

Das Gummiband der Nächstenliebe

Von der Verwöhnpflege zur Teampflege

Ambulante Pflege ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflegekraft fast immer allein mit dem Pflegekunden bzw. mit den Pflegepersonen arbeiten muß und gearbeitet hat. Sie ist allein auf sich selbst und ihre Fähigkeiten angewiesen. Dies führt zu unterschiedlichen Problembereichen:

1. Der einzige Kontakt nach Draußen

„Schön, daß Sie da sind“: Für den Pflegekunden ist die Pflegekraft oft die einzige Bezugsperson, die täglich oder regelmäßig erscheint und da ist. Die pflegerische Arbeit ist dann bloß Mittel zum Zweck, das persönliche Erscheinen und Dasein ist mindestens gleich wichtig, wenn nicht noch wichtiger. Je länger diese Situation Alltag wird, um so abhängiger wird auch die Pflegekundin vom „Erscheinen“ der Pflegekraft: sie bringt ein Stück der Außenwelt mit, noch ein Stück gelebten Alltag, Fremde, eben Nachrichten aus der echten Welt, an der die Pflegekunden nicht mehr oder nur noch stark eingeschränkt teilnehmen können. Aber nach der Definition der Pflegestufen müsste es im Regelfall immer eine Pflegeperson geben? (siehe auch Punkt 3)

2. Persönliche Anerkennung

„Sie sind die Beste, Frau X“, „Sie nehmen sich immer so viel Zeit“: Persönliche Anerkennung erfolgt in der Regel unmittelbar durch den Kunden selbst und eventuell noch durch die Pflegeperson(en), nicht jedoch beispielsweise durch Kollegen. Jeder hört es natürlich gern, daß sie die Beste ist. Allerdings gibt es dann auch schlechtere! Und das sind dann die eigenen Kollegen.

Zunächst zum Aspekt: „ich bin die Beste“: „Ich nehme mir immer so viel Zeit“: Es ist schön, daß ich die beste bin, es schmeichelt mir und ich habe das schon immer gewußt. Allerdings verbergen sich dahinter auch mehrere Botschaften:

Weil ich die Beste bin, kann ich auch schnell noch dies mitmachen. Weil ich mir immer so viel Zeit nehme, kann ich ja schnell auch noch das machen: es ist doch nötig und Sie hat doch sonst keinen! Die Frage, ob vielleicht eigentlich ein anderer dafür zuständig wäre, taucht dann gar nicht erst auf.

3. Die Einzige für notwendige Arbeiten!?

Eine klassische Situation: Morgens kommt die MitarbeiterIn in die Pflegestelle: vereinbart ist eine Kleine Toilette. Die Pflegebedürftige war bereits auf dem Toilettenstuhl. Da sie die Intimhygiene nicht selbst durchführen konnte, übernimmt die Pflegekraft selbstverständlich neben dem Waschen des Gesichts/Oberkörpers auch die Intimhygiene und bringt, weil er nun mal stinkt, den Toilettenstuhl weg. Bestellt und abgerechnet wird aber nur eine Kleine Toilette. Begründung der Pflegekraft: „Ich kann es doch nicht stinken lassen und Ihre Tochter kommt erst am Abend.“ Stinkende Tatbestände zwingen hier offensichtlich zum Handeln. Aber was die MitarbeiterIn in dieser Situation, die sich mit schöner Regelmäßigkeit jeden Tag wiederholt, verdrängt, nicht weiß oder vergessen hat und weshalb sie ausgenutzt wird, ist folgender Umstand: Die Pflegekundin und deren Tochter haben bei Abschluß des Pflegevertrages erklärt, daß sie am Morgen den Leistungskomplex „Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung“ nicht benötigen, weil sie es komplett selbst machen bzw. selbständig übernehmen.

