

A B C der Pflege

Alltägliches und Grundsätzliches

Kolumnenbeiträge erschienen in
„Der Pflegebrief“
2002 – 2003

von
Roland Brühe

Roland Brühe:
ABC der Pflege

Kolumnenbeiträge erschienen
in der Online-Zeitschrift „Der Pflegebrief“
1/2002 – 8/2003
Internet: www.pflegen-online.de/pflegebrief

Zusammenstellung:
Roland Brühe
Köln, 2009
Internet: www.rolandbrueche.de

Dieses Dokument darf in elektronischer Form (PDF-Datei) kostenfrei
an jedermann weitergegeben werden. Jede anderweitige Verbreitung
– auch in Auszügen – bedarf der Genehmigung des Autors.

Inhalt

Vorwort	Seite 1
B wie Bett	Seite 2
erschieden in: Der Pflegebrief 1/2002	
C wie Creme	Seite 4
erschieden in: Der Pflegebrief 2/2003	
E wie Ekel.....	Seite 7
erschieden in: Der Pflegebrief 8/2002	
G wie Ganzheitlichkeit	Seite 9
erschieden in: Der Pflegebrief 1/2003	
H wie Hilfsmittel.....	Seite 12
erschieden in: Der Pflegebrief 9/2002	
I wie Instrumente.....	Seite 14
erschieden in: Der Pflegebrief 4/2003	
L wie Lernen.....	Seite 18
erschieden in: Der Pflegebrief 6/2003	
N wie Nachtwache.....	Seite 21
erschieden in: Der Pflegebrief 4/2002	
P wie Prophylaxen.....	Seite 24
erschieden in: Der Pflegebrief 7/2002	
R wie Rechnen.....	Seite 27
erschieden in: Der Pflegebrief 3/2003	
S wie Situation.....	Seite 30
erschieden in: Der Pflegebrief 10/2002	
U wie Urinflasche	Seite 33
erschieden in: Der Pflegebrief 3/2002	
V wie Vorurteile	Seite 35
erschieden in: Der Pflegebrief 5/2002	
W wie Wissenschaft	Seite 38
erschieden in: Der Pflegebrief 6/2002	
Z wie Zeit	Seite 41
erschieden in: Der Pflegebrief 8/2003	

Vorwort

Tagtäglich findet sie statt: Die Pflege. Sei es in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: Überall begegnen uns Gegenstände, mit denen gearbeitet und umgegangen wird. In allen Arbeitssituationen begleiten uns Wissensgrundlagen, Einstellungen und Werte. Allen gemein ist, dass wir uns ihnen nicht immer bewusst sind.

In den Jahren 2002 und 2003 erschien im Online-Magazin „Der Pflegebrief“ die Kolumne „ABC der Pflege“. Sie beinhaltete eine Auseinandersetzung mit diesem Alltäglichen und Grundsätzlichen. Dabei ging es weniger um eine enzyklopädische, fundierte und wissenschaftliche Beschreibung als vielmehr um eine subjektiv beobachtende Schilderung dieser Aspekte pflegerischen Handelns. Es sollte zum Nachdenken angeregt werden vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Einsichten des Autors.

Diese Beiträge sind hier in gebündelter und sprachlich leicht überarbeiteter Form zusammengestellt. Interessanterweise zeigt sich, dass trotz der vergangenen Jahre die beschriebenen Zustände nicht unbedingt veraltet sind. Deshalb liefert diese Zusammenstellung sicherlich auch noch in der jetzigen Zeit Anregungen zu einem Nachdenken über all die Dinge, die einem im pflegerischen Arbeitsalltag begegnen, ohne dass sie Pflegenden in jeder Stunde oder an jedem Tag ins Bewusstsein gelangen.

Auch wenn die Beiträge an manchen Stellen sehr kritisch mit der Berufsgruppe der Pflegenden ins Gericht gehen sind sie doch von einer wertschätzenden Achtung der täglich geleisteten Arbeit begleitet. Pflege in den unterschiedlichen Institutionen und mit den unterschiedlichsten Menschen stellt eine Arbeit dar, die von hoher Verantwortung und Komplexität gekennzeichnet ist. Wenn auch die tatsächliche ideelle und finanzielle Entlohnung diesen Anforderungen oftmals nicht entspricht, stellt die Pflege doch eine Tätigkeit dar, die von vielen Menschen für andere Menschen ausgeübt wird, um unter beachtlichem Einsatz ihre Lebenssituation zu verbessern. Umso mehr ist es von großer Bedeutung, sich der Reichweite der eigenen Arbeit und der Bedeutung ihrer Gegenstände und Hintergründe bewusst zu sein.

Wenn die Beiträge dieser Zusammenstellung dazu einen Beitrag leisten, ist das Ziel des Autors erreicht.

Eine interessante Lektüre wünscht
Roland Brühe

B wie Bett

Normalerweise ist es ein Gegenstand, der als Ort der Ruhe oder der Freude wahrgenommen wird, für Pflegende ist es jedoch mit Arbeit verbunden und stellt dafür einen zentralen Gegenstand dar: Die Rede ist vom Bett. Durch den enormen Platzbedarf und seine Vielzahl in Institutionen mit stationärer Pflege ist es unübersehbar. Die verschiedenen Ausführungen von Betten sind ein Symbol ihrer Umgebung. Eine Intensivstation besitzt ausschließlich Betten, deren Funktionalität auf den lebensbedrohlich erkrankten Patienten ausgerichtet ist. Im Gegensatz dazu wird ein Pflegeheim eher wohnlich gestaltete Betten besitzen.

Eine „normale“ Station im Krankenhaus kann dagegen sehr unterschiedlich bestückt sein. Die Funktionalität der Betten wird sich auf ein Minimum beschränken. Allen genannten Betttypen sollte jedoch gemein sein, dass sie nach oben und unten verstellbar sind. Wie sonst sollte eine Pflegende ohne Rückenprobleme zu erlauben an einem Bett arbeiten können?! Die Ausstattung einer Einrichtung mit Betten deutet also auch auf die Wertschätzung des Trägers hin, die er für seine Angestellten empfindet.

Wie wichtig das Bett für die Pflege ist, wird sehr deutlich, betrachtet man in der Pflege übliche umgangssprachliche Redewendungen. „Am Bett stehen“ wird dabei wohl am häufigsten verwendet. Eigentlich in Verbform gebraucht bezeichnen die Worte doch eher in adjektivischer Form ein Qualitätsmerkmal. Nämlich das der Pflegekraft, die in direktem Kontakt mit dem Patienten steht, der sich normalerweise eben in einem Bett befindet.

Pflegende, die nicht mehr „am Bett stehen“ sind solche, die sich für andere Bereiche qualifiziert haben (LehrerInnen, Pflegedienstleitungen) und somit nicht mehr dem Kreis der Direkt-Pflegenden zuzurechnen sind. Sie sind in der Hierarchie der jeweiligen Institution aufgestiegen, verdienen zumeist auch mehr Geld oder beziehen Gehalt einer höheren Gehaltsgruppe.

Für die Pflegenden, die „am Bett stehen“, also praktische Pflege durchführen, sind sie jedoch in der „Direktpflegehierarchie“ abgestiegen, denn nur die Arbeit mit dem Patienten ist reale Pflege und wertzuschätzen. Es ist zu mutmaßen, dass diese Haltung einer Tradition entspringt, nach der die Erfahrung die Pflege leitet und weniger die Theorie. „Am Bett stehen“ kann aber auch eine zweite Bedeutung haben und eine distanzierte Beziehung zum Patienten aufzeigen, denn er kommt darin ja sprachlich nicht vor. Der Patient ist in diesem Fall nur ein austauschbarer Bestandteil des Bettes. Es selbst – das Bett also – ist bleibend, bewahrt die Kontinuität im Arbeitsprozess. Ein leeres Bett bedeutet weniger Arbeit, ein gefülltes Bett bedeutet, ein Mensch ist in Abhängigkeit und wird zum Patienten, der versorgt werden muss. Ohne Bett scheint Pflege also nicht vorstellbar.

„Jemanden aus dem Bett holen“ ist eine weitere gebräuchliche Redewendung und weist darauf hin, dass ein Verbleiben im Bett für längere Zeit nicht erwünscht ist. Da Patienten allgemein nicht einfach ins Bett gebracht werden, sondern zurückgebracht werden, wird die Höherwertigkeit des Seins außerhalb des Bettes deutlich. Ein Mensch außerhalb des Bettes benötigt weniger pflegerische Zuwendung, die Zeit steht für andere Tätigkeiten zur Verfügung. Muss jemand zurück ins Bett gebracht werden, weil er das Sitzen nicht lange aushält und der Hilfe beim Bewegen bedarf, ist dieser optimale Zustand also noch nicht erreicht.

Das „Betten gehen“ bezeichnet die Tätigkeit, Bettwäsche zu glätten, zu wechseln und Decken sowie Kissen aufzuschütteln. Zumeist ist dies ein rationell durchgeführter Vorgang, der in seiner symbolischen Tiefe Reinheit und Ordnung verspricht. Zum einen wirkt der Patient wesentlich reiner, wenn er in einem „gemachten“ Bett liegen kann. Des Weiteren wirkt der gesamte Raum aufgeräumt, da die Bettwäsche einen akkuraten Eindruck verleiht.

Für die Seele des Pflegepersonals ist ein ordentlich zu Ende gebrachtes „Betten gehen“ eine Wohltat, nimmt es doch ein Stück weit die im Leben innewohnende Unordnung und Unvorhersehbarkeit zurück. Zugleich ist der Vorgang des „Betten Gehens“ eine Aktivität, die nicht grundsätzlich mit stets auf Alarmbereitschaft gestellter Aufmerksamkeit durchgeführt werden muss. Sie dient somit der Entlastung und liefert trotzdem ein Arbeitsergebnis, das nur mit der Hände Arbeit abgeliefert werden kann.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Bett keine Nebensache in der Pflege ist. Ein Nachdenken über die Bedeutungen, die dieses zentrale Arbeitsinstrument auf bewusster und auch auf nicht bewusster Ebene umfasst, kann zu vielfältigen Ergebnissen und eventuell auch persönlichen Erkenntnissen führen.

C wie Creme

„Ein Gesäß ohne Creme ist wie Kochen ohne Salz, irgendwie fade.“ So könnte man eine pflegerische Gepflogenheit begründen, die vielerorts beobachtet werden kann. Bei nahezu jedem Patienten wird gecremt und geschmiert. Nun ist prinzipiell nichts gegen die Verwendung von Cremes einzuwenden, zumal eine trockene oder angegriffene Haut gerade im Gesäßbereich die Dekubitusgefährdung erhöht. Die ungezielte und unreflektierte Anwendung ist jedoch wenig konstruktiv, kann sie doch statt der gewünschten positiven Wirkung (kein Dekubitus) negative Folgen mit sich bringen (z.B. verstopfte Hautporen). Deshalb ist es sinnvoll, sich die in Anwendung befindlichen Hautpflegemittel und Eincremerituelle einmal genauer anzuschauen.

Da sind zunächst einmal die Produkte, die die Hautgeschmeidigkeit erhalten sollen. Dieser Effekt tritt gewöhnlicher Weise durch Feuchtigkeitszufuhr ein. Körperlotionen bieten hier die Mittel der Wahl. Die Pflegenden werden allerdings nicht aus der Verantwortung entlassen, zunächst einen Hautstatus zu erheben, um die passende Lotion auszuwählen. Eine normale Haut benötigt etwas anderes als eine trockene. Zu unterscheiden sind Wasser-in-Öl-Emulsionen (W/O) und Öl-in-Wasser-Emulsionen (O/W). Wie die Bezeichnungen bereits ausdrücken, besitzen die beiden Arten unterschiedlich proportionierte Anteile von Wasser bzw. Öl. Die Vorstellung dabei ist, eine trockene Haut vor Verdunstung des zugeführten Wassers zu schützen und deshalb ein hoher Ölanteil sinnvoll ist (W/O). Für normale Haut reicht eine O/W-Emulsion aus. Sie wird auch häufig als angenehmer empfunden, da der hohe Wasseranteil ein schnelles Einziehen bewirkt und das wenige Öl auf der Haut kaum fettet. Viele Patienten kennen den Unterschied der Emulsionsarten nicht (nebenbei bemerkt: auch viele Pflegenden nicht), weshalb sie bei Bedarf eine entsprechende Beratung benötigen, um die für sie vorteilhafteste Form auswählen zu können. Ein großes Problem stellt in diesem Zusammenhang die unzureichende Etikettierung der Lotionflaschen dar. Es ist nicht auf Anhieb zu entnehmen, welcher Typ nun vorliegt. Da hilft nur das Ausprobieren, um den Öl- bzw. Wasseranteil festzustellen. Am sichersten ist allerdings eine Nachfrage bei der produzierenden Firma. Auch die Krankenhausapotheke wird über die Zusammensetzung informiert sein.

Bevor gecremt wird, steht die Körperreinigung im Vordergrund. Wohl dem Menschen, der sich selbst helfen und die Dusche oder das Waschbecken aufsuchen kann. Er hat nämlich die Möglichkeit, Seife oder Seifenlösung nach dem Auftragen von der Haut zu entfernen. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit jedoch kann es passieren, dass eine Flüssigseife oder ein Badezusatz in die Waschschißel gegeben wird. Bei der Körperpflege im Bett ist es dann häufig nicht mehr möglich, sich diese Zusätze von der Haut wa-

schen zu lassen, da kein klares Wasser verwendet wird, um die Haut von Seife zu befreien.

Die Pflegekraft meint es auch anschließend nur gut, wenn die Haut eingecremt wird, sie konserviert die Waschsubstanzen damit jedoch in der Haut. Die Menge der dem Waschwasser zugeführten Badelösung ist übrigens auch noch ein Kapitel für sich, wird doch oft das Fassungsvermögen einer Waschschiüssel offensichtlich mit dem einer Badewanne verwechselt.

