

Pflege verlangt nach lebensweltorientiertem Blick

Angeregt durch die Überlegungen von Hans-Georg Benzmann in Die Schwester/Der Pfleger 1/97, der ein ganzheitliches Rahmenkonzept für Pflege vorgestellt hatte, plädiert der Autor für eine professionelle Pflege, die den Patienten in seinen unterschiedlichen Bezügen zur Lebenswelt wahrnimmt. Mit dem Rüstzeug wissenschaftlicher Methodik sei praktische Pflege in der Lage, sich zu emanzipieren und den Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt einer professionellen Dienstleistung zu stellen.

Pflege ist, so die WHO-Referentin Hall 1981, eine *grundlegende Tätigkeit des Menschen*. Pflege bezieht sich auf den wichtigen und allgemeinen Teil der Behandlung. Sie dient somit der maßvollen Ausgleichung der Grundbedürfnisse des Menschen. Allerdings fehlt der Pflege *ein allgemein anerkannter Bezugspunkt, auf den sich Pflegekräfte, Ärzte und Patienten gleichermaßen berufen können*.

Meiner Meinung nach ist Gegenstand der Pflege der pflegebedürftige Mensch. Gegenstand der Medizin dagegen ist der kranke Mensch oder – in der ungünstigen Betrachtungsweise – das kranke Teil eines Menschen.

Pflege ist Dienstleistung und professionelle Hilfe für den Menschen mit seinen sozialen, physischen, psychischen und biologischen Defiziten!

Pflege beschäftigt sich mit Hilfe bei Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Mensch ist eine physiologische Frühgeburt und für viele Jahre hinweg abhängig von der ständigen Zuneigung und Versorgung durch andere Personen.

Pflege ist soziales Handeln

So gesehen ist die Pflege von Kranken zugleich eine Beschäftigung mit den wichtigsten Lebensphasen von Persönlichkeitsentwicklung. *Mischo-Kelling* betrachtet in ihrem psychodynamischen Ansatz *die Förderung des Menschen in seiner Persönlichkeitsentwicklung als eine pflegerische Aufgabe*. Die heutige Pflegepraxis ist sich dieser Aufgabe nur bedingt bewußt. In der Ausbildung wird auf diese Problematik nur wenig Wert gelegt. In der Praxis wird auf Alltagswissen gesetzt; die Anwendung von diesem erreicht sehr früh ihre Grenzen. Professionelles Handeln ist nicht möglich, wenn wir uns auf alltägliches Wissen begrenzen. Umfassende Pflege verlangt nach einem lebensweltorientierten Blick.

Ich führe an dieser Stelle bewußt einen Begriff aus dem Gebiet der Sozialen Arbeit ein und erläutere ihn in den folgenden Punkten. Ich sage bewußt nicht ganzheitlich, da darunter der Holismus verstanden werden kann. Holismus bezieht sich aber auf das Ganze der Welt, darunter versteht man

ein geschlossenes System, dessen Teile zusammenhängen und wechselwirken. Entsprechende Konzeptionen treten sowohl in einer mystischen, esoterischen, aber auch in einer dialektisch-wissenschaftlichen Form auf.

Keiner weiß genau, was das ist: die Ganzheitlichkeit. So zählt *Benzmann* allein sieben unterschiedliche Definitionen auf und meint, daß es einer hausinternen Erläuterung bedürfe.

Für die Praxis ist meines Erachtens die Ganzheitlichkeitsforderung eine Phrase, hier beißt sich der Hund in den Schwanz. Den Patienten in seinen vielfältigen Beziehungen sehen zu wollen, bedeutet somit eine bewußte Reduzierung der widersprüchlichen Zusammenhänge auf wesentliche und damit erkennbare Strukturen.

Gefällt mir zwar der oft weltanschaulich gebrauchte Begriff nicht, so wird er doch oft benutzt. *Benzmann* nennt fünf Eckdaten für ein ganzheitliches Rahmenkonzept. Allerdings könnte ich mir die von ihm genannten fünf Punkte als Ausgangsverständigung für meinen geforderten lebensweltorientierten Blick in der Pflege vorstellen.

Ressourcen aufspüren und sich als Anwalt der Kranken verstehen

Dieser lebensweltorientierte Blick bedeutet dann auch, in der Praxis der Pflegeanamnese größere Bedeutung zuzumessen, heißt, Ressourcen bei den Patienten aufspüren zu wollen und zu können, Stärken als Ansatzpunkte für Veränderungen und damit für Gesundheitsprozesse zu erkennen.

