



Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik

Forschungsprojekt

**Ethische Aspekte
des Schmerzmanagements
anhand der Praxis in ausgewählten
Pflegezentren von SeneCura**

Endbericht

Wien, im April 2014

Projektbearbeitung: Mag. Monika Feuchtner
Mag. Susanne Kummer
Dr. Marion Stoll

Projektleitung: Prof. Dr. Enrique H. Prat

DANKSAGUNGEN

Dieses Forschungsprojekt geht auf Initiative der beiden Geschäftsführer der SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH, Prof. Rudolf Öhlinger und Dr. Remo Schneider zurück. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung wäre es nicht zustande gekommen.

Ebenso wollen wir dem operativen Direktor von SeneCura, Mag. Johannes Wallner, unseren Dank aussprechen. Er war stets unser Ansprechpartner seitens des Unternehmens und stellte den Kontakt mit den Heimleitungen der ausgewählten Häuser her.

In den drei Häusern von SeneCura, in denen wir im Rahmen dieses Projektes Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt haben, wurden wir sehr herzlich aufgenommen und großzügig unterstützt. Wir danken den Mitarbeitern der Zentren, Oetz, St. Veit an der Glan und Nikitsch, insbesondere Leiter Karlheinz Koch (Oetz) sowie den Leiterinnen Jasna Krijan (St. Veit) und Helga Gregorits (Nikitsch) für ihre engagierte Zusammenarbeit.

Das Institut für Pflegewissenschaften der Paracelsus Universität Salzburg führt parallel zu unserem Forschungsprojekt eine umfangreichere Studie zum Thema „Schmerzerfassung und -management in der Stationären Altenhilfe am Beispiel des Trägers SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH“ durch. Wir danken Institutsvorstand Prof. Dr. Jürgen Osterbrink für seine Unterstützung und seine hilfreichen Ratschläge.

Für den interdisziplinären Austausch und die daraus entstandenen zahlreichen Anregungen danken wir Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli und Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer von IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik in Wien. Zuletzt auch noch ein großes Dankeschön den Lektoren, Dr. Johanna und Dr. Andreas Stoll, die das Manuskript des vorliegenden Forschungsprojekts Korrektur gelesen haben.

KAPITELVERZEICHNIS

0 Ergebnisse auf einen Blick.....	1
1 Fragestellung und Ziel des Forschungsprojektes	5
2 Methodik.....	13
3 Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts	23
4 Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person.....	33
5 Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege.....	37
6 Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren.....	41
7 Ethische Haltungen und Tugenden	47
8 Helfen und Fürsorge	51
9 Kommunikation: Bewohner, Angehörige, Team	57
10 Kommunikation mit Angehörigen.....	67
11 Pflegeheim als neues Zuhause	77
12 Schmerzmanagement	83
13 Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung	87
14 Sterben im Pflegeheim.....	93
15 Visionen für die Pflege.....	101
16 Zeitmanagement	107
17 Intervention: Ethische Kompetenz in der Pflege	111
18 Intervention: Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis.....	115
19 Ethische Exzellenz und ethische Problemfelder.....	119
20 Vorschläge zur Stärkung der ethischen Kompetenz	121
Anhang	123

INHALTSVERZEICHNIS

0 Ergebnisse auf einen Blick.....	1
1 Fragestellung und Ziel des Forschungsprojektes	5
1.1 Entstehung der Idee des Forschungsprojekts.....	5
1.2 Der ethische Zugang zum Schmerzmanagement.....	5
1.3 Die ethische Kompetenz beim Schmerzmanagement	6
1.4 Worin liegt die ethische Kompetenz einer Pflegeeinrichtung wie SeneCura?	7
1.5 Die Grundsätze von SeneCura	9
1.6 Die Zielsetzung des Forschungsprojektes	11
2 Methodik.....	13
2.1 Qualitative Sozialforschung.....	13
2.2 Qualitative Forschungsinstrumente.....	15
2.2.1 Episodisches Interview.....	15
2.2.2 Gruppendiskussionen.....	16
2.3 Datenerhebung.....	17
2.4 Datenauswertung	18
2.5 Interventionen.....	21
3 Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts	23
3.1 Autonomie und Selbstbestimmung des Bewohners.....	23
3.2 Ergebnisse.....	23
3.2.1 Biographiearbeit als Basis.....	23
3.2.2 Körperpflege	25
3.2.3 Medikamentenverweigerung	28
3.2.4 Stärken und Interessen zur Motivierung der Bewohner	30
3.3 Evaluation.....	31
3.4 Anregung.....	31
4 Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person.....	33
4.1 Nähe und Distanz zum Menschen: Beruf und Privatleben.....	33
4.2 Ergebnisse.....	33
4.2.1 Distanz ist notwendig, gelingt aber nicht immer.....	33

4.2.2 Hilfsmittel bzw. Maßnahmen zur Abgrenzung.....	34
4.2.3 Distanz kann in Konflikt mit dem Motto „Näher am Menschen“ treten.....	35
4.3 Evaluation.....	36
4.4 Anregung.....	36
5 Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege.....	37
5.1 Dokumentationspflicht: Eine Begründung.....	37
5.2 Ergebnisse.....	37
5.2.1 Beurteilung der Pflegedokumentation durch Mitarbeiter von SeneCura.....	37
5.2.2 Wünsche und Verbesserungsvorschläge.....	39
5.3 Evaluation.....	40
5.4 Anregungen.....	40
6 Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren.....	41
6.1 Definitionen.....	41
6.2 Zum ethischen Selbstbild von SeneCura.....	41
6.3 Ergebnisse: Welchen Stellenwert hat Ethik für die Mitarbeiter von SeneCura?.....	42
6.4 Evaluation.....	45
6.5 Anregungen.....	46
7 Ethische Haltungen und Tugenden.....	47
7.1 Zur Theorie der Haltungen und Tugenden in der Pflege.....	47
7.2 Ergebnisse: Die Sicht der Pflegepersonen.....	48
7.2.1 Die Achtung der Würde der Bewohner.....	48
7.2.2 Besonders wichtige Haltungen.....	48
7.3 Evaluation.....	50
7.4 Anregungen.....	50
8 Helfen und Fürsorge.....	51
8.1 Einleitung.....	51
8.2 Ergebnisse.....	51
8.2.1 Mitarbeiter haben ein Problem mit dem Begriff <i>Hilfe</i>	52
8.2.2 Helfen als Grundhaltung im Pflegeberuf.....	52
8.2.3 Aktive Burnoutprophylaxe ist wichtig.....	53
8.2.4 Hilfe ist auch innerhalb des Teams notwendig.....	55

8.3 Evaluation	56
8.4 Anregung	56
9 Kommunikation: Bewohner, Angehörige, Team	57
9.1 Ethische Dimension der Kommunikation in der Pflege	57
9.2 Ergebnisse.....	58
9.2.1 Gespräche mit Bewohnern als wesentlicher Teil der Pflege.....	58
9.2.2 Gespräch mit Angehörigen.....	60
9.2.3 Interne Kommunikation im Team	62
9.2.4 Für Gespräche ist Zeit notwendig	62
9.3 Evaluation	64
9.4 Anregungen	65
10 Kommunikation mit Angehörigen.....	67
10.1 Von der Bedeutung der Angehörigen in der Pflege	67
10.2 Ergebnisse.....	67
10.2.1 Angehörige im Pflegeheim	67
10.2.2 Die Art der Pflege als Stein des Anstoßes	69
10.2.3 Kommunikation als Schlüssel für die Angehörigenarbeit.....	70
10.2.4 Verarbeitung der Konflikte.....	74
10.2.5 Visionen für die Angehörigen-Pflegenden-Beziehung	74
10.3 Evaluation	74
10.4 Anregungen	75
11 Pflegeheim als neues Zuhause	77
11.1 Das neue menschliche Umfeld der Bewohner im Pflegeheim	77
11.2 Die Ergebnisse: Die Sicht der Pflegerinnen	78
11.2.1 Ins Pflegeheim zu übersiedeln ist eine Entscheidung zweiter Wahl.....	78
11.2.2 Das Heim, ein neues Daheim? Wenig Übereinstimmung	78
11.2.3 Das Heim ist keine Familie, aber doch eine Art Familienverband	79
11.3 Evaluation	80
11.4 Anregung	81
12 Schmerzmanagement	83
12.1 Ethische Dimensionen der Schmerzbekämpfung	83

12.2 Ergebnisse.....	83
12.2.1 Das Leiden hat keinen Sinn	83
12.2.2 Die Schmerzen der Bewohner werden sehr ernst genommen	84
12.2.3 Haltung bei unerträglichen Schmerzen der Bewohner.....	85
12.2.4 Schmerzmanagement ist ein Schwerpunkt der Weiterbildung.....	86
12.3 Evaluation	86
12.4 Anregung	86
13 Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung	87
13.1 Einleitung: Lebenssinn im Pflegeheim	87
13.2 Ergebnisse.....	87
13.2.1 Jedes Leben hat einen Sinn	87
13.2.2 Leiden ist sinnlos	89
13.3 Evaluation	91
13.4 Anregungen	91
14 Sterben im Pflegeheim.....	93
14.1 Professioneller Umgang mit dem Sterben.....	93
14.2 Ergebnisse.....	94
14.2.1 Ängste, Sterben und Tod der Bewohner	94
14.2.2 Problemfelder im Umgang mit Sterbenden	95
14.2.3 Geschehenes verarbeiten und auf Künftiges vorbereiten	98
14.2.4 Die transzendente Dimension des Sterbens und des Todes	98
14.3 Evaluation	99
14.4 Anregung	99
15 Visionen für die Pflege.....	101
15.1 Exzellenz im Handeln	101
15.2 Ergebnisse: Status quo, Visionen und Wünsche	102
15.2.1 Status quo	102
15.2.2 Visionen	102
15.2.3 Wünsche.....	104
15.3 Evaluation	105
15.4 Anregung	105

16 Zeitmanagement	107
16.1 Zeitmanagement als ethische Kategorie	107
16.2 Ergebnisse: Der chronische Zeitmangel	107
16.2.1 Die allgemeine Klage über einen chronischen Zeitmangel	107
16.2.2 Zeitmanagement: Lösungsmöglichkeiten	108
16.2.3 Zeitmangel darf die Bewohner nicht belasten	108
16.3 Evaluation	109
16.4 Anregungen	109
17 Intervention: Ethische Kompetenz in der Pflege	111
17.1 Zielsetzung und Konzept der Intervention	111
17.2 Die Intervention im Detail	111
17.3 Fazit: Allgemeiner Wunsch nach einer höheren ethischen Kompetenz	113
18 Intervention: Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis	115
18.1 Ethische Dimension der Kommunikation in der Pflege	115
18.2 Die Intervention im Detail	115
18.3 Fazit: Hoher Bedarf an und Wunsch nach Weiterbildung	116
19 Ethische Exzellenz und ethische Problemfelder	119
20 Vorschläge zur Stärkung der ethischen Kompetenz	121
Anhang	123
Anhang I: Leitfaden für qualitative Interviews im Rahmen des Projektes „Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura“	123
Anhang II: Pflegefall: Herr Maier im Altersheim	127
Anhang III: Leitfaden für qualitative Gruppendiskussionen im Rahmen des Projektes „Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura“	131
Anhang IV: Von Stichwörtern zu Themenberichten	135
Anhang V: Intervention „Ethische Kompetenz in der Pflege“	137
Anhang VI: Intervention „Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis“	145

0 Ergebnisse auf einen Blick

Die Pflegepersonen bemühen sich um die Achtung der Individualität der Bewohner. Sie wahren deren Autonomie und Selbstbestimmung in den genannten vier Bereichen: Gewohnheiten, Bewohnerstärken, Körperpflege sowie Medikamenteneinnahme. Allerdings geraten Pflegepersonen beim Mörsern von Medikamenten im Falle einer Medikamentenverweigerung in einen Gewissenskonflikt. Sie sind sich unsicher und haben ein schlechtes Gewissen gegenüber den betreffenden Bewohnern, auch wenn der Arzt diese Vorgehensweise angeordnet hat.

Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts

Bei den Gesprächen zeigt sich, dass es in den Häusern durchaus ein Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz gibt: Die Pflegekräfte wünschen sich Nähe zum Heimbewohner, was auch durch das Leitbild gefordert wird. Gleichzeitig wird Distanz als notwendig erachtet. Durch die generell hohe Empathiefähigkeit und Motivation der Pflegepersonen gelingt Nähe zu den Bewohnern relativ leicht. Abgrenzung ist für die Pflegepersonen nicht immer einfach zu erreichen, sie geschieht meist wenig strukturiert.

Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person

Den Pflegepersonen ist klar, dass Dokumentation notwendig und nur schwer zu vereinfachen ist. Sie empfinden die Pflegedokumentation in der aktuellen Struktur aber vor allem aufgrund des Zeitdrucks häufig als Belastung. Sie nehmen nicht wahr, dass die Dokumentation ein Dienst am Bewohner ist und seine Sicherheit garantiert.

Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege

Die Grundsätze von SeneCura sind zwar nicht im Einzelnen bekannt, wohl aber im Haus präsent und tragen zur ethischen Sensibilisierung bei. Es hat sich gezeigt, dass Ethik für die Mitarbeiter ein großes Thema ist; sie spüren, dass sie Ethik brauchen und halten sich gerne an Grundsätze und Werte.

Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren

Den Pflegepersonen ist auch klar, dass das Leitmotiv „Näher am Menschen“ einen hohen ethischen Anspruch darstellt, dem sie gerecht werden wollen. Indirekt sehen sie darin auch eine Strategie zur Schmerzbekämpfung, denn das „Näher am Menschen“ hat direkt mit der Vermittlung von Sinn, Geborgenheit und Sicherheit zu tun.

Das Gewissen als ethische Instanz des Handelns wird von den Pflegepersonen anerkannt und eine Gewissensreflexion als ganz wichtig erachtet. Es zeigt sich aber die verbreitete Auffassung, dass das Gewissen nicht nur urteilende, sondern auch gesetzgebende Instanz sei: Die Notwendigkeit einer Suche nach objektiven Normen, die einzuhalten sind und die Verbindlichkeit der Moralgrundsätze begründen, wird hingegen wenig reflektiert. Ethik wird von den Mitarbeitern vielfach rein subjektiv ohne Rückbezug auf objektive Kriterien definiert. Das ist ein Widerspruch.

Die tugendethische Perspektive wird bei ethischen Problemen nicht wahrgenommen.

Ethische Haltungen sind den Pflegenden in ihrer Tätigkeit sehr wichtig. Es gelingt ihnen spontan, viele wichtige Haltungen zu identifizieren.

Ethische Haltungen und Tugenden

Die in den Interviews und Gruppendiskussionen als positiv und grundlegend bewerteten Haltungen für die Pfl egetätigkeit sind im Großen und Ganzen jene, die für die Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit ausschlaggebend sind. Vom Wissen um die Bedeutung dieser Haltungen bis zu ihrer Umsetzung liegt aber noch ein weiter Weg.

Die tugendethische Perspektive ist weniger stark ausgeprägt. Hier werden Prinzipien und Tugenden vermischt. Viele wichtige Tugenden (stabile Haltungen) werden nicht thematisiert, weil sie nicht bewusst sind.

**Helfen und
Fürsorge**

Der Begriff der Hilfe wird von den Pflegepersonen nicht gern verwendet und eher gemieden. Sie wollen Hilfe unbedingt mehr im Sinne von Begleitung und Unterstützung verstanden wissen. Das Bemuttern, Ersetzen, Abnehmen von Tätigkeiten würde in ihren Augen einer professionellen Pflege widersprechen.

Die Pflege wird von den Mitarbeitern von SeneCura generell mehr durch die bewusste personale Interaktion zwischen den Pflegepersonen und den Heimbewohnern definiert. Im Fokus der professionellen Pflege stehen nicht Defizite, die ausgeglichen werden müssen, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit.

Maßnahmen zur aktiven Burnout-Prophylaxe sind ein wesentlicher Bestandteil der Mitarbeiterführung. In Bezug auf das Zeitmanagement gibt es sicherlich Verbesserungspotential, vor allem damit nicht aus gutem Willen und der generellen Bereitschaft der Mitarbeiter grundsätzlich vermeidbare Belastungen entstehen.

Gegenseitige Hilfe im Team ist für die Arbeit im Pflegeberuf wesentlich und unverzichtbar, doch ist die Kommunikation innerhalb des Teams nicht immer leicht.

**Kommunikation:
Bewohner,
Angehörige, Team**

Die Pflegepersonen messen dem Gespräch höchste Wichtigkeit bei. Sie bedauern, dass der Kommunikation als einem Teil der Pflege von der zuständigen Behörde zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, vor allem wenn es um die Berechnung von Personalschlüssel oder Pflegeaufwand geht.

Zahlreiche Aspekte der guten Kommunikation sind bewusst, eine gezielte Reflexion über Kommunikation könnte die bereits vorhandenen Kompetenzen sicherlich weiter stärken und ausbauen. Es gilt auch hier, dass jeder, auch der beste Kommunikator, sich im Bereich Kommunikation verbessern kann und Training dafür sehr hilfreich ist.

Es wurde deutlich, dass in der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen einiges an Konfliktpotential steckt. Dies ergibt sich meist darauf, dass Situationen, wie die Übersiedlung eines nahen Angehörigen ins Pflegeheim, das Beobachten einer Verschlechterung des physischen und/oder psychischen Gesundheitszustandes, die unterschiedliche Art der Pflege im Heim im Vergleich zum Zuhause etc., häufig stark emotional beladen sind. Hier gelingt es nicht immer, die Gespräche auf eine sachliche Ebene zu heben und ohne persönliche Empfindlichkeiten zu reagieren.

Für die Pflegepersonen ist die Kommunikation im Team sehr wichtig und wird auch gelebt. Voraussetzung ist aber ein offenes Gesprächsklima. Situationen, in denen Schwierigkeiten, bedingt durch den gemeinsamen Arbeitsablauf, die Eigenheiten und verschiedenen Persönlichkeiten, der Pflegepersonen nicht direkt angesprochen werden, können zur Belastung werden. Im Zuge der Interventionen wurde dieser Aspekt offener als potentieller Konfliktherd angesprochen.

**Kommunikation mit
Angehörigen**

Für Pflegepersonen sind gezielte Kommunikation und bewusste Gespräche mit den Angehörigen selbstverständlich und funktionieren im Normalfall gut. Dies ist die Basis für ein gutes Einvernehmen zwischen Pflegepersonen und Angehörigen, wodurch Sinnggebung, Geborgenheit und Sicherheit in der letzten Lebensphase gewährleistet werden können.

Manchmal gelingt es trotz Bemühen nicht, ein gutes Einvernehmen herzustellen, in diesen Fällen reduziert sich die Kommunikation auf ein Minimum. Diese Fälle werden als besonders Energie raubend geschildert – sowohl bei den unmittelbar betroffenen Pflegekräften als auch beim Team, da ein Problemfall leicht zum permanenten Gesprächsthema wird.

Die Pflegepersonen haben Erwartungen betreffend der Angehörigen-Pflegepersonen-Beziehung: mehr Akzeptanz und Verständnis, Vertrauen sowie Dankbarkeit. Es wurde zwar von einem Miteinander gesprochen, aber welchen Beitrag sie selbst dafür leisten könnten, wurde in den Interviews kaum angesprochen. Die Interventionen zeigten, dass hier beim Pflegepersonal ein Bedarf an Weiterbildung besteht, um die Handlungskompetenz im Umgang mit Krisensituationen zu stärken.

Kommunikation mit Angehörigen

In der Intervention zeigte sich, dass der schnelle Rückgriff auf die Leitungsebene für immer wiederkehrende Probleme keine dauerhafte Lösung ist. Häufig zeigt sich in diesen Krisenfällen, dass es nicht um Informationsmangel o.ä. geht, sondern dass Misstrauen, Vorwürfe usw. Zeichen einer Beziehungsstörung zwischen den Familienmitgliedern selbst sind. Hier gäbe es einen Ansatz für weitere Fortbildung, um die Pflegenden in ihrer Leadership-Funktion zu unterstützen.

Die Pflegepersonen befinden sich in einem inneren Dilemma. Zum Teil lehnen sie das Familienmodell für das Heim ab, weil sie dabei an ihre eigene Familie denken. Es widerstrebt ihnen, in eine neue Familie „Heim“ involviert zu werden: Es sollen zwei ganz verschiedene und voneinander getrennte Lebensbereiche bleiben. Der Vergleich des Heimes mit der eigenen Familie führt klarerweise zu dieser Ablehnung. Wenn sie jedoch versuchen, sich in die Lage der Bewohner zu versetzen – was sie auch tun –, dann finden sie ein Heimmodell angebracht, das sich an die Familie anlehnt.

Pflegeheim als neues Zuhause

Die Unterscheidung „Familie“, „eine Art Familie“, „Zuhause“ und „Daheim“ wird nicht klar gesehen, ist zum Teil widersprüchlich. Für die Sinnggebung, Geborgenheit und Sicherheit des Bewohners ist es unabdingbar, dass er sich im neuen Daheim wohl fühlt. Es fehlt diesbezüglich ein klares Leitbild für das Heim.

Die Pfleger zeigen Unsicherheit hinsichtlich ihrer emotionalen Position in Beziehung zu den Bewohnern: Welche Bindung kann ich eingehen? Wie weit soll ich Zuneigung und Liebe zeigen? Sie suchen die richtige Balance zwischen Hingabe und Selbsterhaltung, finden sie aber mitunter nicht.

Die Mitarbeiter haben eine gute, professionelle Einstellung zur Schmerzbekämpfung. Sie haben das Thema sehr präsent – auch in ihrer persönlichen Weiterbildung.

Schmerzmanagement

Die Pflegepersonen sind sehr bemüht, den leidenden Bewohnern Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. Über den Sinn des Leidens, insbesondere den Sinn des Lebens mit Schmerzen, müsste weiter reflektiert werden.

Die Pflegepersonen sehen es als ihre Aufgabe, den Bewohnern einen Sinn in dieser Lebensphase zu vermitteln. Dies wird durch Organisation von Aktivitäten, Übertragung von Verantwortung und damit Vermittlung des Gefühls des Gebrauchtwerdens sowie durch Gespräche mit Fokussierung auf Fähigkeiten und Stärken umgesetzt.

Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung

Es wird nicht bewusst differenziert zwischen Leiden und dem Leben mit Leiden. Schmerzen zu mindern und zu verhindern ist ein wesentlicher und unverzichtbarer primärer Schritt im Umgang mit Leidenden. Wo die Grenze erreicht ist, dem anderen die Leiden zu erleichtern, gelingt es den Pflegepersonen nur schwer, selbst einen Sinn zu sehen und zu vermitteln. Ansatzweise wird Leid als möglicher Schritt zur Reifung der Person, als Wende zum Wesentlichen hin begriffen.

Den Fragen nach einer tieferen oder transzendenten Dimension des Lebens und des Leidens wird wenig Raum beigemessen.

**Sterben im
Pflegeheim**

Die Pflegepersonen verstehen sich als Begleiter der Bewohner in der letzten Phase ihrer Lebensvollendung. Sie möchten den Bewohnern ein würdevolles Leben bis zum Ende ermöglichen.

Die Pflegepersonen können relativ gut mit den Ängsten, dem Sterben und dem Tod des Bewohners umgehen und diese verarbeiten. Dennoch kann das Sterben eines Bewohners für eine Pflegeperson auch emotional belastend sein.

Problematisch sind vor allem Situationen, in denen Angehörige nicht mit dem Tod des Bewohners zurecht kommen, ihre Verantwortung wie Dasein und Begleiten abschieben, das Leben des Bewohners zwanghaft erhalten wollen und schließlich den Pflegern Vorwürfe machen. Auch die Ängste und das Sterben eines Bewohners können Teil dieses Problemfeldes sein.

Die Pflegenden haben die Bereitschaft, mit den Angehörigen über den Tod zu sprechen. Derartige Gespräche sind niemals leicht. Angehörige im geeigneten Moment und auf die richtige Art darauf anzusprechen ist eine heikle Angelegenheit. Aufgrund verschiedener Faktoren kommt es immer wieder dazu, dass der geeignete Zeitpunkt verpasst wird.

**Visionen für die
Pflege**

Die Frage nach Visionen wurde sehr allgemein beantwortet. Mit dem Status quo sind die Wohnbereichsleiterinnen recht zufrieden, hier haben sie weder Visionen noch Wünsche.

Bei den Gruppendiskussionen wurden vor allem Visionen für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zum Ausdruck gebracht. Sonst wurde die Frage danach negativ beantwortet, d. h. es wurden Schwierigkeiten oder Störfaktoren geschildert: Dokumentation, behördliche Auflagen udgl.

Die Pflegepersonen wünschen sich eine vermehrte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Die Vision eines schmerzfreien Pflegeheims wurde weder in den Interviews noch in den Diskussionen zur Sprache gebracht. Sie ist offenbar noch wenig bewusst.

Zeitmanagement

In allen Interviews und Gruppendiskussionen werden Zeitmangel, Zeitdruck und Stress genannt, die als große Belastung empfunden werden.

Dennoch ist allen klar, dass die Zeitwidmung für die Bewohner und für die Angehörigen ganz wichtig, prioritär ist. Diese Zeitinvestition wird auch als letztlich zeitsparend angesehen. Ohne Zugang zu den Bewohnern und ohne ihre Motivation dauert alles länger. Wenn es zeitlich eng wird, müssen Lösungen gefunden werden. Die Achtung der Selbstbestimmung erfordert Flexibilität im Zeitplan.

Die Anregungen zu den einzelnen Themenbereichen werden in Kapitel 20 „Vorschläge zur Stärkung der ethischen Kompetenz“ ausgeführt.

1 Fragestellung und Ziel des Forschungsprojektes

1.1 Entstehung der Idee des Forschungsprojekts

„Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura“ ist ein Forschungsprojekt, das von SeneCura Kliniken- und HeimbetriebsgmbH im Juni 2011 gestartet wurde und bis Anfang 2014 gelaufen ist.

Anlass dazu war das von SeneCura gesponserte Forschungsprojekt „Schmerzerfassung und -management in der stationären Altenhilfe am Beispiel des Trägers SeneCura Klinken- und HeimebetriebsgmbH“, das vom Institut für Pflegewissenschaften der Paracelsus Universität von 2011 bis 2014 durchgeführt wird. Dabei geht es um die erstmalige österreichweite Erfassung und Darstellung der Prävalenz von akuten und chronischen Schmerzen in Pflegeeinrichtungen sowie um die Evaluierung der Effizienz des Schmerzmanagements.

SeneCura hat parallel dazu und unabhängig davon ein Forschungsprojekt der ethischen Aspekte des Schmerzmanagements angeregt und auch gesponsert.

Warum ist ein ethisches Forschungsprojekt parallel dazu sinnvoll? Es ist sinnvoll, weil es auch einen komplementären Zugang zum Schmerzmanagement gibt, nämlich einen ethischen. Jede menschliche Tätigkeit hat eine ethische Dimension, auch die Schmerzbekämpfung. Normalerweise wird dieser Dimension wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

1.2 Der ethische Zugang zum Schmerzmanagement

Es gibt organische Schmerzen und seelische Schmerzen. Alle Schmerzen haben eine psychologische Komponente.

Man kann davon ausgehen, dass Schmerzen leichter zu ertragen sind, wenn

- das Leben auch mit Schmerzen einen **Sinn** hat, und
- der Leidende **Geborgenheit** erfährt und auch die **Sicherheit** hat, dass alles getan wird, um die Schmerzen zu lindern.

Dies ist nicht eine Hypothese, die man testen, d. h. verifizieren oder falsifizieren könnte, denn es geht nicht um einen naturwissenschaftlichen Ansatz und daher auch nicht um eine induktive Methode. Es handelt sich vielmehr um ein Postulat eines sozialetischen bzw. philosophischen Ansatzes, d. h. um eine definitorisch-analytische Feststellung.

Sinn, Geborgenheit (Liebe, Anteilnahme) und Sicherheit sind Dimensionen, die die Bewohner von ihrem Umfeld im Heim erfahren müssen. Je stärker es gelingt, den Bewohnern dies zu vermitteln, umso besser wird es ihnen gehen und umso leichter werden Schmerzen zu ertragen sein – immer unter der Voraussetzung einer optimierten medizinischen Behandlung und pflegerischen Betreuung. Die Vermittlung dieser drei Dimensionen gehört auch zum Schmerzmanagement, das ein Pflgeteam leisten muss.

Sinn, Geborgenheit und Sicherheit sind drei ethische Kategorien. Sie zu vermitteln erfordert ethische Kompetenz.

1.3 Die ethische Kompetenz beim Schmerzmanagement

Im rechten Verständnis von Ethik als Wissenschaft des sittlich richtigen Handelns des Menschen ist die ethische Kompetenz nicht eine neben zahlreichen anderen Kompetenzen des Menschen, sondern eine alle anderen integrierende Kompetenz.

