

- Beschwerden / Kritik sollten immer freundlich entgegen genommen werden
- Wenn von ihrer Seite aus eine Antisympathie besteht, verschieben sie die Beschwerde auf einen anderen geeigneten Zeitpunkt oder lassen andere Pflegepersonen die ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen haben die Beschwerde entgegen nehmen
- Versuchen Sie subjektive Aspekte auf sachliche Ebene zu bringen
- Schwierige Angehörige sind eine Herausforderung und nicht lästig; dies sollte einer ihrer Grundeinstellungen werden
- es gibt Angehörige mit denen Pflegepersonen nicht zu einem produktiven Ergebnis kommen werden, dann gilt es sich auf das Mindeste zu beschränken: der Beschwerde nachgehen und den Angehörigen weitergehend und kontinuierlich Informationen über den Erkrankten zu vermitteln

Es gibt jedoch Bedingungen in denen außerklinische Versorgungen durch schwierige Angehörige nicht möglich sind und ganz eindeutig von Seiten des Pflegedienstes abgebrochen werden sollten. Folgende Bedingungen sind mir in kurzer Zeit eingefallen:

- im Haushalt kommt es zu Gewalt gegen eine Pflegeperson oder die Angehörigen untereinander üben Gewalt aus; Gewalt kann dabei körperlich und sog. geistiger Natur sein bzw. ausgeübt werden

- Bewusste Therapieverweigerung: Angehörige sabotieren Pflegemaßnahmen oder Therapiemaßnahmen bzw. üben eine Fremdgefährdung aus
 - Mobbing von bestimmten Mitarbeitern
 - Sexuelle Belästigung von Mitarbeitern
 - Eigengefährdungssituation z. B. Angehörige drohen aufgrund ihrer depressiven Grunderkrankung mit Suizid oder zeigen selbstverletzendes Verhalten wie Rahmen eines Erkrankungsverlaufes eines Borderline-Syndroms
 - Ausufernde Drogensucht einiger im Haushalt befindlicher Angehöriger z. B. Vater ist Alkohol abhängig und belästigt Personal immer wieder im Alltag
- Mit Sicherheit gibt es noch mehr Beispiele für Behandlungsabbrüche, deshalb ist es besonders wichtig, das z. B. Pflegedienste Personen installieren die von solchen Gegebenheiten Kenntnis nehmen und dementsprechend die „richtigen“ Schritte in die Wege leiten.

Wenn Pflegepersonen der Meinung sind das Angehörige oder Patienten therapiert werden sollten gilt folgende Vorgehensweise:

Grundsatz für eine Belastungssituation:

Es kann keiner zu einer Therapie gezwungen werden, es kann aber auch keiner gezwungen werden jemanden unter allen Umständen zu pflegen.

Zuletzt möchte ich noch erwähnen, dass es nach meiner persönlichen Erfahrung immer gut war mit Angehörigen freundlich, offen und direkt umzugehen. Das Verwenden von Notlügen oder Halbwahrheiten fällt eigentlich immer wieder in der längerfristigen Zusammenarbeit mit Angehörigen auf.

Grundsatz für die Kommunikation sollte deshalb sein:

„Ehrlichkeit währt am längsten“ (Volksweisheit)

Pflegepersonen können auch durch Gesprächsführungstechniken ihre Kommunikation in der Angehörigenarbeit verbessern.

Gespräche zur Krisenbewältigung, Vertrauensbildung, Entlastung und Informationsvermittlung können durch Kenntnis einiger Techniken deutlich besser bestritten werden. Hier zu nun folgender Abschnitt:

„ Gespräche zur Krisenbewältigung erfordern zunächst einmal die Kunst des Zuhörens. Nichts wird von Angehörigen problematischer erlebt als die Tatsache, dass Mitarbeiter nicht zuhören können, sofort in eine Verteidigungshaltung verfallen und/oder das vorgetragene Problem nicht ernst nehmen. Hören Sie also zunächst geduldig zu, versuchen Sie das Problem durch sachliches Nachfragen einzugrenzen, sichern Sie dem Angehörigen zu, dass Sie das vorgetragene Problem mit allen Beteiligten ernsthaft prüfen werden und werten Sie auf keinen Fall die Argumente des Angehörigen. Lösungen müssen nicht sofort erarbeitet werden, treten Sie aber auf jeden Fall wieder unaufgefordert an den Angehörigen heran und informieren Sie ihn über den weiteren Ablauf der Problembehandlung.

Wenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens an, bei der Sie das wahrgenommene Gefühl des Angehörigen mit eigenen Worten zurückspiegeln (z.B.: Sie machen sich viele Gedanken, ob es Ihrer Mutter hier wirklich gut ergeht). Zur Vertrauensbildung gehört aber auch eine sehr transparente Informationspolitik. Versorgen Sie die Angehörigen (auch unaufgefordert) mit allen notwendigen Informationen.

Nehmen Sie aktiv Kontakt auf und zeigen Sie damit, dass Sie sich viele Gedanken machen. Stehen Sie auch zu Fehlern und arbeiten Sie Mängel systematisch ab.“

*(Leptihn, Tilman 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der Altenpflege
2. Auflage S.46)*

6. Ideen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit

Ideen zu Verbesserung der Arbeitszufriedenheit sollten bei den gegebenen Arbeitsstrukturen beginnen. In der außerklinischen Beatmung sorgen Pflegedienste für das Arbeitsangebot. Strukturen wie z. B. das Dienstzeitmodell, Fort- und Weiterbildungsprogramme, Führungsstrukturen, leistungsorientierte Vergütung und Teamhierarchien / Autonomie der einzelnen Pflegeperson etc. sind Grundlage für die resultierende Arbeitszufriedenheit. Stimmen die Grundlagen nicht bedeutet, dass einen weniger erfolgreiches Handeln für den Pflegedienst, der z.B. in privater Trägerschaft auf wirtschaftlichen Gewinn orientiert ist. Loyale Mitarbeiter sind unbezahlbar bedeutet: Sie sind bereit auch Krisen, die jedes Unternehmen mal erlebt, mit zu tragen.

Den Mitarbeiterbezug hatte ich bereits mehrfach erwähnt, doch was bedeutet das konkret? Ein offenes, verlässliches und ehrliches Pflegeangebot ist das Ergebnis wenn Mitarbeiter mitbestimmen dürfen. Sie fühlen sich anders wertgeschätzt und können sich produktiv einbringen. Erfolgreiche große Unternehmen z. B. in der Industrie profitieren von der Weisheit der Masse (gesamten Mitarbeiter). Dort werden z. B. bei Bayer (der Chemiegroßunternehmer ist gemeint) Verbesserungsvorschläge zur Optimierung von Produktionsabläufen von Mitarbeitern finanziell honoriert. Nicht selten ergeben sich dann auch für Mitarbeiter im Unternehmen selbst auch Aufstiegschancen für andere Verantwortungsbereiche.

Weiterhin sollte ein Beschwerdemanagement ein entscheidendes Instrument zur fortlaufenden Qualitätsverbesserung /-sicherung bei Pflegediensten installiert sein. Dadurch wird die Pflegeperson vor Ort deutlich entlastet.

Das Pflegeangebot sollte immer transparent und verständlich für den „Kunden“ sein. Dazu gehört ein installiertes Informationsmanagement und Mitarbeiter sollten hinter den Konzepten ihres Pflegedienstes stehen und gut vertreten können. Eine fortlaufend gute Arbeitszufriedenheit über Jahre hinweg ist in der außerklinischen Beatmungspflege schwierig zu erhalten, so dass die Pflegepersonen die Möglichkeit gewährt werden sollte mit den Führungsstrukturen offen und ehrlich über Veränderung sprechen zu können. Manchmal reicht es einfach nur eine Rotation zu anderen Patienten zu vollziehen oder den Verantwortungsbe-

reich des Mitarbeiters zu ändern bzw. aufzuwerten. Pflegepersonen interdisziplinär einzusetzen ist ein modernes Konzept um auch das Unternehmen an sich konkurrenzfähiger aufzustellen. Ständige Fort- und Weiterbildung führen selbstverständlich auch zu mehr Arbeitszufriedenheit und verbessern dabei beinahe automatisch den Ruf des Pflegedienstes.

