

Thesen zur Krankenpflege

Bei meiner Arbeit als Krankenpflegeschüler im Krankenhaus begegnen mir die Menschen oft an einem Schnittpunkt ihres Lebens: zwischen dem, was sie bisher als ihr normales Leben gelebt haben und dem, was ihr/e Körper/Seele jetzt bereit ist, unter Zuspitzung von Lebensumständen mitzumachen. Die Krankheit gibt ihnen ein ungeschminktes Signal über ihre wirklichen Lebensumstände und ihre wirkliche Lebens-Zufriedenheit. Um seine Krankheit zu überwinden, muß der Mensch sich auf bisher unbekannte und unvertraute Zusammenhänge im Krankenhaus einlassen. Hier soll ihm ja geholfen werden.

Die Behandlung und Pflege hat dabei ihre traditionellen Methoden und ein Menschenbild, das ich an einem relativ beliebigen Beispiel kurz erläutern will.

»Die Selbstmessung des Blutdrucks erleichtert bei kooperativen und verständigen Kranken die optimale Blutdruckeinstellung wesentlich«¹⁾, heißt es in einem Lehrbuch für Krankenpflege. Daß diese Feststellung eher der ambulanten Pflege zuzuordnen ist, tut hier nichts zur Sache.

Die Äußerung suggeriert, daß es auch nicht-kooperative und unverständige Kranke gibt, eine Haltung, die in der Praxis bei vielen Medizinern und Pflegekräften anzutreffen ist: Die Patienten sabotieren eher ihre Behandlung als sie zu unterstützen, sind zumindest gleichgültig, sie können keine Einsicht in die 'objektiven Notwendigkeiten' der Medizin haben. Diese hat ein Sachwissen und eine Sachkompetenz, die unangetastet bleiben muß. Der »kooperative und verständige Kranke« kann zwar seinen eigenen kleinen Beitrag zur Genesung leisten, die eigentlichen, wahren und wesentlichen Zusammenhänge bleiben ihm aber verborgen. Mit dieser Unterstellung wird die Verantwortung für Heilungserfolge entweder verobjektiviert oder dem Individuum zugeschoben. Eine eigene konstruktive Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Krankheit, Aufklärung und das Aufdecken von Zusammenhängen wird ausgeblendet. Medizin/Pflege macht sich somit unangreifbar, riegelt sich gegen laienhafte Fragen und Kritiken ab.

Diese alltägliche Praxis v.a. auch bei der Krankenhausbehandlung wird — oberflächlich betrachtet — durch das Verhalten vieler Patienten bestätigt, die sich ergeben in die Behandlung einfügen — man sollte sich selbst beim Arztgang 'mal überprüfen' — bzw eine Gleichgültigkeit zu den sie zentral betreffenden Sachverhalten demonstrieren, ('es ist besser, ich weiß nicht, was auf mich zukommt...') die bei tieferem Bohren z.T. recht brüchig ist.

Hier wird eine alltäglich anzutreffende opportunistische Haltung ins Krankenhaus hinein verlängert und unter einer manchmal existenziellen

Bedrohung noch verstärkt.²⁾

Der hieraus resultierende Ansatz von Pflege, wie er in vielen Abhandlungen und Lehrbüchern zu finden ist, sieht den Patienten letztendlich als passives, hilfsbedürftiges Objekt, Pflege als Hilfeleistung und auch patientenzentrierte Pflege als 'absolute Hilfeleistung' setzt nur oberflächlich an den Bedürfnissen des Kranken an.

Eine Alternative zu den bestehenden Konzeptionen bietet sich m.E. über den von Ute Holzkamp-Osterkamp entwickelten Begriff der »gesellschaftlichen (kooperativen) Integration«:

»Da die Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen nur über die gesellschaftliche Integration verbessert werden kann, sind die Aufhebung der Abhängigkeit von anderen Menschen und die Erhöhung der Selbstbestimmung auf der einen Seite und die ständige Erweiterung der kooperativen sozialen Beziehungen auf der anderen Seite nur zwei Aspekte des gleichen Entwicklungsprozesses als Einheit von zunehmender Selbständigkeit und erhöhter Bezogenheit auf die anderen Menschen zugleich,«³⁾. Pflege kann einen neuen Inhalt erhalten, wenn wir durch sie mit dazu beitragen, daß das Individuum durch »motiviertes Handeln die Not des Ausgeliefertseins an zufällige Situationen überwindet⁴⁾. Für den Patienten heißt das, daß das Krankenhaus ihn befähigt, seine verlorengegangene Handlungsfähigkeit auf einer ersten Stufe wiederherzustellen. Für das Personal würde das eine Neubestimmung des Selbstverständnisses und Berufsbildes bedeuten, welches mit dem alten Bild von Aufopferung, Hingabe und Hilfeleistung nicht mehr zu vereinbaren wäre, auch weil dies krankmachende Lebenshaltungen sind. Im Vordergrund stünde das gemeinsame Ziel, mehr Verfügung über die Lebensumstände zu gewinnen.

Die Neubestimmung von Krankenpflege müßte von folgenden Prämissen ausgehen:

Gesundheit/Krankheit wird in unserer Gesellschaft oft als etwas relativ zufälliges erlebt (höchstens Einfluß durch sog. gesunde Lebensweise, Trimm-dich, usw.), sie und der Genesungsprozeß sind eher Schicksalsfragen, als daß man in unserer Gesellschaft darüber verfügen kann. Der Versuch, sich im Krankheitsfall selbst zuhause im vorhandenen sozialen Bezugssystem zu helfen, scheitert oft wegen fehlendem Wissen, fehlender ambulanter Versorgung usw. Im Fall einer schweren Erkrankung wird die Verantwortung für die Überwindung dieses Zustandes an andere Menschen und Institutionen abgegeben. Der Patient wird zum Patient: ein passives, geduldiges Wesen.

Für die Pflege ergibt sich aus dem oben Gesagtem eine neue Schwerpunktbestimmung. Zur Grund- und Behandlungspflege kommt hinzu die gemeinsame Planung der Pflege mit dem Patienten einschließlich der Planung, Besprechung und Auswertung von Diagnostik und Therapie — der Arzt müßte folglich ins Team integriert sein. Beim Patienten müßte eine

entsprechende Fragehaltung, Neugier und Interesse, sofern nicht vorhanden, gefördert und gefordert werden.

Pflegeplanung

Für eine Pflegeplanung sind folgende Aspekte zu konkretisieren:

— Was ist mit dem Patienten geschehen bevor er ins Krankenhaus kam? Die Sozialanamnese soll ein umfassendes Bild von dem Patienten geben und eine Einordnung der Erkrankung in seine psychische und soziale Lebensgeschichte ermöglichen. Die Pflegeplanung soll somit bewußt auf das »Vorher« und »Nachher« bezogen sein.

— Wo liegen die Pflegeprobleme bei dem Patienten bezogen auf sein spezifisches Krankheitsbild? Die Pflegenamnese erarbeitet dazu die jetzige psychische und physische Situation des Patienten, seine Schwierigkeiten im Umgang mit seiner Erkrankung und seiner Situation im Krankenhaus. Dazu gehört auch die Frage nach den Fähigkeiten des Patienten, auf die wir uns noch stützen können. Außerdem müssen die Aspekte des Verhaltens des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit erhoben werden, die über die medizinisch-medikamentöse Seite hinausgehen — wo wir z. B. Einstellungsveränderungen des Patienten für wünschenswert halten.

— Damit ist der »pädagogische« Aspekt der Pflegeplanung angesprochen. Man könnte die Frage so formulieren: wo können wir und wo wollen wir Einsichten und Erkenntnisse bei dem Patienten fördern? Die Erarbeitung diesbezüglicher Pflegeziele hängt natürlich vom Schweregrad der Erkrankung ab und der Bereitschaft des Patienten, sich auch fördern zu lassen. Hier ist m.E. aber für die Krankenpflege ein besonders interessanter Aspekt, weil die praktische Umsetzung erfordert, daß man mit psychosozialer Kompetenz und fachlichem Wissen jeweils auf die individuelle Situation des Patienten eingeht. Eine solche Herangehensweise stellt also von sich aus einen dynamischen Faktor dar und ist ein Gegenspieler gegen Gewohnheit, Routine und Langeweile im Krankenhausalltag.