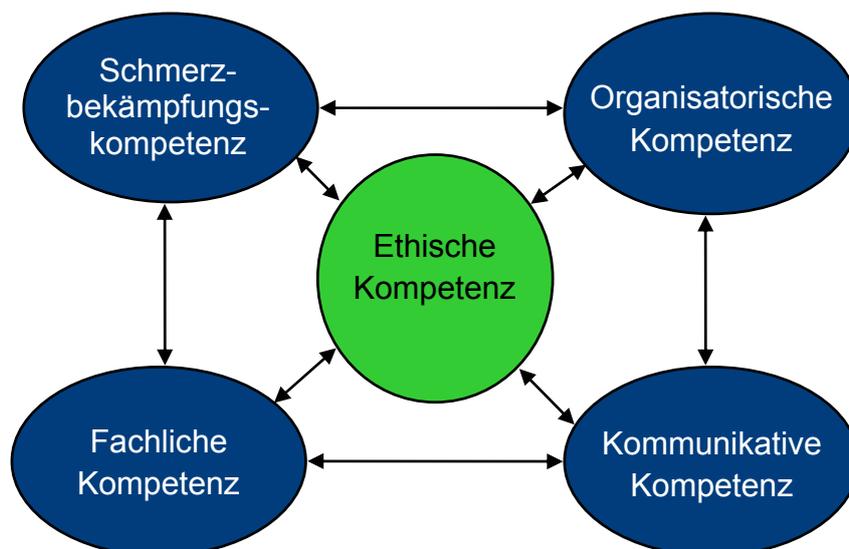


Abb. 1: Ethische Kompetenz

In Abbildung 1 werden fünf Kompetenzbereiche dargestellt: Man könnte noch zahlreiche weitere anführen, so viele wie es Fachbereiche in einer Organisation gibt. Die Ethik integriert alle diese Bereiche und verbindet sie, d. h. man kann nicht moralisch gut

handeln,

... wenn man fachlich schlecht handelt, oder

... wenn man die Kommunikation vernachlässigt.

Dieses Diagramm zeigt, dass man, um die Beziehung der Ethik zur Schmerzbekämpfungskompetenz darzustellen, auch alle anderen Kompetenzbereiche irgendwie einbeziehen muss, ganz besonders diejenigen der Kommunikation, Personalführung, usw.

Daher haben wir uns in unserem Projekt auch mit Fragen befasst, die über die reine Ethik der Schmerzbekämpfung hinausgehen. Dies schien uns vor allem in Hinblick auf die Zielsetzung notwendig: Zur Darstellung der ethischen Kompetenz muss man auch alle anderen Bereiche berücksichtigen, die direkt oder indirekt mit dem Schmerzmanagement in Verbindung stehen.

1.4 Worin liegt die ethische Kompetenz einer Pflegeeinrichtung wie SeneCura?

Die ethische Kompetenz einer Organisation wird zunächst durch die Werte, zu der sich die Organisation bekennt, und die Grundsätze, die für die Organisation verbindlich sind, geprägt.

Darüber hinaus aber müssen diese Werte und Grundsätze auch in die Praxis übertragen und umgesetzt werden. Dazu sind die entsprechenden Fertigkeiten notwendig und maßgeblich, die in der Ethik „Haltungen“ und „Tugenden“ genannt werden. Die ethische Kompetenz einer Organisation besteht somit vor allem in den Haltungen und Tugenden ihrer Organe und ihrer Mitarbeiter.

Die Strukturen und Mitarbeiter¹ der Organisation müssen von eben diesen Wertvorstellungen und Grundsätzen, zu denen sich die Organisation bekennt, geprägt werden.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet (mit Ausnahme wörtlicher Zitate). Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Wertvorstellungen (oder kurz Werte) bezeichnen im ethischen Sinn sittlich gute Eigenschaften bzw. Qualitäten von Idealen, Sachverhalten, Handlungsmustern, Charaktereigenschaften und dergleichen, die sie erstrebenswert machen. In Summe ist damit alles gemeint, was moralisch als erstrebenswert angesehen ist. Ein Wert für eine Organisation wäre zum Beispiel, dass ihre Mitglieder bzw. Mitarbeiter sich gegenseitig respektieren, schätzen und helfen.

Prinzipien sind die obersten Grundsätze des Handelns; sie sind die normative sprachliche Übersetzung von Werten.

Normen sind spezifische, auf besondere Situationen bezogene Regeln, um Grundsätze und Werte zu verwirklichen.

Haltungen sind die konkrete und praktische Umsetzung von Grundsätzen, einer Maxime, einer Norm. Eine Haltung kann gut oder schlecht sein. Haltungen können stabil oder sporadisch sein. Stabile gute Haltungen sind Tugenden.

Tugenden sind also stabile und verlässliche Haltungen, erworbene stabile Neigungen, das Richtige und das Gute zu tun. Diese beiden sind immer deckungsgleich: Das Richtige muss immer gut sein und das Gute muss immer auch in der konkreten Situation richtig sein. So sind z. B. Hilfsbereitschaft und Loyalität Tugenden, die zum Thema passen würden.

Diese vier Elemente bestimmen ethisch gesehen die gelebte Praxis einer Institution.

Wenn etwa in einer Pflegeinstitution negative Haltungen (wie zum Beispiel Geldgier oder eine gewisse Trägheit beim Personal) vorherrschen, kann dies zur Folge haben, dass die Pflegequalität sinkt, die Bewohner sich nicht wohlfühlen und die Zufriedenheit des Personals zu wünschen übrig lässt.

Aber es geht nicht nur um die guten Eigenschaften des Personals, auch die Strukturen einer Organisation müssen entsprechend der Wertvorstellungen und Grundsätze gestaltet werden, damit die Haltungen und Tugenden effektiv werden können.

Wenn z. B. die erwähnte Organisation eine wäre, in der alles von oben herab bestimmt wird, sodass die Bereichsleitung und die einzelnen Pflegepersonen kaum Entscheidungsspielraum haben, dann wird eine individualisierte menschliche Betreuung der Bewohner, die ihr Selbstbestimmungsrecht achten will, nicht möglich sein. Das Motto „Näher am Menschen“ könnte unter diesen Umständen nicht realisiert werden, auch dann nicht, wenn das Personal die höchsten ethischen Standards (Tugenden) aufweisen würde.

1.5 Die Grundsätze von SeneCura

SeneCura bekennt sich uneingeschränkt zur Achtung der personalen Würde aller Bewohner ihrer Häuser und hat dieses Bekenntnis in sechs Grundsätzen² konkretisiert.

„Wir achten die Würde, Persönlichkeit und Rechte aller unserer BewohnerInnen:

- 1. Der/die BewohnerIn wird als Mensch gesehen, in seiner/ihrer Individualität, Lebensgeschichte und Lebensperspektive. Wir achten besonders den Wunsch auf Selbstbestimmung.*
- 2. Jeder Mensch behält seine Würde bis zum letzten Augenblick des Lebens und verliert sie auch in Phasen größter Hilfsbedürftigkeit nicht.*
- 3. Jeder ältere Mensch hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger auch. Kein/e BewohnerIn wird daher in unserem Haus rechtlos. Wir anerkennen stets seine/ihre persönlichen Rechte.*
- 4. Wir respektieren die Privat- und Intimsphäre sowie die ‚Eigenheiten‘ jedes Menschen. Das muss sich auch in unserem Reden und Handeln widerspiegeln.*
- 5. Mit älteren Menschen zu leben, kann bereichernd wie belastend sein. Wir achten und respektieren den/die BewohnerIn als vollwertige Persönlichkeit, die das Recht auf ein möglichst eigenständiges, sinnerfülltes Leben hat. Dies gilt für alle Lebensbereiche, die uns selbst wichtig sind und zu unserer eigenen Sinnfindung beitragen.*
- 6. Wir respektieren die Bedürfnisse, Wünsche, Ängste und Grenzen der BewohnerInnen. Wir versuchen ihre Stärken und Fähigkeiten zu erkennen, bauen darauf auf und vermeiden, bei der Beschreibung ihrer Defizite zu bleiben.*

Wir anerkennen folgende Rechte unserer BewohnerInnen:

- Recht auf persönliches Eigentum*
- Recht auf ungestörten Besuch*
- Recht auf Information*
- Beachtung der Verschwiegenheitspflicht³*

² SeneCura, *Unsere Grundsätze*, www.senecura.at, Pfad: Unternehmen → Die Standards → Unsere Grundsätze (letzter Zugriff am 30. November 2012)

³ SeneCura, siehe Ref. 2

Die Grundsätze sollten Garant für jene drei für das Schmerzmanagement relevanten ethischen Dimensionen sein: Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit. Gerade bei akutem Schmerz, aber auch bei chronischen Schmerzen, zeigt sich, ob die Grundsätze richtig und angemessen umgesetzt werden.

Natürlich ist es bei der Umsetzung der Grundsätze wichtig, dass die Tugenden als ethische charakterliche Eigenschaften beim Personal in ausreichendem Maß vorhanden sind. In Tabelle 1 werden die Grundsätze von SeneCura den allgemeinen Prinzipien der Ethik⁴ und den ethischen Tugenden zugeordnet. Diese Einteilung erfolgt definitorisch-analytisch aus der Teilübereinstimmung von Grundsätzen, Prinzipien und Tugenden.

Grundsätze	Prinzipien	Tugenden	Ethische Kategorien
SeneCura G1	Achtung der Würde Autonomie Gerechtigkeit	Empathie Gerechtigkeit Ordnung	<i>Sinn</i> <i>Sinn</i> <i>Sicherheit</i>
SeneCura G2	Achtung der Würde Fürsorgeprinzip Schadenvermeidung	Zuverlässigkeit Geduld Sanftmut	<i>Sicherheit</i> <i>Sicherheit</i> <i>Geborgenheit</i>
SeneCura G3	Achtung der Würde Gerechtigkeit	Gerechtigkeit Solidarität Fleiß	<i>Sinn</i> <i>Geborgenheit</i> <i>Sicherheit</i>
SeneCura G4	Achtung der Würde Fürsorgeprinzip	Empathie Umsicht Selbstbeherrschung	<i>Geborgenheit</i> <i>Sicherheit</i> <i>Sicherheit</i>
SeneCura G5	Achtung der Würde Autonomie	Demut Geduld Optimismus	<i>Sinn</i> <i>Geborgenheit</i> <i>Sinn</i>
SeneCura G6	Achtung der Würde Fürsorgeprinzip Schadenvermeidung	Weisheit Empathie Großzügigkeit	<i>Sicherheit</i> <i>Geborgenheit</i> <i>Geborgenheit</i>

Tab. 1: Grundsätze, Prinzipien, Tugenden, Kategorien

Man kann den Tugenden der 3. Spalte ebenfalls eine der drei erwähnten ethischen Kategorien definitorisch-analytisch zuordnen. Natürlich lässt diese Zuordnung zwischen den Begriffen der vier Spalten einen Ermessensspielraum, d. h. man könnte sie auch anders zuordnen und könnte bei den Tugenden auch andere erwägen. Dies würde aber das

⁴ vgl. Pöltner G., *Grundkurs Medizin-Ethik*, Facultas, Wien (2002), S. 34-62

Ergebnis nicht wesentlich verändern, weil alle Tugenden durch ihre unbedingte und stabile Ausrichtung auf das Gute eine Einheit (*connexio virtutum*) bilden. Eine mögliche Zuordnung findet sich in Spalte 4 der Tabelle.⁵

1.6 Die Zielsetzung des Forschungsprojektes

1. Feststellung, wie und ob die Grundsätze von SeneCura besonders bei der Schmerzbekämpfung hinsichtlich der drei Kategorien Sinn, Geborgenheit und Sicherheit in angemessener Weise umgesetzt werden.
2. Identifizierung der ethischen Stärken (Zeichen der Exzellenz) in der Organisation. Zur Stärkung einer Organisation muss man nach der Leadership-Theorie in erster Linie auf die Stärken achten. Hier gilt das Motto: Wer stärker werden will, muss seine Stärken stärken.
3. Identifizierung der Problemfelder: Problemfelder sind sensible Bereiche für Schwächen und Fehler. Die Stärkung einer Organisation muss auch danach trachten, Schwächen abzubauen.
4. Anregungen für Interventionen und Durchführung zweier Interventionen.
5. Anschließende Evaluation, ob die Interventionen zur qualitativen Stärkung der Organisation hinsichtlich der drei Kategorien Sinn, Geborgenheit und Sicherheit beigetragen haben.
6. Anregungen für ein Weiterbildungsprogramm zur Stärkung der ethischen Kompetenz des Pflegepersonals

⁵ vgl. Prat E. H., *Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz*, *Imago Hominis* (2012); 19(2): 118

2 Methodik

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts sollen die Sicht- und Handlungsweisen der befragten Pflegepersonen im Hinblick auf die ethischen Aspekte des Schmerzmanagements ermittelt werden. Entsprechend dieser Zielvorgabe haben wir uns für die Methode der qualitativen Sozialforschung entschieden – im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung, bei der es um die Erhebung statistisch auswertbarer Daten geht.

2.1 Qualitative Sozialforschung

Nach Lamnek ist das Forschungsziel qualitativer Forschung, „Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Struktur hergestellt wird.“⁶ Was sind nun die Unterschiede qualitativer und quantitativer Sozialforschung? Aus einer Vielzahl von Unterscheidungskriterien zwischen den beiden Forschungsansätzen sind im Hinblick auf das vorliegende Forschungsprojekt vor allem die folgenden Aspekte prägnant und relevant:⁷

- **Theorieentwicklung:** Der quantitative Forschungsansatz prüft mit der empirischen Sozialforschung die zuvor aufgestellten Theorien, während der qualitative Ansatz die Sozialforschung als Instrument der Theorieentwicklung ansieht.
- **Methodenverständnis:** Während in der quantitativen Forschung mit sogenannten harten und standardisierten Methoden gearbeitet wird, bedient man sich in der qualitativen Forschung weicher nicht-standardisierter Methoden.
- **Gegenstandsbereich:** Die quantitative Sozialforschung zielt auf Wirkungs-, Ursachen- und Funktionszusammenhänge ab, die qualitative Sozialforschung möchte jedoch Deutungs- und Handlungsmuster ergründen.

Der Forschungsprozess wurde auf den zentralen Prinzipien qualitativer Sozialforschung nach Lamnek aufgebaut: Offenheit, Forschung als Kommunikation,

⁶ Lamnek S., *Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim/ Basel (2010), S. 30

⁷ Lamnek S., siehe Ref. 6, S. 268-269

Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation sowie Flexibilität.⁸

Offenheit in der qualitativen Forschung bedeutet, nicht mit fixen Hypothesen in den Forschungsprozess hineinzugehen, um diese zu verifizieren oder falsifizieren, wie es in der quantitativen Methodik üblich ist. Sie baut hingegen darauf auf, dass der Forscher im Vorfeld theoretische Annahmen trifft, dabei aber offen bleibt für neue Aspekte, die sich während der Erhebung zeigen.⁹

Das Prinzip der **Forschung als Kommunikation** betont, dass Kommunikation und Interaktion zwischen Forscher und Beforschtem wesentlicher Bestandteil des Forschungsprozesses sind und das Resultat der Untersuchung nicht stören.¹⁰

Der **Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand** ist folgendermaßen zu erklären: Prozesshaft ist einerseits der Forschungsgegenstand, denn die Verhaltensweisen und Aussagen der Untersuchten sind „prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität“. Andererseits ist der Akt des Forschens prozesshaft, weil die Kommunikation zwischen Forscher und Informant vorausgesetzt ist.¹¹

Das **Prinzip von Reflexivität von Gegenstand und Analyse** bezieht sich ebenfalls wie der Prozesscharakter auf den Forschungsgegenstand – jede Aussage und jede Handlung verweist reflexiv auf das Ganze – und auf den Akt des Forschens. Vom Forscher wird gefordert, in seiner Einstellung reflektiert zu sein, das Untersuchungsinstrumentarium soll anpassungsfähig sein.¹²

Die **Explikation** ist ebenso eine Forderung, die besagt, dass die Schritte des Forschungsprozesses offen gelegt werden müssen, damit diese für andere nachvollziehbar sind.

Schließlich bleibt noch das **Prinzip der Flexibilität**, das den qualitativen Forschungsprozess prägen soll. Konkret bedeutet dies eine flexible Vorgehensweise in der

⁸ Lamnek S., siehe Ref. 6, S. 19-25

⁹ Reichertz J., *Die Konjunktur der qualitativen Sozialforschung und Konjunkturen innerhalb der qualitativen Sozialforschung*, Forum Qualitative Sozialforschung (2009); 10(3), Abs. 27, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1382/2878> (letzter Zugriff am 3. April 2014)

¹⁰ Küchler M., „Qualitative“ Sozialforschung – ein neuer Königsweg?, in: Garz D., Kraimer L. (Hrsg.), *Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren*, Frankfurt am Main (1983), S. 9-30

¹¹ Lamnek S., siehe Ref. 6, S. 22

¹² ebd.

Forschung, was bedeuten kann, von der ursprünglich geplanten Forschungslinie auf eine andere zu wechseln, sollte sich im Rahmen des Prozesses ein solcher Wechsel als sinnvoll oder gar notwendig erweisen. Weiters bedeutet Flexibilität das Hinzunehmen neuer relevanter Punkte im Laufe der Forschung und schließlich auch die Veränderung der Definition, welche Daten für die Untersuchung relevant sind. Das Prinzip der Flexibilität bedeutet aber keineswegs, dass der Forschungsprozess planlos sein soll.¹³

2.2 Qualitative Forschungsinstrumente

Als Forschungsinstrumentarien des vorliegenden ethischen Forschungsprojekts kamen zwei verschiedene Erhebungsverfahren zur Anwendung: Einerseits das qualitative episodische Interview und andererseits die Gruppendiskussion. Diese beiden Instrumente ermöglichen gemeinsam, das Pflegegeschehen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten: einerseits aus der Perspektive der Wohnbereichsleitung und andererseits aus jener der Pflegekräfte.

2.2.1 Episodisches Interview

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden drei episodische Interviews geführt. Das episodische Interview nach Flick zeichnet sich dadurch aus, dass die befragten Personen Erfahrungswissen zweierlei Art bieten können. Einerseits wird das narrativ-episodische Wissen der befragten Person ermittelt. Dieses Wissen basiert auf der Erfahrungsnähe und gibt konkrete Begebenheiten sowie Situationsabläufe preis. Andererseits wird beim episodischen Interview semantisches Wissen erhoben, das aus den Erfahrungen abgeleitet wird. Dabei geht es um Generalisierungen, die Benennung von Begriffen und das Herstellen von Zusammenhängen zwischen diesen Begriffen durch den Befragten.¹⁴

Die Interviews sind **ermittelnd** –, d. h. der Informationsfluss geht vom Befragten zum Forscher, und innerhalb der ermittelnden Interviews sind die Interviews des vorliegenden Forschungsprojekts als informatorisch¹⁵ zu bezeichnen, was bedeutet, dass der Befragte

¹³ ebd., S. 23

¹⁴ Flick U., *Psychologie des technisierten Alltags*, Reinbek (1995)

¹⁵ Koolwijk J. von, *Die Befragungsmethode*, in: Koolwijk J. von, Wieken-Mayser M. (Hrsg.), *Techniken der empirischen Sozialforschung*, Bd 4: Erhebungsmethoden: Die Befragung (S. 9-23), München/ Wien (1974)

Informationen über Sachverhalte liefert. Die Interviews sind weiters **halb-standardisiert**, der Leitfaden (siehe Anhang I) ist eine Richtschnur für den Forscher, aber kein rigider Fragenkatalog, dessen Fragen genau in der geplanten Reihenfolge gestellt werden müssen. Die Interviewführung ist **weich** („sympathisierendes Verhältnis für die spezielle Situation des Befragten“) bis **neutral** („unpersönlich-sachlich und unter Wahrung der sozialen Distanz“) und die Fragen sind **offen** formuliert, d. h. die befragte Person kann unabhängig von einem Antwortschema (Ja-Nein-Fragen) antworten.¹⁶

Zur Gesprächsführung wurde ein halb-standardisierter Leitfaden entwickelt, der Struktur in das Interview bringen und gewährleisten soll, dass alle wichtigen Fragen angesprochen werden.

2.2.2 Gruppendiskussionen

Das zweite eingesetzte Instrument der qualitativen Sozialforschung ist die Gruppendiskussion, bei der man – so Morgan – „die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird“.¹⁷ Ein wesentliches Merkmal der Gruppendiskussion ist auch die Interaktion, die während des Gesprächs zwischen den Erforschten und dem Forschenden entsteht, so Bohnsack.¹⁸ Es gibt zwei verschiedene Arten der Gruppendiskussion: einerseits die vermittelnde Diskussion, bei der den Teilnehmern etwas bewusst gemacht werden soll, damit sie sich verändern, und andererseits die ermittelnde Diskussion, die Meinungen und Einstellungen der Diskutanten erheben soll. In unserem Fall kam letztere Form zur Anwendung.¹⁹

Das geplante Ablaufmuster einer Gruppendiskussion: Der Diskussionsleiter bringt mit einem Impuls zu Beginn – im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde dazu ein Fall aus der Praxis herangezogen – die Diskussion in Gang, die sich im weiteren aber primär zwischen den Teilnehmern abspielen soll und nicht zwischen einem Teilnehmer und dem

¹⁶ Lamnek S., siehe Ref. 6, S. 304-315

¹⁷ Morgan D. L., *Focus groups as qualitative research*, Newbury Park/ London/ New Delhi (1988, 2. Auflage 1997)

¹⁸ Bohnsack R., *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*, 5. Auflage, Opladen (2003), S. 207

¹⁹ Kromrey H., *Gruppendiskussionen. Erfahrungen im Umgang mit einer weniger häufigen Methode empirischer Sozialwissenschaft*, in: Hoffmeyer-Zlotnik J. H. P. (Hrsg.), *Qualitative Methoden in der Arbeitsmigrantenforschung*, Mannheim (1986), S. 116 f.

Forscher.²⁰ Falls die Diskussion stagnieren sollte, bringt der Diskussionsleiter anhand eines Leitfadens, der sich am Fall aus der Praxis orientiert, neue Fragestellungen ein.

2.3 Datenerhebung

Anhand des Forschungskonzeptes und der darin enthaltenen Fragestellungen wurden **Themenbereiche** festgelegt, die für die Untersuchung als zentral eingestuft wurden: Achtung der personalen Individualität und der Autonomie, Geborgenheit und Sicherheit, Transzendente Dimension in der Pflege sowie Ethisches Bewusstsein.

Den ausgewählten Themenbereichen zufolge wurde der **Interviewleitfaden** für die episodischen Experteninterviews erstellt. Er diente dem Interviewer als Leitfaden für das Gespräch und enthielt die wesentlichen Fragen. Aber auch hier gilt das Prinzip der Offenheit, denn der Interviewte bestimmt letztendlich den Gesprächsverlauf.

Für die **Auswahl der Gesprächspartner** für die Einzelinterviews haben wir zunächst die Organisationsstruktur der SeneCura-Pflegeheime näher untersucht. Die Wohnbereichsleiter stellten sich als ideale Gesprächspartner heraus, da sie einerseits der übergeordneten Organisationsebene angehören, andererseits aber auch in die tägliche Pflege involviert sind. Jedes Pflegeheim hat für uns eine in der Wohnbereichsleitung tätige Person für ein Interview zeitlich freigestellt.

Bevor die Datenerhebung tatsächlich begann, unterzogen wir unseren Interviewleitfaden in einem ausgewählten vierten Pflegeheim einem so genannten **Pretest**, der dazu diente, die Eignung im Hinblick auf die Fragestellungen im Forschungskonzept und die sprachliche Konzeption zu überprüfen. Auf diese Weise konnten wir unseren Leitfaden noch ideal für die tatsächlichen Interviews anpassen.

Die eigentliche **Datenerhebung**, also die Gespräche mit den Wohnbereichsleiterinnen fanden am 21. März 2012 im Pflegezentrum St. Veit/Glan (Kärnten), am 22. März 2012 im Sozialzentrum Oetz (Tirol) und am 23. März 2012 im Sozialzentrum Nikitsch (Burgenland) statt.

Der Gesprächsleitfaden für die *Gruppendiskussionen* konnte anhand der Aussagen in den episodischen Interviews um so manche Themen erweitert bzw. an anderer Stelle auch

²⁰ Lutz V. B., *Möglichkeiten und Grenzen der Gruppendiskussion in der soziologischen Forschung*, Soziale Welt, S. 73-75

gekürzt werden. Ein wesentlicher Bestandteil des Gruppendiskussionskonzeptes war ein dreiteiliger Fall aus der Praxis, anhand dessen die verschiedenen Fragestellungen konkretisiert werden konnten (siehe Anhang II). Jedem der drei Leitfadenabschnitte war ein Teil des Falles zugeordnet. Immer zu Beginn eines Abschnittes lasen die Gruppendiskussionsteilnehmer den jeweiligen Teil des Falles. Daraufhin entstand ein fallbezogenes Gespräch. Nach dem Verebben dieser ersten Diskussion brachte die Diskussionsleiterin Fragestellungen aus dem Leitfaden (siehe Anhang III) in die Runde ein.

Die Gruppendiskussionen fanden am 9. Mai 2012 im Pflegezentrum St. Veit/Glan, am 10. Mai 2012 im Sozialzentrum Oetz und am 11. Mai 2012 im Sozialzentrum Nikitsch statt. Jedes der uns zugeteilten Heime hat sechs Pflegepersonen für die Gruppendiskussion freigestellt. Nach Qualifikationsniveaus aufgeteilt nahmen an den drei Diskussionen insgesamt sechs Diplomierte Krankenschwestern, acht Pflegehelferinnen und ein Pflegehelfer – manche mit Zusatzausbildungen wie Fachsozialbetreuung (Animation) und Aromatherapie – und drei Fachsozialbetreuerinnen teil. Im gesamten Forschungsprojekt wird nur von Aussagen von Frauen gesprochen, um auch die Anonymität des einzigen teilnehmenden Mannes zu gewährleisten.

Sowohl die Einzelinterviews als auch die Gruppendiskussionen wurden mit dem Einverständnis der Gesprächspartner zur Erleichterung der Datenauswertung mitgeschnitten. Diese Möglichkeit trägt wesentlich zu einer detaillierten Auswertung bei.

2.4 Datenauswertung

Vor der eigentlichen Datenauswertung wurden die mitgeschnittenen Gespräche transkribiert, d. h. in eine schriftliche Form übertragen.²¹ Damit der so erstellte Text so nahe wie möglich am gesprochenen Wort ist, haben wir das Transkriptionsregelsystem nach Kuckartz et al.²² verwendet. Wird im Forschungsprojekt auf Interview- oder Gruppendiskussionspassagen Bezug genommen, wird folgende Zitierweise angegeben: A 655-660. Der Buchstabe steht für ein Interview bzw. eine Gruppendiskussion, die Ziffern geben die Beginn- und End-Zeilenummer der zitierten Passage des jeweiligen

²¹ Dresing T., Pehl T., *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*, 3. Auflage, Marburg (2011), www.audiotranskription.de/praxisbuch (letzter Zugriff am 3. April 2014)

²² Kuckartz U., Dresing T., Rädiker S., Stefer C., *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis*, 2. Auflage, Wiesbaden (2008)

Transkripts an. Die in den Zitaten vorkommenden Vor- und Nachnamen wurden anonymisiert.

Im ersten Schritt der Datenauswertung haben wir die transkribierten Gespräche auf ethisch relevante Begriffe im Hinblick auf das vorliegende Forschungsprojekt durchsucht. Die ausgewählten **Stichwörter** wurden zu **27 Themenclustern** zusammengefasst (siehe Tabelle 2).

Angehörige	Gewissen	Normalität
Beruf	„Gewohn“, Rituale	Schmerz(en)
Distanz, Abstand, Abschalten, Burnout	Haltung, Respekt, Würde, „Einfühl“	Sinn
Dokumentation	Helf(ersyndrom), Hilf(erufe)	Sterb(ephase), „storb“
Ehrenamt	Intimsphäre, Schamgefühl	Supervision
Ethi(k), Werte, Moral	Konflikt	Visionen
Fehler, Vorwurf, Vorwürfe, Klage(n)	Medikamente, Verweigerung, Nahrung	Waschen, Duschen, Baden
Gern, Stärken, Interesse	(Mitarbeiter-) Motiv(ation)	Zeit
Gespräch	Mittler(rolle), „vermittel“	Zuhause, Daheim, Familie

Tab. 2: Namen und Stichwörter der 27 Themencluster bzw. Analysedateien

Im zweiten Auswertungsschritt ging es darum, alle Transkripte nach den zuvor ausgewählten Stichwörtern zu durchsuchen. Jene Passagen, in denen die Stichwörter vorkamen bzw. auch die vorhergehenden oder nachfolgenden relevanten Stellen, wurden in gesamter Länge in eine einzelne **Analysedatei** pro Themencluster zusammengeführt. Insgesamt entstanden auf diese Weise 27 Analysedateien, die die Grundlage für die eigentliche Auswertung bildeten.

Die Datenauswertung wurde sowohl für die episodischen Interviews als auch für die Gruppendiskussionen mittels des Konzepts der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring²³ vorgenommen.

Im Rahmen dieser Methode wird die Reduktion des Materials in vier Schritten²⁴ vorgenommen. Alle nicht oder wenig inhaltstragenden Textbestandteile werden im ersten

²³ Mayring P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim/ Basel (2010); Mayring P., *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Beltz, Weinheim/ Basel (2002)

Schritt – ausgehend vom Quelltext aus den einzelnen Gesprächen – gestrichen, die inhaltstragenden Textstellen werden auf eine einheitliche Sprachebene gebracht: Diesen Prozess nennt man Paraphrasierung. Dann werden im zweiten Schritt, der Generalisierung, die zuerst entstandenen Paraphrasen abstrahiert, sodass die alten Gegenstände und Satzaussagen in den neuen enthalten sind. Jene Paraphrasen, die bereits auf dem Abstraktionsniveau liegen, werden belassen. Im dritten Schritt, der ersten Reduktion, werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen, nach dieser Selektion verbleiben nur mehr die zentral inhaltstragenden Paraphrasen. Bei der zweiten Reduktion, dem vierten und letzten Schritt, werden Paraphrasen mit dem gleichen oder ähnlichen Gegenstand zu einer Paraphrase zusammengefasst. Auf diese Weise entstehen Kategorien und insgesamt ein Kategoriensystem zu jedem der 27 Themencluster, das die zentralen Inhalte des gesamten Gesprächsmaterials auf den Punkt bringt.