6.1 Professionell Verantwortungsbereiche festlegen

Die Arbeitsstrukturen in der außerklinischen Beatmungspflege sind Grundlage für eine professionelle und ergiebige Zusammenarbeit zwischen Anbietern, Leistungsempfängern und Pflegepersonal. Dabei sollten insbesondere Führungsstrukturen klar und deutlich definiert sein.

Problematisch ist, wenn z.B. Pflegedienstleitungen dauerhaft mit in der Pflege arbeiten oder Pflegepersonen Leitungsfunktionen übernehmen, obwohl sie überwiegend bei Patienten eingesetzt sind. Dabei können sie ihrer eigentlichen Funktion nicht mehr nachkommen bzw. vernachlässigen diese.

Vom Träger / Unternehmer sollten diesbezüglich klar definierte Tätigkeitsfelder festgelegt werden und dementsprechend qualifiziertes Personal eingeplant werden.

In Leistungskatalogen sollte den Angehörigen klar vermittelt werden, welche Arbeiten von Pflegepersonen erledigt werden. Darin sollten auch klar Vertragskriterien festgelegt sein, wann ein Pflegevertrag gekündigt werden kann (damit sind auch Kriterien gemeint wie z.B. das Vorherrschen von häuslicher Gewalt etc.).

Die Verantwortungsbereiche sollten auch als dynamische Prozesse wahrgenommen werden. Diesbezüglich müssen Strukturen anpassbar verbleiben und eine Mehrzahl von Mitarbeitern sollte sich immer wieder weiter qualifizieren können, um auf den neuesten Wissensstand bleiben zu können.

Der Träger / Unternehmer sollte ökonomisch arbeiten und dies transparent gegenüber seinen Mitarbeiter vertreten und sie vor allen Dingen in Zukunftspläne einweihen. Diese Pläne sollten verlässliche Inhalte enthalten und sind damit

auch gleichzeitig Ansporn für die Mitarbeiter sich loyal gegenüber ihrem Arbeitgeber zu positionieren, um dann gemeinsam Ziele zu verfolgen.

Aufgabenbereiche die von allen Pflegepersonen durchgeführt werden sollten „standardisiert“ sein, diesbezüglich gibt es bereits entwickelte Expertenstandards. Diese Standards müssen immer wieder angepasst werden und sollten zu festgelegten Zeiträumen immer wieder evaluiert werden.

Es sollten jedoch aber auch Verantwortungsbereiche auf einzelne Pflegepersonen übertragen werden, wobei diese auch zeitlich immer wieder ausgetauscht bzw. in einer Rotation zu einem interdisziplinären Wissen führen können.

Bsp. Die Bestellung von Pflegemitteln wird alle 3 Monate von anderen Pflegepersonen übernommen, so dass jeder im Team befindliche Mitarbeiter irgendwann solche Bestellungen vornehmen kann.

Solche Rotationen wirken außerdem der sogenannten „Betriebsblindheit“ entgegen.

6.2 Supervision / Psychohygienische Maßnahmen

Definition:

„Supervision – (mittellateinisch supervidere beobachten, kontrollieren), Entwicklung der beruflichen Kompetenz von Einzelpersonen und Teams durch systematische, ganzheitliche Reflexion ihrer Tätigkeit. Dies geschieht in der Regel in Gruppen von sechs bis acht Teilnehmern unter der Leitung eines ausgebildeten Supervisors. In einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre werden Probleme im Arbeitsleben besprochen und das Verhalten der Betroffenen sowie die Interaktion aller Beteiligten werden analysiert.

Voraussetzung ist die Teamsupervision, bei der ein Arbeitsteam, z. B. eine Stationsgruppe in einer Klinik, gemeinsam supervidiert wird.