Der lebensweltorientierte Blick als Arbeitsanleitung der Pflege erweitert die Handlungsräume der beruflich Tätigen.

Darunter ist die Stärkung der individuellen und sozia-

len Ressourcen zu verstehen.

Für die Arbeit mit Kranken hieße dies zunächst, deren Lebenswelt zu akzeptieren und gleichzeitig deren Unzulänglichkeiten zu erkennen. Letzteres aus Gründen falsch verstandener Autonomie zu übersehen wäre ebenso falsch.

Die Pflegekraft, die sich vorrangig als Anwalt der Kranken versteht (das sollte meiner Meinung nach so sein), stößt schon recht früh an Grenzen. Es ist an vielen Stellen nicht möglich, adäquate Hilfe zu leisten. Die notwendige Konsequenz daraus liegt in einer Veränderung der Struktur im derzeitigen Gesundheitswesen mit der Maxime der Einmischung.

Die Pflege sollte so organisiert sein, daß sie sich am Alltag der Patienten orientiert.

Dies ist eine sehr aufwendige Aufgabe, da der Alltag sehr unterschiedlich sein kann und die Maßnahmen individuell festgelegt werden müssen.

Innerhalb der Krankenhausorganisation steht unverständlicherweise nicht die Pflege im Zentrum. *Die Belange der Station, von denen man erwarten könnte, daß sie infolge ihrer zentralen Stellung in der Krankenbehandlung Vorrang bei der Reglementierung von Abläufen genießen müßten, werden als letzte berücksichtigt. Nicht die Station, von der der Tagesablauf der Patienten den Ausgang nimmt, gibt den Rhythmus vor; in den sich andere Abteilungen einzugliedern haben, sondern die Station hat sich dem Rhythmus (den Arbeitszeiten, der Zeitplanung) der übrigen Abteilungen anzupassen (Erkeles)*. Für Pflege, die starre Kriterien hat und ständig fremdbestimmt definiert wird, führt der Anspruch, patientenzentriert arbeiten zu wollen, schon zu einer veränderten Struktur.

Eine andere Maxime der lebensweltorientierten Pflege ist die Partizipation der Patienten. Moderne Pflege will den mündigen Patienten!

Lebensweltorientierte Pflege beinhaltet Maxime wie Einmischung, Integration oder auch Partizipation der Patienten.

All dies ist verbunden mit hohen Ansprüchen an die Pflege und namentlich an die Pflegekraft.

Eine lebensweltorientierte Pflege braucht Souveränität im Entscheiden und im Handeln.

Die Maßnahmen der Pflege erfordern in der pluralisierten, individualisierten Gesellschaft entsprechend der konkreten Gegebenheiten genaue Planungen. Alte Regeln und mit ihnen traditionelle Normvorstellungen sind nicht mehr verlässlich.

Die Pflege der Patienten ist die - gemessen im Gegenstand der Medizin - wichtigste Tätigkeit im Krankenhaus. Paradoxerweise sind an diesen Stellen die weniger qualifizierten Helfer.

Die Pflege ist am nächsten dem Patienten. (Den Begriff Patient finde ich unglücklich, da man mit diesem Begriff des „Leidenden“ in erster Linie das Verhältnis zum Arzt bestimmt, außerdem entmündigt man damit die Person. Schließlich sei darauf hingewiesen, daß nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege, eine unserer sechs Aufgaben heißt: *„Anregung und Anleitung u gesundheitsförderndem erhalten, wir haben es voraus nicht nur mit Patienten zu tun.“*)

Eine patientenzentrierte Medizin muß dies beachten. Möglicherweise sind herrschende Hierarchienordnungen, die prinzipiell vertikal ausgerichtet sind, möglicherweise auf den Arzt zugeschnitten,

nicht aber auf das pflegebenötigende Individuum. Vertikale Strukturen bedeuten, daß am Ende der Patient steht, oder aus einem anderen Blickwinkel: der Patient steht neben den Strukturen. Die im Krankenhaus Tätigen verstehen sich nur bedingt als Team. Qualifizierungsbestrebungen in der Pflege gehen oft in die Richtung, den Pflegekräften ärztliche, handwerkliche Fähigkeiten zu übertragen, nicht aber in die Richtung, die Kompetenz der Pflege zu erhöhen. An diesem Prozeß beteiligen sich viele Pflegekräfte nur zu gern, da gerade die ärztliche Tätigkeit als besonders wertvoll betrachtet wird. Ich denke, daß eine patientenorientierte Pflege nach Teamgeist ruft, sie verlangt das gleichberechtigte und vernetzte Miteinander der Helfenden, sie braucht dazu Souveränität im Entscheiden und Handeln.