Nach dem Vorliegen dieser Auswertungsergebnisse und der näheren Betrachtung der 27 Kategorienübersichten nahmen wir eine Neuordnung und teilweise Zusammenlegung der Themencluster vor. Am Ende blieben 14 Themencluster übrig, elf Themencluster wurden zu anderen Themenkomplexen hinzugefügt, zwei Themencluster wurden nicht weiter ausgewertet (siehe Anhang IV).

Abschließend haben wir zu jedem einzelnen Themencluster einen Themenbericht verfasst. Jeder Bericht wurde durch alle Bearbeiter geprüft, der ursprüngliche Stil der einzelnen Bearbeiter wurde beibehalten. Die Themenberichte enthalten eine grundsätzliche Einführung zum jeweiligen Thema, Ergebnisse aus den Interviews und Gruppendiskussionen, eine Evaluation sowie Interventionsvorschläge und/oder Anregungen. Insgesamt gibt es am Ende die in Tabelle 3 angeführten 14 Themenberichte, die wir in alphabetischer Reihenfolge in den Kapiteln 3 bis 16 abhandeln. Die Kategorien kommen im Zwischenbericht als solche nicht immer wörtlich vor. Manche Kategorien haben sich aufgelöst, weil sie sich für unsere Untersuchung als irrelevant herausgestellt haben.

²⁴ ebd., S. 70

Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts	Kommunikation mit Angehörigen
Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person	Pflegeheim als neues Zuhause
Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege	Schmerzmanagement
Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren	Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung
Ethische Haltungen und Tugenden	Sterben im Pflegeheim
Helfen und Fürsorge	Visionen für die Pflege
Kommunikation im Allgemeinen	Zeitmanagement

Tab. 3: Die 14 Themenberichte

2.5 Interventionen

Die Auswertung hat zahlreiche Ergebnisse gebracht, die in einem Zwischenbericht dargestellt wurden. Es wurden auch Empfehlungen für Interventionen abgegeben, die in einer zweiten Phase gemäß der Zielsetzung des Projektes durchgeführt werden könnten. Daraus wurden dann zwei Interventionen ausgewählt, die jeweils in den drei für die Datenerhebung ausgewählten Häusern durchgeführt wurden.

In einem weiteren Schritt wurden diese Interventionen und ihre Wirkungen evaluiert und weitere Empfehlungen abgegeben.

3 Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts

3.1 Autonomie und Selbstbestimmung des Bewohners

Die Würde des Menschen steht in engstem Zusammenhang mit seiner Vernunftbegabung und mit seiner Freiheit. Die Achtung der Würde des Menschen, einer der wichtigsten Grundsätze der Pflegeethik, ist deshalb in erster Linie die Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Gepflegten. Dies wird auch in den Grundsätzen von SeneCura festgeschrieben.

Mit dem Umzug in ein Pflegeheim büßt ein Mensch zwar so manches an Autonomie ein, es bleiben aber noch Bereiche seines Lebens, die er bewusst bestimmen kann. Es liegt an den Pflegekräften, diese Selbstbestimmung gezielt zu fördern.

Die Autonomie im Pflegeheim betrifft beispielsweise nicht nur eine aufrichtige Kommunikation, verständliche Information, die Umsetzung von Wünschen des zu Pflegenden – wenn möglich –, das Anhören und Respektieren durch die Pfleger, sondern auch die Förderung von Stärken und Interessen. Das Ziel ist die Wahrung jener personalen Individualität und Selbstbestimmung, die Voraussetzung für Sinnggebung ist. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Pfleger die Bewohner gut kennen – wobei hier eine genaue Biographiearbeit notwendig erscheint – und wenn die Rahmenbedingungen für den Einsatz und die Umsetzung der Bewohnerstärken vorhanden sind bzw. geschaffen werden können.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Biographiearbeit als Basis

Für die Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner ist es wesentlich, dass die Pflegepersonen deren Gewohnheiten, Rituale, Stärken und Interessen kennen. Auf diese Weise wird zumindest in einigen Punkten eine Kontinuität zum früheren Leben ermöglicht.

Besonders die unmittelbare Zeit nach dem Einzug eines Heimbewohners ist geprägt vom ***Kennenlernen der Gewohnheiten***. Eine Teilnehmerin einer Gruppendiskussion erklärt,

dass man nach drei Wochen die wichtigsten Rituale des Bewohners schon kennt. (vgl. F 352-353) Wenn ein Bewohner dement ist, so eine Wohnbereichsleiterin, könne das länger dauern: *„Wenn das jetzt ein dementer Bewohner ist, dann muss man das durch Beobachtung heraus finden. Das kann dann natürlich länger dauern, ja.“* (A 287-289)

Die **Organisation der Gewohnheiten und Rituale** betrifft zum einen die tägliche Abstimmung der Pflegepersonen mit dem Bewohner selbst (vgl. A 266-267) und zum anderen die Kommunikation mit dem Team. Die vereinbarten Abläufe werden in der Pflegeplanung niedergeschrieben, vorgesehen und im Team besprochen. (vgl. A 293-295)

Um die Stärken und Fähigkeiten der Bewohner kennenzulernen, bedienen sich die Pflegenden des Instrumentes der **Biographiearbeit**. Bereits mit dem Heimeintritt einer Person wird mit der Biographiearbeit begonnen, um die ersten näheren Informationen über den neuen Bewohner einzuholen. (E 131-135) Später sucht man sich eine ruhige Stunde, so eine Wohnbereichsleiterin, man *„informiert den Bewohner, dass man Biographiearbeit macht, um ihn besser kennen zu lernen, auch um bestimmte Reize dann für später zu finden, wenn er mal abgebaut hat. Dass wir wissen, was mag er gerne, was mag er überhaupt nicht gerne. Und eine Biographiearbeit kann man nicht auf einmal machen, sondern die zieht sich oft, teilweise monatelang hin.“* (C 393-397) Die Biographiearbeit wird zuerst grundsätzlich mit dem Bewohner selbst gemacht; doch besonders in Fällen, wo dieser beispielsweise dement ist, sind Gespräche mit den Angehörigen unerlässlich. (vgl. E 1018-1019) Auch die Bezugspflege kann dazu genutzt werden, herauszufinden, was ein Bewohner gerne hat: *„[...] in diesen Diensten wird nachher viel herausgefunden. Weil, so, neben der Pflege ist es nicht leicht. Neben normaler Pfllegetätigkeit.“* (B 366-368)

Aus der Biographie kann man, so erklärt eine Gruppendiskutantin, die Wünsche der Bewohner lesen: die Schlaf- und Essgewohnheiten, die Körperpflege, wie ein Mensch seinen Tag verbringt, wie er aufsteht, die Lieblingsbeschäftigungen. (vgl. F 100-102, A 278-279)

Bei der Erkundung der Bewohnerstärken werden beispielsweise folgende Aspekte ergründet: *„[...] was mag er, was mag er überhaupt nicht, was tut er gern, was hat er früher gern getan. Die Gerüche, [...]“* (die er gerne mag). (E 131-135) Zusätzlich kann man erfragen, *„was die Tochter gern haben möchte, dass der Vater hat jetzt im Heim. Was sie gern hätte, als Unterstützung für ihn. Dass man sich da ein bisschen ausredet. Gespräche führt mit den Angehörigen, und auf die auch ein bisschen eingeht. Vielleicht braucht die Angehörige auch ein bisschen Unterstützung, eine seelische.“* (E 1021-1024)

3.2.2 Körperpflege

Autonomie betreffend die Körperpflege

Der Bewohner kann auf verschiedene Art und Weise über seine Körperpflege autonom entscheiden, wie aus den Interviews und Gruppendiskussionen hervorgeht. Diese Autonomie schlägt sich in verschiedenen Aspekten nieder.

Zunächst kann der Bewohner den **Zeitpunkt der Körperpflege** innerhalb des organisatorischen Rahmens bestimmen: *„Sie kann es bestimmen zum Beispiel, ... wann sie aufsteht, wann sie gewaschen wird. Natürlich ist das trotzdem in einem organisatorischen Rahmen, ist es doch vorgegeben nachher.“* (B 299-302, vgl. A 194-196, B 303-306, B 440-442) Der Bewohner kann die Körperpflege in Ausnahmefällen spontan auf später verschieben, wenn die Pflegeperson allerdings wiederkommt, gibt es keinen Aufschub mehr. (vgl. E 404-410, B 451-456)

Es ist in Ordnung, wenn ein Bewohner einmal die Grundpflege ablehnt, erklärt eine Wohnbereichsleiterin: *„Dann wäscht er sich nicht. Wenn das jemand so sagen kann, der sich noch selber wäscht, dann wäscht er sich fürs erste nicht, ja.“* (A 246-247, vgl. A 233-234, D 762, E 209-211, E 1682-1684, F 230-234) Neben der Akzeptanz der Ablehnung der Grundpflege ist es wichtig, erklärt eine Wohnbereichsleiterin, gleichzeitig auch die Gründe dafür herauszufinden, damit der Bewohner nicht verwahrlost. (A 246-250, vgl. A 234-236) Ähnliches gilt für andere Gewohnheiten zum Beispiel in Bezug auf Kleidung und Tagesabläufe. (z. B. vgl. B 490-500)

Gründe für die Ablehnung der Grundpflege

Eine anfängliche Verweigerung der Grundpflege kommt, wie eine Wohnbereichsleiterin erklärt, relativ häufig vor: *„Also dass sich ein älterer Mensch nicht waschen lässt, kommt eigentlich relativ häufig vor. Aber ich habe in meiner ganzen Berufspraxis keinen Menschen erlebt, der das dann im Endeffekt total abgelehnt hat. Und nicht irgendwann doch genossen hat. Wenn man den Grund herausfindet, warum er es anfangs nicht zulässt.“* (A 258-262) Eine Teilnehmerin einer Gruppendiskussion betont, dass manche Bewohner das Waschen sogar sehr genießen. (vgl. E 246-247)

Bewohner lehnen die Grundpflege aus verschiedensten Gründen ab, wobei das bisherige Waschverhalten ein öfter genannter Ablehnungsgrund ist. Ein Bewohner war es gewohnt, sich zu einer bestimmten Zeit zu waschen (vgl. D 311-320), oder die ältere

Generation ist das viele Waschen nicht gewöhnt. (vgl. E 220, F 249-253) Manche Bewohner haben eine Abneigung gegen Wasser (vgl. E 219-220), andere wiederum lassen sich nicht waschen aufgrund ihres Gesundheitszustandes. (vgl. F 244-246)

Ein weiterer Aspekt, der bei der Ablehnung der Grundpflege ausschlaggebend ist, ist die Antipathie oder Sympathie der Bewohner für bestimmte Pfleger. Manche Bewohner haben eine Abneigung gegen eine bestimmte Pflegekraft (F 242) oder speziell gegen männliche Pfleger. (vgl. B 713-714) Andere wiederum möchten nur von einer bestimmten Person gewaschen werden (vgl. D 698-700), was akzeptiert und nicht weiter hinterfragt wird. (vgl. D 702-704)

Grenzen der Autonomie in der Körperpflege

Eine Teilnehmerin einer Gruppendiskussion betont, dass es schwierig sei, wenn sich jemand gar nicht waschen lässt. (vgl. F 261) Wenn es kritisch ist, überredet man den Bewohner schon zum Waschen. (vgl. F 272-276)

Bei Hygienemangel eines Bewohners oder wenn jemand verwehrlos ins Heim einzieht, ist es keine Option, dass er nicht gewaschen wird. (vgl. B 321-324, D 762-763, E 216) Man versucht dem Bewohner aber in diesem Rahmen eine gewisse Wahlmöglichkeit zu geben, wie eine Wohnbereichsleiterin erklärt: *„Man versucht nachher ihm ... ein paar Optionen zu geben, wo ER nachher entscheiden kann: ‚Die möchte ich.‘ Und es gibt ihm auch wahrscheinlich diese Genugtuung, dass er sagt, okay, jetzt habe ich entschieden.“* (B 324-327) Beispielsweise kann sich der Bewohner aussuchen, ob er baden möchte oder ob er von einer bestimmten Pflegeperson gewaschen werden möchte. (vgl. F 265-267)

Es ist wichtig, so wird in einer Gruppendiskussion erwähnt, dass man bei bestehendem Hygienemangel die Hintergründe für die Ablehnung erfragt. (vgl. E 214-215)

Reaktion der Pflegepersonen bei Verweigerung der Körperpflege

Die Pflegepersonen haben eine breite Palette an Möglichkeiten, um auf die Verweigerung der Körperpflege durch den Bewohner zu reagieren.

In einer Gruppendiskussion wurde erwähnt, dass ein **Gespräch** in vielen Fällen zunächst wichtiger sei als die Körperpflege selbst. Nachher könne man noch das Gesicht und vielleicht den Intimbereich waschen. (vgl. F 407-411, C 258-264)

Weiters ist es wichtig, dass die Pflegepersonen den Bewohner **motivieren** (vgl. E 176-178), **Positives aufzeigen**, was der Bewohner noch kann (vgl. E 417-423): *„Dann geht das auch irgendwie leichter, weil sie halt sehen, okay, ich kann ja wirklich noch mein Gesicht und den Oberkörper waschen“* (E 422-423). Anlässlich von Aktivitäten, an Sonntagen oder besonderen Feiertagen ist es leichter, zur Grundpflege zu motivieren (vgl. F 303-305). Bewohner, die sich selbst waschen können, aber nicht wollen, kann man mit etwas Geschick, etwa durch das Anbieten von Aromaölen, dazu bringen, sich doch zu waschen. (vgl. E 381-386)

Eine mögliche Reaktion der Pflegepersonen auf die Ablehnung der Grundpflege ist, sie **auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben** und einfach später (D 298-299) oder am nächsten Tag (vgl. F 238) dafür wiederzukommen.

Wenn die Ablehnung **personenbezogen** ist, sorgt man dafür, so die Erklärung von Teilnehmerinnen zweier Gruppendiskussionen, dass die Körperpflege durch eine akzeptierte oder die gewünschte Pflegeperson erfolgt. (vgl. D 695, F 1131-1132)

Im Fall einer Ablehnung der Grundpflege kann es auch sein, dass Bewohnern, die sich eigentlich selbst waschen, der **Antrieb** fehlt, und in einem solchen Fall werden diese bei allem angeleitet. (vgl. C 330-331)

Wenn sich selbstständige Bewohner beispielsweise aufgrund einer Depression nicht waschen, kann in Absprache mit dem Arzt eine **gezielte antidepressive medizinische Therapie** begonnen werden, die durch die Verbesserung der depressiven Symptome – insbesondere des fehlenden Antriebes – dazu führen kann, dass diese Person wieder selbstständig handelt. (vgl. C 237-247)

Die Überredung des Bewohners ist in den seltensten Fällen zielführend: *„Auf dem Weg geht es dann eigentlich eher weniger. Weil wenn man jetzt wirklich sagt: ‚Ich will jetzt nichts mehr hören, Sie stehen auf, gehen wir ins Bad.‘ Dann sind sie sowieso total, also was ist denn jetzt, das würde sowieso nicht funktionieren.“* (E 361-363)

Im Rahmen der Körperpflege können sich für die Pflegenden besondere **Herausforderungen und Schwierigkeiten** im Umgang mit dem Bewohner ergeben. Wird beispielsweise jemand bei der Pflege des Intimbereichs aggressiv, dann sprechen sich die Pfleger ab. (vgl. C 635-638) Wenn eine Pflegeperson mit einem Bewohner nicht zurecht kommt, wird jemand anderer dem Bewohner zugeteilt. (vgl. E 813-816)

3.2.3 Medikamentenverweigerung

Auf die Frage, ob es zu Medikamentenverweigerung kommt, geben zwei der befragten Wohnbereichsleiterinnen unterschiedliche Antworten für ihr Pflegeheim: Während die eine meint, es gäbe keine Medikamentenverweigerung im eigentlichen Sinne, sondern nur eine Verweigerung durch demente Bewohner, weil diese eine Tablette nicht als solche kennen und sie deshalb ausspucken (vgl. A 566), erzählt die andere, dass Medikamentenverweigerung ein häufiges Thema sei. (B 636-638)

Autonome Bewohnerentscheidungen bei Medikamentenverweigerung

Die Pflegepersonen können niemanden zwingen, ein Medikament zu nehmen, der Bewohner muss dies selbst entscheiden dürfen, betont eine Wohnbereichsleiterin. (vgl. C 303-304) Will ein mündiger Bewohner ein Medikament nicht nehmen, so erklärt die Teilnehmerin einer Gruppendiskussion, wird der Wille dokumentiert und der Bewohner nimmt dieses Präparat nicht. (vgl. D 1332-1335)

Bewohner nehmen Medikamente eher, wenn kein Druck auf sie ausgeübt wird. (vgl. C 306-308) Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich die Pflegepersonen Zeit für den Bewohner nehmen und ihm in verständlicher Weise erklären, warum er ein Medikament einnehmen soll. Dadurch fühlt er sich verstanden und ernst genommen. (vgl. C 341-350, E 678-683) Möglicherweise bringt man einen Bewohner so dazu, seine Medikamente wieder zu nehmen, legt eine Wohnbereichsleiterin dar. (vgl. C 341-350) Gleichzeitig erklärt man dem Bewohner natürlich auch, welche Folgen die Nicht-Einnahme des Medikaments haben kann: *„Wenn er das nicht nimmt, dann wird es nicht besser werden. Dann wird das und das vielleicht eintreffen und er muss ins Krankenhaus.“* (D 1347-1348)

Das Mörsern von Medikamenten

Wenn ein Bewohner selbst keine Entscheidungen mehr treffen kann und ein Medikament (lebens)wichtig ist (F 1428-1429), wird das Präparat im Falle einer Ablehnung gemörsert, so etwa bei Demenz, Unmündigkeit, Unwissen u. a. (vgl. D 1332-1336, E 965-968) Eine Wohnbereichsleiterin bringt das Beispiel, *„dass ein dementer Bewohner nicht weiß, dass das harte, runde Ding in seinem Mund eine Tablette ist. Und denkt, es ist ein Kirschkern und spuckt es aus. Dann gibt es die Möglichkeit, dass man ihm das Medikament mörsert.“* (A 567-569, vgl. F 1407-1408) Die gemörserten Tabletten werden den Bewohnern dann mit Joghurt oder Pudding gegeben. (vgl. B 650-651)

Ein gänzlich anders gelagerter Fall, wo Medikamente auch gemörsert werden, ist jener, wo ein Bewohner nicht schlucken kann und deshalb die Tabletten für ihn gemörsert werden. (vgl. D 1330, F 1434-1438)

Angehörige im Fall von Medikamentenverweigerung

Über die Rolle der Angehörigen bei Medikamentenverweigerung des Bewohners sprachen die interviewten Pflegepersonen nicht. Es wurde in einer Gruppendiskussion lediglich erwähnt, wie man mit Angehörigen umgehen solle, die kritisieren, dass der Bewohner im Heim seine Medikamente nicht nimmt, obwohl er sie zu Hause genommen hat. In diesem Fall solle man am besten nachfragen, wie die Angehörigen dies zuhause gehandhabt haben, und ihnen auch klar machen, dass solche Informationen für die Pflegepersonen eine große Hilfe und Erleichterung darstellen. (vgl. E 910-913)

Die Rolle des Arztes bei Medikamentenverweigerung

Im Fall einer Medikamentenverweigerung hat der Arzt eine Schlüsselrolle. Ab welchem Zeitpunkt ein Arzt im Falle von Medikamentenverweigerung hinzugezogen wird, kann unterschiedlich sein. Eine Wohnbereichsleiterin erzählt, dass bei der Verweigerung von Medikamenten durch einen Bewohner als erster Schritt mit dem Arzt Kontakt aufgenommen und erfragt wird, welche Tabletten der Bewohner wirklich nehmen muss. (vgl. B 640-642) Eine andere Wohnbereichsleiterin hingegen erklärt, dass eine Weitermeldung an den Arzt erst dann gemacht wird, wenn der Bewohner lebenswichtige Medikamente oder Psychopharmaka verweigert. (vgl. C 304-306)

Die Entscheidung über die Medikation trifft der Arzt und nicht das Pflegepersonal, führt eine Wohnbereichsleiterin aus. (vgl. B 647-649) Bei Medikamentenverweigerung reduziert der Arzt, besonders in der letzten Lebensphase, die Medikamente und streicht vor allem jene, deren Zielsetzung nicht mehr sinnvoll scheint. (vgl. B 644-647) Weiters entscheidet der Arzt über das Mörsern von unbedingt notwendigen Medikamenten. (vgl. B 648-650, E 964-968)

Wenn ein Bewohner gemörserte Medikamente bekommt, wird das mit dem Arzt, der Schwester und dem gesamten Team abgesprochen, erklären die Teilnehmer einer Gruppendiskussion. (vgl. D 1340-1344)

Die Rolle der Pflegepersonen bei Medikamentenverweigerung

Eine Wohnbereichsleiterin erzählt, dass sie dem verweigernden Bewohner erklärt, warum das betreffende Medikament wichtig ist. (vgl. C 296-301) Verweigert ein Bewohner ein Medikament, besprechen die Pflegepersonen dies in der Dienstübergabe, beobachten weiter und versuchen, eine Lösung zu finden. (vgl. D 400-408)

Manche Pflegende, wie sich in einer Gruppendiskussion herausstellt, fühlen sich beim Mörsern von Medikamenten unwohl und finden sich in einem Spannungsfeld zwischen der Verpflichtung gegenüber dem Bewohner einerseits und gegenüber dem Arzt andererseits: *„Ich meine sicher, denkt man sich auch, im Prinzip, lügt man den Bewohner ja wohl an. Weil er weiß ja im Prinzip nicht, dass er die Medikamente nimmt. Und auf der anderen Seite denke ich mir wieder, okay, der Arzt hat es mir gesagt, ich mach es. Weil, ja, ich bin doch auch verpflichtet dazu. Wenn der sagt, ich muss das geben, dann muss ich es geben.“* (E 969-973) Eine Teilnehmerin einer anderen Gruppendiskussion wiederum meint, es sei *„kein Austricksen ... , weil sie es sonst nicht nehmen würden. Und eigentlich brauchen sie es aber.“* (F 1431-1432)

3.2.4 Stärken und Interessen zur Motivierung der Bewohner

Die in der Biographiearbeit ermittelten Stärken und Fähigkeiten eines Bewohners dienen unter anderem dazu, die Bewohner im Rahmen einer reaktivierenden Pflege zu motivieren. (vgl. A 321-324, F 41-43) So werden entsprechende Tätigkeiten organisiert, kleinere Aufträge delegiert oder Verantwortung für bestimmte Dienste übertragen: *„Vor 14 Tagen haben unsere Damen Nuskipferl gebacken. Die Damen haben die Kipferl gebacken und die Herren haben zwei Tage vorher die Nüsse ausgelöst.“* (A 328-331) An die Grenzen der Motivierungsmöglichkeiten stoßen die Pflegekräfte in jenen Fällen, wo die Einbindung in eine Tätigkeit aufgrund der geistigen oder körperlichen Verfassung nicht mehr möglich ist. (vgl. D 126-131)

Ermöglichung der Umsetzung der Bewohnerstärken

Das Erfragen von Stärken und Fähigkeiten der Bewohner wäre nur leeres Gerede, würden die Pflegepersonen es den Bewohnern nicht ermöglichen können, diesen Interessen nachzugehen. Es müssen dafür die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden können: Wenn eine Hausfrau, die ihr ganzes Leben lang gerne Erdäpfel geschält hat, das auch im Pflegeheim tun möchte, stehe dem nichts entgegen, so eine Teilnehmerin einer

Gruppendiskussion. (vgl. F 2063) Eine Wohnbereichsleiterin erklärt, dass es im Rahmen der Bezugspflege einen eigens geplanten Dienst – außerhalb des Dienstrades – gebe, in dem man sich nur den Wünschen der Bewohner widmen könne. In der Vorbereitung spricht man sich auch mit dem Team ab: *„was war das letzte Mal, was hat er gut angenommen, was wollte er nicht“*. (vgl. B 377-382) Vieles lässt sich realisieren, allerdings können die Pflegepersonen nicht alles ermöglichen, aber jeder trage seinen Teil bei. (vgl. E 1392-1394)

Engagement und Aktivität der Bewohner

Es gibt viele Beispiele dafür, wie Bewohner ihre Fähigkeiten und Interessen für die Allgemeinheit einsetzen: durch Engagement bei der Planung und Durchführung religiöser Nachmittage (vgl. A 360-364) und Singstunden (vgl. B 542-548), durch Aktivitäten in Bastelgruppen zur Dekoration des Heimes (vgl. D 101-110), durch Tätigkeiten in Garten und Küche (sofern vorhanden und möglich) (vgl. B 542-548), durch kleinere Reparaturen (vgl. D 139-178) uvm. Manchmal geht die Initiative sogar von den Bewohnern selbst aus. Eine Wohnbereichsleiterin erzählt von einem Bewohner, der es sich selbst zur Aufgabe gemacht hat, demente „Läufer“ daran zu hindern, das Haus zu verlassen. (vgl. A 342-346)

3.3 Evaluation

Die Pflegepersonen bemühen sich um die Achtung der Individualität der Bewohner. Sie wahren ihre Autonomie und Selbstbestimmung in den genannten vier Bereichen: Gewohnheiten, Bewohnerstärken, Körperpflege sowie Medikamenteneinnahme. Allerdings geraten Pflegepersonen beim Mörsern von Medikamenten im Falle einer Medikamentenverweigerung in einen Gewissenskonflikt. Sie sind sich unsicher und haben ein schlechtes Gewissen gegenüber den betreffenden Bewohnern, auch wenn der Arzt diese Vorgehensweise angeordnet hat.

3.4 Anregung

Erarbeitung von Verhaltensrichtlinien bei Medikamentenverweigerung

4 Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person

4.1 Nähe und Distanz zum Menschen: Beruf und Privatleben

Fürsorge und damit die Nähe zum Bewohner sind wesentlich im Pflegeberuf. Diese Nähe ist für die Geborgenheit und Sicherheit, d. h. für das Wohl des Bewohners außerordentlich wichtig. Sie kann aber zur Falle für die Pflegeperson werden, wenn ihre pflegerische Tätigkeit sie so sehr in Anspruch nimmt, dass das Privatleben bedroht ist. Wenn die Grenzen zwischen Beruf und Privatsphäre nicht klar sind und Belastungen des Berufes allzu sehr in den intimen Bereich des Privatlebens eindringen, diesen beeinflussen oder gar bestimmen, fehlt das für jeden arbeitenden Menschen so notwendige Element der Erholung, der Beschäftigung mit anderen Dingen. Arbeit und Beruf dürfen nicht zum alleinigen Lebensinhalt werden. Familie, Freizeit und Erholung haben einen unverzichtbaren und notwendigen Stellenwert. Es braucht zwischen Arbeit und Privatleben zeitliche und örtliche Grenzen, noch wichtiger aber ist die innere Abgrenzung. Der Beruf soll Beruf bleiben, die Grenze zum Privaten darf nicht verloren gehen.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Distanz ist notwendig, gelingt aber nicht immer

Alle Pflegepersonen sind sich darin einig, dass die Abgrenzung zum Beruf wesentlich ist. Sonst treten Belastungen auf, die das Familienleben negativ beeinflussen, die Stabilität des eigenen Charakters gefährden und auch das Auftreten eines Burnout-Syndroms mitbedingen können.

„Prinzipiell, dass man daheim auch schaut, wo krieg ich meinen Ausgleich her. Was tut mir gut“ (E 503-504). Eine Pflegeperson bringt es auf den Punkt: „Weil wenn es mir gut ist, kann ich auch gute Pflege leisten.“ (E 504-505)

Und doch schlägt sich wider besseren Wissens die allgemein bekannte hohe Motivation von Personen dieser Berufsgruppen häufig darin nieder, dass etwa freiwillige Überstunden gemacht werden, die nicht aufgeschrieben und somit auch nicht abgegolten werden, oder dass trotz Krankheit Dienste angetreten werden, um nicht Kollegen zu einem Einspringen zu verurteilen. Die Grenze zwischen Berufs- und Privatleben ist de facto nicht

immer eindeutig. Belastende Arbeitssituationen kann man beim Verlassen des Heimes oft nicht mit dem Schließen der Eingangstür hinter sich lassen: „[...] *wir sind keine Roboter. Einschalten, ausschalten. Jeder hat Gefühle.*“ (D 1949)

Jeder versucht, für sich eine Strategie zu finden, um die rechte Distanz zu gewinnen, um „*innerlich runterzufahren*“ (vgl. E 511): „[...] *man kann nicht immer abschalten, das stimmt schon, aber man versucht auch, nachher durchzuatmen und weiterzugehen.*“ (B 841-842)

4.2.2 Hilfsmittel bzw. Maßnahmen zur Abgrenzung

Die Maßnahmen, um vor allem eine innere Abgrenzung zum Berufsalltag zu schaffen, setzen auf verschiedenen Ebenen an. Eine Person der Pflegedienstleitung fasst sie wie folgt kompakt zusammen: „*Diese regelmäßigen Supervisionen, die sind einmal sehr wichtig. Dann braucht man selbst irgendeinen Partner, bei dem man sich aussprechen kann. Man braucht Kollegen, mit denen man kommunizieren kann. Man braucht eine gezielte Freizeitgestaltung, um abschalten zu können. Was auch immer das für den einzelnen ist. Und man braucht dementsprechende Ausbildung, um mit dem Ganzen umzugehen.*“ (A 741-746)

Wenn man dies auch mit Blick auf die restlichen Interviews aufschlüsselt, kommt man zu folgenden **drei Maßnahmentypen**:

1. Da sind zum einen Tätigkeiten, die Ablenkung verschaffen, „*da muss sich eh jeder eine eigene Strategie zulegen, wie er das am besten macht*“. (D 2034) Darunter fallen verschiedene Arten der Freizeitgestaltung, wie etwa Gartenarbeit (vgl. B 860), Musik (vgl. D 2009, D 2046), Sport (vgl. D 2032, C 957), Natur (vgl. E 1774, E 1779-1780) oder Hausarbeiten, wie zum Beispiel Putzen. (vgl. D 2047-2049) Auch Aktivitäten mit der Familie sind eine gute Regenerierungsquelle. „*Ich habe einen guten Ausgleich, ich habe vier Enkelkinder. Also, Abschalten funktioniert.*“ (C 955-956) Auch die räumliche Distanz zum Arbeitsplatz wird hierfür als hilfreich erfahren: „*Ich persönlich brauche die 36 Kilometer Autofahrt, bis ich zu Hause bin.*“ (A 751)

2. Andere Maßnahmen nehmen das bei der Arbeit Erlebte konkret auf und zielen darauf ab, es zu verarbeiten, so etwa durch Gespräche mit Kollegen („*Und in Gesprächen, oft in Gesprächen mit den Kollegen, redet man nachher darüber.*“ – B 843), mit Freunden oder Familienangehörigen („*Ich habe einen guten Mann, muss ich sagen, mit dem ich einfach über diese Probleme auch reden kann. Das unter uns bleibt. [...] Ich hab Freunde.*“ – C 956-958) oder auch im Rahmen einer Supervision.