Liegt nun eine Dekubitusgefahr vor, wird die Eincremeintensität drastisch erhöht. Getreu dem Motto „viel hilft viel“ werden Creme- und Salbentuben rasch entleert und ihr Inhalt auf Gesäßflächen und Fersen überführt. Problematisch wird es auch bezüglich der eingesetzten Wirkstoffe. So finden wir zinkhaltige Salben auf völlig intakter Haut zu Prophylaxezwecken. Dabei scheint übersehen zu werden, dass derartige Salben nicht für die Dekubitusprophylaxe zugelassen sind (was dem Beipackzettel zu entnehmen ist). Außerdem scheint nicht bedacht zu werden, dass die atmungs- und feuchtigkeitsbedürftige Haut mit einem solchen Vorgehen misshandelt wird. Eine Steigerung ist die Verwendung von Poren verschließenden Erdölprodukten. Was einem Kuheuter nicht schadet, wird auf das menschliche Gesäß geschmiert. Zwar kann Erfrierungserscheinungen bei arktischen Temperaturen durch ein solches Vorgehen vorgebeugt werden, in der normal temperierten Umgebung europäischer Wohnungen und Krankenhäuser ist dies jedoch nicht notwendig. Der Wärmeaustausch der Haut wird stattdessen unnötigerweise verhindert.

Cremen scheint übrigens auch gegen Lungenentzündungen zu helfen. Bei Pneumoniegefahr ist rasch eine menthol- und eukalyptushaltige Creme aufgetragen. Vorzugsweise geschieht dies auf der Brust, aber auch der Rücken wird bedacht. Damit soll eine tiefe Atmung angeregt und das Abhusten erleichtert werden (auch bei Patienten, die keinen Auswurf haben). Was dabei angeregt wird, ist jedoch weniger eine tiefe Atmung (zumindest nicht auf Dauer) sondern häufig genug eine reduzierte Atmung, da der Geruch dem Kranken einfach zu viel ist und dieser sogar teilweise als brennend oder stechend in der Nase empfunden wird. Dies kann natürlich leichter umgangen und ertragen werden, wenn nicht so tief eingeatmet wird. Hier erscheint der psychologische Effekt des Eincremens im Vordergrund zu stehen; es wurde etwas getan!

Wesentlich effektiver können jedoch Atemübungen sein („Flankenatmung“) oder die Anwendung einer Atemstimulierenden Einreibung. Die Atemförderung geschieht hier mit den Händen der Pflegenden, was natürlich ein wenig mehr Zeit beansprucht als eine bloße Einreibung. Zugleich ist es notwendig, sich auf den kranken Menschen einzulassen, um die Hände als therapeutisches Mittel einzusetzen.

Eine weitere Maßnahme könnten spezielle Lagerungen sein, die Einfluss auf die Atmung haben („T-Lagerung“ oder „V-Lagerung“). Auch wenn diese Art von Pneumonieprophylaxe als zeitaufwändig empfunden wird stellen

solche Maßnahmen ein atemförderndes Vorgehen ohne Medikamenteneinsatz dar.

Insgesamt wird deutlich, dass ein unreflektierter Umgang Pflegender mit Salben, Cremes und Lotionen zu beobachten ist. Dies mag an unzureichender Kenntnis oder an Ignoranz gegenüber aktuellen Erkenntnissen liegen. Erstere Ursache ist relativ leicht zu beheben, indem entsprechende Lektüre gelesen wird oder Fortbildungen besucht werden. Letzteres, nämlich die Ignoranz, ist wesentlich schwerer anzugehen. Es ist nämlich fraglich, ob durch Information eine Verhaltensänderung – hin zu einer gezielteren Pflege – bewirkt werden könnte. Letztlich muss sich jede Pflegeperson fragen lassen, warum sie eine bestimmte Anwendung durchführt. Die Antwort sollte nicht die Vermutung bestätigen helfen, dass Pflegende mehr Wert auf den Glauben an die Wirkung von Cremes legen als auf rational begründetes Vorgehen.

E wie Ekel

„Eine Krankenschwester kann auch frühstücken, wenn ein gefüllter Nachstuhleimer auf dem Tisch steht!“ Diese Worte einer früheren Kollegin von mir sollten die Neutralität von Pflegenden gegenüber Ausscheidungen und sonstigen Ekel erregenden Substanzen jeder Konsistenz aufzeigen. Als dieser Satz am Frühstückstisch ausgesprochen wurde, ist mir meine Nicht-Neutralität deutlich geworden, da er mir jeglichen Appetit zunichte machte.

Ekel scheint etwas zu sein, das zunächst einmal nichts mit Pflegenden zu tun hat. Anscheinend steht die Pflegeperson weit über einem derart menschlichen Gefühl. Das bedeutet, im Umgang mit Stuhl, Urin, Sputum und Erbrochenem gilt es, einen sachlichen Stil zu wahren. Sollte dennoch ein Gefühl des Unwohlseins, gar des Ekels aufkommen, ist dieses alsbald zu ignorieren. Diese Vorgehensweise stellt ein ungeschriebenes Gesetz dar.

Bei differenzierterer Betrachtung lässt sich aber feststellen, dass auch die Pflegeperson ein Mensch ist und sich nicht gegenüber einem Ekelgefühl erwehren kann. Denn entgegen der äußeren Darstellung der Sachlichkeit und Nichtbetroffenheit werden in Seitengesprächen zutiefst ekelassoziierte Worte ausgetauscht, ganz zu schweigen von Gesten und Mimik, die eine Unappetitlichkeit ausdrücken. Anscheinend fällt es Pflegenden aber schwer, darüber offen zu sprechen. Nicht nur untereinander, sondern auch mit Patienten, Bewohnern und Angehörigen. Unausgesprochen steht der Begriff Ekel im Raum, wenn sich beispielsweise ein Patient übergeben muss und eine Krankenschwester beim Halten der Nierenschale hilfreich unterstützt.

Dem Patienten wird dies in der Regel zutiefst peinlich sein, dieser Peinlichkeit wird auch oft genug Ausdruck verliehen („Das tut mir leid, dass ich sie damit belästigen muss!“ oder „Jetzt mache ich Ihnen noch viel mehr Arbeit!“). Eine Standardantwort der Krankenschwester könnte lauten „Das macht doch nichts, das ist ganz normal, das sehe ich jeden Tag.“; geäußert in der Absicht, dem Patienten kein ungutes Gefühl zu bereiten. Allzu häufig muss dies dem Patienten jedoch als eine leere Floskel erscheinen, denn auf einer nonverbalen Ebene drückt die Pflegenden wahrscheinlich das Gegenteil davon aus. Bestimmt möchte sie sich nicht zugestehen, Ekel zu empfinden und dies den Patienten gar spüren lassen. Hier gilt das o.g. ungeschriebene Gesetz.

Aus einer gewissen Distanz betrachtet erscheint es doch allzu normal, dass beim Umgang mit Ausscheidungen vor allem von fremden Menschen Ekel empfunden wird. Fokussiert man im Gespräch mit Pflegenden auf diesen Aspekt ist auch häufig eine Zustimmung zu erfahren. Jede und jeder hat Geschichten zu erzählen, die bei ihm besonders heftigen Ekel auslösten. Gleichzeitig fällt es augenscheinlich schwer, diesem Gefühl des sich Ekeln einen Raum außerhalb des intimen Gespräches mit KollegInnen und Men-

schen des privaten Umfeldes zu geben. Dies wundert nicht wirklich, wenn man sich die Herkunftsbedeutung des Wortes Ekels anschaut: „Was zum Erbrechen reizt“.

Vielleicht hat aber auch die längst verschüttete, frühere sprachliche Bedeutung damit zu tun, die noch vor der Existenz des Wortes Ekels für diesen Begriff stand: „wählerisch“ sein¹. Eine Eigenschaft, die keiner Pflegeperson im beruflichen Kontext gestattet zu sein scheint. Denn alle Pflegebedürftigen sollen gleich behandelt werden. Wählerisch zu sein käme einer nicht erlaubten Selektion von Tätigkeiten gleich.

Dabei wäre ein ehrlicher, das heißt, die eigenen Empfindungen anerkennender Umgang mit diesem Begriff hilfreicher. Dem Patienten, der seine Peinlichkeit über ein „Malheur“ zum Ausdruck bringt, könnte doch bedeutet werden, dass z.B. das Erbrechen in der Tat etwas ekeliges ist - bei gleichzeitiger Betonung, dass die Folgen nun beseitigt werden, damit es wieder zu einem Wohlbefinden kommen kann. Könnte es nicht sein, dass dies für die Pflegenden wesentlich befreiender ist, sich so zu verhalten und für den Patienten ein höheres Maß von „ernst genommen werden“ bedeutet?

Das, was Ekel erregt, ist individuell unterschiedlich. Wird bei dem einen schon beim bloßen Erwähnen des Wortes „Sputum“ ein Unwohlsein im Magen erzeugt, kann der andere den Auswurf ohne jegliche emotionale Regung entsorgen, muss aber bei Erbrochenem an sich halten. Vielleicht wäre an dieser Stelle ein „wählerisch sein“ doch hilfreich, nämlich die Nutzung der unterschiedlichen Ressourcen der unterschiedlichen Pflegenden. Dazu müsste allerdings im Vorfeld über dieses Thema gesprochen werden.

Das braucht dann nicht so auszusehen, wie es die eingangs erwähnte Krankenschwester tat. Es könnte angemessener sein, sich über die eigenen Erlebnisse in der Pflegearbeit auszutauschen und somit die individuelle Belastungsgrenze festzustellen. Vielleicht folgt daraus auch eine Reduzierung des Erlebens von Peinlichkeit für den Patienten. Denn letztlich hilft hier ein Mensch einem anderen Menschen.

¹ vgl. Drosdowski, Günther: Duden „Etymologie“. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. 2. Aufl., Mannheim, Wien, Zürich 1989, S. 151

wie Ganzheitlichkeit

Einer der problematischen Begriffe im Feld der Pflege ist „Ganzheitlichkeit“. Schwierig ist er deshalb, weil eine Klärung, was genau darunter zu verstehen ist und welche Bedeutung er für die Pflegepraxis hat, kaum möglich ist. Dies liegt zunächst nicht am Begriff selbst sondern eher daran, wie er verwendet wird. „Ich pflege ganzheitlich!“ lautet das oft gehörte Credo von Pflegenden. Dieser Ausruf verkündet eine Pflegephilosophie und einen unausgesprochenen moralischen Anspruch (nämlich besser zu pflegen als andere). Die Aussage bedeutet auch häufig eine Abgrenzung zu den medizinischen Berufen, da diese eine auf Organe und Diagnosen beschränkte Sicht auf den Menschen hätten. Auf Nachfrage kann vernommen werden, dass die betonte Ganzheitlichkeit das Zusammendenken von Körper, Geist und Seele bedeute. Oder einfacher: Den Menschen als Ganzes zu sehen. Nicht nur der physische Zustand soll betrachtet werden sondern auch die emotionale und soziale Seite. Tiefer gehende Erklärungen können allerdings oft nicht abgegeben werden. Es bleibt also bei einem Schlagwort.

Zunächst könnte sorglos argumentiert werden, dass es doch gut ist (für Pflegebedürftige und Pflegende), wenn viele in der Pflege Tätige eine solche Einstellung haben und sich die Ganzheitlichkeit auf die Fahnen schreiben. Problematisch wird es allerdings dann, wenn viele zwar das gleiche Wort verwenden, aber die Bedeutung von Person zu Person variiert. Ein gemeinsames Pflegeverständnis wird somit erschwert, was sich direkt auf das Pflegehandeln auswirkt. Im Folgenden soll deshalb der Versuch unternommen werden, sich der Bedeutung des Begriffs Ganzheitlichkeit schrittweise zu nähern.

1. Schritt: Wann ist etwas „ganz“? Wohl dann, wenn alle Teile, die dazu gehören, beisammen sind. Der Mensch besteht aus vielen Einzelteilen, die seinen Organismus bilden. Andere Teile bilden die emotionalen Äußerungen oder das Denken. Blieben wir hier stehen, hätten wir frei zusammenstellbare Teile, die in ihrer Summe immer einen Menschen bilden.

2. Schritt: Nun stellt der einzelne Mensch jedoch ein unverwechselbares Wesen dar, ein Individuum. Jeder Mensch unterscheidet sich von allen anderen in bestimmten Punkten. Es kann also nicht sein, dass er als Ganzes – theoretisch – in seine Einzelteile zerlegbar wäre und beim Zusammensetzen kommt wieder der Gleiche heraus. Es gibt da wohl etwas, das diese Einzigartigkeit prägt und kein benennbares Einzelteil darstellt. Das macht die Persönlichkeit aus. Wenn wir einem bestimmten Menschen auf der Straße begegnen, erkennen wir ihn als eben diesen. Es ist gar nicht klar zu sagen, woran genau ich ihn identifiziere. Die „Einzelteile“ (z.B. der Gang, die Mimik etc.) sind es oft gar nicht, sondern eher das Ganze dieses Menschen. Ich nehme ihn als „Ganzheit“ wahr.

3. Schritt: In diesem Zusammenhang ist auch häufig der Begriff der „Gestalt“ zu vernehmen. Eine Gestalt hat jedoch nichts gemeinsam mit einem Schattenbild oder einem Wesen. Es soll damit vielmehr zum Ausdruck gebracht werden, dass etwas (dies können Dinge und Symbole sein oder auch Lebendiges) als Ganzes wahrgenommen wird und ohne Nachdenken sofort als dieses Bestimmte erkannt wird. Ludwik Fleck beschreibt² dies so: „Wir gehen durch die Welt und sehen keinesfalls Punkte, Kreise, Kanten, Lichter oder Schatten, aus denen wir durch Synthese oder Schlussfolgerung zusammensetzen, ‚was das ist‘, sondern sehen das Haus sofort, das Denkmal auf dem Platz, die Abteilung Soldaten, die Auslage von Büchern, die Schar von Kindern, die Dame mit dem Hund: lauter vollendete Gestalten.“

4. Schritt: Es kann festgehalten werden, dass eine „ganzheitliche“ Betrachtungsweise nicht auf Einzelteile gerichtet ist bzw. diese gedanklich wieder zusammensetzt, sondern dass es um die Schau auf etwas Ganzes, eben auf eine Ganzheit geht. Weiter kann festgestellt werden, dass wir etwas oder jemanden als Gestalt wahrnehmen, d.h. wir erkennen vor unserem Erfahrungshorizont Dinge oder Menschen ohne vorherige Analyse. Übertragen auf die Pflege kann das bedeuten, dass z.B. das Erleben von Übelkeit sofort als solches erkannt wird, ohne dass die erfahrene Pflegeperson erst eine Analyse des Gesichtsausdrucks, des Atemgeruchs, der verbalen Äußerung des Kranken und der vorangegangenen Therapie oder Mahlzeit durchführen muss. Das Erkennen ist sozusagen eine Art emotionaler Akt der Pflegeperson, der es ihr ermöglicht, ohne Umschweife handeln zu können.