Die Arbeit unter Supervision ist in vielen psychosozialen Einrichtungen wie Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten, Kinderheimen, Tagesstätten, psychotherapeutischen Kliniken selbstverständlich. In anderen Bereichen wird Supervision angefordert, wenn Krisen auftreten, die Arbeitszufriedenheit sinkt

oder Teams zerstritten sind. Während zu Beginn der Entwicklung die Supervision oft nebenbei von erfahrenen Praktikern ausgeübt wurde und die Arbeitsfelder von Praxisanleitung auf der einen Therapie und Selbsterfahrung auf der anderen Seite nur sehr unscharf von Supervision getrennt wurden, steht heute eine wissenschaftlich orientierte, von speziell ausgebildeten Supervisoren angebotene und klar von Fortbildung bzw. Therapie abgrenzbare Supervision im Vordergrund.“

(Brockhaus premium multimedial DVD 2010)

Der umstrittene Ruf eilt der Supervision voraus. Supervision gilt als teuer, viele behaupten die Sitzungen seien überflüssig. **Warum also Supervision ?**

Supervisionen sind nicht immer angenehm für die Einrichtungen. In Teamsitzungen können durchaus auch strukturelle Missstände deutlich werden, die mit erneuten Kosten verbunden sind. Jedoch passiert es in vielen Einrichtungen immer wieder, dass Mitarbeiter die sich in einem Arbeitsprozess befinden durchaus „betriebsblind“ werden können. Was bedeutet „Betriebsblindheit“?

Betriebsblindheit entsteht wenn z.B. Personal lange Zeit (über mehrere Jahre) eine Arbeit verrichtet und die Fähigkeit verliert offensichtliche Probleme wahrzunehmen. Beim Eintritt solch eines Prozesses sollten Verantwortliche dringend Hilfe von außen in Anspruch nehmen, da der Überblick eines Außenstehenden z. B. der eines Supervisors Notwendigkeiten der Änderungen in vorherrschenden Mißstandssituationen effektiver und unter Einbezug aller Beteiligten gelöst werden können. In der Wirtschaft gibt es z.B. Consulting Firmen die besonders große Unternehmen z.B. die Deutsche Telekom immer wieder Anspruch nehmen, um sich fortlaufend auf dem Markt der Telekommunikation verbessern zu können und eben nicht „betriebsblind“ zu werden.

Im schlimmsten anzunehmenden Fall führt eben jene zum Scheitern des Unternehmens.

Wie funktionieren Teamsupervisionen?

Supervision ist eine didaktische Methode, die von einem Supervisor moderiert wird. Die Bedingungen die verbessert werden sollen werden von dem jeweiligen

Auftraggeber gestellt. Die Arbeitsgruppe in der das Problem aufgetreten ist trifft in einer vorgegeben Gruppenstärke (zu meist 4 – 10 Teilnehmer) in Raum und in begrenzter Zeit (zu meist 1-2 Std.) zusammen. Hier ein Beispiel eines Problemlösungsmodells:

„ 1. Das Problem erkennen

Wer hat ein Problem mit wem oder womit? Worin besteht das Problem (Hauptproblem, Nebenaspekte)? Für wen wiegt welches (Teil-)Problem am schwersten: Betroffene, Familie, Betreuer? Warum? Welche Lösung welches (Teil-)Problems ist für wen am besten?

2. Das Ziel formulieren

Wer strebt welche Lösung an? Gibt es realistische Alternativen? Wer kann Sie erreichen und wie?

3. Planen und Durchführen

Wie viel Zeit ist voraussichtlich nötig, um das Endziel zu erreichen? Welches Tempo oder welche Zeiteinteilung ist notwendig oder wünschenswert? Gibt es eine Abkürzung? Welche Methoden, Mittel oder Hilfsquellen gibt es? Wer unternimmt was?“

(Regouin, Willemine Supervision – Praxishandbuch für die Pflege und Gesundheitsberufe S. 100 unten)

Aus meiner Sicht entstehen in vielen Teams in der Krankenpflege häufig psychosoziale Konflikte, die durch nicht vorhandene psychohygienische Maßnahmen durchaus zu Eskalation führen können, die nicht nötig sind.