Das Gespräch mit den Kollegen über Belastungen in der Arbeit wird sehr hoch geschätzt, denn *„über diese Themen kann man nicht mit jedem reden, der nicht aus unserer Branche ist“*. (B 863) Dem Gespräch mit Fachkollegen wird gegenüber der Aussprache mit Freunden oder Familienangehörigen häufig der Vorzug gegeben, *„weil man Sachen, gewisse Themen, kann man daheim eh gar nicht bereden. Weil, die kennen die Leute sowieso nicht, man weiß eh nicht, wie ist der wirklich. Wenn man jemanden hat, der das gleiche miterlebt, so wie da in der Arbeit. Mit dem kann man das halt anders reden. Daheim, naja, die kennen sich sowieso nicht aus, weil sie erstens meistens nicht von dem Fach sind.“* (E 1801-1806)

In manchen Häusern haben *„Mitarbeiter [...] regelmäßig Supervisionen“* (A 710), in anderen hingegen nicht. Die Gründe hierfür scheinen in der fehlenden Bereitschaft vonseiten des Pflegepersonals selbst (*„Ich glaube, wir haben das einmal versucht. Aber das scheitert an uns“* – E 1852) oder am fehlenden Angebot zu liegen (*„Nein, haben wir noch nicht gehabt.“* – F 1203). Doch zeigt sich die einhellige Meinung, dass Supervision regelmäßig angeboten werden sollte: *„Es müsste eigentlich in jedem Haus die Möglichkeit bestehen, dass man Supervision in Anspruch nimmt, wenn man es braucht.“* (F 1222-1223)

3. Eine dritte Kategorie besteht in der beruflichen Professionalität, die aktiv durch Schulung, Ausbildung sowie durch Berufserfahrung im Rahmen eines Lernprozesses erlangt werden kann und dazu beiträgt, schon von vornherein aktiv und vorausschauend eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz zu erreichen.

„Es ist ein Lernprozess. Ich glaube, am Anfang, wenn man zum Beispiel so wie ich vor einem Jahr angefangen habe, ist es sicher noch intensiver.“ (E 1794-1795) Gezielte Schulungen tragen auch dazu bei: *„Mich hat die Validation gelehrt, mitzufühlen ohne mitzuleiden.“* (B 838-839)

4.2.3 Distanz kann in Konflikt mit dem Motto „Näher am Menschen“ treten

Das Motto „Näher am Menschen“ ist allen Mitarbeitern gewissermaßen der Inbegriff für ihre Arbeit. Es wird zwar nicht explizit hervorgehoben, doch kommt man durch verschiedene Aussagen zu dem Schluss, dass diese Devise manchmal zu einem inneren Konflikt führen kann: Wie soll nun die Notwendigkeit der Abgrenzung zwischen Beruf und Privatleben umgesetzt werden? *„Weil unser Motto ist ja auch ‚Näher am Menschen‘ und nicht ‚Distanz zum Menschen‘“*. (E 1649)

Zum Menschsein gehört Mitgefühl, vor allem in sozialen Berufen ist ein hohes Maß an Empathie gefordert. Immer wieder kommt in diesem Kontext in den Interviews eine

Differenzierung zwischen Mitfühlen und Mitleiden zur Sprache, was ganz klar auch die Notwendigkeit einer inneren Abgrenzung unterstreicht: *„Mitfühlen. Keine Ahnung. Ist noch besser als mitleiden.“* (F 739) – *„Ein mitfühlendes Begleiten, so was.“* (F 748)

Es ist wichtig, dass Pflegepersonen die Probleme der Bewohner *„nicht als unsere sehen, aber ein bisschen darauf eingehen, wie der Bewohner sich in der Situation fühlt. [...] Ja... Und nicht darüber hinweg schauen. Weil ich glaube, das hilft niemanden.“* (E 1636-42) Der Begriff der Familie kann im Kontext des Pflegeheimes ein wenig Unwohlsein hervorrufen, wenn dies auch nicht unbedingt in aller Deutlichkeit so ausgedrückt wurde: *„Ich bin der Meinung, dass man Familie nicht zur Gänze ersetzen kann. Ich bin nicht die Tochter unserer Bewohner.“* (A 582-583)²⁵

4.3 Evaluation

Bei den Gesprächen zeigt sich, dass es in den Häusern durchaus ein Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz gibt: Die Pflegekräfte wünschen sich Nähe zum Heimbewohner, was auch durch das Leitbild gefordert wird. Gleichzeitig wird Distanz als notwendig erachtet. Durch die generell hohe Empathiefähigkeit und Motivation der Pflegepersonen gelingt Nähe zu den Bewohnern relativ leicht. Abgrenzung ist für die Pflegepersonen nicht immer einfach zu erreichen, sie geschieht meist wenig strukturiert.

4.4 Anregung

Vermehrtes Angebot von Supervisionen

²⁵ siehe Kapitel 11

5 Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege

5.1 Dokumentationspflicht: Eine Begründung

Soziale Berufe erbringen Dienstleistungen in einem asymmetrischen Verhältnis zwischen Dienstleister und Dienstleistungsempfänger. So auch in der Pflege. Diese Asymmetrie zwischen Pfleger und Bewohner muss man durch gegenseitiges Vertrauen, Respekt der Autonomie des Bewohners infolge der Achtung seiner Würde und durch Dokumentation aller Pflegehandlungen überbrücken.

Obwohl die Pflegedokumentation dem Menschen und seiner Pflege untergeordnet ist und manchmal vor allem aufgrund eines Zeitmangels eine Belastung darstellen kann, ist sie nicht nur im Hinblick auf die Absicherung der Pflegekräfte eine moralische Pflicht. Die Dokumentation von Pflegehandlungen ist eine Garantie des geforderten Pflegestandards.

Ein weiteres, noch schwerer wiegendes Argument für die Förderung und höhere Akzeptanz der Dokumentation ist die Würde des Bewohners. Der Bewohner hat das Recht, als eine mit Würde ausgestattete Person auch menschenwürdig gepflegt zu werden. Durch diese ethische Dimension wird die Pflegedokumentation zum Dienst am Bewohner und gibt diesem die Sicherheit, bestmöglich versorgt zu werden.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Beurteilung der Pflegedokumentation durch Mitarbeiter von SeneCura

Die Erhebungen im Rahmen des Forschungsprojekts spiegeln die allgemeine Wahrnehmung der Pflegedokumentation wider: Sie ist ein ebenso wichtiges, wie umstrittenes Thema.

Positive Wahrnehmung der Pflegedokumentation

Dokumentierte Beobachtungen verbessern den Bezug zum Bewohner. Als positiven Aspekt der Pflegedokumentation nannte eine Wohnbereichsleiterin die

Verbesserung des Bezugs zum Bewohner: *„Und ich denke, wenn Mitarbeiter bei der Pflege so viel mitentscheiden können und so viele Beobachtungen machen können, die dann auch dokumentiert werden (...), Und wenn ich jemanden gezielt beobachte, dann habe ich einen anderen Bezug und ein anderes Verhältnis zu ihm.“* (A 445-450)

Dokumentation ist eine Absicherung für die Pflegenden: Pflegedokumentation ist zwar eine Last, wie eine Teilnehmerin an einer Gruppendiskussion erklärt – *„Sicher, es ist schon so, dass man sich sicher oft denkt, und ich bin mir ziemlich sicher, jeder denkt: ‚Muss ich schon wieder das und das eintragen. Oder trage ich zum hundertsten Mal das und das ein.‘“* (E 606-608) – aber sie ist gleichzeitig auch eine Absicherung der eigenen Pflegearbeit: *„Und im Endeffekt, wenn dann wirklich irgendwas ist, naja, dann ist man doch froh, dass man es halt doch eingetragen hat.“* (E 608-610, vgl. auch F 643-645) Besonders im Umgang mit den Angehörigen spielt die Dokumentation eine große Rolle, wie eine Gruppendiskutantin erklärt, wobei dieser Nachweis *„nicht immer, aber in den meisten Fällen“* (E 889-890) hilft. (vgl. E 895-901)

Negative Wahrnehmung der Pflegedokumentation

Dokumentation und aufwändige Pflegeplanung rauben die Zeit für die Bewohner: So räumt eine Wohnbereichsleiterin ein, dass es zwar notwendig ist, Wichtiges zu dokumentieren, die Pflegeplanung aber nicht so aufwändig sein sollte. (vgl. C 780-781) Die Zeit fehlt eindeutig dem Bewohner: *„Wenn ich, bis ich das geschrieben hab, täte es dem Bewohner schon wieder gut gehen. So sehen wir das.“* (C 784-785) Auch eine Gruppendiskutantin kommt zu diesem Schluss: *„wir müssen viel zu viel dokumentieren. Und die Zeit fehlt dem Bewohner, finde ich.“* (F 578-579)

Durch diesen Umstand können Pfleger in einen Zwiespalt geraten, wie eine Wohnbereichsleiterin erklärt: sie *„merke [...] einfach, da leiden die Mitarbeiter auch darunter und sagen oft: Mensch, muss ich jetzt das schreiben? Ich wäre jetzt lieber beim Bewohner.“* (C 785-787)

Dokumentation ist ein Zeichen mangelnden Vertrauens: Eine Wohnbereichsleiterin betont, dass die Dokumentation für die Pflegekräfte schmerzlich und ein Zeichen mangelnden Vertrauens sei: *„Dass es so Dinge gibt, dass Pflegepersonal dokumentieren muss, dass man einem Menschen Essen gegeben hat. Das tut manchen Pflegepersonen weh. Dass das Pflegepersonal so wenig Vertrauen hat, dass man sogar solche Dinge dokumentieren muss. Ja, rein rechtlich, wenn ich das nicht dokumentiere, hat*

dieser Bewohner den ganzen Tag kein Essen bekommen. Da habe ich ihn hungern lassen. Und dass unser Berufstand so extrem wenig Vertrauen genießt.“ (A 971-976)

Die Dokumentation direkt nach der Pflege eines Bewohners ist nicht möglich: In der Datenerhebung hat sich gezeigt, dass es zwar Pflicht wäre, die Dokumentation unmittelbar im Anschluss an die Pflege eines Bewohners zu machen, dies aber im Alltag tatsächlich nur schwer eingehalten werden kann. Eine Diskutantin verdeutlicht dies: *„Normalerweise müssen wir einen Bewohner machen und gleich dokumentieren. Ich schaffe das nicht. Das geht bei mir nicht.“ (D 257-258)*

5.2.2 Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Der Bewohner geht der Dokumentation vor. Die Pflegenden möchten den Bewohnern ausreichend Zeit für Gespräche schenken und widmen sich deshalb zuerst den Bewohnern. Sie machen die Dokumentation erst später, wenn Zeit ist: *„Und es ist [...] bei mir so, ich bin ... für meine Bewohner da und die Dokumentation, die kommt dann halt irgendwann einmal, wenn ich Zeit habe“ (E 560-562)*, so eine Diskutantin. Für eine andere Teilnehmerin der gleichen Gruppendiskussion steht auch der Mensch an erster Stelle – und nicht die Dokumentation: *„Aber die Dokumentation, das allerwichtigste ist glaube ich der Mensch, dass es dem gut geht.“ (E 583-584)*

Wunsch nach Vereinfachung der Dokumentation: Im Interview betont eine Wohnbereichsleiterin, dass die Vereinfachung der Dokumentation ein Wunsch von ihr sei, den wohl auch alle Pflegepersonen, wahrscheinlich in ganz Europa teilen. (vgl. A 985-986) Eine Gruppendiskussionsteilnehmerin meinte hingegen, dass man bei der Dokumentation nichts streichen könne. (vgl. F 583)

Änderung des Zeitpunktes der Dokumentation: Eine Wohnbereichsleiterin bringt einen Vorschlag betreffend des Zeitpunktes der Dokumentation: *„Warum kann ich nicht hergehen und [...] sagen: [...] jetzt habe ich meine fünf Bewohner gemacht und jetzt hake ich das ab und nehme mir eine Viertelstunde dafür Zeit.“* Sie kennt natürlich die Vorgaben betreffend die Dokumentation, nach denen die Pflegehandlungen *„nach jedem Bewohner genau eingeschrieben werden“* sollen. (C 789-792)

Erhöhung des Personalschlüssels: Eine Teilnehmerin einer Gruppendiskussion schlägt für eine Besserung der Dokumentationssituation eine Erhöhung des Personalschlüssels vor. (vgl. F 643-645)

5.3 Evaluation

Den Pflegepersonen ist klar, dass Dokumentation notwendig und nur schwer zu vereinfachen ist. Sie empfinden die Pflegedokumentation in der aktuellen Struktur aber vor allem aufgrund des Zeitdrucks häufig als Belastung. Sie nehmen nicht wahr, dass die Dokumentation ein Dienst am Bewohner ist und seine Sicherheit garantiert.

5.4 Anregungen

- Prüfung der Möglichkeiten einer Vereinfachung der Dokumentation innerhalb der bestehenden Gesetzeslage
- Empfehlung der Ethikarbeitsgruppe bzw. Geschäftsführung, was „Näher am Menschen“ im Hinblick auf die Dokumentation bedeutet (Dokumentation als Dienst am Bewohner)
- Verstärkte Werbung um Ehrenamtliche, die sich den Bewohnern intensiver widmen können als die Pflegepersonen

6 Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren

6.1 Definitionen

Ethik als die philosophische Theorie des richtigen Handelns versucht, die Prinzipien und Grundsätze zu begründen, die für das moralisch richtige Handeln ausschlaggebend sind.

Ethische Kompetenz ist die Fähigkeit des Menschen, die moralischen Dimensionen des eigenen Handelns rasch zu erkennen, und die Bereitschaft, die Grundsätze nach eigenem Wissen und Gewissen umzusetzen.

Die Pflegesituation kann dadurch charakterisiert werden, dass in der Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem eine Asymmetrie besteht. Der Gepflegte ist von der Pflegeperson abhängig. Es liegt allein an der Pflegeperson, die Symmetrie durch ein besonderes ethisches Verhalten wiederherzustellen. Dies ist die spezifische ethische Herausforderung des Pflegeberufes.

6.2 Zum ethischen Selbstbild von SeneCura

In den SeneCura-Zentren wird offensichtlich großer Wert auf Ethik gelegt. Auf der Webseite wird das Unternehmensbild zunächst anhand gewichtiger ethischer Kategorien dargestellt: Die drei Kapitel „Standards“, „Individuelle Pflege“ und „Unsere Grundsätze“ stellen die ethischen Leitlinien des Unternehmens dar, die sich wie ein roter Faden durch die anderen Kapitel ziehen.

Mit dem Ausdruck „Näher am Menschen“ soll die Unternehmensphilosophie auf eine Kurzformel verdichtet werden. Diese Formel wird in ethischer Hinsicht in sechs Grundsätzen konkretisiert sowie in der expliziten Anerkennung vier fundamentaler Rechte,²⁶ die im Kapitel „Unsere Grundsätze“ aufgelistet werden.

In diesen Grundsätzen und den explizit anerkannten Rechten werden die fünf Hauptprinzipien der Bioethik (Achtung der Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge,

²⁶ SeneCura, siehe Ref. 2

Schadensvermeidung und Gerechtigkeit) auf die konkrete alltägliche Wirklichkeit der SeneCura-Zentren übertragen. Zur Umsetzung dieser Grundsätze sind alle jene Tugenden erforderlich, die gleichzeitig für die Vermittlung von Sinn, Geborgenheit und Sicherheit ausschlaggebend sind.²⁷

6.3 Ergebnisse: Welchen Stellenwert hat Ethik für die Mitarbeiter von SeneCura?

Ethik ist ein großes Thema

In den Interviews und Gruppendiskussionen kommt klar zum Ausdruck, dass Ethik den Pflegepersonen ein wichtiges Anliegen ist. Interviewte und Diskutanten lassen eine hohe ethische Sensibilität erkennen.

„Ethik ist für mich ein großes Thema, ja ... also, Ethik ist aus der Pflege nicht weg zu denken. Das sollte schon eine Einheit sein ... Bezogen auf den Umgang mit dem Bewohner, bezogen auf den Umgang miteinander und bezogen auf den Umgang mit den Angehörigen.“
(A 906-916)

Ethische Sensibilität äußert sich auch in der klaren Erkenntnis, dass Moral Freiheit voraussetzt

Moralische Grundsätze sind Überzeugungen, zu denen man steht und die sich in stabilen Haltungen äußern. Ethik muss verinnerlicht sein, kann nicht von außen aufoktroziert werden: *„Normalerweise sollte das jeder Mensch schon verinnerlicht haben. [...] Entweder du bist so oder du bist es nicht. Oder?“* (F 2294-2296)

Sind die Grundsätze im Alltag der SeneCura-Zentren präsent?

In Mitarbeiterbesprechungen wird immer wieder auf diese Grundsätze Bezug genommen. (vgl. B 1060-1069) Die Grundsätze *„werden auf die Mauer geschrieben“*, um *„einfach Mitarbeiter immer wieder daran zu erinnern“*. (vgl. B 1055-1056) Nach eigenen

²⁷ vgl. Tabelle 1

Angaben von Mitarbeitern sind diese Grundsätze aber „zu[m] leben“, nicht bloß um davon zu sprechen. (vgl. F 2294-2296) Die Grundsätze stehen im Mittelpunkt ihrer Arbeit und bieten eine wirksame Orientierung. (vgl. B 1039-1045)

Trotzdem gewinnt man auf Grund der Interviews und Gruppendiskussionen den Eindruck, dass die Mitarbeiter eher wenig über die Grundsätze nachdenken, was eine Interviewte ganz offenherzig zugibt. (vgl. C 1216)

Pflegepersonen tun sich meist schwer mit ethischen Definitionen und damit, überhaupt über Ethik zu reden

Hier einige auf Ethik bezogene Ausdrücke zur Veranschaulichung: „Schwer zu beschreiben“ (vgl. E 1937); „Ich kann es nicht beschreiben“ (E 1943); „Ich kann nicht philosophieren, es ist furchtbar.“ (E 1971-1073) „Diese Ethik und Moral, das ist schwierig jetzt. Ich weiß jetzt nicht, wie ich es ausdrücken soll. Auf jeden Fall, ich weiß, wie ich mich zu verhalten habe.“ (E 1972) „Das ist schwierig, Philosophie ist das. Ich kann nicht philosophieren.“ (E 1932-1933) „...Wenn man da müsste das in einem Satz formulieren, ist schwierig.“ (F 2285-2286) Dies deutet auf eine starke ethische Sensibilität hin, die noch eher intuitiv ist und wenig reflektiert wurde, d. h. sie ist argumentativ noch wenig entwickelt. Die Pflegepersonen wissen, was zu tun ist, meistens auch richtig, können es aber nicht begründen.

Wie werden diese Grundsätze umgesetzt?

Der Hauptgrundsatz von SeneCura „Näher am Menschen“ ist überall präsent, und dies nicht nur, weil er ein Bestandteil des SeneCura-Logos ist. Er wird von den Mitarbeitern bei den einzelnen Interviews und bei den Gruppendiskussionen sehr oft als Hauptbegründung für ihr Handeln verwendet.

Dieser Grundsatz spielt eine große Rolle im pflegerischen Alltag und wird immer wieder in konkreten Situationen thematisiert: „... das wird immer wieder thematisiert. Es gibt oft natürlich pflegerisch unterschiedliche Auffassungen, wo man dann sagt: Nein, das ist nicht unser Weg. Wir leben dieses **Näher am Menschen** und wir gehen diese Richtung. Und aus diesem Grund wird das so und so gemacht. Wir lassen den Bewohner essen, so lange er das kann. Wir nehmen uns die Zeit zu beobachten, ob er es selber macht. Oder wir probieren, wieder zu mobilisieren, und geben ihm einen Rollator in die Hand. Ja, das passiert natürlich schon auch laufend.“ (A 887-893)

Der Spruch **„Näher am Menschen“** schließt die Forderung ein, den Bewohner aus der Nähe zu begleiten und zu beobachten: *„Für mich persönlich ist in der Geriatrie wirklich dieses Begleiten. Ich hoffe, dass ich nie in die Situation komme, dass ich Patienten oder Bewohner so ‚überversorgt‘ und ‚überpflegt‘. Für mich persönlich ist dieses Begleiten und Beobachten: ‚Was kann er, was tut er, was will er, wie geht es ihm‘ schon sehr wichtig. Man versucht das auch zu leben, ja.“* (A 898-902)

„Näher am Menschen“ wird einerseits als aktive Achtung und Förderung des Selbstbestimmungsrechts des Bewohners verstanden, z. B. durch Umsetzung der Wünsche der Bewohner, rasche Reaktion auf beobachtete Bedürfnisse der Bewohner, etc. (vgl. D 2142-2149); *„so nehmen, wie er ist“*. (D 2196) Andererseits bedeutet dieses Motto auch, dass man den Bewohner weder *„überversorgt“* noch *„überpflegt“*. (vgl. A 898-902)

Die Kurzformel und die sechs Grundsätze *„kriegt man als Mitarbeiter in die Hand. Und ich denke, wir versuchen das auch zu leben, ja. Dieses ‚Näher am Menschen‘. Also mir persönlich hat diese Aussage sehr gut gefallen, dieses ‚Näher am Menschen‘.“* (A 878-880) Aber die Grundsätze bleiben nicht bloß Theorie, sondern bestimmen das konkrete alltägliche Handeln. So erwähnt eine interviewte Person: *„Also, die Grundsätze formuliert man auf einem Papier. Aber die Umsetzung schreibt sich im Leben... ich glaube aber, dass jeder Mitarbeiter das auch so sagen kann. Also jeder Mitarbeiter kann sagen: An erster Stelle ist der Bewohner. Wenn man sagt so, das Leitbild von SeneCura ist ja das. An erster Stelle ist der Bewohner.“* (C 1207-1212)

Moralisch handeln heißt, nach dem Gewissen zu handeln. Nach den Aussagen der Pflegepersonen spielt das Gewissen eine zentrale Rolle bei moralischen Entscheidungen: *„Ich muss das mit meinem Gewissen natürlich vereinbaren können.“* (E 1922-1923) Sich moralisch zu verhalten ist nichts anderes, als auf das eigene Gewissen zu hören und sich danach zu richten. (vgl. E 1908-1927, E 2014) In einer Gruppendiskussion nannte eine Teilnehmerin die Goldene Regel – *„Was du nicht willst, dass man dir tut, das füge auch niemanden anderen zu“* (E 1880) –, was auf breite Zustimmung stieß.

Eine Gewissensreflexion wird als sehr wichtig betrachtet. Man möchte bei Dienstschluss sagen können, dass alles richtig war: *„Ich habe die Arbeit gut gemacht, nach meinem Wissen und Gewissen“* (E 1957) Dazu ist Nachdenken nötig. (vgl. E 1951-1961)

Das Gewissensurteil ist individuell verschieden. *„Was auch für mich richtig ist, ist oft für einen anderen nicht richtig. Das ist auch ganz schwierig. ... Das ist für jeden anders, das ist individuell. Für den anderen ist zum Beispiel, jetzt das nicht ethisch vertretbar, wenn*

einer nackt auf der Straße spaziert. Der andere, der nackt spaziert, für den ist das normal. Das ist schwer zu beschreiben. Für den Mensch ist das normal, für den anderen ist das andere normal. Es ist individuell. Kann man nicht beschreiben. Ich kann es nicht beschreiben.“ (E 1931-1943) Diese Aussage blieb in der entsprechenden Gruppendiskussion nicht nur unwidersprochen, sondern wurde darüber hinaus durch die Aussage ergänzt, Moral sei *„auch von Kultur zu Kultur abhängig“*. (vgl. E 1929)

Die wichtigen Werte

Folgende Werte wurden von den Teilnehmerinnen erwähnt: Respekt, Ehrlichkeit, Menschlichkeit, Toleranz, Würde, Achtung, Wertschätzung, Selbstbestimmung. (vgl. B 1080-1086, D 2183, F 2280) Auch hier zeigt sich eine gewisse Leichtigkeit darin, diese Begriffe zu erwähnen, ohne den Inhalt allgemein bestimmen zu können. So wird in der Diskussion eingeworfen: *„Gewisse Schlagwörter gehören schon hinein, oder? Aber eben, wenn man da müsste das in einem Satz formulieren, ist schwierig. Aber die Begriffe gehören sicher dazu. Und wie du sagst, es ist eine gewisse Grundhaltung, die jemand, oder überhaupt, dem Gegenüber, ganz gleich wer das ist, ob das ein Sandler ist oder ein Friso.“* (F 2285-2288)

6.4 Evaluation

- Die Grundsätze von SeneCura sind zwar nicht im Einzelnen bekannt, wohl aber im Haus präsent und tragen zur ethischen Sensibilisierung bei. Es hat sich gezeigt, dass Ethik für die Mitarbeiter ein großes Thema ist; sie spüren, dass sie Ethik brauchen und halten sich gerne an Grundsätze und Werte.
- Den Pflegepersonen ist klar, dass das Leitmotiv **„Näher am Menschen“** einen hohen ethischen Anspruch darstellt, dem sie gerecht werden wollen. Indirekt sehen sie darin auch eine Strategie zur Schmerzbekämpfung, denn **„Näher am Menschen“** hat direkt mit der Vermittlung von Sinn, Geborgenheit und Sicherheit zu tun.
- Das Gewissen als ethische Instanz des Handelns wird von den Pflegepersonen anerkannt, eine Gewissensreflexion wird als ganz wichtig erachtet. Es zeigt sich aber die verbreitete Auffassung, dass das Gewissen nicht nur urteilende, sondern auch gesetzgebende Instanz sei: Die Notwendigkeit einer Suche nach objektiven Normen, die einzuhalten sind und die Verbindlichkeit der Moralgrundsätze begründen, wird

hingegen wenig reflektiert. Ethik wird von den Mitarbeitern vielfach rein subjektiv ohne Rückbezug auf objektive Kriterien definiert. Das ist ein Widerspruch.

- Die tugendethische Perspektive wird bei ethischen Problemen nicht wahrgenommen.

6.5 Anregungen

- Verstärkung der tugendethischen und Leadership-praktischen Perspektive bei ethischen Fragestellungen durch Seminare
- Kurs über Grundbegriffe der Ethik (insbesondere über das Gewissen)

7 Ethische Haltungen und Tugenden

7.1 Zur Theorie der Haltungen und Tugenden in der Pflege

Die ethischen Einstellungen der Pflegepersonen sind für die Qualität der Pflege, aber auch für das Schmerzmanagement, d. h. für das Wohlbefinden der Bewohner ausschlaggebend. Für die Hauptaufgaben der geistigen Pflege – Geborgenheit, Sicherheit und Sinngebung – muss das Pflegepersonal besondere Haltungen bzw. Tugenden aufweisen.

Haltungen und Tugenden sind zwei verwandte Begriffe, die manchmal synonym verwendet werden, es aber nicht sind. Eine Haltung kann gut oder auch schlecht sein. Rachsucht ist auch eine Haltung, aber niemals eine Tugend. Eine Haltung schließt auch nicht unbedingt Stabilität ein: Man nimmt zuerst die eine Haltung ein und später vielleicht eine konträre. Tugenden sind hingegen stabile Haltungen, die den Menschen auf die gute Handlung ausrichten. Tugenden begründen somit gute Charaktereigenschaften des Menschen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Tugend und Haltung ist, dass Tugend den Menschen fähig macht, eine bestimmte Haltung einzunehmen und diese über den reinen Vorsatz hinaus leicht umzusetzen. Haltung ohne die entsprechende Tugend ist nicht stabil und daher oft nicht umsetzbar. Tugend ist hingegen immer eine Exzellenz, d. h. eine Vorzüglichkeit im Handeln.

Die Frage nach den Haltungen und Tugenden, die in der Pflege besonders wichtig sind, muss hier nicht behandelt werden. Wir verweisen auf den Aufsatz „Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz“²⁸.