Pflege braucht selbstbewußte Pflegekräfte in klarer Abgrenzung zum Mediziner.

Die Bedingung dafür ist die Qualifizierung und Professionalisierung der Pflege. Deswegen muß sich die Pflege meines Erachtens innerhalb des Gesundheitswesens emanzipieren. Das Verständnis, sich gegenüber den Medizinern ständig legitimieren zu müssen, ist falsch. Richtiger wäre es, dies gegenüber den Patienten zu tun. Eine Professionalisierung mit erweiterten Handlungskonzepten zeichnet sich notwendigerweise auch hier ab.

Theoretisches Wissen anwenden

Für die Pflege sind Fragen der Einschränkung von Autonomie, der Bewältigung von Lebenspraxis und der Beschädigung von Gesundheit zentral. Diese stehen im Vordergrund von Pflege als Wissenschaft. Die Alltagspraxis kann nur verbessert werden durch die

Anwendung von theoretischem Wissen und der Reflexion des Einzelfalles. Diese Kenntnisse müssen bei der Ausbildung vermittelt werden und von dort in die Alltagspraxis transformiert werden. Ohne Theorie kann sich die Praxis nicht weiterentwickeln. Dies müssen auch wir, die Vorhaben, in der Praxis zu arbeiten, erkennen. Wobei ich sogar glaube, daß die in der Praxis Pflegenden gerade diese Theorie einfordern müssen, wenn sie den Anspruch haben, für eine humanitäre Pflege tätig sein zu wollen.

Die Chance für die Weiterentwicklung der Pflege sehe ich darin, daß die durch die Arbeitsteilung in der Medizin entstandene Pflege sich wiederum als Negation der Arbeitsteilung weiterentwickelt, wobei wesentliche Elemente der Sozialen Arbeit, der Soziologie und der Psychologie mit einfließen sollten. Wenn man so will, liegt hier im philosophischen, Hegelschen Sinne eine Negation der Negation vor, eine Weiterentwicklung auf höherem Niveau.

Pflegerische Praxis bedarf der Pflege als Wissenschaft, auch wenn die Verwissenschaftlichung der Pflege erst einmal eine Kluft zwischen den Praktikern und Theoretikern schaffen würde.

Der Grundstein auf dem Wege der Professionalisierung wird in der wissenschaftlichen Forschung und Ausbildung selbst gelegt. Und doch erwarte ich mir letztlich davon auch eine Rückkoppelung für die praktische Ausbildung und die Fähigkeit, die eigene Praxis zu überprüfen. Pflege muß wissenschaftstheoretisch überprüfbar sein, wenn sie professionell sein soll.

Das in den Krankenpflegeschoolen vermittelte Wissen reicht nicht mehr aus. So ist

Ralf Singel zuzustimmen, der in Ergebnis einer Analyse der Krankenpflegeausbildung resümiert: *Der Zustand des theoretischen Unterrichts läßt sich allgemein als „Bildungsnotstand“ im Bereich der Krankenpflege beschreiben. Dabei meint Notstand nicht die Menge gelehrten und gelerntem Wissens in den verschiedenen Fächern, sondern die fehlende Herausbildung eines eigenständigen Verständnisses und Bewußtseins von Pflege.*

Meiner Meinung nach müßten die Auszubildenden in die Lage versetzt werden, sich über methodische Verfahren der gesellschaftlich bedingten und auch spezifischen Lebenswirklichkeit der Patienten annähern zu können.

Methoden und Formen, dies zu erlernen, können Konzepte der Feldforschung sein, so zum Beispiel die teilnehmende Beobachtung, narrative Interviews, Explorationen mit dem Erwerb von Wissen über gesellschaftliche und strukturelle Bedingungen, über lokale Besonderheiten mit anschließender Evaluation. Hierbei Grundkenntnisse zu erwerben, muß eine zentrale Aufgabe der Ausbildung sein. Nur so wird die Pflegekraft in ihrer Berufstätigkeit rekonstruktiv tätig sein können. Damit würde die Ausbildung zumindest das Niveau einer Fachhochschule erreichen.

