

Stellungnahme zum Diskussionszwischenstand der AG II

"Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege"

Inhaltlich kann ich die meisten Positionen und Empfehlungen der AG II unterstützen. Allerdings erscheinen einzelne Forderungen überzogen, während aus meiner Sicht wesentliche Punkte fehlen oder nur in Nebensätzen Erwähnung finden.

Nachfolgend einige Anregungen und Gedanken, die mir bei der Durcharbeitung zu einzelnen Punkten gekommen sind:

Zu 1.4 An dieser Stelle könnte auch die Vermittlung von *Patenschaften* angeregt werden, vor allem in Fällen, in denen es keine Angehörigen gibt, die den Bewohner regelmäßig besuchen und sich kümmern.

Zu 2.2 Die Forderung nach offensiver Informationspolitik bzw. Transparenz müsste man stärker noch betonen bzw. mit konkreten Empfehlungen versehen.

Werbebroschüren von Trägerorganisationen und Einrichtungen versprechen nicht selten ein wahres "Altersparadies" auf Erden. Wenn ein Träger in seinen Werbebroschüren individuelle Betreuung rund um die Uhr verspricht, tatsächlich z.B. jedoch nur, eine Nachtwache für 50 Pflegebedürftige für angemessen hält, müsste eigentlich der Verbraucherschutz sofort eingreifen. Denn jeder weiß, das dies nur funktionieren kann, wenn die Bewohner bis spätestens 19.00 Uhr alle in den Betten liegen und sich möglichst ruhig verhalten, was nur mit Hilfe von Tabletten gelingt. Wie in anderen Bereichen auch, müsste es Heimträgern untersagt werden, Versprechungen zu machen, die sie nicht halten können. Auf den einen Seite werben Heime mit Luxuspflege, auf der anderen verteidigen sie einen meist viel zu geringen Personalschlüssen, der oft nicht einmal für das allernötigste reicht. Der wohl nächstliegende Schritt wäre es, die Heime an ihren eigenen plakativen Versprechungen zu messen, d.h. in regelmäßigen Abständen zu prüfen, inwieweit die personellen und sonstigen Voraussetzungen zu deren Erfüllung gegeben sind.

Zu 3.2 letzter Satz: "In schwerwiegenden Fällen muss hier ggf. auch die Kündigung des Mitarbeiters in Erwägung gezogen werden."

Auch mir sind viele Fälle bekannt, in denen jede Bemühung einer engagierten Pflegedienstleitung an der Haltung einzelner WohnbereichsleiterInnen oder langgedienter MitarbeiterInnen scheiterte. Manch hochmotivierte HeimleiterIn, mit wirklich guten Vorsätzen und Ansätzen, scheiterte an Vormachtstellung und Starrheit (Entwicklungsresistenz) einzelner Mitarbeiter, die nahezu unkündbar waren. Doch insgesamt betrachtet dürften umgekehrte Fälle nicht minder häufig vorkommen, dass nämlich HeimleiterInnen von ihren Mitarbeitern absolute Loyalität erwarten und mit Kündigung drohen, wenn jemand es wagt, von oben angeordnete oder zumindest gebilligte Mangelversorgung, anzuzeigen. Es sind oftmals doch gerade die menschlich engagierten Mitarbeiter, die man loszuwerden versucht, solche die nicht stillschweigend jeden organisatorischen Mangel hinnehmen. Sollte man nicht speziell für diese Fälle einen Kündigungsschutz fordern? Wer kündigt Heimleiter und Träger, wenn diese sowohl Bewohner- als auch Arbeitsschutzbestimmungen ignorieren?