4. Sie hat doch keinen, der ihr hilft

Ist keine Pflegeperson da, wird die Situation noch schwieriger und weniger durchschaubar: „Sie hat doch keinen, der ihr hilft, wir sind doch die Einzigen, die da

sind.“ Auch hier lohnt sich ein Blick hinter die Fassaden:

Zunächst muß der MDK feststellen, ob und wie häusliche Pflege sichergestellt ist. Dies dürfte mit geringem zeitlichen Einsatz des Pflegedienstes und ohne fremde Hilfe durch Pflegepersonen auch schon in der Pflegestufe 1 nicht mehr der Fall sein. Die notwendige Pflege kann nicht allein durch die Pflegeversicherungsleistungen abgedeckt werden, weil diese bekanntermaßen eine Teilkaskoversicherung ist und deren Leistungen in der Regel nicht mehr als ein Drittel der notwendigen festgestellten Hilfe abdecken können. Wird keine weitere Leistung eingekauft und ist keine Pflegeperson vorhanden, stellt sich auch die Frage, ob und wie weit Häusliche Pflege noch sichergestellt ist. Hier müsste unter Umständen sogar der Pflegedienst handeln und bei einer defizitären Pflege ggf. die Pflegekasse informieren.

Die klassische Aussage an dieser Stelle lautet dann: „Sie kann sich nicht mehr Hilfe leisten.“ Auch dies dürfte im Einzelfall richtig, in der Menge aber eher nicht richtig sein: viele Pflegebedürftige verfügen entweder selbst über die Möglichkeit, etwas mehr an Pflege zuzukaufen, aber sie wollen es nicht. Sie wollen vielmehr etwas für schlechte Zeiten sparen, für ihre Kinder/Enkel, etc. . Die Situation, daß eine Sozialstation einem vermeintlich armen Menschen selbst noch den Kaffee aus der Stationskasse gekauft hat, und nach dessen Tod man unter seinem Bett ein größeres Vermögen findet, das dann der sprichwörtliche Neffe aus Berlin einsackt, dürfte nicht so selten sein. Auch hier hilft das Gummiband der Nächstenliebe, damit die MitarbeiterIn länger bleibt, weitere Arbeiten übernimmt, ohne dies in Rechnung zu stellen.

Für die Bedürftigen wäre ansonsten die Sozialhilfe zuständig, auch wenn die Schwellenängste hier hoch sind und die Behörden diese mitunter verstärken.

Pflegekräfte im Spannungsfeld

Gerade der dritte Punkt zeigt das Dilemma der Pflege: Sie sieht sich einerseits in der täglichen Arbeit unter Handlungsdruck gesetzt („Der Toilettenstuhl stinkt, Schwester, Sie können ihn doch nicht stehen lassen!“), andererseits ist der wirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen enorm. Auszuhalten haben es die einzelnen MitarbeiterInnen. Im Rahmen eines Workshops entwarf eine MitarbeiterIn ein aus unserer Sicht angemessenes Stimmungsbild der heutigen Situation: ein riesiger Blitz (wie auf einem Stromwarnschild) beherrscht das Blatt, aber unten in der Ecke wächst (weiterhin) ein kleines Blümchen: Die Spannung ist allgegenwärtig und beherrscht die heutige Pflegesituation, trotzdem gibt es immer noch das kleine Pflänzchen der pflegerischen Arbeit und Motivation, die einen den Beruf hat wählen lassen und weshalb man/frau immer noch in diesem Beruf arbeitet. Dabei ist die allseits und von allen Seiten gern gebrauchte und mißbrauchte „Nächstenliebe“ das Gummiband, mit dessen Hilfe aus unserer Sicht die Pflegekräfte in dem Dilemma zwischen helfen können, Helfen wollen, helfen müssen und helfen sollen gehalten werden.

„Sie können doch jetzt nicht schon gehen...“. Unabhängig davon, welche Aufgaben die Pflege hatte, was abgesprochen war, und ob nicht genug andere Ressourcen (Pflegepersonen oder Geld) vorhanden sind: Der Appell wirkt und damit wird die Pflege einerseits weiterhin ausgenutzt und andererseits in den vom Gesetzgeber neu definierten wirtschaftlichen Zwängen zerrieben.

Die gesetzlich postulierte „Neue Kultur des Helfens“ (was auch immer das sein soll) paßt hier genau so dazu wie beispielsweise die Aussage, „Pflege könnte doch jeder machen“, aber auch der Rückbezug auf die „Diakonisse als Urbild der Pflegekraft“.

Von alten Idealen verabschieden

Dazu kommt ein eigentlich selbstverständlicher Leitsatz (der den meisten Pflegemodellen zugrunde liegt), der aber in einem strikten Teilkaskosystem wie der Pflegeversicherung negative Folgen hat: Der Ansatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ bedeutet ja in der Konsequenz, sich selbst wieder für den Pflegekunden wieder überflüssig zu machen. Dies scheint aber mit einer Reihe von gravierenden Nachteilen verbunden zu sein:

- Verlust der täglichen Bezugsperson für den Pflegekunden
- Verlust von Anerkennung für die Pflegeperson
- Wegfall von Versorgungsanteilen für die Pflegekunden
- Wegfall von Einnahmen: Gefährdung des Arbeitsplatzes?