In den Grundsätzen von SeneCura kommen vor allem zwei Haltungen zum Ausdruck, die einander eigentlich sehr ähnlich, wenn nicht fast ident sind: Achtung und Respekt:

Achtung des Bewohners als vollwertige Person, Respekt vor der Individualität, Achtung der Selbstbestimmung, Achtung der Würde, Anerkennung aller persönlichen Rechte

²⁸ Prat E. H., *Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz*, *Imago Hominis* (2012); 19(2): 115-128

der Bewohner, Respekt vor der Privat- und Intimsphäre, Respekt vor den Bedürfnissen, Wünschen und Grenzen der Bewohner.

7.2 Ergebnisse: Die Sicht der Pflegepersonen

7.2.1 Die Achtung der Würde der Bewohner

Die Achtung der Würde der Bewohner wird in Einzelinterviews und in den Gruppendiskussionen als eine Haltung gesehen, die unmittelbar das „Näher am Menschen“ ergänzen soll. Dies offenbaren u. a. folgende Aussagen des Pflegepersonals:

Der Mensch und nicht die Hilfsbedürftigkeit soll im Fokus sein (vgl. E 1324-1329): Der Bewohner wird ungern als der Hilfsbedürftige bezeichnet, sondern vielmehr als „ein Mensch, der in bestimmten Dinge Hilfe braucht“. (vgl. E 1301-1322)

Wesentlich ist zunächst eine Achtung der Selbstbestimmung und der Individualität (vgl. C 1129-1140): „... Die Haltung auch: Ich kann nicht jedem helfen. Man muss jedem die Individualität lassen, die Selbstbestimmung lassen. Und nicht / In der Pflege ist auch oft das Bemuttern auch so, oder ‚Ich bestimme über ihn‘.“ (C 1129-1131)

Nicht Mitleid, sondern Mitgefühl. (vgl. D 796-797; F 739-770) **Mitfühlen ist vor allem Verstehen:** „Ja, also das Mitfühlen ist nachher das, dass du das verstehst... Das Mitleiden ist schon wieder so: Ma, ja ich versteh dich schon, du bist so ein Armer! ... unter dem Mitfühlen würde ich meinen, dass er sich verstanden fühlt. Dass ich mit ihm fühle.“ (F 755-766) Hier wird die kommunikative Kompetenz angesprochen, ohne sie explizit zu nennen.

Nicht helfen, sondern begleiten, erleichtern, ein mitfühlendes Begleiten: Mitfühlen bedeutet Verstehen (zusammenfassend aus mehreren Statements, F 703-759)

Jeden annehmen, wie er ist. (vgl. D 2190-2196)

7.2.2 Besonders wichtige Haltungen

Der Begriff Tugend wurde weder vom Interviewer noch von den Interviewten bzw. Diskutanten verwendet. Es wurde aber von Einstellungen und Haltungen im Sinne von Tugenden bzw. positiven Charaktereigenschaften gesprochen. Die folgenden Haltungen wurden erwähnt, dazu einige ausgewählte Aussagen:

- **Empathie (Einfühlungsvermögen) und Organisationstalent**

Dazu folgende Aussage: „Die Voraussetzung für diesen Beruf wäre für mich eine gewisse **Empathie. Starke Persönlichkeiten**, die sich selbst auch zurücknehmen können. Ich finde, dass man da einiges an persönlicher Stärke braucht, um sich zurückzuziehen. Persönlichkeiten, die beobachten können. Und Menschen, die sich selber gut organisieren können. Weil es oft so ist, wie Sie vorhin gemeint haben, man müsste an mehreren Stellen gleichzeitig sein. Und wenn man sich selbst nicht organisieren kann, kann man das dann in der Arbeit auch nicht.“ (A 829-935)

- **Beobachtungsgabe, Wertschätzung** (vgl. A 829-835, E 1230-1246)

- **Hilfsbereitschaft, Reife, Lernbereitschaft, Offenheit** (vgl. B 973-979)

- **Stärke** (vgl. A 831-832 siehe oben bei Empathie)

Aushalten können, psychisch belastbar sein (vgl. F 1798), sich abgrenzen können. (vgl. F 1792)

- **Soziale und kommunikative Kompetenz**

Kontakt zu Menschen, Kommunikation, Gesprächsbereitschaft. (vgl. D 791-792, E 1250) „Kontakt zum Menschen. Dass du darauf eingehen kannst, auf ihn zugehen kannst und reden kannst.“ (D 791-792)

- **Freundlichkeit, Höflichkeit, Zuvorkommenheit** (vgl. E 1246-1275)

- **Umgang mit der Intimsphäre der Bewohner (Schamgefühl)**

Zur Achtung der Person gehört auch der respektvolle Umgang mit der Privat- und Intimsphäre der Bewohner. (vgl. E 223-251) Das Thema wurde in den Gesprächen öfters angeschnitten.

Die Pflegepersonen haben verschiedene standardisierte Verhaltensregeln, um die **Intimsphäre** zu wahren: die Tür zu schließen; darauf zu achten, dass der Bewohner bedeckt ist, dass der Bewohner vorher gefragt wird u. a. m. (vgl. B 709-717)

Bei so stark ausgeprägtem Schamgefühl, dass beispielsweise die Intimpflege verweigert wird, wird der Bewohner durch Gespräch und Aufklärung langsam hingeführt. (vgl. C 643-650)

Wenn Bewohner die Intimpflege durch eine bestimmte Person nicht möchte, wird das akzeptiert. (vgl. F 1088-1118)

7.3 Evaluation

- Ethische Haltungen sind den Pflegenden in ihrer Tätigkeit sehr wichtig. Es gelingt ihnen spontan, viele wichtige Haltungen zu identifizieren.
- Die in den Interviews und Gruppendiskussionen als positiv und grundlegend bewerteten Haltungen für die Pfl egetätigkeit sind im Großen und Ganzen jene, die für die Sinnggebung, Geborgenheit und Sicherheit ausschlaggebend sind. Vom Wissen um die Bedeutung dieser Haltungen bis zu ihrer Umsetzung liegt aber noch ein weiter Weg.
- Die tugendethische Perspektive ist weniger stark ausgeprägt. Hier werden Prinzipien und Tugenden vermischt. Viele wichtige Tugenden (stabile Haltungen) werden nicht thematisiert, weil sie nicht bewusst sind.

7.4 Anregungen

- Verstärkung der tugendethischen Perspektive bei ethischen Fragestellungen durch Seminare
- Seminar über Leadership in der Pflege für die Führungskräfte in den Pflegeheimen

8 Helfen und Fürsorge

8.1 Einleitung

Das Helfen ist für jeden Beruf in einer sozialen Einrichtung oder im weiteren Sinne einem Dienstleistungsunternehmen eine selbstverständliche, ja im eigentlichen essentielle Komponente des beruflichen Selbstverständnisses.

Das Helfen ist der zentrale Handlungstypus der Fürsorgeethik. Jeder Mensch ist in seinem Alltag allein durch die Tatsache seiner ganz selbstverständlichen Beschränkungen auf allen Ebenen auf Hilfe angewiesen und steht somit in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu seiner Umgebung (Interdependenz). Auch in einem Pflegeheim ist Hilfeleistung auf verschiedenen Niveaus erfahrbar: Der Heimbewohner nimmt die professionelle Hilfe der Pflegepersonen in Anspruch, die Pflegepersonen selbst wenden sich in bestimmten Situationen Hilfe suchend an Kollegen oder die Pflegedienstleitung.

Die Hilfe und der Dienst, die anderen Personen geleistet werden, waren in der Entwicklung der Pflegeberufe wesentlichste und ureigenste Elemente der beruflichen Tätigkeit, und dies nicht nur zu jener Zeit, als die Pflege als reiner Dienst der Barmherzigkeit ausgeübt wurde. Im Zusammenhang mit dem Schmerzmanagement umfasst dieser Begriff auch die Vermittlung von Sinn und Geborgenheit, da dadurch im eigentlichen Sinne dem Bewohner geholfen wird.

Pflege als professionelle berufliche Arbeit hat also immer mit Hilfe und Dienst zu tun und untersteht daher der Fürsorgeethik.

8.2 Ergebnisse

Der Begriff der Hilfe wird in den Interviews vonseiten der Pflegepersonen nicht nur positiv bewertet. Auf der einen Seite schwingt im Begriffsverständnis häufig eine gewisse Konnotation der Verausgabung auf Kosten der eigenen Person mit, also die Selbstaufgabe. Auf der anderen Seite umfasst der Begriff für nicht wenige Pflegepersonen häufig auch eine Haltung des vollständigen Ersatzes des anderen in verschiedenen Tätigkeiten, die er mit entsprechender Unterstützung durchaus noch selbst erfüllen könnte.

Diese beiden Anspielungen lösen verständlicherweise eine skeptische Haltung gegenüber dem Begriff aus: Ersteres lässt die eigene Person zu kurz kommen, der zweite Aspekt wird der Würde des anderen in seiner Individualität, Autonomie und damit in seiner Persönlichkeit nicht gerecht.

8.2.1 Mitarbeiter haben ein Problem mit dem Begriff *Hilfe*

In den Einzelinterviews und in den Gruppendiskussionen kommt klar zum Ausdruck, dass der Begriff Hilfe nicht gerne als das Wesen der Pflegetätigkeit verstanden wird.

„Ja, ich möchte, dass es dem Bewohner besser geht, ja in dem Sinn sehr wohl ‚helfen‘. Aber helfen, das ist auch so ein Wort. Ich kann jemand bemuttern, dass der keine Hand rührt. Das ist für mich nicht helfen. Also ‚gesundes Helfen‘. So würde ich das sagen.“ (C 1116-1119)

„Ich kann nicht jedem helfen. Man muss jedem die Individualität lassen, die Selbstbestimmung lassen. [...] In der Pflege ist auch oft das Bemuttern auch so, oder ‚Ich bestimme über ihn‘.“ (C 1129-1131)

Grundsätzlich meinen die Pflegepersonen, wenn sie den Begriff im Sinne eines „gesunden Helfens“ verwenden, damit die Unterstützung und Begleitung von Bewohnern in ihren Bedürfnissen. Die Dimension des Ersetzens, Bemutterns, Übernehmens wird vom in diesem Sinne verwendeten Begriff des Helfens bewusst abgegrenzt. *„Die meisten alten Menschen wollen eigentlich nicht, dass ihnen geholfen wird. Das sind eigenständige Menschen, die ihren Willen haben, der hat wesentlich mehr Lebenserfahrung wie ich. ... Danke, die meisten alten Menschen wollen begleitet werden, unterstützt werden. Aber nicht, dass man ihnen hilft, weil sie so hilflos sind. Und das Begleiten, Unterstützen, ist für mich persönlich der bessere Ansatz.“* (A 816-822) Oder auch: *„Passt begleiten noch besser wie helfen.“* (F 713)

8.2.2 Helfen als Grundhaltung im Pflegeberuf

Es ist vor allem der Umgang mit dem Menschen – im Besonderen mit dem bedürftigen Menschen, der auf die Hilfe anderer angewiesen ist –, der zahlreiche Pflegepersonen in ihrem Beruf erfüllt: *„Ich arbeite gern mit Menschen. Und zwar, Menschen, die mich brauchen, wo ich was geben kann, wo ich auch vieles zurückbekomme, bekommen kann von diesen Leuten. Es erfüllt mich einfach.“* (B 936-939) *„Ich mag die alten Leute.“* (D 2178) Diese Offenheit gegenüber dem anderen in seiner Not und Bedürftigkeit ist

wesentliches Element in der Berufswahl: *„Ich bin froh, dass ich diesen Beruf gewählt habe für mich, weil ich ganz gerne mit Leuten arbeite, weil ich total kommunikativ bin, weil ich gerne rede, weil ich gern zuhöre. Weil ich einfach die Leute gern habe.“* (D 2158-2160)

Hilfe, verstanden im Sinne einer hingebungsvollen Tätigkeit an den anderen, wird zwar als ein wichtiges Element in der Pflege gewertet: *„[...] ein Egoist wird nie in einem sozialen Beruf tätig werden. Sind eigentlich alles Leute, die sich selbst aufopfern.“* (F 726-727) Ohne den Rahmen einer professionellen aktivierenden Pflege kann diese Haltung für die Pflegeperson jedoch eine Gefahr in Richtung Burnout-Syndrom darstellen. *„Aber aufopfern ist nicht gut, für dich selber, weil das macht dich krank.“* (F 737) Dies kommt in mehreren Gesprächen ganz klar zum Ausdruck: *„Aber diese Grundeinstellung ‚Ich will jetzt unbedingt helfen und ich arbeite in der Geriatrie, weil ich alten Leuten helfen will‘, finde ich prinzipiell für gefährlich.“* (A 806-807)

Nach Meinung der Gesprächsteilnehmer treffen die Begriffe Begleitung und Unterstützung die geforderte Haltung zum Teil besser als der Begriff der Hilfe. *„Also eigentlich sind wir mehr Begleiter, finde ich. Begleiter mit gewissen Fähigkeiten, damit sie noch ein würdevolles Leben bis zum Ende führen können.“* (F 1662-1664)

Diese Einstellung kann auch anhand der Berufserfahrung selbst reifen: Man lernt, die älteren Leute zunehmend besser zu verstehen, so dass es auch leichter gelingt, sich einen praktischen Begriff des Helfens zu bilden, der der eigenen beruflichen Arbeit und der Situation des Heimbewohners gerecht wird. Und doch ist es eine Haltung, um die man sich für sich selbst und für das Team aktiv bemühen muss.

„Ich hoffe, dass ich nie in die Situation komme, dass ich Patienten oder Bewohner so ‚überversorge‘ und ‚überpflege‘. Für mich persönlich ist dieses Begleiten und Beobachten: ‚Was kann er, was tut er, was will er, wie geht es ihm‘ schon sehr wichtig.“ (A 898-902)

„Na, diese Auffassung, dieses Begleiten. Das hat für viele Mitarbeiter länger gedauert. Weil man ja von vornherein hilfsbereit sein will und das sofort alles abnehmen will. Damit dieser alte Mensch gut versorgt ist.“ (A 943-945)

8.2.3 Aktive Burnoutprophylaxe ist wichtig

Burnout entsteht nicht durch die berufliche Belastung alleine, sondern es spielen mehrere Faktoren zusammen. *„Und ich glaube auch nicht, dass Burnouts ausschließlich durch das Berufsleben entstehen, sondern es gibt halt dann noch jede Menge private*

Faktoren.“ (A 772-774) Distanz ist ohne Zweifel notwendig, gelingt aber nicht immer.²⁹

Die generell hohe Motivation der Personen in Pflegeberufen führt häufig dazu, dass diese auf zusätzliche Anforderungen und Belastungen nicht Nein sagen können bzw. zum Teil ohne Widerrede bereit sind, unbezahlte Überstunden oder den Dienst auch bei Krankheit zu leisten.

„... mit ständiger Überforderung und nicht abschalten können. Und nicht Stopp sagen können, nicht Nein sagen können.“ (C 1061-1063)

„Ja, und ganz viel Personal sagt sich einfach, die kommen teilweise krank, halb krank, in die Arbeit und wenn man sagt: ‚Warum bleibst denn nicht daheim?‘ – ‚Ja es muss ja ein Mitarbeiter einspringen. Und der hat jetzt frei und ich möchte auch, dass er frei hat.‘ Also, das auch für den anderen denken. Und sich selber vernachlässigen, auch das gibt es.“ (C 1079-1083)

Nein sagen, einen Auftrag ablehnen, nicht immer bereit sein einzuspringen, wenn Not am Mann ist, all dies scheinen Reaktionen und Haltungen zu sein, die dem hohen Ideal des eigenen Berufsverständnisses widersprechen. So werden beispielsweise nicht bezahlte Überstunden gemacht, um den anvertrauten pflegebedürftigen Personen auch einmal in Ruhe Zeit widmen zu können, oder auch um den Dokumentationspflichten nachzukommen, denen während der regulären Arbeitszeit andere Aufgaben als prioritär vorgezogen wurden. So sagt eine Pflegeperson in einem Gespräch: *„Und es ist bei uns halt so, ich meine halt bei mir so, ich bin für meine Bewohner da und die Dokumentation, die kommt dann halt irgendwann einmal, wenn ich Zeit habe.“* (E 560-562)

Eine andere betont: *„Aber oft ist es so, nachher schiebst halt gerade das, was am Computer die Arbeit ist, das schiebst du nach hinten. Und ich denke mir oft, lieber bleibe ich eine halbe Stunde länger. Gerade wie es am Abend oft ist, wenn du die Leute ins Bett tust, sie wollen reden, sie wollen reden. Ich denk mir oft, dann geh ich halt nicht um halb 8 nach Hause, sondern um Viertel nach 8 oder halb 9 nach Hause. Ich schreib die Zeit nicht, es ist im Endeffekt nachher das, wo ich mir denke, ich hab ihm etwas Gutes getan.“* (F 557-562)

Und eine dritte unterstreicht: *„Du meinst es gut, und es steht dir ja gar nicht dafür, weil das tust du ja für den Bewohner, dass es dem gut geht. Und ist ja wurscht, wenn ich eine halbe Stunde länger da bin, aber am Papier ist nix! So dass die Chefitäten sehen, jedes Monat so und so viele Überstunden. Aber müssten wir echt schreiben, dass wir danach dokumentiert haben, weil wir davor die Zeit beim Bewohner waren!“* (F 678-683)

²⁹ vgl. Kapitel 4

Daher ist eine aktive Burnoutprophylaxe wichtig. Diese kann in Form von aktiv gesuchten Gesprächen bei Hinweisen auf zunehmende Belastung oder auch durch eine frühzeitige Urlaubsplanung erfolgen.

„Dann gehen wir direkt auf die Person zu, ja.“ (A 728)

„Bevor du jetzt mit der Arbeit beginnst, das ist der Urlaubsplan. Und ich hätte gern, dass du dir nach drei Monaten eine Woche bis zwei Wochen Urlaub einträgst. Das verwundert dich jetzt zwar, aber es ist einfach so, dass du dann diese Auszeit brauchst.’ Das haben sehr viele angenommen und hat auch ganz gut funktioniert.“ (A 783-787)

8.2.4 Hilfe ist auch innerhalb des Teams notwendig

Der Begriff der Hilfe beschränkt sich nicht auf die Beziehung Pfleger zu Bewohner, sondern betrifft auch die Zusammenarbeit innerhalb der Pflgeteams. Aus den Interviews kommt ganz klar heraus, dass Individualisten im Pflegeberuf fehl am Platz sind, zum einen mit Blick auf den erhaltenen gemeinsamen Betreuungsauftrag, zum anderen im Kontext der notwendigen Strukturen eines Pflegeheimes und der Zusammenarbeit im Dienst am Menschen.

„Es ist auch wichtig, dass wir nicht Einzelkämpfer sind. Wir müssen in einem Team funktionieren. Weil irgendwann brauchst du eine Hilfe und wenn du von Haus aus gleich ein schlechtes Miteinander hast, dann wirst Probleme kriegen im Team.“ (D 1272-1274)

Es braucht in der Pflege *„starke Persönlichkeiten, die sich selbst auch zurück nehmen können.“ (A 829-830)*

„Team ist extrem wichtig, gerade in dem Bereich. Durchs Reden kommen immer die Leute zusammen. Und Teamarbeit, das Schönste, Beste, Wichtigste, was es gibt. Ist so. Und wenn es mir einmal nicht gut geht, hilft die Kollegin und umgekehrt.“ (E 579-581)

Generell ist die Zusammenarbeit in den Teams gut und das Klima der Kommunikation offen. Doch nicht immer und nicht in jedem Team ist es möglich, Schwierigkeiten, die sich durch die gemeinsame Arbeit ergeben, in einem offenen Ambiente direkt mit der betreffenden Person anzusprechen, damit die Arbeit nicht ein Nebeneinander, sondern ein Miteinander ist.

„Also, ich weiß nur, zu mir kommt man und mir erzählt man es. Aber sie gehen nachher nicht an die Stellen hin und sagen, was ihnen nicht passt. Auch nicht zu der Person selber.“ (F 1151-1153)

Dieses Zitat weist auf die problematische Situation hin, die sich ergeben kann, wenn in sozialen Institutionen mehr übereinander als miteinander gesprochen wird.

8.3 Evaluation

- Der Begriff der Hilfe wird von den Pflegepersonen nicht gern verwendet und eher gemieden. Sie wollen Hilfe unbedingt mehr im Sinne von Begleitung und Unterstützung verstanden wissen. Das Bemuttern, Ersetzen, Abnehmen von Tätigkeiten würde in ihren Augen einer professionellen Pflege widersprechen.
- Die Pflege wird von den Mitarbeitern von SeneCura generell mehr durch die bewusste personale Interaktion zwischen den Pflegepersonen und den Heimbewohnern definiert. Im Fokus der professionellen Pflege stehen nicht Defizite, die ausgeglichen werden müssen, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit.
- Maßnahmen zur aktiven Burnout-Prophylaxe sind ein wesentlicher Bestandteil der Mitarbeiterführung. In Bezug auf das Zeitmanagement gibt es sicherlich Verbesserungspotential, vor allem damit nicht aus gutem Willen und der generellen Bereitschaft der Mitarbeiter grundsätzlich vermeidbare Belastungen entstehen.
- Gegenseitige Hilfe im Team ist für die Arbeit im Pflegeberuf wesentlich und unverzichtbar, doch ist die Kommunikation innerhalb des Teams nicht immer leicht.

8.4 Anregung

Vortragsreihe zu Themen aus dem Bereich der Fürsorgeethik mit anschließender Diskussion, insbesondere über den Begriff der Hilfe

9 Kommunikation: Bewohner, Angehörige, Team

9.1 Ethische Dimension der Kommunikation in der Pflege

Jeder Mensch, auch der betagte Mensch, ist ein soziales Wesen und damit ganz wesentlich angewiesen auf Kommunikation. Die Kommunikationsfähigkeit nimmt aber mit dem Alter und der Gebrechlichkeit ab, sie wird störungsanfälliger. Dies muss durch die Pflege kompensiert werden. Auch der betagte Mensch will als ein Du behandelt werden, entsprechend seiner Würde. Daraus ergibt sich eine ganz konkrete ethische Anforderung an den Pflegeberuf (wie an alle anderen sozialen Berufe auch): die soziale Kompetenz. Gerade auch im pflegerischen Alltag ist diese Kompetenz auf verschiedenen Ebenen ständig gefordert, sei es in der unmittelbaren Pflege am Bewohner, in der Kommunikation mit den Angehörigen³⁰ oder auch innerhalb des Pflegepersonals bzw. mit den unmittelbaren Vorgesetzten.

Die Kommunikation befähigt den Menschen, Beziehungen aufzubauen und zu unterhalten. Sie zeichnet sich durch Vielschichtigkeit und Variabilität aus: Das Sich-Mitteilen erfolgt mittels der Sprache, verbal, aber auch auf non-verbale Weise. Im Kontext des Pflegeberufs ist es sehr bedeutsam, dass Gespräche und Kommunikation sich nicht auf rein technisch-erklärbare Fakten reduzieren, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit (mit seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft; mit Verstand, Seele, Willen und Gefühlen) wahrnehmen und darauf in empathischer, wohlwollender und fördernder Weise einzugehen verstehen. Neben pflegerischem Wissen ist dafür eine hohe soziale Kompetenz gefordert. Insbesondere für die Vermittlung von Sinn, Geborgenheit und Sicherheit im Rahmen des Schmerzmanagements ist kommunikatives Know-How notwendig. Die Frage gelingender Kommunikation ist daher stets auch mit der Frage verbunden, wie persönliche Fähigkeiten in diesem Zusammenhang erfolgreich eingesetzt und entwickelt werden können.

Überdies ergeben sich im pflegerischen Alltag immer wieder Konflikte, die meistens durch geeignete kommunikative Maßnahmen gelöst werden können. Für gute Kommunikation gibt es kein „fertiges Rezept“, das Anlernen von (äußerlichen) Techniken alleine genügt nicht, es braucht eine klare Erkenntnis der Situation sowie Handlungskompetenzen, die über ein bloßes Abspulen von Regeln hinausgehen. Die Ethik der Kommunikation umfasst somit zahlreiche Felder des pflegerischen Handelns.

³⁰ Dieses Thema wird ausführlich in Kapitel 10 behandelt.

9.2 Ergebnisse

9.2.1 Gespräche mit Bewohnern als wesentlicher Teil der Pflege

Das Thema der Kommunikation kam in den Interviews und Gruppendiskussionen ständig vor und wurde dementsprechend in den Interventionen aufgegriffen. Gespräche mit den Bewohnern (auch mit dem wesentlichen Element der non-verbalen Kommunikation) sind etwas Alltägliches und Wesentliches: über Banales und über Gravierendes, über Oberflächliches und über Essentielles, mit einem konkreten Ziel oder ohne ein solches, als Reaktion oder als Aktion. Gespräche sind allgegenwärtig und notwendig. Es liegt offen zutage, dass es ohne sie keine Pflege gibt. Gespräche verfolgen nicht immer ein spezifisches Ziel, sie ergeben sich oft einfach im Alltag und gehören zugleich zum wesentlichen therapeutischen Instrumentarium des Pflegeberufes. Zugleich gibt es von seiten der Pflege eine Pflicht zur Kommunikation. Dies gilt unabhängig davon, ob der Bewohner in der Lage ist, darauf verbal, mimisch oder auf eine andere Art zu reagieren. Auf den anderen zuzugehen, ihn anzusprechen, auf ihn in seiner je eigenen Persönlichkeit einzugehen: Diese Haltung allein schon signalisiert dem anderen, dass er als ein persönliches Gegenüber wahrgenommen wird.

Zum besseren Verständnis von Reaktionen und Haltungen

Um den Bewohner in seiner Persönlichkeit besser kennen zu lernen, ist Biographiearbeit mit ihm notwendig, soweit dies möglich ist. Dafür sind auch Gespräche mit Angehörigen hilfreich: *„Für uns ist es wichtig, mit Angehörigen zusammen zu arbeiten und immer herauszufinden, warum jemand so reagiert, wie er reagiert.“* (B 269-271)

„Und reden jetzt aus, zum Beispiel, was hat er gern gemacht früher und was könnten wir machen, dass er vielleicht ein bisschen eine Motivation kriegt. [...] und was die Tochter gern haben möchte, dass der Vater hat jetzt im Heim. Was sie gern hätte, als Unterstützung für ihn. Dass man sich da ein bisschen ausredet. Gespräche führt mit den Angehörigen, und auf die auch ein bisschen eingeht.“ (E 1019-1023)

Aufbau von Vertrauen und zur Führung der Bewohner

Regelmäßige Gespräche sind unabdingbar, damit Vertrauen entstehen und eine Beziehung aufgebaut werden kann. *„Das ist ein tägliches Gespräch, das ist ein tägliches*

Vertrauen-Schaffen, das ist ein tägliches Rituale-Organisieren.“ (A 266-267)

Häufig werden im Rahmen dieser Pflege-Bewohner-Beziehung Optionen angeboten und Vereinbarungen getroffen, um eine gewisse Führung des Bewohners zu seinem Wohl zu ermöglichen. Davon abweichende ad-hoc Entscheidungen der Bewohner werden dabei aber immer, wenn es möglich ist, respektiert.

„Man versucht nachher, ihm die Möglichkeit als Optionen, ein paar Optionen zu geben, wo ER nachher entscheiden kann: ‚Die möchte ich.‘ Und es gibt ihm auch wahrscheinlich diese Genugtuung, dass er sagt, okay, jetzt habe ich entschieden. Ja, wie gesagt, dass er nachher nach ein paar Tagen wieder sagt, jetzt will ich nicht so, aber so, dann versucht man in unserem Rahmen, in unseren Möglichkeiten nachher wieder so eine Vereinbarung zu treffen.“ (B 324-330)

Eruieren von Interessen und Wünschen

Um möglichst gut und individuell auf die Heimbewohner einzugehen und sie gezielt zu fördern, sind Gespräche wesentlich: zur Unterstützung der Motivation,³¹ aber auch zum Kennenlernen ihrer Fähigkeiten, Stärken, Wünsche und Interessen: *„... wieder durch Gespräche, durch Bezugspflege, durch dieses Vertrauen aufzubauen und herauszufinden, was sie will“.* (B 341-342) So unterstreicht eine Wohnbereichsleiterin: *„... im Gespräch fangen die nachher ihre Wünsche zu äußern, was sie gern hätten, was sie lieber hätten. Ja, und dann kommen sie auch mit ihren Wünschen.“* (B 346-347) Diese Wünsche können selbstverständlich auch non-verbal geäußert werden.

Zur Förderung der Motivation und zur Vermittlung positiver Sicht

Ein ganz wesentlicher Punkt ist im Rahmen der aktivierenden Pflege das gezielte Fördern der Bewohner auf der Grundlage vorhandener Fähigkeiten und Interessen. Dazu gehört häufig als ein integrierender Bestandteil, dem anderen eine positive, hoffnungsvolle und optimistische Sichtweise zu öffnen, vor allem auch um einen Sinn im Leben, auch in einem Leben mit Leiden, zu vermitteln.³² *„Das sagen wir ihnen. Wir sind froh, dass Du da bist. Du bist wichtig für uns. Und dann, wenn Bewohner fragen, warum bin ich wichtig für euch? Schau mal her, du hast jetzt gerade mit dem geredet, dem hat das gut getan. Oder,*

³¹ siehe Abschnitt „Zum besseren Verständnis von Reaktionen und Haltungen“, Kapitel 9, S. 62

³² siehe auch Kapitel 13

du hast ihn zum Lachen gebracht.“ (C 728-731)

Es zeigt sich ganz klar: Die gezielte Förderung des Bewohners braucht das Gespräch.