Zu Position 4

Qualifikation wird derzeit in führenden Pflegekreisen sichtlich höher gehandelt, als persönliche und soziale Kompetenzen. Gefordert wird auch in diesem Papier, umfassende Fachlichkeit und Leitungskompetenz (wie sie inzwischen scheinbar nur noch an Hochschulen vermittelt werden kann). Die mir bekannten vorbildlichen Heime mit nachahmenswerten, ungewöhnlichen Ideen und Heimkonzepten, waren eher von "fachfremden" Personen geleitet, wie Sozialarbeiter/innen und anderen lebenserfahrenen, praktisch veranlagten Personen aus nicht pflegerischen Berufen, die gerade deshalb unkonventionelles probiert haben, weil sie eben nicht in einer bestimmten Weise konditioniert waren. In der Industrie oder in der Politik spielt die fachliche Qualifikation bei der Auswahl von Führungskräften oft sogar eine untergeordnete Rolle. Wichtiger erscheinen persönliche Führungseigenschaften, wie natürliche Autorität, Überzeugungskraft, Kreativität, Gerechtigkeitssinn, Menschenkenntnis, Übersicht und Weitblick. Fähigkeiten die jemand mitbringt oder nicht. Warum sollten Führungskräfte in der Pflege eine Fülle von methodischen Kompetenzen beherrschen? Wirklich erfolgreiche Unternehmerpersönlichkeiten, sind nicht zuletzt deshalb erfolgreich, weil sie eine bestimmte Methode beherrschen, nämlich die mit der sie persönlich den größten Erfolg haben. Aus diesen und anderen Gründen erscheint mir das unter 4.1 geforderte Anforderungsprofil wenig hilfreich.

Zu 4.2 Ich habe schon zu oft erlebt, dass Pflegekräfte nach einer Fortbildung hochmotiviert auf Station kamen, mit tollen Vorsätzen, was sie alles ändern wollten. Kaum, dass zwei-drei Wochen vergangen, war die Wirkung wieder verpufft, ohne dass sich nachhaltiges geändert hätte. Das hängt vor allem damit zusammen, dass wenn nur einer aus einem Team zu neuem motiviert wird, die Übrigen in der Regel bremsend wirken, mitunter sogar argwöhnisch reagieren ("Während wir hier die Arbeit machen mussten, 'vergnügte' sich Frau Kollegin mal wieder auf einer Fortbildung und meint nun, sie müsse hier alles ändern.") Wirksamer und teamförderlicher sind hingegen regelmäßige Teamsupervisionen und kritische Reflektionen, etwa in Form von Fallbesprechungen, z.B.: "Warum kommt ausgerechnet die Praktikantin mit Frau A zurecht, während diese Frau für alle anderen ein rotes Tuch ist?"

Die aus meiner Praxis überzeugendste Methode der Qualitätsverbesserung /-sicherung auf einem aktuellen Wissensniveau, war die *Feedbackbeurteilung in Kombination mit Teamsupervision*. Um den Effekt und die Methode verstehen zu können, müsste ich diese Erfahrung etwas ausführlicher erläutern:

An der Krankenpflegeschule an der ich bis 1986 tätig war, war es zu Beginn üblich, dass die jeweilige Stationsleitung den praktischen Einsatz eines Schülers beurteilte, in dem sie einen Beurteilungsbogen ausfüllte und ins Postfach der Schule legte. Die Schüler/innen reagierten mitunter sehr erstaunt, wenn sie durch uns erfuhren, wie ihr praktischer Einsatz beurteilt wurde. Regelmäßig war dies auch Thema im Unterricht. So beschwerten sich die Schüler/innen zu Recht über das wenig vorbildliche Verhalten manch examinierter Pflegekraft: "Wir müssen uns von Leuten beurteilen lassen, die die Regeln die wir in der Schule lernen nicht beachten. Wir lernen hier, dass man den Patienten nicht entblößt daliegen lassen darf, wenn man das Zimmer verlässt. Schwester B lässt sogar noch die Tür sperrangelweit aufstehen, wenn jemand auf Toilette sitzt. Wir lernen hier, dass man anklopfen sollte, bevor man ins Zimmer tritt. Außer uns macht das sonst keiner auf Station. usw." Solche Schüler/innen wurden besser beurteilt, welche sich die Geflogenheiten der Praxis zu eigen machten und jene bekamen regelmäßig Minuspunkte, die sich bemühten, das in der Schule gelernte umzusetzen.

(Im Übrigen hat sich daran bis heute kaum etwas geändert. Fragen Sie die KollegenInnen an den Pflegeschule, die Klagen sind immer noch die Gleichen. Die Kluft zwischen den Ausbildungsinhalten und dem was in der Praxis vorgelebt wird, hat in letzter Zeit sogar wieder zugenommen. Praxis wirft der Theorie Überqualifikation vor und den Theoretikern fällt daraufhin nichts besseres ein, als noch mehr Qualifikation zu fordern. Angesichts dessen, was Pflegende unter den aktuellen Rahmenbedingungen bestenfalls praktizieren können, und den Inhalten, die ihnen laut Lehrplan vermittelt werden müssen, braucht man sich nicht zu wundern, dass die meisten nach kurzer Zeit nur noch frustriert sind.)