Wenn diese Gründe alle stichhaltig wären, warum sollte dann eine Pflegekraft überhaupt nach diesem Grundsatz arbeiten? Nur weil es im Gesetz steht und weil es in der Ausbildung gelehrt wurde?

In diesem Geflecht sich widersprechender Vorgaben und Leitzielen wird das eigene Überleben immer schwieriger. Auswege hieraus gibt es aus unserer Sicht nur in einer neuen, weiteren Professionalisierung von Pflege (hier vor allem die Einführung von Teams) und einem gleichzeitigen Abschied von alten, so nicht mehr gesellschaftlich gewollten und kontraproduktiven Zielen.

Klassische Zielformulierungen, die nicht mehr zeitgerecht sind und ins Dilemma führen sind:

- **Ich bin für alles da**

Die Pflege ist nicht mehr für alles da, sonst hätte der Gesetzgeber (mit den Stimmen der beiden größten Volksparteien auf Landes- und Bundesebene!) nicht eine Teilkaskoversicherung verabschiedet. Sonst wären nicht auf der Ebene der

Städte, Gemeinden und der Kirchen gleichzeitig die weiteren Zuschüsse gestrichen worden (die Zuschüsse hätten auch trotz der Pflegeversicherung für zum Beispiel Soziale Betreuung bestehen bleiben können!). Die „alte Gemeindegewester“, die sich um alles kümmert, ist auch deshalb ‘abgeschafft’, weil die Politik der Ansicht ist, daß der Staat nicht mehr für alles zuständig ist: darum die Pflegeversicherung auch als erstes Teilkaskomodell (weitere Absicherungsbereiche werden mutmaßlich folgen).

- **Patienten zufrieden stellen**

Solange das Zufriedenstellen auf der einfachen Ebene gemeint ist; Der Patient bekommt alles, was er will“ kann dies nicht mehr funktionieren. Ist es in einem moderneren Sinne gemeint: „Nach Absprache der gewünschten Leistungen und der möglichen Finanzierungen erhält der Pflegekunde alle Leistungen zu seiner Zufriedenheit“, taugt es sehr wohl zu einem neuen Leitziel.

- **Nächstenliebe**

Ein Wort, daß schwer zu definieren ist und sich daher hervorragend instrumentalisieren läßt, wie schon oben beschrieben: Aber zurück zum Anfang: Warum erhält ein Pflegemitarbeiter einen Pflegeauftrag? Weil er die Qualifikation hat und in einem Pflegebetrieb (auch kirchliche Sozialstationen sind zunächst nur Pflegebetriebe!) diesen Auftrag übernehmen kann. Also nicht aus Nächstenliebe. Wie Pflegekräfte mit dem Kunden umgehen, ist sehr wohl von ihrer persönlichen Einstellung und ihrem Weltbild geprägt: In dem Workshop ersetzen die Mitarbeiter ‘Nächstenliebe’ durch die Begriffe „Toleranz, humanistisch, Individuum“: gemeint ist: den Pflegekunden als ganzen Menschen zu akzeptieren, auch seine Wünsche und Grenzen (selbst wenn es im hygienischen Bereich manchmal schwerfällt wie der Wunsch, nur einmal alle zwei Wochen zu Baden), ihn ernst zu nehmen und ihm dort zu helfen, wo er wirklich Unterstützung braucht und sich dort zurückzunehmen, wo eigene Fähigkeiten noch vorhanden sind.

Die Einführung von Pflegeteams

Gemeint ist hier nicht die rein technische Zuordnung von bestimmten Mitarbeitern in eine Gruppe, sondern das Zusammenwachsen eines echten Pflegeteams. Es ist ein längerer Prozeß, der mit vielen Hindernissen verbunden ist.