5. Schritt: Wenn nun „Ganzheitlichkeit“ bedeutet, eine Ganzheit oder Gestalt wahrzunehmen, dann ist dies weniger eine pflegephilosophische Einstellung sondern vielmehr ein normaler und auch notwendiger Vorgang. Denn der Mensch kann nicht in seine Einzelteile zerlegt werden, ohne dass er das Menschliche verliert. Eine analytische Unterscheidung verschiedener Organe und Zustände stellt also nicht – wie es häufig gesehen wird – das Gegenteil von „ganzheitlich“ dar, sondern einen theoretischen Vorgang, der für das Verstehen von Zuständen und Situationen notwendig ist. Auch eine Krankenschwester bedarf eines solchen Denkvorganges, um ihr unbekannte Vorgänge verstehen zu können. Deshalb ist es auch den Ärzten nicht zum Vorwurf zu machen, dass sie sich mit Diagnosen und Organsystemen beschäftigen, da dies für eine fundierte Behandlung notwendig ist. Gleichzeitig haben sie mit ihrem Patienten einen Menschen vor sich, den sie als solchen, als Ganzen wahrnehmen (wodurch die „ärztliche Kunst“ und auch die Kunst der Pflege erst ermöglicht wird).

6. Schritt: Mit einer solchen Argumentation muss festgestellt werden, dass sich der Begriff der Ganzheitlichkeit nicht eignet zur Beschreibung von Pflege oder irgendeiner anderen Tätigkeit. Es lässt sich keine Grundhaltung daraus ableiten. Mit Ganzheitlichkeit scheint vielmehr etwas im Menschen Vorhandenes beschrieben zu werden. Wenn einer pflegerischen Grundhal-

² Fleck, Ludwik: Schauen, sehen, wissen (original 1947). In: Fleck, Ludwik: Erfahrung und Tatsache. Frankfurt am Main 1983. S. 154

tung ein Ausdruck gegeben werden soll, müsste eher ein anderer Begriff gewählt werden. Eine Pflege, die „den ganzen Menschen“ betrachten will, wird ihren Fokus auf das Individuum richten. Der einzelne Mensch hat seine eigene Art und Weise, wie er mit Krankheit und Bedürftigkeit umgeht. Es ginge dabei also z.B. um eine „Personenorientierte Pflege“. Gäbe man der eigenen Pflegeausrichtung einen solchen Namen, könnte dessen Bedeutung konkreter formuliert und eindeutiger Handlungskonsequenzen – bis hin zu einem Berufskodex – entwickelt werden. „Ganzheitlichkeit“ ist dafür völlig unpassend.

H wie Hilfsmittel

Fast jeden trifft es irgendwann einmal, entweder für kurze Zeit oder dauerhaft. Irgendein Körperteil arbeitet nicht mehr so, wie es sein sollte und ein Hilfsmittel wird notwendig. Da sind die Zähne nicht mehr intakt und eine Prothese wird fällig, die Ohren wollen nicht mehr alles hören und ein Hörgerät muss her, die Augen lassen einen nicht mehr klar sehen und eine Brille wird getragen oder nach dem Unfall ist das Gehen nur schwer möglich und für einige Wochen wird eine Unterarmgehstütze benutzt. Die Anwendung solcher Hilfsmittel ist für den Anwender irgendwann kein Problem mehr und wird selbstverständlich.

Tritt nun eine Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes oder die Notwendigkeit einer ambulanten Pflege ein, könnte die Sache allerdings anders aussehen. Denn nicht immer ist die Person dann in der Lage, die Hilfsmittel selbständig zu benutzen und ist auf Hilfe angewiesen. Hier sind Pflegenden gefragt, jene Selbstverständlichkeit in der Benutzung zu ermöglichen. Dabei treten nun verschiedene Schwierigkeitsgrade zu Tage. Dies hängt mit der Bewusstheit der Pflegenden über die Rolle des Hilfsmittels für die betroffene Person zusammen. Schauen wir uns dies im Einzelnen genauer an.

Schwierigkeitsgrad 1 – die Wahrnehmung

Eine Patientin wird bei der morgendlichen Körperpflege unterstützt. Es fällt der Pflegenden auf, dass sie immer daneben greift und trotz eines Spiegels das Haar nicht richtig „ordentlich“ bürsten kann. Schnell kommt sie zu der Überlegung, dass die Patientin unfähig ist, alltägliche Dinge zu regeln, was sich in ihrer Kommunikation niederschlägt. Leider hat sie die Brille nicht gesehen, die auf dem Nachttisch liegt und nur darauf wartet, benutzt zu werden. Die Patientin hat sich nicht getraut, etwas zu sagen. Und schon haben wir ein klassisches Missverständnis, das unangenehme Folgen haben kann. Der Pflegenden ist es gar nicht aufgefallen, dass die Patientin schlecht sieht und wahrscheinlich gab es auch keinen Vermerk in der Dokumentation über das Vorliegen einer Sehschwäche und die Benutzung einer Brille. Mit einer entsprechenden Wahrnehmung und dem Fragen, ob eine Brille benutzt wird und wann, könnte so manches Problem erst gar nicht entstehen.

Schwierigkeitsgrad 2 – die Kenntnis

Was weiß ich eigentlich über das Hilfsmittel? In der Pflege benutzen wir Begriffe wie „Brille“, „Hörgerät“ o.ä. häufig. Die Besonderheiten in der Anwendung sollten dabei auch bekannt sein. Meistens ist nur derjenige detailliert informiert, der selbst ein entsprechendes Hilfsmittel benutzt. Die Ausbildung sollte hier vorbereitend und kenntnisvermittelnd tätig sein. Eine Gewährleistung, dass jede Auszubildende über alle Hilfsmittel informiert

ist, kann jedoch nicht übernommen werden. Was ist der Unterschied zwischen Nah-, Fern- und Gleitsichtbrillen? Wie funktioniert ein Hörgerät und wie wird es eingesetzt? Wie benutzt man eine Unterarmgehstütze, welche Gangarten können damit bei welcher Beeinträchtigung durchgeführt werden? Wie ist ein Glasauge aufgebaut und wie wird es gereinigt? Solche Fragen sollten in der Praxis beantwortet werden können, ohne den Patienten fragen oder Lehrbücher wälzen zu müssen.

Schwierigkeitsgrad 3 – die Beratung

Es gibt Hilfsmittel, mit denen ein Patient bereits länger lebt. Im Krankenhaus z.B. können nun neue Situationen auftreten. Hier sind vor allem die Unterarmgehstütze oder der Rollator zu nennen. Wenn etwas neu ist, muss zunächst in den Umgang damit eingewiesen werden. Hier gibt es für Pflegende einen Rettungsanker: die Krankengymnastik. Sollen sich die Kolleginnen dieser Berufsgruppe doch damit beschäftigen. Pech, wenn der Patient gerade dann Informationen und Übung benötigt, wenn die Krankengymnastik Feierabend oder ein freies Wochenende hat. Es hilft alles nichts, eine Beratungskompetenz ist notwendig. Wenn ich allerdings wenig darüber weiß, was bei der Benutzung eines Rollators genau zu beachten ist... (siehe oben).

Schwierigkeitsgrad 4 – die Anwendung

Dies ist die hohe Schule. Das Wissen über Hilfsmittel wird angewendet. Wie gut, wenn ich nicht verzweifeln muss, weil das Hörgerät dauernd piept und der Patient verzweifelt daran herumprobiert. Denn die Lösung ist oft einfach und kann z.B. durch Reinigung schnell behoben werden. Welche Freude, wenn der ältere Patient gleich morgens ein gereinigtes Glasauge bekommen kann als erst am Abend (wenn die Ehefrau kommt, die sich damit auskennt). Was für ein schönes Dankeschön, wenn die Patientin sich freut, weil sie am Sonntag mit ihren Unterarmgehstützen zum Gottesdienst gehen kann, nachdem die Krankenschwester ihr noch einmal die Benutzung richtig erklären konnte.

Resümierend kann gesagt werden, dass die Kenntnisse über die Anwendung und die Notwendigkeit von Hilfsmitteln viele unglückliche und problematische Situationen vermeiden hilft. Zwar führt Unkenntnis nicht unbedingt zu bedrohlichen Situationen. Aber ist es nicht befriedigender, bei solch alltäglichen Dingen wie der Hilfsmittelbenutzung Kompetenz aufzuweisen? Denn hier bedarf es nur der Information und Einübung einfacher Regeln und nicht der Kenntnis komplizierter medizinischer Vorgänge. Oder sollte gerade das der Grund sein, warum sich so wenig damit beschäftigt wird?

I wie Instrumente

Kennen Sie noch das Teekesselchenspiel aus der Kindheit, wo ein Wort mit zwei Bedeutungen gesucht wird? Hier mein Teekesselchen: Es kann greifen oder schneiden und einen Zustand messen. Während die eine Bedeutung des Begriffes „Instrument“ sehr eindeutig nachvollziehbar und oft gebraucht ist, nämlich in Form von Scheren und Pinzetten, kommt die zweite eher abstrakt daher. Mit dem Einzug wissenschaftlicher Denkweisen in die Pflege begann auch die Diskussion über Instrumente, die Dekubitusgefährdung oder Sturzgefahr messen. Skalen, die dazu entsprechende Kriterien auflisten und die von Pflegenden auf einen Patienten bezogen eingeschätzt werden, bezeichnet man als Instrumente. Sie können ein wichtiges Handwerkszeug darstellen bei der Ermittlung von notwendigen Pflegemaßnahmen.

Die virtuose Verwendung solcher Instrumente ermöglicht es im Idealfall, eine optimale Pflege individuell zu planen. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, Instrumente für die Pflegepraxis näher zu betrachten.

Die Anwendung von Skalen ist in der Pflege schon lange bekannt, führt jedoch vielerorts ein Schattendasein. Das mag damit zusammenhängen, dass es nur wenige Skalen mit breitem Bekanntheitsgrad gibt. Sie wurden vor allem durch Pflegeschulen in die Praxisfelder hinein getragen. Damit verbunden ist natürlich auch eine gewisse Ambivalenz der Praktiker, denn das, was damit gemessen werden soll, wird alltäglich „aus dem Bauch heraus“ oder auch intuitiv erfasst – also ohne besondere schriftliche Fixierung. Hinlänglich bekannt ist hierbei die sogenannte Norton-Skala, die eine Dekubitusgefährdung messen soll. Auszubildende in der Krankenpflege werden seit Jahrzehnten mit diesem Instrument bekannt gemacht. Die Skala hat mittlerweile ihren Platz in den Dokumentationssystemen der Pflege gefunden. Natürlich gibt es für den gleichen Zweck auch alternative Instrumente, wie zum Beispiel die Braden-Skala. Auch für andere Aufgaben wurden bereits Skalen entwickelt.

So will die Atemskala nach Bienstein (auch Bienstein-Skala genannt) die Pneumoniegefährdung messen. Spezielle Instrumente zur Abbildung der Sturzgefahr sind ebenfalls entwickelt worden, haben sich im Alltag aber noch nicht sonderlich durchgesetzt. Die Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit von Patienten messen Skalen, die sich „Funktionale Unabhängigkeitskala“ (FIM) oder Braden-Skala nennen. Ihr Einsatz ist im allgemeinen bislang auf geriatrische oder rehabilitative Bereiche beschränkt. Pflegenden auf Intensivstationen oder neurochirurgischen Stationen sind darüber hinaus noch andere, medizinische Skalen bekannt, die den Bewusstseinszustand von Patienten messen. Diese kleine, unvollständige Auflistung zeigt, dass es schon eine Reihe von Instrumenten zur Einschätzung von Patienten

gibt, die eine pflegerische Perspektive einnehmen. Auf einem anderen Blatt steht jedoch, inwieweit sie tatsächlich Anwendung finden. Um die Verwendbarkeit von pflegerischen Instrumenten zur Einschätzung von Patienten zu analysieren, können diese einigen Fragen unterzogen werden.

a) Ist das Instrument handhabbar?

Da eine Skala kein Selbstzweck sein darf, muss sie auf die Anwender zugeschnitten sein. Sie soll ja angewendet werden können. Das bedeutet, dass zunächst besondere Anforderungen an die Übersichtlichkeit gestellt werden müssen. Die einzelnen Kriterien oder Fragen müssen so aufgelistet werden, dass sie schnell erfasst werden können und in sinnvolle Abschnitte unterteilt sind. Gleichzeitig muss es sofort ersichtlich sein, wo was eingetragen werden muss und wie die endgültige Score-Berechnung zustande kommt. Weit wichtiger jedoch als diese Strukturaspekte ist die Sprache, die eine Skala verwendet. Sie soll einerseits pflegfachlich orientiert sein und gleichzeitig möglichst wenig Deutungsspielraum bieten. Dies ist natürlich besonders schwierig, da es in der deutschsprachigen Pflege bislang wenig Einheitlichkeit bei der sprachlichen Beschreibung von Zuständen oder Handlungen gibt.

Werfen wir dazu einen Blick auf die Modifizierte Norton-Skala, die eine Dekubitusgefährdung messen soll. Dort gibt es ein Kriterium, das als „Körperlicher Zustand“ bezeichnet wird. Die Unterteilungen, für die sich die Pflegeperson entscheiden muss, lauten gut, leidlich, schlecht und sehr schlecht. Es ist nun zu fragen, was denn ein guter körperlicher Zustand überhaupt ist. Und wie ist ein leidlicher Zustand definiert? Da es keine Legende mit Kriterien gibt, ist es also der Pflegeperson selbst überlassen, hier Einstufungen vorzunehmen. In der Fachsprache der Pflege gibt es nun auch keine Übereinkunft darüber, wie die unterschiedlichen körperlichen Zustände beschrieben und bezeichnet werden. Somit wird sich die bearbeitende Pflegeperson irgendwie, also intuitiv, für eine Ausprägung entscheiden, da sie letztlich alleine gelassen wird. Das Instrument ist in diesem Sinne schwerfällig und führt bei den Anwendern zu Unsicherheiten.

b) Ist das Instrument sicher?

Mit der beschriebenen sprachlichen Problematik kommt gleichzeitig eine andere Schwierigkeit zur Tür herein. Wenn zwei Pflegende die Skala ausfüllen ist das Risiko groß, dass sie zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen. Was Pflegende A über einen leidlichen Körperzustand denkt, muss Pflegende B noch lange nicht tun. Das Instrument – in diesem Falle die Modifizierte Norton-Skala – wäre also dann sicher, wenn es bei der Anwendung durch verschiedene Personen zu gleichen Ergebnissen kommt. In der Wissenschaft nennt man so etwas Reliabilität. Zur Sicherheit eines Instrumentes gehört noch ein anderer Aspekt. Es muss klar sein, dass auch wirklich das gemessen wird, was die Skala vorgibt zu messen. Der Fachbegriff hierfür heißt Validität.