Bei einer Stationsleitungsbesprechung habe ich dieses Problem vorgetragen und folgende Frage gestellt: "Was ist euch lieber, dass die Schüler/innen mit uns über Probleme reden, die sie mit euch haben, oder dass diese an Ort und Stelle geklärt werden?" Das Beurteilungsverfahren wurde daraufhin grundlegend geändert. Die Schüler erhielten ab sofort eine mündliche und schriftliche Beurteilung ihres praktischen Einsatzes und mussten ihrerseits die Ausbildungs- und Pflegequalität mündlich wie schriftlich beurteilen. Zuvor wurden beide Bögen inhaltlich auf einander abgestimmt. Beispiel: Das Verhalten gegenüber Patienten wurde sowohl von Schüler/in als auch von Schwester/Pflege nach den Kriterien: Einfühlsamkeit, Achtung und Respekt, Freundlichkeit, sprachlicher Umgang - mit Hilfe einer Punkteskala beurteilt. Damit ein konstruktives Feedback gewährleistet war, fand das Beurteilungsgespräch jeweils unter supervisorischen Voraussetzungen statt, d.h. es war immer eine externe Gesprächsleiterin dabei, die darauf achtete, dass jeder seine Kritikpunkte offen anbringen konnte, derart, dass niemand sich dadurch verletzt oder übergangen fühlen musste.

Die Ergebnisse stellten selbst meine kühnsten Erwartungen damals in den Schatten. Fast schlagartig besserte sich das Klima, die Schüler fühlten sich erstmals ernst genommen, wurden gefragt wie sie was gelernt haben, und die Examinierten bemühten sich, bemängelte Verhaltensweisen abzustellen. Als Hauptverantwortliche für die praktische Ausbildung versuchte ich, wann immer möglich, bei diesen Beurteilungsgesprächen dabei zu sein. Auf diese Weise erfuhr ich aus erster Hand von den Schwierigkeiten die immer wieder zur Sprache kamen. Und da ich zugleich für die innerbetriebliche Fortbildung zuständig war, habe ich natürlich versucht dazu gezielte Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren. So haben wir z.B. 1982 bereits regelmäßig Gesprächsführungskurse und Sterbebegleitungskurse angeboten. Mit jedem Patienten wurde ein Aufnahmegespräch geführt, eine schriftlich Pflegeanamnese und, falls erforderlich, ein Pflegeplan erstellt. Zuvor hatten wir bereits die Organisation von Funktionspflege auf Bezugspflege umgestellt. Strittige Arbeitsabläufe und Methoden wurden gemeinsam mit den Abteilungs- und Pflegegruppenleitungen analysiert und man einigte sich auf die sicherste und zugleich wirtschaftlichste Vorgehensweise, die für alle verbindlich standardisiert wurde. Wir hatten nicht mehr Personal als vorher und trotzdem waren all diese Veränderungen binnen nicht einmal drei Jahren möglich. Unser Krankenhaus wurde zu einem Vorzeigehaus. Die Teilnehmer von Stations- und Pflegedienstleitungskursen aus Köln, Freiburg, Frankfurt und anderswo, reisten mit Bussen an, um eines von bundesweit vielleicht vier, für damalige Verhältnisse ausgesprochen fortschrittliches Praxisbeispiel, in Augenschein zu nehmen.

Für mich war dieser Erfolg Sprungbrett in die Selbstständigkeit. Ich hoffte, als externe Beraterin gleichermaßen erfolgreich sein zu können, lernte im Zuge dessen das Innenleben von mehr als 120 Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen kennen, wie auch meine Grenzen. Die Idee mit der Feedbackbeurteilung habe ich tausendmal schon versucht weiterzugeben. Es gibt aus meiner Sicht keinen effektiveren, kostengünstigeren Weg, Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege aufeinander abzustimmen. Mit dieser Methode lassen sich viele Probleme in

eins lösen. Sie ist simpel, einleuchtend und naheliegend. Dennoch hat sie bislang keine ernsthaften Nachahmer gefunden.