Was hat zunächst der Einzelne davon, wenn er nun im Team arbeitet? Er hat doch auch schon vorher mit den Kollegen zusammengearbeitet: Im Workshop wurden für das Team folgende Leitziele formuliert:

- Multiprofessionelle Pflegeteams (Krankenpflege, Altenpflege, Hauswirtschaft, Hilfskräfte)
- Zufriedenheit (der Mitarbeiter)schaffen
- Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln
- gemeinsame Dienstbesprechungen
- gemeinsame Tourenplanung
- kollegiales Verhalten
- Bereitschaft zur konstruktiven gemeinsamen Konfliktbewältigung
- Verbindliche Absprachen treffen
- effektiv und ökonomisch arbeiten: für den Kunden/die Firma/für uns

Steht das Team im Vordergrund und nicht mehr die einzelne Pflegekraft, dann kann nicht mehr ein einzelner der „Beste“ sein, ansonsten gäbe es ja auch schlechtere. Dann kann nicht einer „mehr machen“ als der andere, dann müssen sich alle an die gleichen Absprachen halten, ansonsten gibt es Unmut und Ärger im Team. Dazu gehören natürlich auch bessere Instrumente der Anamnese und der Pflegeplanung sowie eines Pflegevertrages, um für alle ersichtlich deutlich abgegrenzt die notwendigen Aufgaben zu verteilen.

Solidarität bzw. sich gegenseitig den Rücken stärken und sich nicht in den Rücken fallen war allen Workshopteilnehmern ein wichtiger und notwendiger Zugewinn durch die Einführung von Pflegeteams. Dann müssen sich auch alle Teammitglieder auf die gegenseitige Solidarität verlassen können (nicht nach dem Motto: „Hören Sie, Ihr Kollege hat das und das nicht gemacht!“ „Was, das kann

doch nicht wahr sein, das ist ja die Höhe“ (antwortet der andere Mitarbeiter)).

Bedingungen für ein funktionierendes Pflegeteam

Die einzelnen MitarbeiterInnen treten ein Stück weit ins Glied, ins Team, verlieren damit ein Stück ihrer eigenen nach außen sichtbaren Identität und Unverwechselbarkeit: Sie müssen sich nun auch bewußter mit den Kollegen auseinandersetzen, sie sind nicht mehr allein in der Pflege. Aber sie gewinnen dadurch auch Rückenstärkung und Anerkennung durch das Team. Teams können zwar von Außen zusammengestellt werden, aber sie müssen dann von innen her funktionieren. Neben einer sinnvollen Größe (ca. 10 Vollzeitstellen entspricht ca. 14-17 Köpfen) sollte es eine benannte Teamleitung haben, die für das administrative zuständig ist und die Teamsitzungen leitet. Wesentlich wichtig für die weitere Arbeit sind Kommunikationsregeln sowie die Absprache gemeinsamer Ziele. Kommunikationsregeln dienen dazu, eine gemeinsame Gesprächsbasis zu erleichtern und bewußter und damit vielleicht auch besser auf den anderen zu hören. Die dargestellten Regeln stammen aus dem oben genannten Workshop und wurden von den Teilnehmern entwickelt.

Gemeinsame Ziele zu formulieren ist deshalb so wichtig, um auch die Abgrenzung zu nicht erreichbaren oder alten Zielen bewußt vorzunehmen. In unserem Workshop wurden die Themen und Motive, die nicht mehr passen, sogar mit einem Ritual zu Grabe getragen (siehe Bild).

Der Weg dahin ist ein spannender und anstrengender Prozeß, bei dem fremde Hilfe (in der Moderation) nützlich ist, um alte Gedanken und neue Vorgaben miteinander verbinden zu können. Pflegeteams sind im Qualitätsvertrag nach § 80 SGB XI vorgeschrieben und aus unserer Sicht ein wesentlicher positiver Schritt zur Professionalisierung und besseren gesellschaftlichen Anerkennung (inklusive einer leistungsgerechten Bezahlung) der

Pflege: Wie formulierte ein Teilnehmer als persönliches Motiv bzw. Wunsch: „Gesellschaftliche Akzeptanz für einen ganz normalen Job“.

* Viele der hier dargestellten Zitate stammen aus einem Workshop mit dem gleichen Thema, den wir Anfang des Jahres 1999 mit Mitarbeitern aller Berufsgruppen für das Ambulante Pflegezentrum Nord in Flensburg durchführten. Vielen Dank an die TeilnehmerInnen.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis: Häusliche Pflege, Ausgabe 9/01

© **Andreas Heiber und Monika Nickelsen**

System & Praxis

Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

email: Heiber@SysPra.de

net: www.SysPra.de