Ein Instrument muss vor seiner breiten Anwendung darauf geprüft werden, ob die Kriterien, die darin abgefragt werden, überhaupt etwas mit dessen Zweck zu tun haben. Beim Beispiel der Modifizierten Norton-Skala heißt das, ob sie tatsächlich Dekubitusgefährdung misst und nicht etwas ganz anderes. Hat also der oben erwähnte körperliche Zustand etwas mit Dekubitusgefahr zu tun? Diese Frage kann man an alle Kriterien stellen. Und: Warum sind bestimmte Aspekte, die zu einer Dekubitusgefahr führen, nicht aufgeführt, wie z.B. die Trinkmenge oder der Ernährungszustand. Diese Punkte sind übrigens bei anderen Modifizierungen der Norton-Skala vorhanden, die in anderen Ländern Verwendung finden. Letztlich ist noch zu hinterfragen, warum die Bepunktung so stattfindet wie sie stattfindet. Der sogenannte „Cut off point“ ist dabei besonders wichtig. Er bezeichnet die Marke, ab der ein zu ermittelnder Zustand eintritt. Warum ist bei der in Deutschland üblichen Modifizierten Norton-Skala die Dekubitusgefahr bei 26 Punkten erreicht? Wie sieht es aus, wenn 27 Punkte ermittelt werden? Was passiert, wenn eine Pflegeperson halbe Punkte vergibt, darf sie das? Auf diese Fragen müssten Antworten zu finden sein, um das Instrument sicher anwenden zu können. Schließlich geht es ja nicht darum, so etwas nur auszufüllen, damit der Dokumentenberg wächst.

Mittels statistischer Methoden lässt sich feststellen, ob ein Instrument valide und reliabel ist. Wenn dazu keine Aussagen gemacht werden können, muss die Sicherheit eines Instrumentes bezweifelt werden und damit die Notwendigkeit seiner Anwendung. Bei der Norton-Skala ist es im Übrigen so, dass es keine zuverlässigen Informationen über die Sicherheit der Skala gibt. Dennoch wird sie angewendet. Letztlich kann gesagt werden: Es ist besser, es findet eine Überprüfung der Dekubitusgefährdung mittels nachvollziehbarer Kriterien schriftlich statt, als dass die Einschätzung unsichtbar bleibt bzw. gar nicht erst durchgeführt wird.

c) Hat die Instrumentenanwendung Konsequenzen?

Ein drittes Prüfkriterium für pflegerische Instrumente ist die Frage, ob die Bearbeitung irgendwelche Folgen nach sich zieht. Die Beantwortung können allerdings nicht die Entwickler von Skalen vornehmen. Es geht dabei um einen strukturellen, organisatorischen Aspekt, der die Einrichtung betrifft, in der das Instrument angewendet wird. Wenn Pflegenden Einschätzungen von Patienten vornehmen mittels Skalen, erwarten sie, dass etwas damit geschieht. Die Arbeit soll ernst genommen werden und sinnvoll sein. Wenn eine Norton-Skala ausgefüllt wird und eine Dekubitusgefährdung festgestellt wird, müssen prophylaktische Maßnahmen eingeleitet werden. Umgekehrt gilt auch: Wenn keine Gefährdung festgestellt wird, müssen unsinnige Prophylaxen unterlassen werden. Die Rahmenbedingungen hierfür muss das pflegerische Management gewährleisten. Ebensomuss es die Bedeutung des Instrumentes innerhalb der Dokumentation bestimmen und ermöglichen, dass andere Berufsgruppen Einsicht haben und Bezug darauf nehmen können. Die Pflegenden selbst sollten eine gemeinsame Linie verfolgen bei der Anwendung von Skalen. Nur dann werden sie auch genutzt

und erfüllen ihren eigentlichen Zweck, der allen gemein ist: Die Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität von kranken und pflegebedürftigen Menschen.

L wie Lernen

„Was Hans nicht kann, lernt Hänschen nimmermehr.“ Dieser Satz ist altbekannt und trifft mit seiner Kernaussage gerade auch auf das Lernen in den Pflegeberufen zu. Denn mit diesem Spruch wird auf ein Lernen angespielt, das auf Nachahmung beruht. Und in der Pflege wird sehr häufig auf diese Art gelernt: Krankenschwester A zeigt der Krankenschwester B oder der Auszubildenden C etwas. A kann nun nur das zeigen, was sie selbst beherrscht. Im glücklichsten Falle erhalten B und C weitere Dinge gezeigt durch andere Pflegepersonen. Was tatsächlich gelernt wird bleibt somit zufällig. Und ob das dann Gelernte auch noch dem entspricht, was man als gesichertes Wissen bezeichnen kann, bleibt dahingestellt. Also müsste ein Plädoyer für ein bewusstes und gezieltes Lernen gehalten werden. Damit Wissen und Können nicht ausschließlich von den Fähigkeiten oder Unfähigkeiten Einzelner abhängig sind.

Doch zunächst einmal braucht es Motivation. Bei Auszubildenden wird allgemein davon ausgegangen, dass durch ihre Entscheidung für die Pflegeausbildung eine entsprechende Motivation vorhanden ist. Dies ist sicherlich der Fall, aber zu der anfänglichen Euphorie gesellt sich auch schnell eine Unlust. Im beruflichen Lernen fallen nämlich verschiedene Aspekte zusammen. So ist die Aneignung von theoretischem Wissen mit Mühen verbunden. Das ist es häufig, was zunächst einmal unter „Lernen“ verstanden wird. Dann gilt es jedoch, davon etwas in der alltäglichen Arbeit umzusetzen. Schnell kommt die Erkenntnis, dass dies gar nicht möglich ist. Also heißt es, sich anzuschauen, wie die anderen Pflegenden arbeiten. Was aber rasch irritierend sein kann, da auch hier Unterschiedlichkeiten festgestellt werden. Irgendwie muss man sich selbst seinen Reim auf all das machen und kommt in einen Entscheidungszwang.

Das ist die nächste Herausforderung beim Lernen: Entscheidungen für oder gegen bestimmtes Handeln müssen getroffen werden, Verantwortung ist für das eigene Tun zu übernehmen. Dies hat nicht nur eine inhaltliche Seite (die zu Pflegenden erwarten eine korrekte und ihnen entsprechende Pflege) sondern auch eine organisatorische. Da sind Menschen, die den Auszubildenden etwas beibringen wollen und/oder sollen. Es gilt, Vereinbarungen einzuhalten und Vorbereitungen für Anleitungstermine zu treffen.

Dies setzt auch unter Druck. Lernen in der Ausbildung ist also nicht nur das Anhäufen von Fakten und das Nachahmen anderer Pflegenden sondern bedeutet Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und Irritationen auszuhalten. Das hat letztlich etwas mit Persönlichkeitsbildung zu tun.

Und wie sieht das mit dem Lernen und mit der Motivation dazu bei den „Examinierten“ aus? Auch hier bedeutet das sich Einlassen auf Lernen Irri-

tation. Es kann sehr gut sein, dass Bekanntes, Bewährtes und Vertrautes in Frage gestellt wird. Das führt natürlich zu Unsicherheit. „Ist das, was ich bisher machte, falsch?“ wird ein häufig gedachter Gedanke sein. Nun kann man in zweierlei Weise damit umgehen. Es ist gut möglich, das Lernen abzubrechen. Das kann bedeuten, eine Fortbildungsveranstaltung zu verlassen oder die Zeitschrift wegzulegen und als zu theoretisch zu beurteilen. Es kann aber auch sein, dass man die Irritation zulässt und feststellt, es geht auch anderen so. Dann wäre der Weg geebnet für eine Auseinandersetzung mit und eine Beurteilung von anderen Sichtweisen. Man könnte sich langsam entfernen von einem Denken in den Schablonen „richtig“ und „falsch“. Eine Veränderung könnte eintreten, die sich in einer Lust am Kennenlernen von Unbekanntem ausdrückt.

Es ist jedoch festzustellen, dass die Einrichtungen im Gesundheitswesen häufig keine guten Orte zum Lernen sind. Da heißt es, in einer bestimmten Zeit Dieses und Jenes zu erledigen. Es wird oft mehr danach gefragt, ob etwas getan wurde und nicht wie etwas getan wurde. Wenn die Tür zum Patienten- oder Bewohnerzimmer geschlossen ist, schaut keiner mehr herein, der einem etwas Bestätigendes oder Kritisches sagen könnte. In einer an Funktionalität orientierten Arbeitswelt darf es keine Verunsicherung geben. Dennoch gibt es Ansätze, dem Lernen im Arbeitsalltag einen Platz einzuräumen. Ein Beispiel wäre eine Form der sogenannten Pflegevisite, bei der eine Pflegedienstleitung und z.B. Mitarbeiterin der Innerbetrieblichen Fortbildung anwesend ist. Im Gespräch über die Betreuung eines Patienten ist es möglich, Pflegehandeln zu hinterfragen und zu legitimieren. Es ist möglich, Aspekte in der Pflege zu besprechen, die noch nicht gedacht wurden.

Dies kann ein Ort sein, wo die Notwendigkeit gewisser Kompetenzen deutlich wird: das Verstehen der Situation eines Patienten oder Bewohners, das Wissen um und Entscheiden für effektive Pflegemaßnahmen sowie deren Umsetzung und die Fähigkeit, sich nicht nur als Macher sondern auch als Berater und Gesprächspartner für zu Pflegenden zu sehen. Das meiste davon ist nicht von außen zu beurteilen, da es im Inneren der Pflegeperson stattfindet. Umso wichtiger ist eine ehrliche und verantwortliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun.

Lernfreundlichkeit beweisen auch Einrichtungen, die sich bei der Einführung von Konzepten der pflegerischen Arbeit (z.B. Kinästhetik oder Wundmanagement) nicht nur auf eine oder mehrere Fortbildungsveranstaltungen verlassen, sondern durch Beratung und Begleitung in der Praxis ein entsprechendes Entscheiden und Handeln fördern. Wenn Pflegepersonen nicht das Gefühl haben, es zählt nur, dass sie etwas so oder so tun, sondern es erlaubt ist, etwas zunächst nicht zu verstehen oder gar unmöglich anwenden zu können, kann das Lernen zum Prozess werden. Dann kann etwas Langlebiges entstehen, weil man selbst eine Einstellung zu seinem Tun gewinnt.

„Fordern und fördern“ ist ein häufig gehörter Anspruch im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Mitarbeitern. Auf der institutionellen Ebene sollte nicht nur bei den Forderungen stehen geblieben werden. Das Fördern hat etwas mit Lernen zu tun und ist ein komplexer Vorgang. Dieser Aufgabe haben sich Pflegemanagement und Pflegepädagogik zu stellen, ganz konkret in den Einrichtungen. Ansonsten haben wir am Ende nur Pflegende, die brav tun, was ihnen geheißen wird, aber sich des kritischen Denkens und der eigenen beruflichen Weiterentwicklung entledigt haben. Denn wozu sollte man die Strapazen auf sich nehmen, die beim Beschreiten neuer Wege auftreten, wenn die eigenverantwortlich handelnde Pflegende doch gar nicht gewollt ist.

Bewusstes und gezieltes Lernen kann der Mensch nur selbst, andere können dies nicht für ihn übernehmen. Deshalb ist Lernen im Beruf immer auch ein Lernen für die eigene Person. Und das kann motivieren.

N wie Nachtwache

Die einen lieben sie, die anderen hassen sie: Die Nachtwache. Loben einige Pflegenden die Freiheit und Ungestörtheit in der Nacht, quälen sich andere mit ihrer biologischen Uhr, die ihnen den Schlaf verordnen möchte, den sie mit aller Kraft unterdrücken müssen. Die Aussagen über die Nachtwache sind verschieden je nach Organisationsform. So ist zwischen Dauernachtwachen und Nachtwachen im Rahmen eines Dreischichtsystems zu unterscheiden. Dauernachtwachen bilden eine eingeschworene Gruppe von Pflegenden. Vielfach sind es eigenbrötlerisch lebende oder erziehende Frauen und Männer, denen die Arbeit in der Nacht besser in den Kram passt.

Nach einer Phase der Nachtarbeit über mehrere Tage bis zu zwei Wochen schließt sich eine Freizeitepisode an, in der den unterschiedlichsten Beschäftigungen nachgegangen werden kann. Diese Arbeitsorganisation bietet also einen nicht unerheblichen Grad an Freiheit durch kontinuierliche Freizeit, die in keiner anderen Form in der Pflegearbeit zu finden ist. Außerdem wird das dauerhafte Verrichten von privaten Tätigkeiten am Tage ermöglicht, da die erwerbstätige Beschäftigung ja in der Nacht vollzogen wird. Dauernachtwachen sind überzeugte Nachtarbeiter aufgrund dieser als Erregenschaft empfundenen Merkmale.

Dagegen sind Pflegenden, die ab und zu in der Nacht arbeiten müssen davon häufig weniger begeistert. Die Unregelmäßigkeiten durch den Wechsel von Früh- und Spätdienst werden oft als ausreichend destabilisierend für den privaten Bereich empfunden, die Nachtwache bringt noch etwas mehr Unordnung hinein. Dabei wird die Unmöglichkeit von kontinuierlichen Beziehungsgestaltungen im Freundeskreis als besonders belastend empfunden. Pflegenden, die im Rahmen des Dreischichtmodells der Nachtwache nachgehen müssen, erzählen häufig mit eindeutigem Gesichtsausdruck von ihrer Nachtarbeit. Vermeiden Sie es deshalb, Nachfragen über die Nachtwache zu formulieren, es wird Ihnen gedankt. Eine Dauernachtwache hingegen wird Ihnen bereitwillig Auskunft geben.

Werfen wir nun einen Blick auf die Tätigkeiten in der Nacht. Mit der Aufgabendefinition wird sich im allgemeinen schwer getan und sie bietet nicht selten Anlass zu größeren Auseinandersetzungen. Die Arbeit in der Nacht kann ganz bewusst als Nacht-Wache oder Nacht-Dienst bezeichnet werden. Lassen Sie uns einen Blick auf die Unterschiedlichkeit der Begriffe werfen.