Bei der Planung muß uns also klar sein, daß selbst unter den Bedingungen der heutigen Krankenhausstrukturen der Patient immer noch Handlungsalternativen besitzt. Er kann sich für oder gegen etwas entscheiden — z.B. beim Tagesablauf, bei der Behandlung, Ernährung, Entlassung — und kann auch mit Information und Wissen und dem entsprechenden Rückhalt (durch uns) Entscheidungen durchsetzen. Eigene Fähigkeiten und Energien des Patienten werden oft mit einem Schwall von Hilfeleistung zugedeckt und der Patient macht geduldig und zufrieden mit, weil er es nicht anders kennt. Indem wir dem Patienten gezielt und geplant Wissen und Informationen anbieten, können wir diesen Kreislauf vielleicht ansatzweise durchbrechen.

Ein letzter Aspekt bei der Pflegeplanung ist die Enbeziehung der Familie/Angehörigen, um eine adäquate Weiterpflege zuhause zu sichern, dazu

gehört das Üben von Betten, Lagern, Prophylaxen, Spritzen im Krankenhaus mit den Angehörigen, aber auch die Aufklärung über ambulante Versorgungseinrichtungen, Rehabilitationorganisationen und Selbsthilfegruppen.

Eine Schwachstelle meiner Ausführungen ist sicher das Aufzeigen von praktischen Konsequenzen, weil mir erstens die Erprobung und Diskussion meiner Vorstellungen kaum möglich war und zweitens ein Teil meiner Vorschläge kein »eigenes Profil« hat; soll heißen, sich nicht von den Elementen der Pflegeplanung, wie sie z.B. im Rahmen des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) diskutiert wird, unterscheidet. Zur Klärung dieser Problematik wäre z.B. eine intensive Auseinandersetzung mit dem »Übungsprogramm für die innerbetriebliche Fortbildung — Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation« von Renate Reimann notwendig ⁵⁾. Es wäre eventuell vergleichend herauszuarbeiten, wo meine doch grundsätzlich andere theoretische Herangehensweise, die auf den ersten Blick sehr plausibel klingenden Vorschläge von Reimann in einem neuen Licht erscheinen lassen.

Was auf den ersten Blick bei ihr sehr auffällig ist, ist die Bedeutung, die das »individuelle Individuum« besitzt. Unter dem Stichwort Pflegequalität wird u.a. formuliert »Seine (des Pat., der Verf.) Unabhängigkeit wird gefördert. Er wird mit der größtmöglichen Selbständigkeit in seiner persönlichen Lebensführung entlassen,« ⁶⁾. M.E. sollte aber gerade die Einsicht in Abhängigkeiten gefördert werden, denn Krankheit/Gesundheit ist von sehr vielen Faktoren abhängig, die nur bewußt und im solidarischen Bezug auf andere beeinflußt werden können. Die »Selbständigkeit in seiner persönlichen Lebensführung« ist die Verbreitung einer Illusion, denn die Behauptung leugnet eine reale Abhängigkeit von Gesellschaft. Das Erkennen von Handlungsalternativen zur Verbesserung der Lebenssituation kann gerade bedeuten, sich auf andere einzulassen.

Überlegungen zum Pflegesystem

Die Neubestimmung des Inhalts von Krankenpflege würde das Pflegesystem und den Arbeitsalltag auf Station grundsätzlich verändern. Im Vordergrund stehen nicht mehr die gewohnten Routinetätigkeiten, Medikamente stellen und austeilen, Botengänge machen etc., an die sich gerne geklammert wird und die vom Personal als relativ wichtig eingestuft werden — diese Tätigkeiten sind eher die »Begleitmusik«.

Der neue Schwerpunkt ist das Arbeiten an der Einbezogenheit und Informiertheit des Patienten in die und über die Pflege, bzw. diese Aspekte gewinnen einen eigenständigen Stellenwert als Pflege. Um Veränderungen im Krankheitsbild des Patienten systematisch zu erfassen, Entwicklungsprozesse voranzutreiben und auch einen zunehmenden Eigenanteil des Patienten am Genesungsprozess kontinuierlich zu überprüfen, ist das Formu-

lieren von Pflegezielen sinnvoll. Pflege darf nicht das sein, was man jeden Tag automatisch macht, sondern muß gezielt geplant werden, wobei eine optimale Kommunikation im Team stattfinden muß. Daraus ergibt sich zwangsläufig, daß ein Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem auf Station eingerichtet werden muß. Weitere neue Schwerpunkte der Pflege sind regelmäßige Teambesprechungen, eine Art Bezugspersonensystem und eine Pflegevisite, auf die ich noch weiter unten näher eingehen möchte.