Dafür gibt es aus meiner Sicht drei Gründe:

- 1. Vorgesetzte lassen sich im allgemeinen ungern von Untergebenen beurteilen. Examierte Pflegekräfte sind froh, sich endlich nicht mehr für alles und jedes rechtfertigen zu müssen oder gar regelmäßig systematisch beurteilen zu lassen. Schließlich hat man sich eine gewisse Machtstellung über den harten Weg der Professionalisierung redlich verdient.*
- 2. Schulleitung, Pflegedienstleitung und Abteilungs-/Stationsleitungen stehen nicht gleichermaßen hinter dieser Idee oder können sich nicht einigen. (Dieses Problem bestand an dem Krankenhaus, an dem die Umsetzung funktionierte, deshalb nicht, weil ich eine Zwischenposition inne hatte; sowohl für Ausbildung als auch Fortbildung zuständig war und Pflegedienstleiterin, wie Schulleiterin überzeugt von dieser Methode waren. Die übliche Schnittstellenproblematik und das Kompetenzgerangel fielen dadurch weg.)*
- 3. Es handelt sich nicht um eine von den Fachverbänden und Organisationen empfohlene oder gar evidenzbasierte Methode.*

Meine Alternative zu den Forderungen in Position 4 und 5 :

Abbau der Kluft zwischen Theorie und Praxis!!!

Begründung: In Aus- Fort- und Weiterbildung werden Pflegekräfte mit einer Fülle von Wissen, Sollvorstellungen und Methoden konfrontiert, während sie in der Praxis erleben, dass sie davon kaum ein Bruchteil regelmäßig anwenden können. Der hohe, mitunter idealistische Anspruch mit dem viele in einen Pflegeberuf starten, und das in der Ausbildung vermittelte Wissen, stehen oft in krassem Widerspruch zur erlebten Realität. Als Schüler/innen und junge Examierte sehen sie kaum eine Möglichkeit, Einfluss auf die Arbeitsbedingungen in der Praxis zu nehmen. Zwar können sie Vorschläge einbringen, viele tun dies auch, aber Dienstpläne und Arbeitsorganisation bestimmen die Leitungskräfte. So bleibt Pflegekräften ohne Leitungsfunktion kaum eine andere Wahl, als sich den Bedingungen unterzuordnen. Nur wenige hält es darum länger als zwei-drei Jahre in der direkten Pflege. Viele streben Weiterqualifizierungen und damit Leitungsfunktionen an, andere steigen aus, werden krank und resignieren angesichts der Aussichtslosigkeit, Anspruch und Wirklichkeit auf einen Nenner zu bringen. Andere finden sich mit der Praxis ab, haben ihre ursprünglichen Ideale aufgegeben, ihren Anspruch auf das erlebte Pflegeniveau gesenkt und so einen Mechanismus gefunden, der sie resistent macht gegen Kritik, neue Inhalte oder Methoden. Pflegekräfte dieser Art findet man oft in Leitungsfunktionen oder sie verkörpern auf andere Weise "Säulen der Station", die jeden Versuch, Neuerungen einzuführen, oft im Keim ersticken; wie auch die Motivation von jungen Pflegekräften, die darauf drängen arbeiten zu dürfen wie sie es in der Schule gelernt haben.

Diesem Mechanismus sollte man frühzeitig entgegenwirken. Man muss vermeiden, dass motivierte Pflegekräfte frühzeitig demotiviert oder krank werden oder dem erwähnten Mechanismus erliegen. Darum sollte man Pflegekräften bereits während der Ausbildung die Möglichkeit geben, das Erlernte tatsächlich auch anwenden zu können.