Gespräche haben auch Auswirkungen auf das Pflegepersonal selbst

In den Interviews stand die therapeutische Perspektive der Pflege-Bewohner-Gespräche zwar im Vordergrund, es kam aber auch zur Sprache, dass die Pflegepersonen selbst durch Gespräche mit Bewohnern eine Bereicherung erfahren können, etwa weil sie dadurch an der Erfahrung der älteren Menschen teilhaben können. *„Umgekehrt ist das für mich oft ein sehr großer Erfahrungswert, persönlich auch. Also da gibt es auch für uns einiges zum Mitnehmen von diesen Gesprächen.“ (A 653-655)*

In den Interventionen wurde deutlich, dass Konflikte mit den Bewohnern dort auftreten, wo Heimbewohner verbal auf Distanz gehen, das Personal gegeneinander ausspielen oder die Angehörigen einen Konflikt mit der Pflege über die Bewohner austragen, was sich auch auf die Beziehung zu denselben auswirkt.

9.2.2 Gespräch mit Angehörigen

In der Beziehung zwischen Pflegepersonen und Angehörigen steckt immer wieder Konfliktpotential: durch unausgesprochene oder überzogene Erwartungen seitens der Angehörigen, durch unterschiedliche Zugangsweisen zum Heimbewohner, auch durch Missverständnisse und emotionale Befindlichkeiten auf beiden Seiten.

In den Interventionen kam heraus, dass Konflikte im Verhältnis zu einem reibungslosen Verhältnis mit den Angehörigen zwar in der Minderzahl sind, dass sie aber, wenn sie auftreten, offenbar extrem nervenaufreibend und energieraubend sind.

Dem Gespräch mit Angehörigen³³ messen die Pflegepersonen prinzipiell große Bedeutung bei. Manchmal erfolgen solche Gespräche eher als Reaktion auf Fragen, Beobachtungen, Vorwürfe, häufig aber bemühen sich die Pflegepersonen auch, diese Gespräche aktiv zu suchen und zu fördern: *„Gespräch suchen, absolut, ja. Und das tun wir auch immer wieder, ja. Und je mehr man das Gespräch sucht, umso öfter kommen die Angehörigen natürlich auch. Und umso leichter wird das.“ (A 515-517)*

³³ siehe auch Kapitel 10

Es ist hilfreich, auf die persönliche Pflegeerfahrung der Angehörigen zurückzugreifen und sie dadurch in den Pflegeprozess aktiv einzubeziehen. *„Da muss man sie vielleicht einmal fragen: ‚Wie haben Sie das gemacht?‘ Vielleicht erwarten sie sich das ganz einfach, dass sie mit eingebunden werden in der Pflege.“* (D 1189-1191)

Gespräche mit Angehörigen haben auch gewisse therapeutische Effekte: *„Das Wind aus den Segeln nehmen sind oft zwei, drei Sätze. ‚Sie haben das Richtige getan.‘ ‚Sie haben den Vater lange genug gepflegt.‘ ‚Es war jetzt der richtige Augenblick.‘ Oder gleich am Anfang erklären: ‚Die Mutter wird vier Wochen brauchen, bis sie sich eingewöhnt. Und wir umgekehrt brauchen ca. vier Wochen bis wir Ihre Mutter richtig kennen lernen.‘ Ich denke, dass das oft sehr viel auch an Angst nimmt. Ich habe diese Situation vor einem halben Jahr selber erlebt. Als Angehöriger. Und man empfindet das dann wirklich so, ja.“* (A 498-504)

Auch die Angehörigen haben oft Bedarf, dass jemand auf sie eingeht, ihnen zuhört: *„Vielleicht braucht die Angehörige auch ein bisschen Unterstützung, eine seelische, dass sie vielleicht auch ein bisschen mit jemanden reden kann, der in der Situation ist. Dass man auf das ein bisschen eingeht.“* (E 1024-1026)

Sollten trotz aller Bemühung auf beiden Seiten Konflikte entstehen, müssen diese direkt angesprochen werden, so die einhellige Meinung der Pflegepersonen: *„Da wird auf jeden Fall mit den Angehörigen gesprochen. Und wird den Angehörigen auch erklärt, dass sich der Geschmacksinn und die Vorlieben für Essen im Alter durchaus verändern. Und absolut ins Gegenteil umkehren kann.“* (A 477-480). Eine andere Pflegeperson unterstreicht auch den Konflikt-vorbeugenden Effekt von Gesprächen mit Angehörigen: *„...gewissen Sachen kannst du von vornherein schon aus dem Weg gehen, indem du wirklich mit den Angehörigen, mit dem Bewohnern dich kommunizierst, einfach.“* (E 1134-1136)

Dennoch können sich Beziehungen, in denen nicht mit der notwendigen Bereitschaft und Offenheit auf beiden Seiten kommuniziert wird, emotional aufschaukeln und schließlich verhärten: *„Man bemüht sich ja von Anfang an mit Angehörigen, aber irgendwann wenn es nicht mehr passt, dann sagt man ‚Grüß Gott und Auf Wiedersehen!‘“* (D 1146-1147)

In den Interventionen zeigten sich noch weitere Problemfelder, die eine hohe ethische und kommunikative Kompetenz erfordern. Die Gruppenteilnehmer brachten innerhalb der Intervention einige Alltagsbeispiele spontan zur Diskussion, was zeigt, dass sie durch Reflexion Spannungssituationen nun besser ausformulieren konnten und im Rahmen der Intervention gemeinsame Lösungen erarbeiteten.³⁴

³⁴ vgl. Kapitel 10

9.2.3 Interne Kommunikation im Team

Dem Gespräch innerhalb des Teams kommt eine wesentliche Bedeutung zu: Es schafft ein angenehmes Arbeitsklima, dient zur Besprechung und Aufarbeitung belastender Situationen und hilft zur gemeinsamen Lösungsfindung bei Schwierigkeiten und Problemsituationen.

„Team ist extrem wichtig, gerade in dem Bereich. Reden kommen immer die Leute zusammen. Und Teamarbeit, das Schönste, Beste, Wichtigste, was es gibt. Ist so. Und wenn es mir einmal nicht gut geht, hilft die Kollegin und umgekehrt.“ (E 579-581) Generell berichten die Pflegepersonen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen von einer guten Zusammenarbeit in den diversen Pflgeteams. Dennoch gibt es immer wieder Situationen, in denen Schwierigkeiten, die sich im gemeinsamen Arbeitsablauf durch die Eigenheiten und verschiedenen Persönlichkeiten der Pflegepersonen ergeben, nicht direkt angesprochen und dadurch zu einer Belastung werden.³⁵

Die Interaktionen führten dazu, dass dieser Aspekt offener als potentieller Konflikttherd angesprochen wurde. Hier wünschten sich zwei Häuser ausdrücklich weiterführende Interventionen für alle Mitarbeiter.

9.2.4 Für Gespräche ist Zeit notwendig

Gespräche brauchen Zeit. Nicht immer kann man dafür Leerlaufzeiten nützen und auf Knopfdruck wichtige Gespräche provozieren. Dafür besteht vonseiten des Pflegepersonals große Sensibilität: *„Ich weiß nicht, ob ich jetzt jemanden so ad hoc, der mich fragt: ‚Erzählen Sie mir etwas von Ihrem Leben!‘ wirklich was erzählen will. Aber es entstehen im Laufe des Zusammenlebens – denn in einem Pflegeheim lebt man ja zusammen – kommen diese Erzählungen von selbst oft.“* (A 305-308)

Meist ergeben sich solche Gespräche – auch über schwerwiegende Themen – von selbst, ohne dass man sie geplant oder vorgesehen hat, immer wieder vielleicht auch dann, wenn man gerade wenig Zeit dafür hat. *„Solche Gespräche sind sehr häufig und passieren laufend. Das sind so Gespräche, die können bei der Körperpflege passieren. Gerade in solchen Momenten, wo man so viel körperliche Nähe zu einander hat. Weil das ist ja fast eine intime / Das ist eine intime Angelegenheit! Und gerade da entstehen oft so Gespräche.“*

³⁵ siehe auch Kapitel 4, Maßnahmentyp 2, S. 34-35 sowie Kapitel 8, Abschnitt 8.2.4

Nein, das passiert absolut, laufend.“ (A 639-643)

Der Faktor Zeit wird dabei von den Pflegepersonen aus unterschiedlichen Perspektiven bewertet: Prinzipiell besteht im Rahmen der Pfl egetätigkeit ein derartiger Zeitdruck, der einem das Gefühl vermittelt, keine Zeit für Gespräche zu haben.³⁶ Doch da dem Gespräch mit den Bewohnern eine solch hohe Priorität eingeräumt wird, nimmt man sich die Zeit auf Kosten anderer Tätigkeiten,³⁷ also findet man die Zeit dafür doch.

Zeit für Gespräche fehlt

Generell empfinden die Pflegepersonen in ihrem Alltag schon einen Zeitdruck, der sich vor allem dann bemerkbar macht, wenn sie jemandem Zeit widmen wollen, die von offizieller Seite (etwa im Rahmen des Pflegeschlüssels) nicht „vorgesehen“ ist.

„Also ich habe nicht das Gefühl, ich habe Zeit. Das sage ich ganz offen. Ich habe das Gefühl nicht.“ (D 526-527)

In einer Gruppendiskussion finden sich etwa folgende Kommentare mehrerer Pflegepersonen: *„Also die sehen das selber, dass wir immer herum rennen und sich für keinen mehr Zeit nehmen können. Und die täten sich sicher wünschen, einmal Spiele zu spielen.“ – „Ohne dass wir ständig auf die Uhr schauen müssen.“ – „Ja, ja, die Uhr ist immer schrecklich.“ (D 1898-1904)*

Zeit für Gespräche nimmt man sich einfach, auch wenn sie fehlt

Den Bewohnern Zeit für Gespräche zu widmen, wird durchwegs als notwendig und gut bewertet. Auch wenn die Zeit knapp ist, wird zugunsten eines Gespräches die Zeit bei anderen Tätigkeiten eingespart, da man die Erfahrung gemacht hat, dass eine so investierte Zeit sich auch auf viele andere Ebenen der Pflege auswirkt: *„Man findet diese Zeit. Weil, wenn man diese Zeit nicht findet, dann ist der ganze Tag... [...] Das sind diese fünf Minuten, die für diesen Bewohner zuständig sind, da geht man zu ihm...“ (B 354-357)*

Diese Einstellung ist so stark, dass, um diesem Anspruch Genüge zu leisten, auch Überstunden in Kauf genommen werden, zum Wohl des Bewohners: *„Und ich denke mir oft, lieber bleibe ich eine halbe Stunde länger. Gerade wie es am Abend oft ist, wenn du die*

³⁶ siehe Abschnitt „Zeit für Gespräche fehlt“, Kapitel 9, S. 63

³⁷ siehe Abschnitt „Zeit für Gespräche nimmt man sich einfach, auch wenn sie fehlt“, Kapitel 9, S. 63-64

Leute ins Bett tust, sie wollen reden, sie wollen reden. Ich denk mir oft, dann geh ich halt nicht um halb 8 nach Hause, sondern um Viertel nach 8 oder halb 9 nach Hause. Ich schreib die Zeit nicht, es ist im Endeffekt nachher das, wo ich mir denke, ich hab ihm etwas Gutes getan.“ (F 558-562)

Gute Erfahrungen in Bezug auf Zeit

Eine sehr gute Erfahrung ist die Einführung eines Extradienstes, im Rahmen dessen sich solche Gespräche noch leichter ergeben und der Zeitdruck des Pflegealltags wegfällt: *„Für diese Bezugspflege hat jeder Pflegehelfer im Monat extra Dienst acht Stunden. Also jeder von der Gruppe, vier Pflegehelfer, eine Schwester. Extradienst nicht jetzt im Rahmen der normalen Pflegedienst, sondern acht Stunden zusätzlich, wo er nur Bezugspflege hat. Und an diesem Tag werden diese Bewohner ‚verwöhnt‘ sagen wir.“ (B 359-363)*

Berechnung des Pflegebedarfs bezieht Gespräche nicht ein

In den Interviews und Gruppendiskussionen tritt ein deutlicher Kritikpunkt auf: Bei der Berechnung des Pflegebedarfs und des Pflegeschlüssels werden Gespräche als spezifische pflegerische Leistung zu wenig berücksichtigt, wenn man sie etwa mit dem berechneten Pflegeaufwand für die Körperpflege vergleicht:

„Oftmals ist es vielleicht wirklich gescheiter, wenn du jetzt mit ihm ein Gespräch führst und nachher dafür die Körperpflege, nachher machen wir halt das Gesicht und vielleicht den Intimbereich, und den Rest / Dass vielleicht das Gespräch für ihn wirklich wichtiger ist als die Körperpflege.“ (F 407-410)

Da klingt die Kritik durch, dass die vorgeschriebenen pflegerischen Pflichten sich oftmals nicht unbedingt zu hundert Prozent mit den Bedürfnissen der Bewohner decken.

9.3 Evaluation

- Die Pflegepersonen messen dem Gespräch höchste Wichtigkeit bei. Sie bedauern, dass der Kommunikation als einem Teil der Pflege von der zuständigen Behörde zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, vor allem wenn es um die Berechnung von Personalschlüssel oder Pflegeaufwand geht.

- Zahlreiche Aspekte der guten Kommunikation sind bewusst, eine gezielte Reflexion über Kommunikation könnte die bereits vorhandenen Kompetenzen sicherlich weiter stärken und ausbauen. Es gilt auch hier, dass jeder, auch der beste Kommunikator, sich im Bereich Kommunikation verbessern kann und Training dafür sehr hilfreich ist.
- Es wurde deutlich, dass in der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen einiges an Konfliktpotential steckt: Dies ergibt sich meist daraus, dass Situationen, wie die Übersiedlung eines nahen Angehörigen ins Pflegeheim, das Beobachten einer Verschlechterung des physischen und/oder psychischen Gesundheitszustandes, die unterschiedliche Art der Pflege im Heim im Vergleich zum Zuhause etc., häufig stark emotional beladen sind. Hier gelingt es nicht immer, die Gespräche auf eine sachliche Ebene zu heben und ohne persönliche Empfindlichkeiten zu reagieren.
- Für die Pflegepersonen ist die Kommunikation im Team sehr wichtig und wird auch gelebt. Voraussetzung ist aber ein offenes Gesprächsklima. Situationen, in denen Schwierigkeiten, bedingt durch den gemeinsamen Arbeitsablauf, die Eigenheiten und verschiedenen Persönlichkeiten der Pflegepersonen, nicht direkt angesprochen werden, können zur Belastung werden. Im Zuge der Interventionen wurde dieser Aspekt offener als potentieller Konfliktherd angesprochen.

9.4 Anregungen

- Diskussion von Fallbeispielen über Kommunikation und bewusste Reflexion über bestimmte Haltungen und Reaktionen
- Kommunikationstraining (Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun), Rollenspiele
- Tugendethik in der Kommunikation

10 Kommunikation mit Angehörigen

10.1 Von der Bedeutung der Angehörigen in der Pflege

Die Familie ist das natürliche Umfeld jedes Menschen, das bei einer Veränderung der Lebensumstände nicht plötzlich wegfällt, sondern bis zu seinem Tod von großer Bedeutung für ihn ist. Auch nach dem Umzug ins Pflegeheim hört die Familie des Bewohners nicht auf, seine Familie zu sein. Deshalb ist die Integration der Familie des Bewohners ins Pflegeheim – sofern diese vorhanden – ein wesentlicher Faktor in dessen Betreuung. Ein gutes Einvernehmen zwischen Angehörigen und Pflegenden erleichtert die Arbeit der Pflegenden, was wiederum dem Bewohner zugute kommt. Ein friedvolles Umfeld in der letzten Lebensphase, das Geborgenheit und Sicherheit bietet, ist zudem ein wichtiger Faktor für die Sinngebung und für ein würdevolles Sterben. Pflegepersonen können durch gezielte Kommunikation einen positiven Einfluss auf die Beziehung zwischen den Bewohnern und Angehörigen nehmen. Ethisch gesehen ist es auch Aufgabe der Pflegepersonen, dafür zu sorgen, dass das Beziehungsdreieck Bewohner-Angehörige-Pflegeperson möglichst reibungslos und im Einvernehmen funktioniert.

Gelingt das Kommunikationsdreieck, stärkt es das Team, misslingt die Kommunikation, raubt dies Energie, sowohl bei den unmittelbar betroffenen Pflegekräften als auch beim Team, da ein Problemfall leicht zum permanenten Gesprächsthema wird (man spricht darüber, „um sich mal Luft zu machen“). Die Interventionen zeigten, dass hier beim Pflegepersonal ein Bedarf an Weiterbildung besteht, um die Handlungskompetenz im Umgang mit Krisensituationen zu stärken.

10.2 Ergebnisse

10.2.1 Angehörige im Pflegeheim

Ethik sei wichtig in der Pflege und auch im Umgang mit den Angehörigen, so eine Wohnbereichsleiterin: *„Also, Ethik ist aus der Pflege nicht weg zu denken. Das sollte schon eine Einheit sein [...] Bezogen auf den Umgang mit dem Bewohner, bezogen auf den Umgang miteinander und bezogen auf den Umgang mit den Angehörigen.“* (A 910-916)

Die Hauptsorge der Pflegenden gilt den Bewohnern, aber auch deren Angehörige müssen in der Planung des Pflegealltags ihren Platz bekommen. Im Kontext eines Pflegeheimes sind bei den Angehörigen vor allem zwei Beziehungsebenen zu betrachten: jene zum Bewohner und jene zum Pflegepersonal.

Wie sehr kümmern sich Angehörige um die **Bewohner**, ihre eigenen Angehörigen? Anhand der Aussagen in einer Gruppendiskussion lässt sich ein sehr heterogenes Bild zeichnen: Einerseits gibt es passive Angehörige, die den fertig gepflegten Bewohner antreffen möchten (vgl. D 1125-1130) und sich nur wenig Zeit für ihn nehmen (vgl. D 1861-1862), andererseits gibt es aktive Angehörige, die sich eine Mithilfe in der Pflege vorstellen können (vgl. D 1188-1191) und sich auch engagiert einbringen.

Eine Wohnbereichsleiterin betonte, dass es mit den **Angehörigen** manchmal schwieriger sei als mit den Bewohnern selbst, weil diese ihre eigenen Probleme mitbringen. (vgl. auch E 854-855, vgl. auch F 1296-1300) Wenn in diesen Fällen Unstimmigkeiten auftreten, werden diese in den meisten Fällen sofort auf die nächsthöhere Organisationsebene verlagert und können dort meist leichter geklärt werden. (vgl. B 176-181, B 762-785, D 1222-1243)

In der Intervention zeigte sich, dass der Rückgriff auf die nächsthöhere Ebene für immer wiederkehrende Probleme keine Lösung darstellt, wenn die Schwierigkeiten Ausdruck einer Beziehungsstörung zwischen den Familienmitgliedern selbst sind und ihre Ursache nicht in einem reinen Informationsmangel liegt.

Beispiel 1: Die Tochter beschwert sich regelmäßig, ihre Mutter, Heimbewohnerin, bekäme nichts zu essen. Die Information habe sie von der Mutter. Trotz mehrmaliger Aufklärung der Tochter über die Demenz der Mutter (sie hat einfach vergessen, dass sie schon gegessen hat), fährt die Tochter mit der Anschuldigung fort. Sie beruhigt sich zwar momentan, das Thema kommt aber immer wieder, was für die Pflege belastend und aufreibend ist. In der gemeinsamen Analyse des Falls kam heraus, dass die Tochter von der Mutter zeitlebens offenbar gegenüber dem Sohn benachteiligt wurde, der sich aber um die Mutter nicht kümmert. Sie will es der Mutter in allem recht machen. Wie soll die Pflege darauf reagieren?³⁸

Anfangs, so eine Diskutantin, seien alle Angehörigen schwierig. Wenn sie sehen, dass der Bewohner Fortschritte macht, dann lenken sie ein: „Am Anfang sind alle so [...] Aber mit der Zeit, wenn die sehen, die Bewohner sind besser und die sehen, die machen

³⁸ vgl. Kapitel 18

Fortschritte. Dann sehen sie aha, die sind gar nicht so schlecht, als ich geglaubt habe.“
(D 927-929)

In einer Gruppendiskussion wird festgestellt, dass sich die Pflegenden um ein gutes Einvernehmen mit den Angehörigen bemühen, doch wenn sich das Verhältnis nicht bessert, resigniere man irgendwann und reduziere die Kommunikation auf das Minimum: *„Man bemüht sich ja von Anfang an mit Angehörigen [...], aber irgendwann wenn es [...] nicht mehr passt, dann sagt man ‚Grüß Gott und Auf Wiedersehaun!‘“* (D 1146-1147)

Im Umgang mit den Angehörigen, so wurde in einer Gruppendiskussion erwähnt, ist die Dokumentation sehr hilfreich, weil mittels der erstellten Aufzeichnungen manche Konflikte entschärft werden können. (vgl. E 890-901, D 977)³⁹

10.2.2 Die Art der Pflege als Stein des Anstoßes

Die Art und Weise der Pflege wird häufig zum Stein des Anstoßes für die Angehörigen. Worin liegen nun die Gründe für diese Unstimmigkeiten? Andere Vorstellungen über eine richtige Pflege, eine Neigung zu einer negativen Sicht der Dinge, das Unverständnis für reaktivierende Pflege und auch verschiedene Kleinigkeiten können Konflikte auslösen.

Wenn jemand seinen Vater oder seine Mutter ins Pflegeheim gibt, hat er aufgrund seiner eigenen Pflegeerfahrungen gewisse Vorstellungen davon, wie der Elternteil gepflegt werden soll. Der eine oder andere Reibungspunkt mit den Arbeitsweisen des Pflegepersonals ist absehbar. Eine Wohnbereichsleiterin war in der Situation, selbst einen Angehörigen ins Pflegeheim geben zu müssen und kennt somit auch die andere Seite der Medaille aus eigener Erfahrung: *„Und es kommen dann so Dinge, wo man sich denkt: ‚Das hätte ich jetzt ganz anders getan. Zuhause haben wir das anders gemacht.‘ Und das ist durchaus verständlich, dass Angehörige so reagieren.“* (A 509-511) Pointiert meint eine andere Wohnbereichsleiterin dazu: *„Und natürlich, alles was wir machen, ist nicht SO gut, wie sie das selber gemacht hat. Das kann man nicht SO GUT machen.“* (B 792-794)

Eine DiskutantIn stellt fest, dass Angehörige dazu neigen, Pflegetätigkeiten negativ zu bewerten: *„Die typischen Angehörigenprobleme. Die kommen herein und sehen alles gleich negativ.“* (D 868-869)

³⁹ vgl. Kapitel 5

Missverständlich können auch Maßnahmen der reaktivierenden Pflege sein, bei denen ein Bewohner zu Selbstständigkeit angeleitet und zu diversen Tätigkeiten seines bisherigen Lebens ermutigt wird. Die Pflegepersonen halten sich bewusst zurück, wobei manche Angehörige meinen, dies seien Aufgaben, die die Pfleger nicht machen wollen. Dies wird von manchen Angehörigen als Vernachlässigung interpretiert: *„Man kann dann natürlich schon erklären, warum man gewisse Dinge oft so tut. Es ist zum Beispiel Bewohner selber essen lassen, auch wenn sie es mit den Händen tun. Ist für Angehörige oft sehr schwierig zu verstehen. Weil die Mama dann schmutzig ist nach dem Essen. Und im ersten Moment sieht das so aus, als ob das Pflegepersonal der Mama einfach nicht das Essen eingeben will. Das bedarf dann einer Erklärung, warum das so getan wird.“* (A 525-531) Es kann aber auch sein, dass ein Bewohner selbst eine reaktivierende Tätigkeit ablehnt, weil er jetzt für seinen Heimplatz bezahle und deshalb z. B. keine häusliche Arbeit verrichten wolle. (vgl. F 2094-2101)

Stein des Anstoßes seien meist Kleinigkeiten, wie eine Wohnbereichsleiterin erklärt: *„Wir hatten gestern so eine Situation, wo die Bewohnerin nach dem Mittagessen sehr müde war und die Kollegin sie einfach ins Bett gebracht hat, damit sie jetzt eine Stunde ruhen kann. Und es geht da um eine sehr junge Patientin und deren Vater jetzt nicht verstehen konnte, warum sie jetzt ins Bett gebracht wird. Und sie SOLL ja länger aufbleiben! Und, das muss man dann halt einfach erklären.“* (A 542-547)

In den Interventionen wurden darüber hinaus Beispiele angesprochen, die außerdem eine eminent ethische Komponente aufwiesen:

Beispiel 2: Die Großnichte, berufstätig, selbst kinderlos, fährt als einzige noch lebende Verwandte mehrmals in der Woche drei Stunden hin und zurück, um ihre über 90-jährige Großtante zu besuchen. Gemeinsam hatten sie in Hinblick auf eine extreme Verschlechterung des Zustands auf Wunsch der Tante beschlossen, dass sie keine Infusionen mehr bekommt soll. Als es dann soweit ist, zögert die Großnichte allerdings und bittet darum, trotzdem eine Infusion zu geben. Wie soll die Pflege reagieren?⁴⁰

10.2.3 Kommunikation als Schlüssel für die Angehörigenarbeit

In den Interviews und Gruppendiskussionen hat sich gezeigt, dass die Kommunikation der Schlüssel für die Angehörigenarbeit in der Pflege ist, d. h. das bewusste

⁴⁰ vgl. Kapitel 18

Gespräch mit den Angehörigen. Anhand der Aussagen der Pflegekräfte lassen sich die nachfolgenden drei Phasen der Kommunikation mit Angehörigen bestimmen:

Kommunikation „zu Beginn“

Wenn ein Bewohner ins Pflegeheim zieht, ist es wichtig, neben der Vertrauensbasis zum neuen Bewohner auch eine zu dessen Angehörigen aufzubauen. Dadurch können anfängliche Konflikte schon vorbeugend verhindert werden.

Gespräche mit den Angehörigen ergeben sich meist von selbst, wie die Teilnehmerin einer Gruppendiskussion erklärt, *„indem man gerade im Zimmer ist, gerade pflegt. Man stellt sich vor, Erstgespräch und dann geht es dann schon weiter“*. (E 1050-1051) Meistens wenden sich die Angehörigen auch von selbst an die Pflegepersonen, indem sie fragen: *„Wie war denn der Papa heute? Wie war denn die Mama heute? Was hat sie gegessen? Hat sie es gegessen? Ja, super, fein! [...] Und so kommt man dann ins Gespräch. Es ist nicht so, dass ich schreie: ‚Grüß Gott! Ich bin die Pflegehelferin. Kommen Sie einmal her bitte, wir haben Ihnen was zu sagen.‘ Sondern das passiert meistens im Zimmer, oder wenn verabreicht werden, Essen, und die Angehörigen kommen. Man stellt sich ja vor und dann ist ein bisschen eine Schwelle schon mal, dass man sich beim Namen kennt, und dann spricht man sich eh an.“* (E 1055-1062)

Bald nach dem Heimeinzug findet auf jeden Fall eine erste Pflegevisite statt, wo alle Verantwortlichen der Pflege für ein erstes Kennenlernen anwesend sind: *„Wir schauen, dass [...] nach Eintritt des Bewohners binnen einen Monat die erste Pflegevisite stattfindet, wo sie sich nachher kennenlernen.“* (B 770-771)

Angehörige haben oft ein schlechtes Gewissen, weil sie den Vater oder die Mutter ins Pflegeheim geben. Diese Gewissensbisse können Konflikte auslösen. Eine Wohnbereichsleiterin empfiehlt, die für Angehörige belastenden Aspekte anzusprechen, um ihnen Angst zu nehmen und anfängliche Konflikte zu verhindern: *„Das Wind aus den Segeln nehmen sind oft zwei, drei Sätze. ‚Sie haben das Richtige getan.‘ ‚Sie haben den Vater lange genug gepflegt.‘ ‚Es war jetzt der richtige Augenblick.‘ Oder gleich am Anfang erklären: ‚Die Mutter wird vier Wochen brauchen, bis sie sich eingewöhnt. Und wir umgekehrt brauchen ca. vier Wochen, bis wir Ihre Mutter richtig kennen lernen.‘ Ich denke, dass das oft sehr viel auch an Angst nimmt. Ich habe diese Situation vor einem halben Jahr selber erlebt. Als Angehöriger. Und man empfindet das dann wirklich so, ja.“* (A 498-504)

Einfühlsame Gespräche mit den Angehörigen nach dem Heimeinzug des Bewohners können für diese auch sehr heilsam sein, wie eine Teilnehmerin einer Gruppendiskussion

erwähnt: „Vielleicht braucht die Angehörige auch ein bisschen Unterstützung, eine seelische, dass sie vielleicht auch ein bisschen mit jemanden reden kann, der in der Situation ist. Dass man auf das ein bisschen eingeht.“ (E 1024-1026)

Kommunikation bei Problemen/ Konflikten/ Fehlern

Konflikte mit den Angehörigen kommen immer wieder vor. Auch in solch schwierigen Situationen kann gute Kommunikation eine Hilfe sein.