Der „Nachtdienst“ ist die Arbeit in der Nacht. Das bedeutet, in der nächtlichen Atmosphäre werden kontinuierlich Tätigkeiten durchgeführt. Anhänger dieses Begriffs sehen nicht nur die Kontrolle von Patienten im Rahmen regelmäßiger Kontrollgänge, das Sicherstellen ärztlicher Therapie oder die Durchführung von pflegerischen Prophylaxen als Hauptaufgaben der Nachtdiensthabenden. Vielmehr sind auch Reinigungstätigkeiten sowie

administrative Aufgaben wichtiger Bestandteil der Nacht (also Abheften von Akten oder das Auswischen von Schränken). Vertreter dieser Position sehen das Richten von Medikamenten als Selbstverständlichkeit an und schrecken nicht davor zurück, dezent vorgetragenen Protest zu äußern, wenn kein Patient zu frühmorgendlicher Zeit gewaschen wurde. Es ist also zusammenfassend zu sagen, dass Nachtdienst als kontinuierliche, instituti-
onsorientierte Arbeit in der Nacht verstanden wird.

Dagegen bezeichnet die „Nachtwache“ ein Tätigkeitsgebilde, das auf Beobachtung basiert. Auch hier werden Kontrolle und Prophylaxe – also notwendige Verrichtungen am kranken Menschen – als bedeutend empfunden. Ansonsten ist es jedoch vielmehr die Beobachtung die zählt. Oder das Eingehen auf Gesprächsbedarfe von Patienten, die nicht schlafen können. Es geht weniger um das „Schaffen“ als um das „Dasein“. Man kann hier von einem entspannteren und nahe am Patientenbedürfnis orientierten Verständnis sprechen.

Eines ist beiden Einstellungen jedoch unbedingt gemeinsam. Dies hat Sabine Bartholomeyczik in ihrem Buch „Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden“ 1993 sehr schön beschrieben. Es ist die Achtung der „Götter des Frühdienstes“, denen mit der rechtzeitigen Zubereitung des Kaffees gehuldigt wird. Wer die Aufgaben festlegt, die in der Nacht absolviert werden müssen, wird nach dieser Betrachtung klar: Diejenigen, die tagsüber arbeiten.

Wie geht es nun den Pflegenden in der Nacht? Dies ist zunächst sehr abhängig vom Qualifikations- und Erfahrungsgrad der jeweiligen Person. Die Arbeit in der Nacht ist vielfach von einer Person allein zu bewältigen. Das bedeutet einen hohen Grad an Organisationsfähigkeit, denn verschiedenste Tätigkeiten müssen zeitlich koordiniert werden. Vor allem in den Abendstunden gibt es noch einiges im Krankenhaus zu tun. Da müssen Lagerungen vorgenommen, Schlafmedikamente ausgeteilt und Infusionen verabreicht werden. Eventuell gilt es, mit dem Arzt Details für den Umgang mit Patienten zu besprechen. Vor allem müssen die Patienten besucht und damit die Vorbereitung für die Nachtruhe durchgeführt werden. Es gilt, die Stimmung zu erfassen und Absprachen zu treffen. Zwischenzeitlich sind Patienten zu versorgen, die sich noch einmal über die Rufanlage melden. Erst später reduzieren sich die anfallenden Tätigkeiten. Vor allem in der Zeit um drei Uhr in der Nacht ist eine besonders auffallende Ruhe festzustellen, denn nun schlafen eigentlich alle Patienten – zumindest kurzfristig. Die nachwachende Pflegende muss aufpassen, ihrem Körper die nötige Wachheit zu verordnen und mit ihren Sinnen die Atmosphäre wahrzunehmen. Sinnentleerte Lektüre sorgt dafür, wach zu bleiben.

Es ist auffällig, dass viele Pflegenden, die hauptsächlich nachts arbeiten, ein problematisches Verhältnis zur Teamarbeit haben. Sie sind es gewöhnt, alleine Entscheidungen zu treffen und nur auf sich selbst angewiesen zu sein. Die Kontrolle geben sie nie ab. Solch einer Pflegeperson fällt es schwer, sich in die Arbeit am Tage einzufügen, denn dort geschieht alles

teamorientiert. Die Vorzüge, die das bieten kann, können von der nachtgewöhnten Pflegenden kaum gesehen werden.

Eine Folge der Arbeit als einsamer Kämpfer in der Nacht ist eine häufig anzutreffende fehlende Wertschätzung durch die tagsüber arbeitenden Pflegenden. Sie beurteilen Nachtwachen oftmals ausschließlich danach, wie die Station übergeben wird. Dass ein müder Mensch die Sicherheit vieler Patienten gewährleistet hat und oftmals Beziehungsarbeit leisten muss wird wenig gesehen.

P wie Prophylaxen

Der Vorbeugung von Krankheiten nimmt in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen eine zentrale Funktion ein. Mit dem Begriff der Prophylaxen wird deshalb jede Person, die Pflege lernt, bereits sehr früh konfrontiert. Schließlich geht es nicht nur darum, bestehende Beeinträchtigungen zu verbessern oder zu kompensieren sondern auch darum, Schlimmeres zu verhüten. Dass dieser Bereich einer der selbstverständlichsten in der Pflege ist, wird deshalb kaum jemand bestreiten wollen. Deshalb ist es notwendig, sich den prophylaktischen Tätigkeiten detaillierter zu nähern.

Untrennbar mit der Prophylaxe ist deren Voraussetzung verbunden, nämlich die Gefährdung. Ein Blick in beliebige Pflegeplanungen zeigt die gängigsten auf: Pneumoniegefährdung, Dekubitusgefährdung, Thrombosegefährdung oder Kontrakturgefährdung. Erst mit dem Erkennen einer solchen Gefahr wird eine prophylaktische Maßnahme notwendig. Wie erkennt nun eine Pflegeperson Gefährdungen? Im allgemeinen wird hierbei das verwendet, was man als „Erfahrung“ bezeichnen könnte oder auch als „Intuition“.

Liegt eine berufserfahrene Pflegeperson damit auch meist richtig, ist das Nachvollziehen dieser Einschätzung jedoch nicht unbedingt für andere möglich. Denn häufig fehlen objektive Kriterien, die von mehreren Personen gleichartig beurteilt werden können. Abhilfe sollen hier sogenannte „Skalen“ schaffen, die mit einer mehr oder weniger großen Zahl von Kategorien eine Gefährdung darstellen sollen. Bekanntestes Beispiel in deutschen Landen ist die „Modifizierte Norton-Skala“ zur Erkennung der Dekubitusgefährdung, die in den 1980er Jahren von Christel Bienstein im Rahmen ihrer Pflegefachseminare in Anlehnung an die Skala von Doreen Norton entwickelt wurde. Neun Zustände müssen dabei eingestuft werden (z.B. Geistiger Zustand, Mobilität oder Inkontinenz). Bei einer Punktevergabe zwischen eins und vier ergibt sich zum Schluss ein Punkteergebnis, deren Höhe eine Aussage über die Dekubitusgefährdung machen soll, wobei eine geringe Punktzahl eine erhöhte Gefährdung benennt. Zur Erkennung einer Pneumoniegefährdung wurde ebenfalls eine Skala entwickelt („Atemskala“), die eine ähnliche Funktionalität aufweist.

Mit derartigen Skalen wird der Versuch einer nachvollziehbaren, weil objektiven Einschätzung unternommen. Sie sollen die Pflegeperson unterstützen bei der Entscheidung, ob und welche prophylaktischen Maßnahmen durchgeführt werden müssen. Problematisch ist dabei alleine, dass derartige Skalen kaum oder gar nicht wissenschaftlich abgesichert sind, also durch Forschung belegt werden kann, dass sie das messen, was sie vorgeben zu messen. Aber dies ist ein anderes Thema.

Widmen wir uns also den prophylaktischen Maßnahmen an sich, die bei der Erkennung einer Gefährdung durchgeführt werden. Hier stehen wir dem Problem gegenüber, welche Maßnahmen bei welchem Grad der Gefährdung sinnvoll und notwendig sind. Denn in Zeiten einer hohen Sensibilisierung gegenüber Kostenfaktoren sollen natürlich keine unnötigen Maßnahmen durchgeführt werden, da sie mit einem erhöhten Aufwand von Material und Zeit einhergehen, was letztlich der Institution Geld kostet, das gespart werden könnte. Neben diesen monetären Gesichtspunkten zählt natürlich die Effizienz der Maßnahmen. Deshalb könnte davon ausgegangen werden, dass nur die Maßnahmen ausgewählt werden, die auch wirklich einen Effekt aufweisen. Leider ist bei einem Blick in das praktische Handeln von Pflegenden dieser Effizienzgedanke wenig aufzufinden, da es zumeist nur um das Sparen von Zeit geht. So stellt sich eine Pneumonieprophylaxe häufig nur als Einreiben der Brust oder des Rückens mit einer mentholhaltigen Creme dar. Wird nach der Wirkung dieser Maßnahme gefragt, wird auf ein „tieferes Einatmen“ verwiesen. Was an diesem – nur kurzfristig auftretenden – Effekt vorbeugend sein soll, lässt sich jedoch nur schwer nachvollziehen.

Gezielte Maßnahmen, die inzwischen in praxisnaher Auseinandersetzung mit der Pneumonieprophylaxe entwickelt wurden, werden kaum angewendet, obwohl sie zum Lehrbestand der Pflegeschulen gehören. Hier wären beispielhaft zu nennen die „Kontaktatmung“ (das Auflegen einer Hand auf Flanke oder Bauch mit leichtem Druck, die durch Bauchatmung „weggeatmet“ werden soll) oder spezielle Lagerungen (A- oder V-Lagerung), die je nach Atmungsbeeinträchtigung eine Erweiterung der Atemfläche ermöglichen. An dieser Stelle kann nicht der Frage nachgegangen werden, warum derartige gezielte Maßnahmen nicht selbstverständlich angewendet werden.

Die Dekubitusprophylaxe weist im Gegensatz zum vorher Genannten eine weitaus reflektiertere Maßnahmenvielfalt auf. Das Wirkprinzip des Druckes auf gefährdete Hautareale in Verbindung mit der Zeit ist allgemein be- und anerkannt. Deshalb wird der Lagerung flächendeckend eine hohe Priorität eingeräumt. Dabei sind vielfältige Varianten vorhanden bei unterschiedlichsten Unterlagen und Matratzen. Allerdings ist es auch hier von der Fachkompetenz der Pflegenden abhängig, ob diese Varianten sinnvoll eingesetzt werden. Zum Beispiel ist der immer wieder anzutreffende Glaube, eine Wechseldruckmatratze erlaube den Verzicht auf Lagerung, nicht verständlich und kann verheerende Auswirkungen auf den pflegebedürftigen Menschen haben. Dem Bereich der Mythen lässt sich auch die Anwendung von Cremes und Lotionen auf gefährdete Areale zuordnen. Vor allem auf Gesäßen findet man eine Vielzahl solcher pharmazeutischen Produkte, die teilweise sogar entgegen der Indikation des Beipackzettels aufgetragen werden. Beispielhaft ist die Anwendung von zinkhaltiger Paste auf intakte und gesunde Haut nicht verständlich, sie wird jedoch von den anwendenden Pflegenden mit großer Nachhaltigkeit verteidigt.

Eher ein Schattendasein im Bereich der Prophylaxen nehmen die Thrombose-, Kontraktur- und Parotitisgefährdung ein. Hier ist eine eher beiläufige Beschäftigung mit entsprechenden prophylaktischen Maßnahmen im Pflegealltag auszumachen, zumindest aber wird ihnen nicht die gleiche Priorität eingeräumt wie der Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe. Und das, obwohl die Auswirkungen solcher Krankheiten nicht weniger verhängnisvoll sind. Die Überprüfung der Wirksamkeit prophylaktischer Maßnahmen bildet einen notwendigen abschließenden oder modifizierenden Arbeitsschritt im Rahmen eines Pflegeprozesses. Es ist jedoch höchst unterschiedlich, wie dies im Pflegealltag realisiert wird.

Eine weitere Beobachtung von Gefährdungen ist überall zu erkennen, die detaillierte Dokumentation und somit eine Verlaufsbeschreibung wird jedoch in deutschen Pflegeinstitutionen (also Kranken- als auch Pflegeeinrichtungen) sehr unterschiedlich gehandhabt. Veränderungen im Dokumentationsverhalten von Pflegenden werden häufig leider erst dann sichtbar, wenn rechtliche Problemstellungen eine Rechtfertigung der Pflegearbeit und verlangen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass dem Bereich der Prophylaxen allgemein eine hohe Aufmerksamkeit im Pflegealltag gewidmet wird, die Nachvollziehbarkeit von Gefährdungseinschätzungen und Maßnahmeneffizienz jedoch sehr unterschiedlich zu bewerten ist. Eine größere Transparenz der durchgeführten Pflege sowie eine vermehrte Reflexion über Sinn und Unsinn bestimmter Maßnahmen könnte zu erheblicher Verbesserung der Qualität klassischer prophylaktischer Pflegearbeit führen.

R wie Rechnen

Wenn Auszubildende eine Liste erstellen würden mit Themen, die sie in der Ausbildung nicht behandeln wollen, dann wäre das Fachrechnen bestimmt ganz oben aufgelistet. „Was soll ich denn damit?“ hört man sie sagen. Anscheinend verändert sich diese Einstellung auch in den folgenden Berufsjahren nur wenig. Mathematik ist für die meisten Pflegenden ein Buch mit sieben Siegeln. Eine Schuldzuweisung soll an dieser Stelle nun nicht vorgenommen werden, dafür wäre eine Ursachenforschung zu dieser fehlenden Motivation wohl zu komplex. Niemandem wäre ein Gefallen getan, gäbe man den Auszubildenden, den Lehrern oder den Praktikern die Schuld an diesem Nichtinteresse. Ohne Zweifel kann jedoch gesagt werden, dass das Beherrschen einiger Rechenoperationen im Pflegealltag nicht nur wünschenswert sondern auch notwendig ist (gleichwohl der Autor dieser Zeilen bekennen muss, selbst erst spät zu dieser Einsicht gelangt zu sein).