Verbesserungen können letztlich nur erwirkt werden, wenn man die Praktiker erreicht. Man muss sie da abholen wo sie stehen, anstatt ihnen immer neue Qualifikationszwänge überstülpen zu wollen. Hilfreicher und effektiver wäre es, einen Rahmen schaffen, in dem Pflegekräfte und andere Mitarbeiter über alltägliche Begebenheiten in der Praxis gemeinsam nachdenken können. Belastungen, Ärgernisse, Teamkonflikte müssen regelmäßig abgebaut und Lösungen gemeinsam mit allen erarbeitet werden. Das ist das A und O, will man Pflegekräfte längerfristig an der Basis halten. Pflegekräfte steigen doch nicht aus, weil sie

sich fachlich unterqualifiziert fühlen, sondern weil sie sich überlastet fühlen, alleingelassen, unverstanden und weil sie kaum noch einen Eigenständigkeitsbereich haben; Ideen und Kreativität nicht gefragt sind, sondern stupides Funktionieren mit ständigem Zeitdruck und schlechtem Gewissen.

Empfehlungen: **Feedbackbeurteilungsgespräche in Kombination mit Supervision, oder Teambesprechungen und problem-/fallbezogene - Teamsupervision, im Wechsel, jeweils 1mal monatlich.** (Wichtig ist, dass alle gleichwertig einbezogen werden, nicht nur die, die das Sagen haben! Wichtig ist auch, dass die oder der Supervisor/in mit der speziellen Problematik in Pflegeeinrichtungen vertraut ist, problemlösungsorientiert arbeitet und möglichst alle im Team weiterbringt. Gemäß dem Sprichwort: "Eine Kette ist immer nur so stark wie das schwächste Glied", bringt es wenig, hauptsächlich in Leitungsqualifikation zu investieren. Vielmehr sollten alle, auch ungelernete Kräfte in einem Stationsteam, integriert und durch **regelmäßige Praxisreflektion** zu einem angemessenen Umgang mit den Patienten/Bewohner befähigt werden.)

Zusätzlich zu den fünf Positionen, und nicht an letzter Stelle, wären geeignete Mindeststandards für die Personalbesetzung zu fordern. Insbesondere die heute übliche Nachwachenbesetzung steht im Widerspruch zu fast sämtlichen Rechten, die man den hilfe- und pflegebedürftigen mit der Charta zuspricht.

Dazu müsste man keine komplizieren und teuren Bedarfsermittlungsmethoden (siehe Beispiel PLAISIR) einführen. Entscheidend sollte vielmehr das Ergebnis sein, also die Frage: Welchen Rechten kann tatsächlich regelmäßig entsprochen werden und welchen nur selten oder gar nicht? Wenn ein Team oder eine Nachtwache wegen Überlastung klagt oder darüber, dass man keine Zeit für Zuwendung hat, keine Zeit sich zu einem Sterbenden zu setzen etc., sollte dies für das Heim ein Signal sein, die Personalsituation zu prüfen und für Entlastung zu sorgen. Zugleich wäre dies eine der wirksamsten Maßnahmen gegen Burnout.

In einer weiteren Position müsste die Verantwortung der Ärzte herausgestellt werden. Ärzte spielen, wie ich an anderen Stellen mehrfach bereits erwähnt habe, eine nicht minder verhängnisvolle Rolle. Es reicht keineswegs 'Schnittstellenmanager' einzusetzen, die unter den heutigen Vorgaben nichts anderes tun können, als den Einzelfall problemlos durch die verschiedenen Gesundheitsinstanzen zu schleusen. Das eigentliche Problem löst man damit nicht. Nach wie vor werden in rauen Massen Medikamente verordnet, Tausende von Menschen in Dauerabhängigkeiten hineintherapiert, obschon man alleine durch Zuwendung oder gezielte psychosoziale Unterstützung, die meisten Probleme vollständig lösen könnte.

Nicht zuletzt fehlt mir in diesem Papier die Forderung, das bestehende Pflegefinanzierungssystem zu ändern. Dahingehend, dass Maßnahmen zur Vermeidung oder zum Abbau von Bedürftigkeit angemessen entlohnt werden, hingegen bei schlechter Qualität nicht gezahlt wird/werden muss.

Würde man hier den Hebel ansetzen, wäre die Beachtung der Charta fast automatisch mit garantiert. Solange wir das bestehende System beibehalten, d.h. solche Therapie und Pflege belohnt wird, die den Kranken kränker macht oder ihn abhängig bleiben lässt, können wir in jedem zweiten Satz von Prävention und Rehabilitation sprechen, es wird sich in der Praxis nichts ändern. (s. dazu auch das eingefügte Praxisbeispiel in meiner Stellungnahme zur AGIII)