Zusammenhänge verstehen lernen

Zu den beruflichen Kompetenzen zählen das hermeneutische Fallverstehen und die stellvertretende Deutung.

Das Fallverstehen wird um das typologische Verstehen ergänzt, da der Alltag über individuelle Zusammenhänge auf Typisches verweist. Es werden über das Individuum hinaus soziale Gemeinsamkeiten gesucht, um über die Bildung von Idealtypen zum besseren Verstehen von Zusammenhängen zu gelangen.

Nancy Roper kommt...

„Ich will
pflegen!“

Karlsruher
PFLEGEKONGRESS

KONGRESS- UND AUSSTELLUNGS-
ZENTRUM KARLSRUHE, KKA

3./4. MARZ 1998

Referate, Workshops,
Fachausstellung und viel
Spaß zur Zukunft der
Pflege.

Die Themen sind:

1. Alternative Pflege-
methoden
2. Mobbing
3. Qualitätssicherung
4. Bachblütentherapie
5. Sucht am Arbeitsplatz
6. Begleitung im Sterben
und viele weitere.

Erfahren Sie die Grand
Old Lady der Pflege,
Nancy Roper, live!

HOTLINE: 077 32/525 73

FAX: 077 32/532 66

Veranstalter: Zeitschrift Pflege, Media-Pflege
Hilfstr. Passage 5/6, 76118 Heidelberg

Jetzt informieren und anmelden!

Ja, bitte schicken Sie mir weitere Informationen und Anmeldeunterlagen.

Name

Adresse

Telefon/Fax

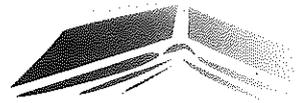
Die stellvertretende Deutung bezieht sich auf biographische Muster und will Defizite des Handelns bewußt machen. Eine so verstandene Pflege beinhaltet dann sowohl ein verantwortungsbewußtes ethisches Handeln wie auch ein theoriegeleitetes Handeln.

Im Mittelpunkt einer professionellen Pflege steht der Mensch in seinen kulturellen, ökonomischen, sozialen, ökologischen und politischen Bezügen.

Ob dieser Anspruch an die Pflege angesichts der aktuellen Gesundheitspolitik, die im Netz der Medizinindustrie verstrickt zu sein scheint, realisierbar ist, bleibt fraglich.

Pflege ist keine Berufung, Pflege ist nicht der Platz, an dem mit Helfersyndrom ausgestattete, mildtätige Schwestern Gutes tun, um so ihre eigenen Probleme auf Kosten der Patienten zu überdecken, Pflege sollte sich als Anwalt der Kranken verstehen, Pflege ist eine Dienstleistung für Kranke in speziellen und zur Gesundheitserhaltung im allgemeinen von gut ausgebildeten Profis.

Alle Bemühungen in diesem Sinne werden allerdings nur dann gelingen, wenn sich Pflege – wie das Gesundheitswesen überhaupt – als ein attraktives Dienstleistungsunternehmen präsentiert. Dies wird erst dann der Fall sein, wenn Patienten die gleiche Freundlichkeit, Beratung und Wertschätzung erhalten und erfahren wie Kunden, die ein Reisebüro aufsuchen.



BENZMANN, HANS-GEORG: Ganzheitlichkeit – was ist das? in Die Schwester/Der Pfleger 36. Jahrg. 1/97

Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen, 22. Jahrgang, Nr. 105. Frankfurt, Januar/Februar 1997

ELKELES, THOMAS: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt am Main 1994

SINGEL, RALF: Eine/r für alles – berufliche Sozialisationsprozesse der Schüler in der Krankenpflegeausbildung in Bals, Thomas (Hrsg.). Was Florence noch nicht ahnen konnte: neue Herausforderungen an die berufliche Qualifizierung in der Pflege. Melsungen 1994

MISCHO-KELLING, MARIA: Grundzüge einer Theorie der Pflege in der Chirurgie in Karavias, Theophanis und Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.): Chirurgie und Pflege. Stuttgart, New York 1994

Anschrift des Verfassers:

Hans Michael Quetting,
Lernpfleger
Krankenpflegeschule
Knappschaftskrankenhaus
Sulzbach
An der Klinik 10
66280 Sulzbach

Schlüsselwörter: Lebenswelt, Souveränität, patientenzentrierte Medizin, Professionalisierung, Definition Pflege