Ein Blick in die Praxis

Werfen wir einen Blick in die Praxis: Täglich werden Injektionen aufgezogen, Infusionen zubereitet, Tabletten gestellt und Tropfen verabreicht. Diese Medikamentengaben bedürfen stets einer spezifischen Dosierung. Nun hat die Pharmaindustrie ein Herz für Menschen, die mit Medikamenten umgehen müssen und produziert z.B. Infusionsflaschen mit teilweise ausgeklügelten Mengenskalen. Ein einfaches Ablesen genügt dabei. Die Problematik beginnt aber, wenn in eine solche Flasche ein Medikament eingespritzt werden muss, die Gesamtmenge (z.B. 500 ml) sich dabei aber nicht verändern darf. Es wird also komplexer. Zunächst muss das Medikament korrekt aufgezogen werden. Im schlimmsten Fall ist dies eine Trockensubstanz, die mit einer Flüssigkeit aufgelöst werden muss und – da nicht die gesamte Dosis gebraucht wird – nur eine bestimmte Menge abgezogen werden darf („Wie viel Milliliter muss ich jetzt noch einmal nehmen um die 25 Milligramm zu haben?“). Dann muss diese Menge aus der Flasche entfernt werden um die Zuspritzung anschließend vornehmen zu können. Eine Schwierigkeitsstufe höher lassen sich Injektionslösungen verorten. Also erst einmal schauen: Wie viel Milligramm sind in einem Milliliter, wie viel Milliliter muss ich nun aufziehen, um soundsoviel Milligramm zu erhalten? Pflegende mit einem erotischen Verhältnis zu Zahlen verwenden nun den Dreisatz, alle anderen stehen mit zusammengezogenen Augenbrauen mit der Spritze in der Hand da.

Tropfen- und Tablettendosierungen können die gleichen Anforderungen stellen, immer mit dem Gedanken, dass der Patient nicht zu viel Tabletten schlucken muss („Na, da nehme ich doch einfach mal 10 von den 1-Milligramm-Pillen...“).

Das Anbringen von Infusionen an die Verweilkanüle des Patienten erfordert noch einmal besondere Aufmerksamkeit, wenn eine gewisse Einflussrate gewährleistet werden muss. Erfahrungsgemäß arbeiten Schwerkraftinfusionsregler höchst unzuverlässig. Wenn auch keine Infusionspumpe zur Hand ist (die den Patienten außerordentlich einschränken würde und zudem nur in geringer Anzahl vorhanden sind) bedarf es des Tropfenzählens. Dabei sind Kenntnisse über die Lösungsart vonnöten, um eine genaue Tropfenrate einstellen zu können. Die Umgehung dieses Problems ist gängige Praxis und lautet „Pi mal Daumen“.

Neben der Medikamentengabe kann die Anfertigung von Desinfektionsmittellösungen weitere Rechenoperationen erfordern. Glücklicherweise stehen hierfür Tabellen zur Verfügung, die genau angeben, wie viel Milliliter in welche Menge Wasser gekippt werden müssen.

Hilfe gesucht

Nur zur Wiederholung: Dies stellt keine Anklage dar sondern ist – von Pflegenden leidvoll erlebt – Alltag. Woher kann nun Hilfe kommen? Der Besuch eines klassischen Mathematikunterrichts wird nicht sehr viel weiter helfen, zu groß kann die Abneigung gegen Rechenformeln jeder Art und die enzyklopädische Abarbeitung irgend welcher imaginärer Rechenaufgaben sein. Skalen, Schablonen und Tabellen der Industrie helfen, eine rasche Zubereitung und Verabreichung zu gewährleisten. Ein gedanklicher Zugang zu den dahinter stehenden mathematischen Operationen wird damit allerdings nicht gefördert, was für ein flexibles Alltagshandeln notwendig wäre.

Technische Geräte sind oft zu aufwändig und stellen wiederum ganz eigene Herausforderungen an den Bediener. Computer im Pflegebereich verstehen sich bislang eher als Patienten-, Labor- und Lagerdatenverwalter denn als Hilfe für dosierungstechnische Anforderungen. Lehrbücher zum medizinischen Fachrechnen verfolgen eine ganz eigene Logik und werden nach einigen Seiten Lektüre entmutigt aus der Hand gelegt. Die Notfallhilfe („Ich frage mal den Kollegen.“) ist auch nicht immer zur Hand, wobei der Angefragte bestimmt auch keine Mühe hat, die von ihm geleistete Rechenoperation verständlich darzulegen. Was benötigt wird sind didaktisch aufbereitete Fachbücher, die sich dem Denken von Pflegenden anpassen und als Lern- sowie Nachschlagwerk zu gebrauchen sind. Sie müssen Antworten geben, die sich an Praxissituationen orientieren und dürfen dem Leser keinesfalls das Gefühl geben, dass nun mit den Themen der Grundschule angefangen wird. Unterstützt durch Fortbildungen und Training-on-the-job könnten Motivation und Anwendungserfolg erzielt werden.

Anforderungen der Zukunft

Solche Trainingsvorstellungen sind bislang Utopie, denn welcher Arbeitgeber würde für solche (augenscheinlich belanglose) Themen Geld ausgeben? In Hinsicht auf die Sicherheit bei der Medikamentenzubereitung und –verabreichung lässt sich jedoch ein Begründungszusammenhang herstellen. Bei gleichzeitiger Zunahme von – gerechtfertigten – Klagen durch Patien-

ten und Angehörige ist die Kompetenzstärkung vonnöten; natürlich nicht nur im Bereich Rechnen, aber auch und gerade dort. Und: Bei den klassischen mathematischen Problemstellungen wird es nicht bleiben. Im Zuge der Professionalisierung der Pflege werden engagierte Pflegenden Studienergebnisse lesen wollen, die über die leicht verdauliche Aufbereitung in allgemeinen Fachzeitschriften hinausgeht. Das ansatzweise Verstehen statistischer Angaben in solchen Studien kann erheblich dazu beitragen, die Bedeutung eines solchen Forschungsberichtes angemessen einschätzen zu können. Damit kann sich der Einzelne und eine Gruppe von Pflegenden vor einer leichtfertigen Übernahme nicht wirksamer oder gar schädlicher Pflegekonzepte und -interventionen schützen.

Keine Pflegenden sollte sich entmutigen lassen, wenn ihr vorgehalten wird, sie könne nicht rechnen. Mit der Unterstützung durch angemessene Hilfsmittel, aufbereitete Bücher und wertschätzende Experten ist es möglich, eine Sicherheit im Rechnen für sich zu finden und die Patientensicherheit damit zu erhöhen. Vielleicht kann das Fachrechnen dann eines Tages von der Liste der unerwünschten Unterrichtsthemen gestrichen werden.

S wie Situation

Die Frage, was Pflege denn nun eigentlich sei, ist bekanntermaßen schwer zu beantworten. Alle Aspekte in einer Definition unterzubringen scheint nahezu unmöglich zu sein. Wird allerdings gefragt, wo und wie Pflege denn stattfindet, ist eine Antwort schon eher möglich: Pflege findet in einer jeweils spezifischen Situation statt und das Handeln der pflegenden Person richtet sich an dieser Situation aus. Alle Versuche, Pflegehandeln in Standards und ähnlichen Vereinheitlichungen abzubilden, müssen an dieser Variablen ihre Einschränkung erfahren.

Was meint nun „Pflegesituation“? Gehe ich als Krankenpfleger in ein Zimmer und möchte mich um einen Patienten kümmern, befinde ich mich gleichzeitig in einem kleinen Universum, das mein Handeln mehr oder weniger bewusst beeinflusst. Da sind die äußeren Gegebenheiten: Das Krankenhaus, in dem sich die Station befindet und dort wiederum das Zimmer; die Ausstattung des Zimmers, die Möglichkeiten eröffnet oder verhindert. Weiterhin sind die Menschen zu nennen, die sich in diesem Zimmer befinden: Ihr individuelles Befinden, ihre Beziehung untereinander, ihre Einstellung zu diesem Krankenhaus und ihre Einschätzung meiner Person. Dann ist da die Person, mit der ich arbeiten möchte: Wie geht es dem Patienten in diesem Augenblick? Welche Bedürfnisse hat er? Was ist an diesem Tag geplant, auf das Rücksicht genommen werden muss? Und letztlich sind die geplanten Pflegemaßnahmen zu nennen, die verbalisiert oder unausgesprochen ausgehandelt werden müssen. Kurz gesagt: Ich kann nicht davon ausgehen, dass tatsächlich das eintreten wird, was ich mir gedacht habe, weil die Variablen der Situation nicht berechenbar sind. Das ist vielleicht ganz einfach das Menschliche der Pflegesituation. Von Pflegenden wird also neben der Fachkompetenz auch erwartet, sich jedes mal neu auf eine Situation einstellen zu können. Dies erfordert eine hohe Flexibilität.

Soweit der Anspruch. Aber ist der immer einlösbar? Da auch ich als Pfleger eine Variable in diesem Setting darstelle, muss die Antwort hier ein Nein sein. Dieses Nein wirkt sich in der Realität aus in Form von Routinen und Ritualen. Zum Beispiel die Vitalzeichenkontrolle: In stiller Übereinkunft kann ich Temperatur, Puls und Blutdruck messen, ohne eine höchst individuelle Handlung daraus machen zu müssen. Oder betrachten wir den Verbandwechsel. Auch hier kann ein routiniertes Verhalten an den Tag gelegt werden, bei der die verbale Kommunikation sich auf das Wesentlichste beschränkt – nämlich der Behandlungstätigkeit – ohne dass der Patient gekränkt wäre.

Solche Routineentwicklung ist von großer Bedeutung, um als Pflegende dann individuell vorzugehen zu können, wenn es unbedingt angebracht ist. Nichtsdestotrotz sind auch Vitalzeichenmessung und Verbandwechsel „Si-

tuationen“. Ich kann mich der Einzigartigkeit also letztlich nicht ganz entziehen, denn Unvorhergesehenes kann immer geschehen. Dabei ist nicht eine dramatische Wendung der Situation gemeint, sondern eher die Kleinigkeit, die dennoch den Handlungsfluss stören kann.

Der oben beschriebene Anspruch muss allerdings gerade dort eingelöst werden, wo es um umfassendere Aufgaben geht. Die morgendliche Unterstützung bei der Körperpflege stellt dabei eine solche Aufgabe dar. Von Pflegenden wird hier Sensibilität erwartet, d.h. die Fähigkeit zur Wahrnehmung der gesamten Situation. In solchen Momenten wird für den Pflegebedürftigen offensichtlich, dass er Hilfe benötigt und er sieht somit seine Beeinträchtigungen sehr deutlich. Denn es geht dabei um komplexere Handlungszusammenhänge. Im Krankenhaus kommt noch die medizinische Therapie zum Tragen, die gewohntes Handeln verändert und in Schranken verweist. In Verbindung mit dem aktuellen Befinden der pflegenden Person und der Pflege empfangenden Personen entsteht so eine Pflegesituation, wie sie wohl kein weiteres Mal auftreten wird.

Beispielhaft sei eine Situation genannt, die in einem Krankenhaus während einer praktischen Zwischenprüfung auftrat: Eine Patientin im Alter von 85 Jahren hatte die Operation ihrer Oberschenkelhalsfraktur gut überstanden und konnte nun wenige Schritte gehen. Der Blasendauerkatheter war entfernt, sie hatte jedoch aufgrund eines Blasenspasmus Miktionschwierigkeiten. Am Morgen, als die Auszubildende die Patientin versorgen wollte, bekam sie vom Arzt ein spasmuslösendes Medikament. Nachdem sie der Patientin eine frische Windelhose angezogen hatte und ihr an die Bettkante half, äußerte die Patientin Harndrang. Da sie der deutschen Sprache nur rudimentär mächtig war, unterstrich sie ihre Aussage mit dem Zeigen auf ihre Hose. Die Auszubildende half der Patientin in diesem Moment auf den Toilettenstuhl, der mit einem Deckel abgedeckt war und keinen Topf enthielt, da sie ihn lediglich als Transportmittel zum Duschbereich gebrauchen wollte. Sie sagte der Patientin daraufhin, sie solle ruhig in die Hose machen, was sie allerdings nicht tat. In der Nasszelle angelangt wusch sich die Patientin das Gesicht und äußerte erneut Harndrang. Die Patientin stand gerade am Waschbecken und die Auszubildende wies sie an, auf den Boden zu urinieren, da sie es ja nicht bis zur Toilette schaffte. Die Patientin folgte der Anweisung und wirkte äußerst verzweifelt. Das Geräusch des auf den Boden gehenden Urins war im Patientenzimmer, in dem zwei weitere Patientinnen waren, zu hören.

Soweit in recht nüchternen Worten die Pflegesituation, wie sie sich begab. Zunächst ist die Aufgabe, wie sie sich der Auszubildenden stellte, recht einfach: Mobilisation aus dem Bett, Körperpflegeunterstützung am Waschbecken. Die weiteren Faktoren, die hier beeinflussend hinzukamen, waren von der Auszubildenden allerdings nicht bedacht worden. So ist der Umstand, dass die Patientin aufgrund eines Medikamentes plötzlichen Harndrang bekommen kann, eine wichtige Variable. Ebenso ist der geringe deutsche Wortschatz und die Notwendigkeit, sich nonverbal äußern zu müssen, ein

nicht zu unterschätzender Faktor. Für die Auszubildende kam natürlich der Faktor „Prüfung“ noch hinzu, der ihr Handeln unter eine differenzierte Beobachtung stellt. Es war der Auszubildenden im Verlaufe der – objektiv betrachtet – nur geringe Zeit dauernden Handlung nicht möglich, die Situationsveränderung wahrzunehmen und ihre Maßnahmen entsprechend zu verändern. Sie half sich auf eine Weise, die ihr in diesem Moment die einzig logische Möglichkeit erschien und konnte Alternativen nicht in Betracht ziehen. Die Konsequenz, nämlich die Peinlichkeit und Würdelosigkeit für die Patientin, die auf den Fußboden urinieren muss, hatte sie nicht denken und erst in der folgenden Reflexion realisieren können.

Das Beispiel kann aufzeigen, wie wichtig eine Heranführung an den Situationsbegriff bereits in der Ausbildung ist. Dem eingangs benannten Anspruch an Pflegende, sich jeweils neu den immer wieder einzigartigen Pflegesituationen zu stellen, kann nur entsprochen werden, wenn dies gelehrt und gelernt wird. Gleichzeitig kann die Notwendigkeit ersehen werden, sich über erlebte Pflegesituationen im Gespräch auszutauschen. Bedingungen einer Situation und Handlungsalternativen sowie -folgen lassen sich nur so gewinnbringend reflektieren, sowohl für die einzelne Pflegende als auch das Pflgeteam.

Gewohnte Denkstrukturen, nämlich nur einzelne Pflegehandlungen zu sehen und sie isoliert zu durchdenken, werden nicht zu einer Kompetenzerweiterung führen. Sie führen lediglich zu einer Liste von erlaubten und unerlaubten Handlungen, da sie scheuklappenartig wesentliche Bedingungen des Pflgetuns ignorieren und das Handeln nicht in einen Kontext stellen.