Um für diese Arbeiten Zeit zu haben (auch im Rahmen der augenblicklich knappen Personalsituation) und dem Personal nicht zusätzlich neue Belastungen aufzubürden, müßte die schon oben genannte Umstrukturierung des Arbeitsablaufs auf Station vorgenommen werden.

Es ist natürlich ein heikler Aspekt, im Rahmen der im Augenblick laufenden Diskussion über Kostendämpfung im Gesundheitswesen Überlegungen anzustellen, wie Patienten — v.a. was die reinen Serviceanteile unserer Arbeit anbetrifft — mehr in bestimmte Tätigkeiten miteinbezogen werden können. Es sprechen zwei Gründe dafür, dem Patienten mehr Verantwortung als bisher zu übertragen:

1. Der Patient soll zur Selbstständigkeit angeregt werden; »kooperative Integration« bedeutet auch das selbst aktiv werden und sich gemeinsam mit den anderen Patienten um die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zu kümmern. Es spricht nichts dagegen, daß gehfähige Patienten mehr als bisher mobilisiert werden, damit sie sich z.B. Tee selbst kochen und ihre Betten selbst machen, (gerade auf Männerstationen könnte hier noch so manche fruchtbare Initiative erfolgen).

2. Dieser Vorschlag darf natürlich nicht zur weiteren Kostendämpfung im Gesundheitswesen mißbraucht werden, sondern soll dem Personal mehr Spielraum für die wichtigen Aufgaben, wie Anamneseerhebung, Pflegeplanung, Beratung und Aufklärung geben, z.B. bei der *Pflegevisite*.

Bei der *Pflegevisite* soll — eventuell im 2-Tages-Abstand — die für ein Zimmer zuständige Pflegeperson oder Bezugsperson über folgende Punkte mit dem Patienten sprechen, wobei dem Patienten möglichst viel Spielraum für eine eigene Bewertung seines Zustandes gegeben werden sollte:

- Auswertung des bisherigen Pflegeverlaufs
- aktuelles Befinden
- geplante weitere Pflegemaßnahmen und Absprache über deren organisatorischer Umsetzung
- durchgeführte und geplante Maßnahmen im diagnostischen und therapeutischen Bereich

Eine besondere Bedeutung kommt bei der *Pflegevisite* der kompetenten Gesprächsführung durch das Personal zu. Sie sollte nicht darauf hinauslaufen, dem Patienten gerade einmal Verständnis und Zuwendung zu vermitteln, sondern sollte eine bewußte und von den Pflegezielen abhängige Auseinandersetzung mit dem Patienten sein.

Ich möchte nun an einem kurzen Beispiel erläutern, inwieweit für mich aus dem bisher gezeigten veränderten Selbstverständnis von Pflege eine veränderte Praxis entsteht und zudem das Pflegepersonal auch mit neuen praktischen Erfahrungen konfrontiert wird. Das Beispiel stammt aus einer Pflegefallbearbeitung.

Ein Patient liegt nach einem Herzinfarkt den 4. Tag auf der Intensivstation, sein Allgemeinzustand ist relativ gut. Entsprechend seines Zustands formuliere ich — bezogen auf seine Mobilisierung — folgende Pflegeziele:

— H.X. soll über die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen informiert werden, deren Sinn erkennen und eigene Bedürfnisse artikulieren können — auch solche, bei denen er pflegerische Unterstützung braucht.

— H.X. soll die Stufen seiner Mobilisierung erfahren, erste Übungen mit der Krankengymnastin durchführen und mit auf weitere Durchführung und Einhaltung des Mobilisierungsplans achten.