Bei Konflikten sucht das Pflegepersonal im Normalfall das Gespräch mit den Angehörigen, um die Sachlage zu klären und Unstimmigkeiten auszuräumen, erklärt eine Wohnbereichsleiterin: „Da wird auf jeden Fall mit den Angehörigen gesprochen. Und wird den Angehörigen auch erklärt, dass sich der Geschmacksinn und die Vorlieben für Essen im Alter durchaus verändert. Und absolut ins Gegenteil umkehren kann. Also Menschen, die ein Leben lang nur Fleisch gegessen haben, greifen dann nur mehr auf Apfelstrudel hin. Und dass das normal ist, ja.“ (A 477-482)

Eine Wohnbereichsleiterin erzählt von einem Fall, bei dem nach einem Gespräch mit der Tochter eine Vereinbarung getroffen werden konnte. Von da an haben die Pflegehelfer die Zähne nur mehr mit Haftstreifen und nicht mehr mit einer Creme eingesetzt. (vgl. B 790-803) Realisierbare Vereinbarungen, wie in diesem Fall, sind für das Pflegepersonal bindend: „Was sie sich von uns erwarten, wenn man das erfüllen kann, ist das für uns bindend!“ (B 800-801)

Eine andere Wohnbereichsleiterin erzählt vom **Umgang mit Fehlern**, wobei auch hier eine gute Kommunikation der Schlüssel ist: „Man schaut wieder im Gespräch, wo der Fehler passiert ist. Man entschuldigt sich auch, wenn wir das in der Gruppe besprechen und herausfinden, dass es bei uns passiert ist. [...] Wir vereinbaren wieder ein Gespräch, reden wir nachher mit den Angehörigen. Wenn sie nicht sofort kommen können, wir informieren sie auch, wie sich das weiter entwickelt. Weil das ist auch sehr wichtig für sie, ob wir da irgendwas unternommen haben in dieser Richtung, was man sich erwartet. Weil Fehler passieren überall, das muss man ehrlich zugeben und schauen, was man besser machen kann daraus.“ (B 808-815)

Die Pflegenden sind gut beraten, bei Konflikten mit den Angehörigen diese bewusst zu fragen, was sie in der Pflege anders gemacht haben. Manche Angehörige möchten vielleicht auch mehr eingebunden werden: „Also, es gibt solche und solche. [...] Da muss man sie vielleicht einmal fragen: ‚Wie haben Sie das gemacht?‘ Vielleicht erwarten sie sich das ganz einfach, dass sie mit eingebunden werden in der Pflege.“ (D 1188-1191)

Im Normalfall sind die unmittelbar Pflegenden die Ansprechpersonen für die Angehörigen. Wenn es jedoch zu schweren Konflikten kommt, werden die Gespräche von der **Leitungsebene** übernommen: *„Und wenn irgendwelche Unstimmigkeit sind, dass sie nachher direkt auf uns, also Wohnbereichsleitung, auf Pflegedienstleitung und Heimleitung diese Gespräche weiterleiten. Und schon auf dieser Ebene funktioniert es nachher leichter. Auch mit den Angehörigen.“* (B 178-181, vgl. auch B 762-769) Die Pflegenden müssen ab einem gewissen Punkt anerkennen, dass sie selbst in einem schwierigen Fall nicht mehr weiterkommen. Eine Gruppendiskussionsteilnehmerin lässt auch Dankbarkeit dafür anklingen, dass sie solche Konflikte an die Leitungsebene abgeben können: *„Aber du bist ja dann irgendwo einmal machtlos, und ja, dann musst du es weitergeben.“* (D 1242-1243) Eine Diskutantin schilderte einen Fall, in dem eine Weiterleitung an die Leitungsebene Frucht gebracht hat: *„Und dann hat sich das wirklich so ergeben, dass es dann nachher durch die Gespräche besser worden ist.“* (D 1241-1242)

Bei schwereren Konflikten mit Angehörigen, in denen die Pfleger nicht mehr weiterwissen, kann auch eine **Pflegevisite** vereinbart werden. (vgl. B 774-775) Diese findet dann zusätzlich zu den üblichen Pflegevisiten (direkt nach dem Heimeinzug und dann zweimal im Jahr) statt: *„Wir machen das zweimal im Jahr, wenn alles Ordnung ist, mindestens. Wenn so was kommt, dann reagieren wir sofort. Dann vereinbaren wir einen Termin und machen wieder Pflegevisite.“* (B 776-778) Bei solchen Pflegevisiten sind *„die Wohnbereichsleitung dabei, Pflegedienstleitung, Bezugsschwester und mindestens einer von Pflegehelfer von dieser Bezugsgruppe“*. (B 778-779) In der Pflegevisite werden die Probleme und die Erwartungen der Angehörigen, die das Heim allerdings nicht immer erfüllen kann, besprochen, und dies wird in einer schriftlichen Vereinbarung festgehalten. (vgl. B 780-782)

Laufende Kommunikation und Information zur Konfliktprävention

Laufende Kommunikation verbessert, wie eine Wohnbereichsleiterin betont, die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden: *„Und je mehr man das Gespräch sucht, umso öfter kommen die Angehörigen natürlich auch. Und umso leichter wird das.“* (A 515-517) Darüber hinaus wird dadurch auch Konflikten vorgebeugt: *„[...] gewissen Sachen kannst du von vornherein schon aus dem Weg gehen, indem du wirklich mit den Angehörigen, mit dem Bewohnern dich kommunizierst [...] Dass du schon einmal ein bisschen was weißt von ihnen.“* (E 1134-1136) Eine Wohnbereichsleiterin schildert Beispiele, wo Angehörige gezielt informiert werden: Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, psychische Probleme und das Verhalten (z. B. Wandertrieb) des Bewohners. (vgl. C 495-500)

Es kann aber genauso sein, dass umgekehrt die Angehörigen die Pflegepersonen informieren: *„Und die Angehörigen kommen zu uns und sagen: ‚Mir ist aufgefallen, meine Mama so und so‘ Und dann redet man darüber.“* (C 502-504)

Zur steten Aufrechterhaltung einer guten Kommunikation dienen auch die regelmäßigen, zweimal jährlich stattfindenden Pflegevisiten. (vgl. B 776-779)

10.2.4 Verarbeitung der Konflikte

Um die Pfl egetätigkeit ohne emotionalen „Ballast“ fortführen zu können, ist es notwendig, dass die Pflegenden die Konflikte mit schwierigen Angehörigen für sich selbst verarbeiten. Eine Wohnbereichsleiterin erklärt, dass für diese Fälle Supervisionen angeboten werden. *„Wir können uns aussprechen, wir können im Team miteinander sprechen, wenn es größere Probleme gibt.“* (C 915-916)

Das Angebot an Supervisionen ist nicht nur für die Pflegepersonen, sondern auch für Angehörige gedacht: *„Für uns, für Angehörige. Supervisionen, für Angehörige, das ist bei uns so.“* (D 1254-1255)

10.2.5 Visionen für die Angehörigen-Pflegenden-Beziehung

In den Gruppendiskussionen haben manche der Pflegenden über ihre Visionen einer optimalen Zusammenarbeit von Angehörigen und Pflegenden gesprochen. Die Pflegepersonen wünschen sich von den Angehörigen Akzeptanz und Verständnis, Vertrauen sowie Dankbarkeit.⁴¹

10.3 Evaluation

- Für Pflegepersonen sind gezielte Kommunikation und bewusste Gespräche mit den Angehörigen selbstverständlich und funktionieren im Normalfall gut. Dies ist die Basis für ein gutes Einvernehmen zwischen Pflegepersonen und Angehörigen, wodurch Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit in der letzten Lebensphase gewährleistet werden können.

⁴¹ vgl. Kapitel 15

- Manchmal gelingt es trotz Bemühen nicht, ein gutes Einvernehmen herzustellen, in diesen Fällen reduziert sich die Kommunikation auf ein Minimum. Diese Fälle werden als besonders Energie raubend geschildert – sowohl bei den unmittelbar betroffenen Pflegekräften als auch beim Team, da ein Problemfall leicht zum permanenten Gesprächsthema wird.
- Die Pflegepersonen haben Erwartungen betreffend der Angehörigen-Pflegepersonen-Beziehung: mehr Akzeptanz und Verständnis, Vertrauen sowie Dankbarkeit. Es wurde zwar von einem Miteinander gesprochen, aber welchen Beitrag sie selbst dafür leisten könnten, wurde in den Interviews kaum angesprochen. Die Interventionen zeigten, dass hier beim Pflegepersonal ein Bedarf an Weiterbildung besteht, um die Handlungskompetenz im Umgang mit Krisensituationen zu stärken.
- In der Intervention zeigte sich, dass der schnelle Rückgriff auf die Leitungsebene für immer wiederkehrende Probleme keine dauerhafte Lösung ist. Häufig zeigt sich in diesen Krisenfällen, dass es nicht um Informationsmangel o.ä. geht, sondern dass Misstrauen, Vorwürfe usw. Zeichen einer Beziehungsstörung zwischen den Familienmitgliedern selbst sind. Hier gäbe es einen Ansatz für weitere Fortbildung, um die Pflegenden in ihrer Leadership-Funktion zu unterstützen.

10.4 Anregungen

- Workshop zu Visionen, Erwartungen und Richtlinien in Bezug auf die Einbindung der Angehörigen in der Betreuung der Bewohner
- Schulung über Kommunikation mit Angehörigen speziell beim Eintritt ins Heim sowie bei Fehlern und Schwierigkeiten

11 Pflegeheim als neues Zuhause

11.1 Das neue menschliche Umfeld der Bewohner im Pflegeheim

Die Familie ist das natürliche Umfeld jedes Menschen. Die Biographie der meisten Menschen durchläuft unter anderen folgende Etappen: Ein Mensch wird in eine Familie hineingeboren, von der Familie großgezogen; er gründet selbst eine Familie und am Ende des Lebens wird er von der Familie versorgt und letztlich von ihr verabschiedet. Das Bedürfnis zu lieben und geliebt zu werden ist eine konstitutive anthropologische Vorgabe des Menschen. Die Familie ist der natürliche Vollzugsort dieses Liebens und Geliebtwerdens. Das natürliche Zuhause ist im Normalfall für den Menschen daher dort, wo seine Familie lebt. Durch den Umzug ins Pflegeheim verlässt jeder Bewohner das eigentliche „Familiendaheim“ und beginnt einen neuen Lebensabschnitt.

Die drei ethischen Kategorien Sinn, Geborgenheit und Sicherheit, die für das allgemeine Wohlbefinden des Bewohners und für das Schmerzmanagement entscheidend sind, werden Wirklichkeit, wenn das Heim für den Bewohner sein neues Daheim wird.

Das Pflegeheim wird während des letzten Lebensabschnittes faktisch das Daheim der meisten Bewohner. Empfinden sie es auch so? Ist es wünschenswert, dass sie es so sehen? Das Bedürfnis zu lieben und geliebt zu werden erlischt jedenfalls nicht mit dem Alter.

Wie kann das Pflegeheim diesem Bedürfnis der Bewohner gerecht werden? Sollte man auch versuchen, das Familienmodell im Pflegeheim umzusetzen? Kann das Pflegeheim, was das Bedürfnis des Menschen zu lieben und geliebt zu werden betrifft, einen Familienersatz bieten? Soll es das überhaupt? Das sind Fragen, deren Antworten ganz verschiedene ethische Anforderungen an die Pflegenden stellen. Es geht eigentlich darum, zu bestimmen, welches soziologische bzw. sozialetische Profil die Gemeinschaft eines Heimes de facto hat und haben soll.

11.2 Die Ergebnisse: Die Sicht der Pflegerinnen

11.2.1 Ins Pflegeheim zu übersiedeln ist eine Entscheidung zweiter Wahl

Prinzipiell geht jemand nur dann ins Pflegeheim, wenn ein vermehrter Bedarf an Pflege und Aufmerksamkeit besteht, die zuhause unter Ausschöpfung aller möglichen sozialen häuslichen Unterstützungen nicht (oder nicht mehr) in adäquater Weise gewährleistet werden kann. Insofern wird das Pflegeheim auch von den Pflegepersonen als ein Ersatz für das eigentliche Zuhause gesehen. Dem Ort Altersheim haftet häufig noch ein negativer Beigeschmack an, auch wenn sich die Einstellung in der Öffentlichkeit langsam ändert. (vgl. C 687-690) Auf die Frage, ob es ein Ziel für das Pflegeheim sein kann, ein Ersatz für das Zuhause zu werden, antwortet eine Wohnbereichsleiterin: *„Ich glaube schon. Ja auf jeden Fall. [...] Man möchte, dass sich der Bewohner da wohl fühlt. Aber das Daheim kann ich eigentlich nicht ersetzen. Das kommt auf die Einstellung des Bewohners drauf an. Manche treffen selber die Entscheidung und sagen: ‚Ich gehe in ein Altersheim.‘ Die tun sich leicht. Wenn einer sagt: ‚Ich gehe nie ins Altersheim!‘, der tut sich nachher natürlich sehr schwer... Das Altersheim ist so negativ besetzt bei der Elterngeneration noch. In sehr vielen Fällen, ja, dann ist das mit Riesenangst verbunden. Und dann kommen die mit so einer Angst da her, das ist nicht gut. Ist keine gute Voraussetzung, für eine Startbasis.“* (C 679-691)

11.2.2 Das Heim, ein neues Daheim? Wenig Übereinstimmung

Familie lässt sich nicht ersetzen: *„Ich bin der Meinung, dass man Familie nicht zur Gänze ersetzen kann. Ich bin nicht die Tochter unserer Bewohner. Aber ich kann eine Person sein, die trotzdem versucht, Geborgenheit zu geben. Ich kann versuchen, ein Freund zu sein.“* (A 582-587) Auf der anderen Seite werden gegensätzliche Aussagen der Bewohner selbst angeführt: *„Ich habe das gestern erst gehört von einer Bewohnerin, die gesagt hat: ‚Ich bin hier richtig zu Hause!‘“* (A 603-604)

Manche Bewohner passen sich gut an, für sie wird das Heim ein neues Daheim. Die ersten vier Wochen sind für die Bewohner und deren Angehörige eine schwierige Zeit. *„Die ersten vier Wochen sind für den Bewohner einer schwierige Zeit und für den Angehörigen natürlich auch. Ist oft verbunden mit schlechtem Gewissen, weil ich jetzt die Mutter oder den Vater in ein Heim gebe. Oft auch weil die Angehörigen schon sehr lange selber gepflegt haben und dementsprechend ausgebrannt sind. Das Loslassen dann sehr*

schwer fällt. Und das braucht dann manchmal einige Wochen bis man sich annähert. Gelingt dann aber auch irgendwann.“ (A 487-493)

„Es gibt einen Teil der Bewohner, die das selber auch zugeben, [...], die richtig auch aufleben. Die sich sogar besser fühlen. Dass sie nachher mit der Zeit [...] erzählen: ‚Ich war zwar zu Hause, aber niemand war bei mir. Die sind alle bei der Arbeit, die kommen vielleicht einmal mich anschauen.‘ Sitzt den ganzen Tag allein zu Hause, eben diese fünf Minuten kommt jemand schauen. Und da werden sie nachher miteinbezogen, in die ganzen Aktivitäten, die ganze Animation, Beschäftigungstherapie. Die leben auf. Es gibt auf der anderen Seite die Leute, die es nachher schwieriger erleben, kommen aus der großen Familie und ‚Ich hab mein Haus gebaut, das ganze Leben gearbeitet, zehn Kinder gehabt und jetzt sind die alle weg, und jetzt sind wir allein‘. Da versuchen wir wirklich natürlich so viel es geht, sie miteinbeziehen. Aber für die merkt man, ist es schon schwieriger. Dass man das jetzt als Ersatz als zu Hause sehen.“ (B 723-734)

Die Bemühung seitens der Pflegerinnen, ein neues Daheim anzubieten, ist vorhanden: Hier soll jeder tun können, was er/sie will. *„Und dass sie tun können, was sie wollen. Weil wenn ich heute lieber den ganzen Tag im Zimmer hocke, weil ich es gewöhnt bin, und lese. Mich nicht gezwungen fühlen muss, ja weil heute da irgendetwas ist, muss ich raus gehen. Wenn er im Zimmer essen will, soll er im Zimmer essen. Weil, wie die Antonia fühlt sich glaube ich jetzt im Zimmer, obwohl sie nicht viel mitkriegt vom Geschehen auf der Station, fühlt sich wohler [...], weil sie WILL im Zimmer bleiben und nicht sie MUSS. Obwohl sie alleine ist. Aber sie fühlt sich einfach wohler.“ (F 2144-2150)*

Wenn jedoch die Bewohner von Daheim sprechen, denken sie an den Ort, an dem sie früher waren. *„Und die Leute selber wissen auch, es ist nicht Daheim. Auch wenn sie jetzt sagen, wenn wir irgendwo wären und sie würden sagen: ‚Jetzt fahren wir wieder heim.‘ Sie meinen schon da, nur das ‚richtige‘ Daheim, ist es halt trotzdem nicht.“ (E 1670-1673)*

11.2.3 Das Heim ist keine Familie, aber doch eine Art Familienverband

Das Heim ist weder Familie noch Familienersatz. *„Aber einem 90-jährigen Menschen sein Zuhause zu ersetzen, etwas das er sich ein Leben lang geschaffen hat, oder Familie, Kinder, Enkel, Urenkel zu ersetzen, glaube ich nicht wirklich, dass man das kann“ (A 584-587). **Altersheim wie eine Familie?** „Nein. Weil Familie ist Familie. Ich glaube auch für mich selbst nicht, dass das funktionieren würde. Niemand könnte mir meine Kinder*

ersetzen. Aber ich könnte mich irgendwo wohl fühlen und mich irgendwo zu Hause fühlen. Zu Hause!“ (A 591-593)

Das Ziel soll sein, das Leben so angenehm wie möglich zu machen: „Zuhause ersetzen ist, glaube ich, nicht möglich. Aber so angenehm wie möglich zu gestalten [...] So angenehm wie möglich individuell zu gestalten, dass es dem Menschen halt so einigermaßen gut geht.“ (E 1661-1668)

Doch sollte das Heim eine Art Familie im weitesten Sinne bilden: „Ja. Ich glaube schon, dass das wichtig ist.“ (F 2136) Aber ersetzen? „Nein, ersetzen nicht. Ersetzen nicht.“ (D 1976-1978) Obwohl es für manche Bewohner so ist: „oft sehen wir, wie sie die, manche Pflegehelferinnen von ihrer Bezugspflegegruppe als die Kinder mit vereinnahmen und busseln, und: ‚Das ist jetzt meine Tochter! Mein Schatzi!‘ und so weiter. Ja, gibt es auch.“ (B 738-740)

Das Heim soll ein familiäres Ambiente vermitteln: „Es soll schon irgendwie familiär wirken und so ein Gefühl der Familie soll man schon vermitteln. Aber direkt die Familie ersetzen, das glaube ich, kann man nicht [...] Es soll halt schon ein bisschen Geborgenheit und Zufriedenheit geben, das ist / Aber Familie ersetzen nein, aber dass man sich wohl fühlt einfach.“ (E 1732-1737)

11.3 Evaluation

- Die Pflegepersonen befinden sich in einem inneren Dilemma. Zum Teil lehnen sie das Familienmodell für das Heim ab, weil sie dabei an ihre eigene Familie denken. Es widerstrebt ihnen, in eine neue Familie „Heim“ involviert zu werden: Es sollen zwei ganz verschiedene und voneinander getrennte Lebensbereiche bleiben. Der Vergleich des Heimes mit der eigenen Familie führt klarerweise zu dieser Ablehnung. Wenn sie jedoch versuchen, sich in die Lage der Bewohner zu versetzen – was sie auch tun –, dann finden sie ein Heimmodell angebracht, das sich an die Familie anlehnt.
- Die Unterscheidung „Familie“, „eine Art Familie“, „Zuhause“ und „Daheim“ wird nicht klar gesehen, ist zum Teil widersprüchlich. Für die Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit des Bewohners ist es unabdingbar, dass er sich im neuen Daheim wohl fühlt. Es fehlt diesbezüglich ein klares Leitbild für das Heim.

- Die Pfleger zeigen Unsicherheit hinsichtlich ihrer emotionalen Position in Beziehung zu den Bewohnern: Welche Bindung kann ich eingehen? Wie weit soll ich Zuneigung und Liebe zeigen? Sie suchen die richtige Balance zwischen Hingabe und Selbsterhaltung, finden sie aber mitunter nicht.

11.4 Anregung

Erarbeitung eines Leitbildes durch die Ethikarbeitsgruppe und Geschäftsführung, um das „Familienmodell“ für das Heim schärfer zu definieren und dieses anschließend zu kommunizieren

12 Schmerzmanagement

12.1 *Ethische Dimensionen der Schmerzbekämpfung*

Schmerzbekämpfung ist an sich keine ethische Kategorie. Die Einstellung zu eigenen und vor allem zu fremden Schmerzen spielt aber beim Schmerzmanagement im Krankenhaus und im Pflegeheim eine große Rolle. Diese Einstellung ist wohl eine ethische Kategorie, die mit Wohlwollen, Mitgefühl und Barmherzigkeit zu tun hat.

Außerdem haben Schmerzen in der Regel eine große psychologische Komponente. Schmerzen sind leichter zu ertragen, wenn (a) das Leben auch mit Schmerzen einen Sinn hat, und wenn (b) der Leidende sich geborgen fühlt und die Sicherheit hat, dass alles getan wird, um die Schmerzen zu lindern. Sinnvermittlung, Geborgenheit und Sicherheit haben starke ethische Komponenten.

12.2 *Ergebnisse*

12.2.1 **Das Leiden hat keinen Sinn**

Die Einstellung der Pflegepersonen ist einstimmig: Im Leiden kann kein Sinn gefunden werden: *„Den Sinn des Leidens? Ich sehe im Leiden keinen Sinn. Ich sehe auch nicht ein, warum man irgendjemanden leiden lassen soll. Ich sehe nicht ein, warum ein 90-jähriger Mensch Schmerzen haben soll.“* (A 840-842)

Ob ein Leben mit Leiden einen Sinn haben kann, ist eine andere Frage. Auf Anregungen zu diesem Thema sind weder die Interviewten noch die diskutierenden Personen eingegangen.

12.2.2 Die Schmerzen der Bewohner werden sehr ernst genommen

Eine deutlich vorhandene Einstellung der Pflegepersonen: Die Schmerzen der Bewohner müssen erkannt und ernst genommen werden

„Ja, der Schmerz subjektiv ist, jeder erlebt das anders, jeder hat eine andere Schmerztoleranz, das ist eh klar. (...) Das Wichtigste, dass ich das einmal ernst nehme. Ich glaube, das ist einmal das Wichtigste.“ (E 638-645)

Die Pflegeperson darf nicht versuchen, in einer ersten Reaktion subjektiv empfundene Schmerzen zu objektivieren. Eine aus den Aussagen der Pflegepersonen ableitbare Maxime, die in den SeneCura-Zentren ernst genommen wird, dürfte sein: Wenn jemand sagt, er habe Schmerzen, ist es nicht wichtig, was ich darüber denke. Wichtig ist, was dieser Mensch in diesem Moment sagt bzw. empfindet, denn Schmerzen sind immer subjektiv. Schmerzen der Bewohner dürfen nicht bagatellisiert werden, sondern bedürfen immer einer pflegerisch adäquaten Reaktion. (vgl. B 575-608) So ist auch die Aussage zu verstehen, *„dass man auf jede Äußerung [von Schmerzen] eingehen soll, und so wahrnehmen soll, wie sie das sagen. Egal, was ich denke, es ist nicht wichtig, was ich denke. Dass es wichtig ist, was im Moment dieser Mensch denkt, was er macht.“ (B 583-586, vgl. E 644-645)*

Auf die Symptomatik von Schmerzen wird besonders geachtet

So verdeutlicht eine Wohnbereichsleiterin: *„... es gibt natürlich Bewohner, die äußern Schmerzen relativ rasch, und Bewohner, die es unter Umständen gar nicht mehr äußern können. Und da muss man dann natürlich aufgrund der körperlichen Zeichen darauf achten, dass man diese Dinge nicht übersieht. Wenn man es nicht mehr verbal äußern kann, äußert man Schmerz ja mit anderen Möglichkeiten. Vom Gesichtsausdruck, Körperhaltung.“ (A 388-392)* Und bei einer Diskussionsrunde ergänzt eine Teilnehmerin: *„Wir haben so Formulare, so vom Gesicht her, Mimik her, von Bewegung oder von Geräuschen. Das ist zum Ankreuzen und welche Punkte erreichen sie. Weil, ich weiß nicht was für ein Schmerz, wenn er dement ist oder so oder manche ...“ (D 624-627)* oder eine andere *„Du siehst eh beim Gesicht oder sonst verbal sagen, vom Puls her, das ist auch klar. Oder mit der Schmerzskala von den Dementen, mit den Smileys. Es gibt ja verschiedene Schmerzskalas.“ (E 621-623)*

Es werden Erfahrungen gesammelt, indem die Bewohner im Hinblick auf Schmerzen beobachtet werden

Meistens werden Schmerzen dem Pflegepersonal oder dem Hausarzt gegenüber geäußert (vgl. A 408-415), aber manche (vor allem neue) Bewohner melden ihre Schmerzen nicht, um nicht lästig zu sein. (vgl. C 532-546) Den Bewohnern wird klar gesagt, dass sie sich bei Schmerzen melden sollen: Sie müssen Schmerzen nicht ertragen, Schmerzen müssen nicht sein. (vgl. A 398-399)

12.2.3 Haltung bei unerträglichen Schmerzen der Bewohner

Nicht aufgeben, Lösungen suchen

Bei geäußertem Sterbewunsch wegen unerträglicher Schmerzen muss man zunächst eine wirksamere Schmerzbehandlung suchen. (vgl. A 672-685) *„Will jetzt jemand nicht mehr leben, weil er ständig Schmerzen hat, oder weil es ihm vielleicht emotional schlecht geht, da muss man natürlich schon auch den Arzt zu Rate ziehen. Da muss man natürlich in erster Linie die Schmerzen bekämpfen. Da muss man in zweiter Linie schauen, ob das vielleicht Depressionen sind. Und so machen wir das dann auch, ja.“* (A 677-681)

Zuneigung und Beistand können Linderung bringen

„Sich Zeit nehmen und Gespräche führen: Oft hilft, dass man sich Zeit nimmt und einreibt und gleichzeitig redet. Wir haben ja schon auch irgendwie, würde ich jetzt sagen, das bei uns eigentlich relativ gut funktioniert. Wenn wirklich einer sagt: ‚Ma, heute tut mir mein Knie weh.‘ Und also der erste Ding ist eigentlich eh, dass wir es zuerst mit unseren Aromaölen probieren zumindest einmal. Schauen, weil das ist halt das, was wir gleich als erstes da haben, sozusagen. Dann sieht man eh, hilft das, hilft das nicht. Oft ist es ja auch wirklich schon, eben, dass man sich die Zeit nimmt, und da einreibt, und gleichzeitig ein bisschen redet mit dem Bewohner. Dass das dann oft schon: ‚Ja, jetzt geht es mir besser.‘ Es ist wirklich auch oft, ja, dass wenn sie dann einfach die Aufmerksamkeit zusätzlich noch kriegen, dass es dann halt auch schon besser ist.“ (E 647-655, vgl C 559-571 und auch E 660-667)

12.2.4 Schmerzmanagement ist ein Schwerpunkt der Weiterbildung

Schmerzmanagement ist ein umfassendes Gebiet. Da kann man sich nicht zur Gänze auskennen: „Schmerz ist ja eigentlich ein großes Gebiet, das befasst ja echt total viel. Ich glaube nicht, dass von uns egal wer jetzt, also auch allgemein Kolleginnen, das gibt es glaube ich nicht“. (E 718-720)

Weiterbildung in Schmerzbekämpfung ist bei SeneCura ein wichtiger Schwerpunkt: „Also die Pflegedienstleitung kann Ihnen ganz genaue Zahlen sagen. Wir haben wirklich sehr viel Weiterbildung. In vielen Bereichen, in Validation, besonders das, was uns hilft auch. Eben mit Bewohnern, mit diesen Herausforderungen besser fertig zu werden. In Validation, in Schmerzmanagement, in Hygiene.“ (B 190-193)

12.3 Evaluation

- Die Mitarbeiter haben eine gute, professionelle Einstellung zur Schmerzbekämpfung. Sie haben das Thema sehr präsent – auch in ihrer persönlichen Weiterbildung.
- Die Pflegepersonen sind sehr bemüht, den leidenden Bewohnern Geborgenheit⁴² und Sicherheit⁴³ zu vermitteln. Über den Sinn des Leidens, insbesondere den Sinn des Lebens mit Schmerzen, müsste weiter reflektiert werden.

12.4 Anregung

Interdisziplinäres Seminar: „Die drei Säulen der Schmerzbehandlung“: physisch, psychosozial, spirituell

⁴² vgl. Abschnitte 12.2.2 und „Zuneigung und Beistand können Linderung bringen“, Kapitel 12, S. 85

⁴³ vgl. Abschnitte 12.2.2; „Nicht aufgeben, Lösungen suchen“, Kapitel 12, S. 85; 12.2.4

13 Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung

13.1 Einleitung: Lebenssinn im Pflegeheim

Jeder Mensch versucht – meist mehr unbewusst als bewusst, immer wieder aber auch gezielt und reflektiert – ein bestimmtes Ziel bzw. einen Zweck seines Daseins zu finden und zu verfolgen, die seinem Leben einen Sinn geben. Oft wird die explizite Frage nach dem Sinn des Lebens aber erst dann akut und konkret, wenn Situationen oder Umstände eintreten, die dem bisherigen Verlauf des Lebens widersprechen oder sich in das bis zu diesem Zeitpunkt stillschweigend verfolgte Konzept nicht einordnen lassen. Welchen Zweck hat mein Leben, welches Ziel verfolge ich, was ist in meinem Leben Sinn gebend und wesentlich?