Dabei gibt es psychologisch gesehen viele Anstauungseffekte, so dass die eigentliche Hauptproblematik in den Hintergrund geraten kann und Nebenproblematiken den Arbeitsalltag ungewollt dominieren.

Fazit:

Supervision sollte überall angeboten werden, wo Beziehungsarbeit einen hohen Zeitfaktor in der Krankenpflege einnehmen.

Warum sollte eine Pflegeperson überhaupt Psychohygiene betreiben?

Pflegepersonen unterliegen beinahe fortlaufend psycho-sozialem Stress in unterschiedlichster Form. Der Kontakt zu schwer erkrankten Menschen z.B. in der außerklinischen Beatmungspflege hinterlässt trotz Gewohnheitsfaktoren immer wieder tiefgreifende Erfahrungswerte die ohne Psychohygiene auch negativen Einfluss auf das Privatleben haben können. Nicht selten kommt es bei einigen Pflegepersonen zu Depressionen oder einem Burnout Syndrom.

Bei manchen mag ein Leben lang ein ausgeglichenes Freizeit- und Familienleben ausreichen, um die Eindrücke aus dem Berufsleben zu verarbeiten, jedoch sind es nicht wenige Pflegepersonen die gerne über Gespräche, vielleicht sogar unter therapeutischer oder psychologischer Hilfestellung, mit schwerwiegenden Erfahrungen zu Recht kommen können.

Alle Pflegepersonen „Duschen“ bestimmt jeden Tag aufgrund der Körperhygiene. Wie verarbeiten Sie ihren täglichen Stress? Manchmal reicht es schon wenn man auf dem Heimweg nach einem furchtbaren Dienst die Musikanlage des Autos aufdreht! Aber bitte auch noch auf die Verkehrslage achten!!!

Viele Belastungsfaktoren finden leider im privaten Rahmen ihren Abbau bedeutet: Stress wird z. B. in der Familie verarbeitet, was zu weiteren psychosozialen Problemen führt. Die Krankenpflege arbeitet allgemein in einem mindestens 3 Schichtsystem, so dass zumeist die Freizeitgestaltung sich schwierig gestaltet. Pflegepersonen sollten sich „Mechanismen“ suchen, um der aufgetreten Belastung entgegen zu treten. Z. B. das Einführen von Feierabendritualen wie nachdem Dienst mit seinen Hunden spazieren gehen oder bewusst mit seiner Lebensabschnittsgefährtin /en nach einem Dienst mind. eine ½ Std. über etwas anderes reden als die Arbeit können hilfreich sein um Belastungen zu verarbeiten. Die allgemeine Lebensführung von Pflegepersonen sollte sich nachdem was durch Ausbildung / Erfahrung / erlernt wurde richten.

Ich bedanke mich für das Lesen meiner Facharbeit.

7. Literaturverzeichnis

Brigitte Kunz Verlag 1998

Möller, Ute (2. Auflage) Die geschichtliche Entwicklung der Kranken-
Hesselbarth, Ulrike pflege - Hintergründe, Analysen Perspektiven -

Brigitte Kunz Verlag 1998

Lepthin, Tilman (2. Auflage) 50 Tipps für die Angehörigenarbeit in der
Altenpflege

Ullstein Medical

Regouin, Willemine Supervision Praxishandbuch für die Pflege
und Gesundheitsberufe

Walter de Gruyter 2008

261. Auflage Klinisches Wörterbuch Pschyrembel
DVD Version

Wissenmedia GmbH 2010

Gütersloh / München

Der Brockhaus Der Brockhaus multimedial premium 2010
Multimedial DVD (PC Version)

Internetsuche

03.05.2010

www.google.de

(Bildersuchfunktion)

10.05.2010

(Web-Suchfunktion)

Quelle:

<http://krankenschwester-blog.de/wp-content/>

<http://www.presseportal.de/pm/32522/1578582/>

reader_s_digest_deutschland

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe. Dabei wurden keine anderen als die angegebenen Quellen bzw. Hilfsmittel verwendet. Gedanken, die direkt aus fremden Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Hückelhoven, 21.05.2010

Unterschrift (Dennis, Schulz)