Als entsprechende Maßnahme zu dem zweiten Ziel bespreche ich gemeinsam mit H.X. den Stufenplan und lege besonderen Wert darauf, daß er daraus Schlußfolgerungen für sein Verhalten selbst ziehen kann. Zusammen mit der Krankengymnastin erfolgen die ersten praktischen Übungen. Nach meiner Aufklärung über die weitere Mobilisierung verlangt der Patient nach dem schriftlichen, eigentlich internen Stufenplan. Nach Rücksprache mit dem Stationspfleger gebe ich H.X. den Plan, was an der Klinik nicht üblich ist, obwohl die »Gefahr« besteht, daß er nun im Verlauf des weiteren stationären Aufenthalts auf den anderen Stationen genau auf dessen Einhaltung achtet und eventuell das Personal »nervt«. In meinen Augen bedeutet das für H.X. jedoch eine größere Verfügung und Kontrolle über seine Genesungsprozeß.

Außerdem verweist die Angst vor der Eigenständigkeit des Patienten nur auf die in der Praxis zu wenig koordinierte und geplante Pflegearbeit, was bei einem unmündigen Patienten besser vertuscht werden kann.

Bei Patienten mit Herzinfarkt bietet es sich allgemein an, mit ihnen den Zusammenhang zwischen ihrer Lebensgeschichte, den sog. Risikofaktoren und dem pathologischen Ablauf am Herz zu besprechen. Der Patient kann so eine Vorstellung davon bekommen, was an seinem Herz abgelaufen ist, in welchem Ausmaß sein gesamter Körper an der Krankheit beteiligt ist und welche Ressourcen sein Körper besitzt, um mit der Krankheit fertig zu werden. Er kann dann entweder Maßnahmen mittragen, die eine Rehabilitation fördern, oder eventuell auch in Auseinandersetzung mit seinem bisherigen Leben krankmachende Einflüsse außerhalb von sich verändern; oder er kommt zu neuen Verarbeitungsstrategien. Oder er läßt beides.

Zielvorstellung und Fazit:

Das Individuum müßte als »problembewußter Patient« entlassen werden. Für den Kranken müßte eine Persönlichkeitsentwicklung über die Erfahrung und Verarbeitung seines Krankheitszustandes in Richtung von mehr Bewußtheit und Verfügung über die eigenen Lebensumstände stattgefunden haben, so daß er ambulante Möglichkeiten, soziale Beziehungen etc. nützt, eventuell auch Auseinandersetzungsfelder betritt, zur Verbesserung seiner körperlichen und seelischen Situation.

Zum Abschluß noch eine Bemerkung zu der Frage, was die ganze Diskussion uns als Pflegepersonal bringt.

Beim Pflegepersonal in den Kliniken herrscht in weiten Bereichen eine mehr oder weniger ausgesprochene Berufsunzufriedenheit. Für mich ist es daher nicht ausreichend, mich hinzustellen und zu sagen, alle meine Probleme mit dieser Tätigkeit lösen sich erst, wenn wir mehr Personal bekommen. Der Kampf für mehr Personal am Krankenhaus ist unbedingt notwendig. Ich denke aber auch, daß es berechtigt ist, Fragen nach dem Inhalt unseres Berufs, unserer Tätigkeit aufzuwerfen.

Gerade in gewerkschaftlich organisierten Kreisen gibt es ein Defizit in der inhaltlichen Diskussion darüber, was für uns befriedigende Pflege hier und heute ist.

Natürlich stößt man mit einem fortschrittlichen Modell von Krankenpflege sehr schnell an personelle, organisatorische, finanzielle und auch psychische Grenzen; aber kann das ein Argument sein, alles beim Alten zu lassen? Wir sollten uns auf diesem Feld nicht von der aktiven Einflußnahme auf unsere Lebens- und Arbeitsbedingungen ausschließen, sondern mit Kollegen und Kolleginnen realistische Konzeptionen von Pflege erarbeiten und ausprobieren.

Anmerkungen

- 1) Geisler, L.: Innere Medizin I, Stuttgart 1983, S. 87
- 2) Holzkamp-Osterkamp, U.: Erkenntnis, Emotionalität, Handlungsfähigkeit, in: Forum Kritische Psychologie,³⁾ 1978, S. 13ff
- 3) Holzkamp-Osterkamp, U.: Motivationsforschung 2, Berlin 1982, S. 41ff
- 5) Reimann, R.: Anleitung zur Pflegeplanung und Dokumentation. Ein Übungsprogramm für die innerbetriebliche Fortbildung, o. Ort 1985,
- 6) ebda: S.29