U wie Urinflasche

Die Urinflasche stellt eines der wichtigsten Arbeitsutensilien Pflegender dar. Ihr Ansehen steht jedoch proportional umgekehrt zu ihrer Bedeutung. Niemand mag sie wirklich. Patienten nehmen sie nur ungern in die Hand, eigentlich nur notgedrungen – im wahrsten Sinne des Wortes. Sobald es die Mobilität zulässt, meiden die meisten eine Benutzung dieses Gefäßes und gehen bzw. wanken zur Toilette. Somit symbolisiert die Urinflasche für Betroffene Abhängigkeit, denn nur durch unzureichende Bewegungsfähigkeit wird sie benötigt und auch nur aus diesem Grunde muss der Geruch nach Benutzung erduldet werden bis eine Pflegeperson die Entleerung und den Austausch vornimmt.

Sie stellt außerdem ein patriarchales Symbol dar, wird die Urinflasche doch fast ausschließlich nur für Männer produziert. Frauen müssen das „Steckbecken“ benutzen. Die alternative Urinflasche für die Frau ist kaum verbreitet und wahrscheinlich von der männerdominierten Industrie wenig entwickelt.

Aber nicht nur bei den Patienten nimmt die Urinflasche eine ungeliebte Stellung ein, auch Pflegende missachten diesen treuen Begleiter. Sie steht stellvertretend für „niedrige Arbeiten“ und befindet sich so auf der gleichen Stufe mit anderen wenig geachteten Utensilien (Toilettenstuhl, Waschschüssel) und Tätigkeiten (Reinigung, Fäkalienhandling). Deshalb wird der Urinflasche im Arbeitsalltag kaum bewusst Zeit gewidmet.

Wollte die Pflegende früher eher Blutentnahmen und i.v.-Injektionen durchführen als der Urinflasche und somit der Notdurft des Patienten Aufmerksamkeit zu schenken, ist in unserer Zeit der Professionalisierung und Akademisierung zu befürchten, dass der intellektuellen Auseinandersetzung mit dem Arzt Raum zugestanden wird und die Urinflasche nun dafür links liegen gelassen wird.

Die Lieblosigkeit im Umgang mit dem Utensil der Erleichterung ist außerdem anzuprangern: Ein Blick in die Spül- oder Fäkalienräume so mancher Krankenhausstation gibt Anlass zur Klage. Unsortiert liegen sie da herum oder werden achtlos im hintersten Schrank gestapelt. Für die Industrie scheint die Urinflasche ebenfalls ein unbedeutendes Objekt zu sein. Das Design ist lieblos und auf reine Funktionalität getrimmt. Das Material ist durchsichtig und farblos, nach einiger Zeit in der Reinigungsmaschine verblasst es und wirkt damit noch hässlicher. Selbst in sauberem Zustand macht die Urinflasche dadurch einen gebrauchten und schmutzigen Eindruck. Die Halterungen für die Urinflasche wirken oft billig produziert, Flaschendeckel sind mit kleinen Kettchen daran befestigt, die sich nach Monaten des Gebrauchs lösen und aufgrund ihrer Filigranität nie wieder angebracht werden.

Es ist anzunehmen, dass sich der Stellenwert der Urinflasche auch in Zukunft kaum ändern wird. Dabei könnten einfache Veränderungen die Benutzung wesentlich angenehmer gestalten. So könnte eine farbliche Gestaltung gleich viel freundlicher wirken. Schließlich wäre zur Beurteilung des Aussehens ein einfacher durchsichtiger Streifen völlig ausreichend. Verblasst das Material dann auch nicht und fühlt es sich immer glatt und sauber an, wird die Wirkung noch verbessert. Ein integrierter Deckel würde dafür sorgen, dass ein Verschluss zu jeder Zeit möglich ist, weil kein kaputtes Kettchen das Auffinden verhindert. Designstudien zur verbesserten Anpassung der Urinflasche an die Anatomie der Frau könnte für Millionen von Frauen Erleichterung bringen und Rücken- als auch Hautbeschwerden vorbeugen. Und schließlich wäre zu wünschen, dass Pflegende bewusster mit diesem für Patienten oft so notwendigen Utensil umgehen.

Aber auch ohne all diese Veränderungen kann konstatiert werden, dass die Urinflasche zu Unrecht ein Schattendasein fristet. Sie kann kein Symbol der Unterdrückung oder der Missachtung des Berufes darstellen, da sie nicht nur funktional ein zentrales Element darstellt sondern in ihrer Anwendung eines deutlich herausstellt: Es geht um menschliche Bedürfnisse und die Sorge, dass der kranke Mensch mit Würde seinen Bedürfnissen nachkommen kann. Dazu trägt Pflege bei. Und dabei gibt es keine „niedrigen Arbeiten“ sondern nur angemessene.

V wie Vorurteile

Es ist schon ein unangenehmes Wort. In einen Zusammenhang mit Pflege würde es wohl niemand gerne bringen wollen. Doch bei genauerer Betrachtung der Realität lässt sich die Existenz im Berufsfeld Pflege nicht weg- oder schönreden: Vorurteile gehören zum Berufsalltag. Aber es ist nichts berufsspezifisches. Ein Urteil über einen Gegenstand oder einen Menschen zu fällen ohne Auseinandersetzung mit dem Hintergrund ist eben etwas zutiefst menschliches. Nach dieser Feststellung können Sie also das Messer oder den Telefonhörer wieder aus der Hand legen. Betrachten wir diese Vorurteile genauer. Wozu bestehen eigentlich Vorurteile bei Pflegepersonal? Oder besser: Welche Vorurteile zeigen sich bei ihnen? Am allerdeutlichsten sind es Vorurteile gegenüber anderen Berufsgruppen, insbesondere und besonders stark der Gruppe der Ärzte. Über Angehörige der eigenen Berufsgruppe bestehen natürlich ebenso Vorurteile. Über die Patienten erst recht.

Doch der Reihe nach: Zunächst einige Gedanken über Vorurteile gegenüber anderen Berufsgruppen. Die Pflege sieht sich ja im allgemeinen als der Nabel jeder Einrichtung, in der sie tätig ist. Dies ist scheint zutiefst berechtigt im Rahmen von Pflegeheimen oder ambulanten Pflegeeinrichtungen. Denn dort geschieht ausschließlich pflegerische Versorgung. Anders stellt sich die Situation im Krankenhaus dar. Patienten erscheinen dort nicht, um eine pflegerische Versorgung zu erhalten, sondern primär zur medizinischen Behandlung. Dass es ohne Pflegeleistungen nicht geht, steht auf einem anderen Blatt. Es geht also hauptsächlich um Therapie, die zumeist zur Besserung oder Beseitigung eines Leidens - einer Krankheit - dient. Dazu treten die Therapeuten auf den Plan. Die Krankengymnasten – „ja was machen die eigentlich? Mit den Patienten über den Flur laufen kann doch jeder...“ ertönt es aus so mancher Pflegenden Mund. Auf der anderen Seite werden den Krankengymnasten Tätigkeiten zugewiesen, die auch von pflegerischer Seite aus – zumindest ergänzend - durchgeführt werden könnten, z.B. Kontraktur- oder Pneumonieprophylaxe. Es wird häufig stillschweigend angenommen, dass dies von der Berufsgruppe durchgeführt wird. Geredet wird allerdings nur selten miteinander (im Sinne einer Kommunikation über die Patienten, denn über Nebensächliches wird schon viel miteinander geredet). Und wie entnervt ist so manche Krankengymnastin zu erleben, weil keine Krankenschwester zur Verfügung steht für Informationen zu einzelnen Patienten. Oder weil sich kein Pflegender für ihre Informationen interessiert.

Verglichen mit den Vorurteilen gegenüber Ärzten ist dies jedoch ziemlich harmlos, weil den Krankenhausbetrieb nicht empfindlich störend. Über Ärzte wird bestimmt vieles gedacht, was laut ausgesprochen zu einem lange anwährenden Eklat führen könnte. Offensichtlich sind nun aber Vorurteile

zu hören, die in ihrer verallgemeinernden Art vor allem diejenigen Ärzte beleidigen, die eben gerade das Gegenteil des Vorurteils verkörpern. Einige Beispiele: Ärzte interessieren sich nicht für die Gesamtsituation des Patienten, Ärzte nehmen Pflegepersonal nicht ernst, Ärzte wälzen möglichst viel Arbeit auf Pflegende ab, Ärzte behandeln Pflegende von oben herab, Ärzte können nicht mit Patienten umgehen usw. Das hat ungefähr den gleichen Wert wie die Aussage, dass es in London immer regnet, nur dass es die Londoner nicht stört. Natürlich werden die Vorurteile nicht so offen ausgesprochen, höchstens untereinander durch Erzählungen bekräftigt. Die Auswirkungen jedoch zeigen sich in einem durch das Vorurteil geprägten Verhalten, auch wenn der tatsächlich vor einem stehende Arzt überhaupt nicht dem gefällten Urteil entspricht. Die Arbeitssituation kann empfindlich belastet werden durch das, was „zwischen den Zeilen“ ausgesagt wird. Fachlich wird alles korrekt durchgeführt, jedoch atmosphärisch tut sich ein Höllefeuer auf. Zumindest dann, wenn derartige Vorurteile zum fest eingepprägten Urteil werden.

Weitere Berufsgruppen werden natürlich auch mit Vorurteilen bedacht, was aber hier nicht ausgeführt werden kann und soll... Betrachten wir eher die Vorurteile gegenüber der eigenen Berufsgruppe. Ganz abgesehen vom allgemeinen Vorurteil über den Mitmenschen sind hier hauptsächlich solche über KollegInnen aus anderen Tätigkeitsbereichen in der Pflege zu nennen. Durch eine starre Rollenzuweisung an einzelne Pflegende werden Eigenschaften zugewiesen, die eine Vorurteilsfunktion haben. Rollen, die einem zugewiesen werden können, sind z.B. „der Pflegedienstleiter“ oder „die Oberschwester“, „die Unterrichtsschwester“ oder „die Pflegelehrerin“, „die Pflegestudentin“ oder „der Pflegewissenschaftler“. Zu allen Rollenbezeichnungen gibt es nun Charakterisierungen, reale aber auch phantasierte. Und nur diese bilden die Vorurteile.

So ist wahrscheinlich „der Pflegewissenschaftler“ jemand, der eigentlich nichts mehr mit der Pflege zu tun hat und ausschließlich damit beschäftigt ist, Theorien zu erfinden und sie der Praxis aufzudrängen. „Der Pflegedienstleiter“ findet so etwas immer ganz toll und macht Dienstanweisungen, eine Theorie eins zu eins ab morgen überall umzusetzen. „Die Unterrichtsschwester“ hat ja das Wissen sowieso gepachtet, findet das alles ganz prima und unterrichtet das den Schülern, denen der Unfug im Alltag erst mal aus dem Kopf getrieben werden muss... Das Problem an der ganzen Geschichte ist: Es wird nur wenig miteinander geredet, viel mehr übereinander. Und wenn man miteinander spricht, geschieht dies häufig aneinander vorbei, jeder benutzt die gleichen Worte und Begriffe leider mit einer anderen Bedeutung. Am dargestellten Problem wird deutlich, dass Pflegende dies tatsächlich als einen „Heimatverlust“ empfinden können, wie es Axmacher³ bereits darstellte.

³ Axmacher, Dirk: Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg u.a. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld 1991, S. 120-138

Das bislang Beschriebene wird nur selten von Patienten tatsächlich wahrgenommen, sie erleben es wohl am ehesten als Stimmungsveränderungen. Vorurteile gegenüber Patienten jedoch betreffen ihn höchstselbst. Und dies wird in der realen Pflegesituation zum beeinflussenden Moment. Gut geht es denjenigen, die sich anpassen an das Krankenhaus, das Heim oder die Organisation des Pflegedienstes sowie natürlich an die Wünsche der einzelnen Pflegeperson. Alle anderen können Pech haben und von entsprechend eingestellten Pflegenden als „renitent“ oder „unkooperativ“ dargestellt werden. Und zwar nicht nur ihnen selbst gegenüber sondern in offiziellen Dokumentationsbögen. So ziehen vorurteilsbedingte Aussagen weitere Kreise und werden im schlimmsten Fall unreflektiert von anderen als „Wahrheit“ angesehen und die Pflegehandlungen entsprechend ausgerichtet.

Vor ein großes Problem sind auch Patienten gestellt, die eine „Eigenart“ besitzen, die einer Pflegenden verpönt ist und die dies nicht reflektieren kann oder will. So könnte behauptet werden, es sei doch jedem selbst überlassen, zu entscheiden, ob man raucht oder nicht. Jedoch kann es - vorurteilsgeprägt - passieren, dass es auf einmal heißt: „Wer raucht, obwohl er lungenkrank ist, dem ist ja sowieso alles egal; dann brauche ich mich ja auch nicht anzustrengen...“.

Meine Ausführungen sind - und das ist hoffentlich deutlich geworden - natürlich nicht als objektive Wahrheit zu sehen (was im Rahmen dieser Reihe ja sowieso nicht vorgesehen ist). Vielmehr wird es so sein, dass auch bei mir das eine oder andere Vorurteil zu diesem oder jenem Satz geführt hat. Das wichtigste ist jedoch, dass dies reflektiert wird. Pflegehandeln ist ein zutiefst mit dem menschlichen Sein verbundenes Tun, das durch viele Einflüsse negativ geprägt werden kann. Vorurteile gehören dazu. Deshalb sollten Pflegende einen Schritt zurücktreten können, sich und ihre Einstellungen mit etwas Distanz betrachten und gemeinsam darüber sprechen. Damit Vorurteile bewusst werden und mit etwas mehr Hintergrundinformation zu einem Urteil werden können, das nicht verletzend oder zurückweisend ist und offen ausgesprochen werden kann.

W wie Wissenschaft

Eine alte Redewendung spricht von der „Wissenschaft, die Wissen schafft“. Nun ist das sehr einleuchtend, wenn an solche Gebiete gedacht wird wie der Mathematik, der Physik oder der Medizin. Mit diesen Wissenschaften wird jeder konfrontiert, der zur Schule geht oder ein bestimmtes Studium aufnimmt. Wie sieht es jedoch mit der Pflege aus? Woher kommt das Wissen in diesem Bereich? Eine spontane Antwort lautet wohl: Die Pflegewissenschaft. Bei tieferer Betrachtung muss jedoch festgestellt werden, dass gerade in Deutschland dieser Zweig noch sehr jung ist. Er kann also nicht all das „geschaffen“ haben, was in den diversen Ausbildungen in den Pflegeberufen gelehrt wird. Viel eher muss davon gesprochen werden, dass sich dort zum einen des Wissenskanons anderer Wissenschaften bedient wird und – vor allem – tradierte, aus Erfahrung gewonnene Sachbestände vermittelt werden. Dies leuchtet ein, wenn nach dem Ursprung der beispielhaft ausgewählten Aussage gesucht wird, die Behandlung des Gesäßes mit Eiswürfeln und Fön würde einem Dekubitus vorbeugen. Jener inzwischen veraltete Lehrsatz rekurriert auf die Biologie: Kälte lässt Gefäße verengen, Hitze erweitert sie. In einfacher Übertragung wird daraus: Wenn wir diese Methode anwenden, erhöhen wir die Durchblutung und ein Dekubitus kann nicht entstehen. Zumindest glaubte man, aufgrund zahlreicher Beobachtungen daraus eine Wahrheit zu lesen.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie verhängnisvoll eine unstrukturierte und unreflektierte Deutung sein kann. Denn als in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts Klaus-Dieter Neander damit begann, das „Eisen und Fönen“ zu untersuchen, wurde durch eine systematische Betrachtung (also Forschung) diese „Wahrheit“ widerlegt⁴. Vielleicht könnte dieses Ereignis als Beginn von Pflegewissenschaft in Deutschland bezeichnet werden, da die Ergebnisse Neanders eine starke Publizität erhielten, nicht zuletzt durch Christel Bienstein, die mit ihren Pflegefachseminaren Schlussfolgerungen für die Praxis zog und verbreitete.

Inzwischen sind die in der deutschen Pflegewissenschaft Tätigen aus dem Stadium eines „einsamen Wissenschaftlers“⁵ herausgekommen. Mit der Einrichtung von Pflegestudiengängen entstanden Professuren für Pflegewissenschaft und damit einhergehend diverse Institutionen, die Forschung betreiben. Damit wird die oben gestellte Frage, woher denn nun das gelehrte Wissen stammt, noch deutlicher. Und es muss festgestellt werden: Ein bunter Strauß aus tradierten Fakten und (wenigen) wissenschaftlich begründe-

⁴ Neander, Klaus-Dieter: Pflegerituale am Beispiel „Eisen und Fönen“. In: Bienstein, C. et al. (Hrsg.): Dekubitus – Eine Herausforderung für Pflegende. Stuttgart 1997

⁵ Clark, Terry N.: Die Stadien wissenschaftlicher Institutionalisierung. In: Weingart, Peter (Hrsg.): Determinanten wissenschaftlicher Entwicklung. Frankfurt am Main 1974

ten Aussagen bildet die Gesamtheit dessen, was als „pflegerisches Wissen“ bezeichnet werden kann.

Die Entwicklung hin zu einem überprüften Tatsachenbestand könnte nun freudig begrüßt werden. Jedoch ist bei einem Blick in die Pflegeeinrichtungen etwas anderes festzustellen: Misstrauen gegenüber der Pflegewissenschaft ist zu vermelden bis hin zur Ablehnung. Es könnte der Eindruck gewonnen werden, dass sich viele Pflegenden lieber auf ihre Erfahrung verlassen als auf Schlussfolgerungen von Menschen, die sie zum einen nicht kennen und die ja nicht mehr „am Bett stehen“. Vielleicht ist es Angst, sich von vertraut gewordenen „Wahrheiten“ trennen zu müssen, die bislang den beruflichen Alltag bestimmt haben. Letztlich kann es ja dazu kommen, dass die einzelne Pflegenden feststellen muss, ein „falsches“ Handeln zu praktizieren. Es ist nicht selbstverständlich, Pflegehandeln zu begründen und immer wieder neu zu hinterfragen. Das kann aus den Reaktionen Pflegenden gegenüber dem Begriff und der Arbeit der Pflegewissenschaft geschlossen werden.

Aber was ist denn nun eigentlich Pflegewissenschaft? Eine Definition von „Wissenschaft“ liefert der Brockhaus⁶: „...das System des durch Forschung, Lehre und überlieferte Lit. gebildeten, geordneten und begründeten, für gesichert erachteten Wissens einer Zeit; auch die für seinen Erwerb typ. methodisch-systemat. Forschungs- und Erkenntnisarbeit sowie ihr organisatorisch institutioneller Rahmen.“ Diese Definition hilft, die Disziplin der Pflegewissenschaft näher zu beschreiben.

a) Es geht um geordnetes und begründetes Wissen. Das bedeutet, dass Situationen, Ereignisse oder Gegenstände der Pflege betrachtet und Gemeinsamkeiten oder Unterschiede beschrieben werden, die letztlich Schlussfolgerungen für das Handeln oder weitere Betrachtungen bieten. Was sind aber „Gegenstände“ der Pflege? Diese Frage ist bislang noch nicht eindeutig geklärt und es ist fraglich, ob dies jemals geschehen wird. Sicher ist, dass die Beschäftigung mit dem Pflegeempfänger und die Situationen, in denen Pflege stattfindet, dazu gehören. Denn dies ist der Kern pflegerischen Wirkens: Die Interaktion mit einem Menschen, der der Pflege bedarf.

b) Durch Forschung, die von entsprechenden Instituten – z.B. Universitäten – durchgeführt wird, werden jene „Gegenstände“ systematisch betrachtet. Die Publikationen dieser Einrichtungen verhelfen dazu, die gewonnenen Erkenntnisse in die Fachwelt zu transportieren. Hier können wir wieder einen Problembereich ausmachen. Es gehört zu jeder wissenschaftlichen Disziplin, eine spezifische Fachsprache zu entwickeln. Bestimmte Begriffe werden verwendet, die sich nur demjenigen erschließen, der sich mit ihnen auseinandergesetzt hat. Dies dient der Eindeutigkeit. Es entwickelt sich also eine Sprache der Wissenschaft, die nicht mehr von den Personen im konkreten Pflegearbeitsfeld verstanden wird. Im Idealfall wird eine „Übersetzung“ wissenschaftlicher Texte von den Wissenschaftlern selbst geliefert,

⁶ Brockhaus, Der: in fünf Bänden. Bd. 5. Mannheim 1994

indem sie in bestimmten Zeitschriften einfach gehaltene Artikel veröffentlichen. Nur so kann gewährleistet werden, dass praxisbezogenes Wissen seinen Weg in die Pflegesituationen findet. Aber dieser Idealfall tritt nicht immer ein, wodurch es verständlicher Weise zu Missverständnissen und Desinteresse kommen kann. Unterstützend wirkt es, wenn in Pflegeschulen und anderen Bildungseinrichtungen diese Übersetzungsarbeit durch die Lehrenden geleistet wird. An diesem Punkt wird die Pflege in Deutschland noch lange zu arbeiten haben, damit das, was als „Theorie-Praxis-Konflikt“ empfunden wird zu einem konstruktiven Miteinander werden kann.

Eine Frage wäre noch notwendig: Für wen arbeitet die Pflegewissenschaft eigentlich? Für die Pflegepraxis oder für sich selbst? Diese Fragestellung zielt ab auf die Legitimation der Disziplin: Wer braucht sie eigentlich? An dieser Stelle wäre zu sagen, solange Pflegepraktiker ihre „Erfahrungen“ als das höchste Gut und alleinige Wahrheit ansehen, werden ihnen zum einen die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft nicht nützlich sein und andererseits werden sie nicht in der Lage sein, konstruktive Anforderungen an die Forscher zu stellen. Und: Solange Pflegewissenschaftler meinen, die Pflegepraktiker müssten sich auf sie zu bewegen und nicht umgekehrt werden sie Wissen bilden als Selbstzweck aber nicht für die Welt der Pflege.

Diese Ausführungen haben versucht, ein Bild der Pflegewissenschaft zu zeichnen, das im Rahmen dieser Reihe natürlich nur grob skizziert werden kann. Viele theoretische Überlegungen, die in der pflegewissenschaftlichen Welt diskutiert werden, könnten noch einbezogen werden und mussten hier unbeachtet bleiben. Aber vielleicht entwickelt sich in diesem Magazin eine LeserInnen-Diskussion, die weitere Aspekte beleuchtet.

Z wie Zeit

Was soll über einen Begriff geschrieben werden, der etwas benennt, das nach dem Bekunden vieler Pflegender eigentlich nicht vorhanden ist? Zeit ist eine Mangelware in der geschäftigen Betriebsamkeit pflegerischer Arbeit. Und das, obwohl die objektive Zeit immer gleich ist. Zumindest hat ein Tag stets 24 Stunden. Schwieriger wird es, wenn eine Aussage darüber gemacht werden soll, wie lange denn eine bestimmte Pflegetätigkeit dauert. Mit einer solchen Bestimmung könnte man immerhin eine Aufteilung von Pflegearbeit vornehmen. Ganz einfach gesagt: Wenn ich weiß, welche Aufgaben zu erledigen sind, wie viele Pflegende heute anwesend sind und wie viel Zeit jede Aufgabe benötigt, kann ich die Arbeit vernünftig aufteilen. Vernünftig kann hier bedeuten, dass die Arbeit „gerecht“ aufgeteilt wird (wir wollen doch nicht, dass irgendjemand zu wenig zu tun hat) und dass „der Laden läuft“ (schließlich muss alles zum Schichtende erledigt sein). Dieses logisch klingende Vorgehen wird jedoch durch eine simple Eigenschaft zunichte gemacht: Der Individualität des Menschen.

Nehmen wir als Beispiel die Körperpflege im Bett. Wie viel Zeit dafür benötigt wird hängt von einigen Faktoren ab. Zunächst ist da der pflegebedürftige Mensch. Es kann sein, dass er sich im Bett gut bewegen kann oder auch nicht. Es mag sein, dass er motiviert ist oder nicht. All das führt zu einem äußerst variablen Ablauf bei der Körperpflege, ein Waschlappen wird z.B. nicht immer in derselben Zeit bewegt. Dringende Bedürfnisse können die Waschung unterbrechen; der Darm mag sich melden und verlangt nach einem Steckbecken, der trockene Mund möchte etwas trinken oder die Schmerzen verlangen eine Pause.

Die zweite Variable ist die Pflegende. Ist sie Anfängerin, wird sie mehr Zeit auf das Nachdenken über eine sinnvolle Abfolge der Tätigkeit verwenden als eine erfahrene Pflegende. Nimmt sie Bedürfnisse des Patienten wahr, die gerade nichts mit der Körperpflege zu tun haben, wird die eigentliche Tätigkeit verzögert. Hat sie den Anspruch, dass der Pflegebedürftige den Rhythmus und die Geschwindigkeit der Körperpflege vorgibt, wird der Zeitbedarf sehr unterschiedlich sein.

Eine dritte Variable stellt die Umgebung dar. Nehmen wir an, die Körperpflege findet im Krankenhaus statt. Nur wenige Pflegende sind an diesem Morgen auf der Station. Das Telefon klingelt. Vielleicht muss die Pflegende den Patienten für einen Moment verlassen, um das Telefon erreichen zu können. Oder ein Arzt tritt in das Zimmer ein und benötigt eine Information oder möchte eine dringende Untersuchung durchführen. Solche Störungen haben einen direkten Einfluss auf das Zeitmanagement.

All das zusammen führt dazu, dass ein und dieselbe Tätigkeit mit äußerst unterschiedlichem Zeitbedarf durchgeführt werden kann. Neben diesem

kleinen Beispiel ließen sich noch viele weitere aufführen. Es ist also sehr schwer, Pflege genau in ihrer zeitlichen Dimension zu planen. Dies verlangt von Pflegenden eine hohe Flexibilität und gleichzeitig Stringenz, da die Aufgaben, die durchgeführt werden müssen, recht genau bekannt sind und das Ende der zur Verfügung stehenden Zeit auch. Das, was erlebt wird, drückt sich dann in den Worten „Ich habe gar keine Zeit für die Pflege!“ aus. Mit welchen Strategien könnte man dieser Situation begegnen?

1) Mit einer sorgfältigen Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und Einschränkungen ließen sich durchzuführende Pflegemaßnahmen besser feststellen. Einschätzungsinstrumente – sogenannte Skalen – können hier eine Unterstützung geben. Möchte ich zum Beispiel wissen, welche Art von dekubitusprophylaktischen Maßnahmen sinnvoll sind, kann eine entsprechende Skala zur Erkennung des Dekubitusrisikos sinnvoll sein. Oder mittels einer bestimmten Skala wird festgestellt, ob ein Patient sturzgefährdet ist. Stufen solche Skalen (über ihre Zuverlässigkeit kann an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden) Patienten als gefährdet ein, können Maßnahmen geplant werden. Umgekehrt gilt, dass bei Nichtgefährdung keine Maßnahmen durchgeführt werden müssen. Im Gegensatz zu einem Verfahren, in dem alle „über einen Kamm geschert“ werden, ließen sich hier Zeitpotentiale freisetzen durch Nichtdurchführung von Maßnahmen, die nicht notwendig sind.

2) Eine Anpassung pflegerischer Tätigkeiten an individuelle Bedürfnisse mag den Zeitaufwand verkürzen. So ist es möglicherweise von Pflegebedürftigen nicht immer erwünscht, eine komplette Ganzkörperwaschung durchzuführen. Wie oft ist von Patienten zu hören „Die Beine brauchen wir nicht zu waschen, die habe ich gestern gewaschen.“ Eine „Übersorgung“ von Patienten bei Tätigkeiten, die Pflegenden als zwingend notwendig bezüglich ihrer vollständigen Vollendung betrachten, könnte durch einen situations- und bedürfnisorientierteren Blick vermieden werden.

3) Die Verteilung von Pflegemaßnahmen über den Zeitraum eines ganzen Tages erscheint dann sinnvoll, wenn z.B. die Vormittags- und Nachmittagsdienste unterschiedlich ausgelastet sind. Während am Morgen die Pflegenden nicht wissen, „wo ihnen der Kopf steht“, kommt es am Nachmittag zu Leerlaufzeiten. Hier stünde Zeit zur Verfügung, die Nagelpflege durchzuführen, die am Morgen nur in Eile möglich ist.

Auch wenn diese Strategien plakativ wirken mögen: Es wird deutlich, dass in Pflegeteams offen über das Phänomen der Zeit gesprochen werden muss und realistische als auch unkonventionelle Maßnahmen getroffen werden sollten. Damit dem Patienten keine Zeit „geklaut“ werden muss und die Pflegenden der Zeit nicht hinterher laufen müssen.

Vielleicht wäre dann ein wenig mehr von ihr vorhanden, von diesem kostbaren Gut – der Zeit.