Der Umzug in ein Pflegeheim ist häufig nicht gewollt und meist auch mit dem Schmerz des Abschieds von der eigenen gewohnten Umgebung verbunden. Oft sind Krankheit und Gebrechlichkeit für den Wechsel des Lebensortes verantwortlich. Dies kann in den betreffenden Personen die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines solchen Lebens hervorrufen. Eines der wichtigsten Ziele eines Pflegeheimes ist es, zu erreichen, dass der Bewohner in seinem neuen Umfeld Sinn erleben und Sinn finden kann. Die pflegerische Betreuung umfasst somit nicht nur die Achtung auf Körperpflege, Grundversorgung und physisches Wohlbefinden, sondern zielt über all diese Faktoren hinweg auch darauf, den Bewohnern Sinn in ihrem Leben zu vermitteln, dem Leben auch in diesen Umständen eine subjektive Bedeutung zu geben, da es eine objektive Würde hat.

13.2 Ergebnisse

13.2.1 Jedes Leben hat einen Sinn

Jedes Leben hat einen Sinn: Dieser Grundsatz ist allen Mitarbeitern klar und steht unumstritten über der Annäherung zu diesem Thema. *„Ich denke mir, das Leben hat immer einen Sinn.“* (B 917) – *„Welches Leben ist sinnlos? Keines ist sinnlos.“* (F 2027)

Einem Leben den Sinn abzusprechen, ist mit den Worten einer Pflegeperson *„eine wilde Aussage“* (F 2023), dabei *„läuten normalerweise die Alarmglocken“*. (F 2025)

Doch woran dieser Sinn für die einzelne Person festzumachen ist, kann man als Außenstehende schwer umreißen. „[...] es ist wichtig, dass diese Tage, die er hat, dass sie mit Leben erfüllt sind. Und das bieten wir wirklich.“ (B 921-922)

Objektiv kommt jeder Person eine unverletzliche Würde zu, unabhängig davon, ob ein Sinn im Leben bewusst wahrgenommen wird oder nicht. Der Sinn des Lebens ist die subjektive Wahrnehmung einer Zielgerichtetheit des eigenen Lebens. Dies kommt im folgenden Kommentar einer Pflegeperson ganz klar zum Ausdruck: „[...] ich denke, wir haben einige Bewohner, die sehr wohl noch einen Sinn in ihrem Leben sehen.“ (A 665-666)

Die Pflegepersonen sehen es als Teil ihres Betreuungsauftrages, den ihnen anvertrauten Heimbewohnern einen Sinn im Leben zu vermitteln. Dies kann sich aber letztlich immer nur auf Angebote und Bemühungen beschränken, da die Wahrnehmung eines Sinnes subjektiv und somit jedem einzelnen überlassen ist.

Mehrfach wurde in den Gesprächen unterstrichen, dass es wichtig ist, den Fokus nicht auf Krankheit, Schwächen und Defizite zu richten, sondern in der Förderung der Heimbewohner primär Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen zu beachten und zu berücksichtigen. Sinngemäß erfolgt häufig durch Übertragung von Aufgaben und Verantwortung, durch Organisation von verschiedenen Aktivitäten und Tätigkeiten oder auch durch Bestärkung der Bewohner in ihrem Verhalten und Bemühen: „Man konzentriert sich wirklich nicht an die Krankheit, was er nicht kann. Sondern an das, was er kann. Wir machen so viele Veranstaltungen, wir feiern alle Feste.“ (B 886-888)

„Lebenssinn ist oft in dem Bereich ‚gebraucht werden‘, ist ein Lebenssinn für mich auch.“ (C 722-723) Ein Mensch, der sich gebraucht weiß, nimmt leichter einen Sinn in seinem Leben wahr, daher setzen Maßnahmen, um den Bewohnern den Sinn ihres Lebens bewusst zu machen, meist daran an, dem anderen das Gefühl zu vermitteln, dass er wichtig ist, dass er gebraucht wird: „Die haben dann eine Aufgabe, die fühlen sich wichtig. Da beuge ich vor. Oder dass ich einmal sage: ‚Ma bitte, kannst du mir eine Schüssel holen?‘ So kleine Aufgaben. [...]“ (C 742-744)

„Oder Kleinigkeiten, so kleine Arbeiten ihm überlassen.“ (D 1668)

Den kleinen, objektiv betrachtet vielleicht geringfügigen Aufgaben, die unter Berücksichtigung der vorhandenen Fähigkeiten zugeteilt werden, kommen in diesem Kontext wesentliche Bedeutung zu: „Es sind viele so kleine Sachen, wo sie ein Stückchen so: ‚Juhu, ich werde gebraucht und das ist meine Aufgabe und das mache ich‘.“ (E 1442-43)

Durch das Delegieren von kleinen Verantwortlichkeiten und Aufgaben gelingt es häufig, kurz- und mittelfristige Ziele zu stecken, die dem Bewohner in einem gewissen

Rahmen den Horizont ihres Lebens- und Wirkraums erweitern: *„Einfach so das zeigen, dass sie doch irgendwie gebraucht werden, auch wenn es nur Kleinigkeiten sind, aber das reicht dann meistens schon.“* (E 1487-1488)

Durch Gespräche kann man die Wahrnehmung des Bewohners auf seine Stärken und Fähigkeiten richten, die ihm zeigen, dass er doch Vieles geben kann: *„Schau mal her, du hast jetzt gerade mit dem geredet, dem hat das gut getan. Oder, du hast ihn zum Lachen gebracht.“* (C 729-731)

Die Vermittlung einer positiven Sichtweise auf ihre Möglichkeiten überträgt nicht nur Optimismus, sondern bestärkt die Heimbewohner in ihren Handlungen: *„Und dann kriegen sie das eine oder andere Lob vom Pflegepersonal und steigt die Wichtigkeit: ‚Ohne mich geht nichts.‘ Also, die Bewohner jetzt. ‚Bin ich schon wichtig.‘“* (E 1490-1491)

13.2.2 Leiden ist sinnlos

Während in Bezug auf das Leben als solches der Fokus klar auf die Vermittlung von Sinnhaftigkeit und Zielgerichtetheit gelegt wird, ist die fast ungeteilte Meinung der Pflege, dass das Leiden eigentlich sinnlos ist. *„Ich sehe im Leiden keinen Sinn. Ich sehe auch nicht ein, warum man irgendjemanden leiden lassen soll. Ich sehe nicht ein, warum ein 90-jähriger Mensch Schmerzen haben soll.“* (A 840-842)

Dass auch hier eine subjektive Sinnggebung erfolgen kann, wird häufig ausgeblendet. Über eine mögliche transzendente Dimension wird kaum nachgedacht, die Frage nach einem möglichen Sinn des Leidens wird nicht wirklich bearbeitet: *„Man denkt schon daran, aber viel halte ich mich nicht mit diesen Überlegungen auf.“* (B 1010-1011)

Und wenn sie gestellt wird, dann finden sich keine schlüssigen Antworten: *„[...] ich NICHT eine Antwort habe, was ist ein Sinn des Leidens? Kann ich eigentlich nicht sagen, [...]“* (B 1015-1016)

Dabei gilt es natürlich zu berücksichtigen, dass man als Außenstehender eine Situation in Bezug auf Leidensdruck und Sinnhaftigkeit nicht leicht beurteilen kann, denn man steckt nicht in der Haut des Betroffenen, der möglicherweise ganz andere Aspekte vorrangig wahrnimmt als man selbst: *„Es ist immer schwieriger, über wen anderen zu urteilen und sagen: Hat das noch einen Sinn? Weil man weiß ja oft nicht, wie das für denjenigen ist. Vor allem, wenn er sich jetzt nicht mitteilen könnte – aus welchen Gründen auch immer. Vielleicht ist es für denjenigen aber so, dass er sich denkt, er ist aber trotzdem froh: er ist auf der Welt. Auch wenn es ihm jetzt nicht so gut geht, aber er ist aus dem und*

dem und dem Grund gern da bei uns, oder wie auch immer. Das ist ja als Außenstehender, wenn man nicht selber in der Situation ist, immer na ja, ich glaube, ziemlich schwer zu sagen.“ (E 1535-1542)

In den Aussagen zu diesem Thema wird die Sinnggebung auf das Handeln mit dem Ziel der Leidensminderung reduziert. *„Leiden, für mich, hat keinen Sinn. So, in diese Richtung, Leiden zu MINDERN hat für mich einen Sinn.“ (B 1019-1020)*

Diese Beschränkung auf das Handeln führt dazu, dass die Pfleger schwer einen Zugang dazu finden, einen Sinn für das Leben mit Leiden zu sehen. Der Sinn kommt nicht aus dem Leiden, sondern aus dem Leben.

Während im Bezug auf das Leben die Sinnggebung dem Heimbewohner überlassen ist (unter Bemühung einer Sinnvermittlung durch die Pflegepersonen), findet dieser Aspekt im Kontext des Leidens kaum einen Ausdruck.

Lediglich eine Person sprach in diesem Zusammenhang den Aspekt der Reife durch das Leiden an: *„Eigentlich gibt es keinen Sinn des Leidens. Wobei ich sehr wohl / Man kann aus dem Leid, es ist blöd, fällt mir ein: geläutert hervorgehen. [...] Dass man wächst durch Leid. Das ist, ich weiß nicht, ob das ein SINN ist, aber man wächst, man trifft dann andere Entscheidungen. Vielleicht wird man vielem toleranter, offener gegenüber, wenn man selber Leid erfährt und erfahren hat.“ (C 1022-1030)*

Auf Äußerungen von Bewohnern, dass sie nicht mehr leben wollen, da sie keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen, ist die einhellig beste Reaktion das aufmerksame Zuhören. Diese Aussagen dürfen keinesfalls durch lapidare Kommentare abgetan, sondern müssen in ihrer gesamten Tragweite wahrgenommen werden. *„In erster Linie sicherlich einmal zuhören. Weil ich kann da jetzt zuhören auf jeden Fall. Zeigen ihm, dass ich da bin. [...] Ich kann nicht hergehen und sagen: Um Gottes Willen, das Leben ist so schön.“ (E 1567-1570)* Es ist wichtig, *„Nähe [zu] demonstrieren und [zu] zeigen, dass man das schon wahrnimmt, was er sagt.“ (E 1577)*

Wesentlich in der Begegnung mit Heimbewohnern in solchen Situationen ist es, ihnen *„mehr das Positive zeigen, weil negativ sehen sie es eh schon.“ (E 1589)*

Daher sind auch Vergleiche mit Situationen, in denen es anderen noch schlechter geht, völlig kontraproduktiv. *„Also ich glaube, das bringt gar nichts, wenn man sagt: ‚Ja, aber es gibt Leute, die sind NOCH viel mehr krank‘.“ (E 1587-1588)*

13.3 Evaluation

- Die Pflegepersonen sehen es als ihre Aufgabe, den Bewohnern einen Sinn in dieser Lebensphase zu vermitteln. Dies wird durch Organisation von Aktivitäten, Übertragung von Verantwortung und damit Vermittlung des Gefühls des Gebrauchtwerdens sowie durch Gespräche mit Fokussierung auf Fähigkeiten und Stärken umgesetzt.
- Es wird nicht bewusst differenziert zwischen Leiden und dem Leben mit Leiden. Schmerzen zu mindern und zu verhindern ist ein wesentlicher und unverzichtbarer primärer Schritt im Umgang mit Leidenden. Wo die Grenze erreicht ist, dem anderen die Leiden zu erleichtern, gelingt es den Pflegepersonen nur schwer, selbst einen Sinn zu sehen und zu vermitteln. Ansatzweise wird Leid als möglicher Schritt zur Reifung der Person, als Wende zum Wesentlichen hin begriffen.
- Den Fragen nach einer tieferen oder transzendenten Dimension des Lebens und des Leidens wird wenig Raum beigemessen.

13.4 Anregungen

- Seminar zur Reflexion existenzieller Fragen: selbst-transzendierende Werte, spirituelle Dimension
- Reflexionsseminar mit Experten: Sinn im Leben – mit Leiden
- Religiöse Dimension und Bedürfnisse des alten Menschen

14 Sterben im Pflegeheim

14.1 Professioneller Umgang mit dem Sterben

Über das Sterben und den Tod spricht man nicht gerne, auch nicht in einem Pflegeheim, in dem man immer wieder damit konfrontiert ist. Wird allerdings die unausweichliche Realität des Todes bis zum Zeitpunkt, in dem die Sterbephase tatsächlich einsetzt und der Tod naht, nicht angesprochen, kann dies für Angehörige und Pflegepersonen ein Problemfeld werden.

Im Pflegeheim sind aber Sterben und Tod zu jeder Zeit präsent, und die Angehörigen erwarten von den Pflegepersonen, professionell mit der Situation umgehen zu können.

Eine wichtige Aufgabe in einem Pflegeheim ist es sicherlich, mit dem Tod professionell umzugehen, d. h. das Sterben als letzte Phase des Lebens für alle so annehmbar und friedlich wie möglich zu gestalten. Es ist besonders wichtig, dem Bewohner in dieser Zeit Geborgenheit und Sicherheit zu geben. Pflegepersonen können Begleiter in der Lebensvollendung sein.

Über die notwendige Loslösung vom sterbenden Angehörigen hinaus konfrontiert der Tod jeden Menschen immer auch mit seinem eigenen Sterben und stellt die Angehörigen-Pfleger-Beziehung in dieser Zeit besonders auf die Probe. Gerade wegen dieses Konfliktpotentials ist es der Auftrag jedes Pflegeheimes, mit allen Kräften daran zu arbeiten, dass Sterben und Tod zu einer menschlichen und wert- und sinnvollen letzten Lebensphase werden. Dazu ist ein professioneller Umgang mit Sterben und Tod notwendig.

Die Pflegekräfte befinden sich in einer Schlüsselposition. Mittels besonderer kommunikativer Fähigkeiten und Haltungen ist es ihnen möglich, mit den Angehörigen über das Sterben und den Tod ins Gespräch zu kommen.

Ein im Zusammenhang mit dem Sterben häufig verwendeter Begriff ist jener der Würde. Was aber ist würdevolles Sterben?

Jeder Mensch ist als Geschöpf mit unantastbarer Würde ausgestattet, unabhängig von seinem Alter, Geschlecht, Stand oder Gesundheitszustand. Würdevolles Sterben bedeutet, dass diese Würde des Menschen z. B. in schmerzvollen Phasen gewahrt wird, indem man die Schmerzen des Sterbenden lindert, ihm beisteht, ihm Geborgenheit gibt und ihn achtet. Und dies ist vielleicht die größte Herausforderung eines Pflegeheimes.

14.2 Ergebnisse

14.2.1 Ängste, Sterben und Tod der Bewohner

Pflegende sind mit den Ängsten der Bewohner vor dem Sterben oder auch mit deren Todeswunsch konfrontiert. Wie sollen und können sie darauf reagieren?

Wichtig sind vor allem Zuhören, Verständnis, Einfühlsamkeit und – wenn der Bewohner es will – auch körperliche Nähe: *„Unsere Bewohnerin, die eben im Sterben eigentlich liegt. Sie hat jetzt schon längere Sterbephase, da lässt sie irgendwo nicht los. Ihr habe ich letztens Grundpflege gemacht und dann schaut sie mich an, wir haben so gesprochen miteinander. Wie es ihr geht und so, ob sie Schmerzen hat und ob das fein ist jetzt beim Massieren oder beim Eincremen. Und plötzlich schaut sie mich an und sagt sie: ‚Ich mag noch nicht gehen.‘ Und das war, ich hab gesagt in der Situation: ‚Ich versteh dich.‘ Ich hab sie in den Arm genommen und sie hat den Arm um mich herum getan. Und das hat eine Weile gedauert und dann hab ich mir irgendwann gedacht: Ich muss jetzt aber gehen. Und dann ist sie eingeschlafen gewesen, sie hat gut und fest geschlafen. Und ich hab mir jetzt vorgenommen, wenn ich jetzt die Tage mal richtig Zeit habe, werde ich mich vielleicht hinsetzen und das Gespräch auf das wieder bringen. Wenn sie dann so weit ist. Aber sie wollte dann nicht weiter reden, es passt, es passt. Das muss sie selber entscheiden.“* (C 704-716)

Pflegekräfte werden immer wieder mit einem explizit geäußerten Todeswunsch eines Bewohners konfrontiert. Eine Teilnehmerin an einer Gruppendiskussion erklärt, dass es in diesen Fällen besonders wichtig sei zuzuhören und auch zu zeigen, dass man die Nöte des Bewohners wahrnimmt. Körperliche Nähe kann für den Bewohner, wenn er sie möchte, sehr tröstlich sein. Wichtig ist zudem, die Realität so wahrzunehmen, wie sie ist und sie nicht zu beschönigen. (vgl. E 1567-1578)

Eine andere Diskutantin betont, wie wichtig es ist, dem Bewohner das Positive zu zeigen, das noch in seinem Leben ist, denn das Negative sehen sie ohnehin selbst. *„Vielleicht ihn auch daran erinnern oder aufzeigen – [...] – was er oder sie halt alles noch hat, eben wenn jetzt zum Beispiel immer die Kinder oder Enkelkinder oder so kommen. Und halt auch irgendwie sagen, weiß nicht, die kommen aber so gern zu Ihnen. Ja, halt einfach irgendwie aufzeigen, es sind aber Leute da, die froh sind, dass Sie halt bei uns sind. Ich meine, jetzt nicht, ich glaube nicht, dass das gut ist für denjenigen, das will er nicht hören: ‚Es gibt noch viel schlimmeres oder schlechteres.‘ Weil, für ihn ist das (unv.) schlimm und mir geht es nicht gut, und alles andere ist eh egal. Also ich glaube, das bringt gar nichts, wenn*

man sagt: ‚Ja, aber es gibt Leute, die sind NOCH viel mehr krank‘ oder so. Aber einfach ihm mehr das Positive zeigen, weil negativ sehen sie es eh schon.“ (E 1580-1589)

Welches Selbstverständnis haben die Pflegekräfte? In welcher Beziehung sehen sie sich zum Bewohner? In einer Gruppendiskussion wurde sehr viel über dieses Thema gesprochen. Es fielen Begriffe wie „letzter Lebensbegleiter“ (vgl. F 1690) und „Begleiter“. (vgl. F 1662)

Die Bewohner treten mit dem Einzug in ein Pflegeheim in die letzte Phase ihres Lebens ein, und sie kommen zu uns, so erklärt eine Teilnehmerin an der Gruppendiskussion, *„weil sie alleine nicht mehr können. Und wir begleiten sie. Also eigentlich sind wir mehr Begleiter, finde ich. Begleiter mit gewissen Fähigkeiten, damit sie noch ein würdevolles Leben bis zum Ende führen können.“ (F 1661-1664)*

In der Pflegetätigkeit gehe es auch darum, dass man sich zugunsten der Eigenheiten des Bewohners zurücknehmen kann, so erklärt eine Gruppendiskutantin: *„Und dass man gewisse Sachen einfach akzeptiert und respektiert, was er will. Auch wenn es vielleicht gegen unsere, sagen wir mal, wenn wir vielleicht andere Vorstellungen hätten.“ (F 1692-1694)*

14.2.2 Problemfelder im Umgang mit Sterbenden

Im Kontext der Sterbephase und des Todes eines Bewohners zeichnen sich für Pflegepersonen folgende vier Problemfelder ab: Erstens der Umgang mit den Ängsten der Bewohner, zweitens die Trauer angesichts des Todes eines Menschen, der einem ans Herz gewachsen ist, sowie die Ängste der Pfleger, drittens Angehörige, die ihre Aufgaben auf die Pflegepersonen abschieben, und viertens Lebenserhaltung um jeden Preis.

Der Umgang mit den Ängsten der Bewohner

Eine Pflegeperson erklärt, dass man angesichts der Bewohnerängste nicht immer abschalten kann. (vgl. B 841) Dies kann sich zu einer belastenden Situation entwickeln.

Dass Ängste, Sterben und Tod nicht immer zu einem Problemfeld werden müssen, zeigen die Aussagen einer Wohnbereichsleiterin und einer Gruppendiskutantin. Erstere meint, es *„sei gar nicht schwierig, damit umzugehen“*, weil es Ängste seien, die wir alle haben: *„Nachdem wir noch keine 90 sind, sehen unsere Ängste vielleicht ein bisschen anders aus. Aber dass ich mir mit 90 Gedanken mache übers Sterben, finde ich für ganz*

normal. Auch darüber Gedanken mache, wie ich begraben werde, wo ich begraben werde, was noch passieren wird – finde ich für normal. Umgekehrt ist das für mich oft ein sehr großer Erfahrungswert, persönlich auch. Also da gibt es auch für uns einiges zum Mitnehmen von diesen Gesprächen.“ (A 649-655)

Eine andere Gruppendiskutantin betont, dass eine gemeinsame Vorbereitung mit den Angehörigen auf den Tod des Bewohners sehr schön sein kann: *„...es ist aber auch schön, wenn ein Bewohner im Sterben liegt und du kannst es schön machen, schön vorbereiten mit den Angehörigen. Und das Ganze mit den Angehörigen machen, und du redest mit den Angehörigen übers Sterben, über den Bewohner. Das finde ich total gut, wenn man das machen kann...“ (F 1812-1815)*

Trauer und Ängste der Pfleger

Pflegepersonen sind häufig mit dem Tod und der Trauer um einen lieb gewonnenen Menschen konfrontiert.

Die Trauer der Pflegekräfte beim Tod eines Bewohners wird von einer Wohnbereichsleiterin angesprochen: Eine Pflegeperson baue im Pflegealltag eine Beziehung zum Bewohner auf, die in der Pflege wichtig ist und *„viel bringt“*. (vgl. B 949-950) Sie – und auch eine Diskutantin – erklären, dass es dadurch aber auch schwierig sei, wenn ein Bewohner sterbe. (vgl. B 948-949, vgl. F 1798-1799)

Eine Wohnbereichsleiterin kommt auch auf ihre eigenen Ängste zu sprechen, vor allem im Zusammenhang damit, dass die Ängste der Bewohner auch die eigenen sind. (vgl. A 648-649) Sie betont, dass das Erleben der Ängste der Bewohner einen *„sehr große[n] Erfahrungswert“* hat, man könne sich vieles aus den Gesprächen mitnehmen. (vgl. A 653-655)

Präsenz der Angehörigen in der Sterbephase

Der Tod des Bewohners ist schwierig für die Angehörigen, sie haben Angst davor, so eine Diskutantin. (vgl. F 1825-1826 und F 1830) Eine Wohnbereichsleiterin gibt noch mehr Einsicht in diese Thematik: *„Wenn ein Bewohner oft Schmerzen hat, oder das ‚Todesrasseln‘ wie man sagt, da haben Angehörige ein großes Problem. Und da muss man sie einfach aufklären.“ (C 930-932)* Vielleicht bewirken diese Angst und Hilflosigkeit der Angehörigen, dass sie ihre Verantwortung wie Dasein und Begleitung auf die Pflegepersonen abschieben. Oft sind die Angehörigen in der Sterbephase nicht dabei, so eine Teilnehmerin einer

Gruppendiskussion. Sie fände es zwar leichter, mit dem Bewohner in dieser Zeit alleine umzugehen, als wenn die Angehörigen dabei wären, aber diese Abwesenheit kurz vor dem Lebensende eines Familienmitgliedes sei *„auch ein wenig komisch“*. (F 1823) Sie erklärt schließlich doch, dass sie mit diesem Zurücklassen des Bewohners durch die Angehörigen nicht ganz klar kommt. (vgl. F 1832-1833)

Darüber hinaus können auch Schwierigkeiten mit Angehörigen, die nicht loslassen wollen, eine problematische Situation für die Pflegepersonen darstellen: *„Und dann einfach auch Vorurteile haben. Man kann ihnen teilweise nichts recht machen, den Angehörigen. Oder sie vermitteln einem das Gefühl, ja, ihr nehmt euch nicht genug Zeit. Ihr behandelt falsch.“* (C 909-911)

Lebenserhaltung um jeden Preis

Angehörige, die den Tod des Bewohners nicht akzeptieren wollen, Ärzte, die alle Hebel in Bewegung setzen, um den Bewohner am Leben zu erhalten: So lässt sich das vierte Problemfeld für die Pflegepersonen umreißen. Eine Diskutantin in einer Gruppendiskussion bringt ein gutes Beispiel für dieses Spannungsfeld und gewährt einen Blick auf ihr diesbezügliches Empfinden: *„Und da komme ich auch mit der Medizin nicht klar, wenn ich heute muss 103jährige mit dem Hubschrauber ins Spital fliegen, da frage ich mich, Ja! Wann hat denn das Leben einmal ein Ende? Und was muss ich denn alles tun? Und der Mensch sagt eh schon seit einem halben Jahr: ‚Ma, wenn es denn endlich einmal...‘ Da komme ich in einen Riesenkonflikt, muss ich ehrlich sagen. [...] Und das finde ich oft ethisch nicht vertretbar!“* (F 1842-1846, 1850) Die Entscheidungen hierfür liegen bei den Angehörigen und den Medizinerinnen (vgl. F 1854, 1856), wobei die Angehörigen häufig von ihren eigenen Emotionen beeinflusst sind (vgl. F 1875) und die Ärzte alles tun, um *„den Angehörigen gerecht zu werden“*. (F 1860)

In der gleichen Gruppendiskussion berichtet letztere Diskutantin aber von positiven Beispielen, wonach es auch Ärzte gäbe, die sich klar gegen eine sinnlose Übertherapie im hohen Alter aussprechen und den Bewohner *„in Würde“* sterben lassen möchten (vgl. F 1858-1859)

In der Sterbephase eines Bewohners kann es auch zu Vorwürfen seitens der Angehörigen gegenüber dem Pflegepersonal kommen. In einer Gruppendiskussion kam zur Sprache, dass in der Sterbephase das Essen immer Thema für die Angehörigen sei, wobei es auch oft zu Vorwürfen komme: *„Sie kriegen nichts mehr, ihr lasst sie ja verhungern!“* (F 1340-1341)

Eine Wohnbereichsleiterin beschreibt noch eine andere Vorwurfsquelle in der Sterbephase, nämlich die Frage, ob und zu welchem Zeitpunkt ein Bewohner ins Krankenhaus gebracht werden soll: *„...wenn es eine relativ kurze, schnelle Phase ist, kommen Angehörige sehr gut zurecht. Aber wenn die Phase sehr lang dauert, da können Angehörige vorher sagen: Ja nicht ins Krankenhaus! Natürlicher Tod. Und dann dauert aber eine Phase länger, dann kann es von einem Tag auf den anderen heißen: Unbedingt ins Krankenhaus! Und dann geben sie einem das Gefühl: Ja, das hättet ihr aber schon viel früher machen können! Das ist natürlich eine ungute Situation.“* (C 920-926)

14.2.3 Geschehenes verarbeiten und auf Künftiges vorbereiten

Nachdem Pflegepersonen viel mit den Ängsten, dem Sterben und dem Tod der Bewohner zu tun haben, ist es unerlässlich, das Erlebte gut zu bewältigen, wobei es die verschiedensten Möglichkeiten dafür gibt, wie die Antworten und Diskussionsmeldungen zeigen.

Eine Wohnbereichsleiterin erklärt für den Fall, dass man nicht abschalten kann, dass man später versuche, *„durchzuatmen und weiter zu gehen“*. (B 842) Weiters helfen Gespräche mit Kollegen mit ähnlichen Erfahrungen und mit Hospizhelfern. (B 842-846, vgl. F 1801-1804) Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit eines Teamgesprächs, bei größeren Problemen auch eines Gesprächs im interdisziplinären Team gemeinsam mit dem Arzt und den Angehörigen und schließlich die Möglichkeit einer Supervision. (vgl. C 915-917)

Das Pflegeheim ist auch darum bemüht, den Angehörigen bei der Verarbeitung des Erlebten zu helfen. Dazu sind präventive Gespräche unerlässlich: *„wenn du das einmal anredest, dann haben sie es einmal im Kopf und das wird dann einmal aufgearbeitet“* (F 1889-1890). Die Diskutantin erklärt weiter: *„Ist recht schwierig, vor allem die richtigen Worte zu finden, die richtige Zeit und den richtigen Tag.“* (F 1891-1892)

14.2.4 Die transzendente Dimension des Sterbens und des Todes

Inwiefern spielt die transzendente Dimension des Sterbens und des Todes eine Rolle im Pflegealltag und im persönlichen Lebensabend? Eine Wohnbereichsleiterin erklärt, dass gläubige Bewohner bereits in der Pflege vieles anders annehmen als andere Bewohner: *„Die sind auch zufriedener, auch mehr in sich ruhiger.“* (C 1043-44) Dieses Verhalten ist dann auch wieder im Sterben erkennbar: Der Großteil der gläubigen Bewohner gehe anders mit dem Sterben um als die Nicht-Gläubigen. *„Es gibt aber auch [...] wenig Leute, die überhaupt nicht glauben.“* (C 1046), so die Wohnbereichsleiterin weiter.

Es wird von einer allgemeinen Öffnung für religiösen Glauben am Ende des Lebens gesprochen: *„Zum Schluss hinaus, ganz zum Schluss weiß ich bis jetzt eine einzige, die es abgelehnt hat. Die es bis zum Schluss abgelehnt hat. Und meistens ganz zum Schluss, wenn man sie fragt: ‚Möchtest, dass der Pfarrer kommt oder möchtest noch ein Vaterunser mit mir beten?‘ Ganz zum Schluss haben sie eigentlich noch fast alle Ja gesagt. Also nicht, dass sie jetzt damit belästigt werden, überhaupt nicht. Aber kurz vor dem Sterben, denke ich, ist eine andere Phase, ein anderes Denken vorhanden. Und dann möchten sie das doch.“* (C 1046-1053)

14.3 Evaluation

- Die Pflegepersonen verstehen sich als Begleiter der Bewohner in der letzten Phase ihrer Lebensvollendung. Sie möchten den Bewohnern ein würdevolles Leben bis zum Ende ermöglichen.
- Die Pflegepersonen können relativ gut mit den Ängsten, dem Sterben und dem Tod des Bewohners umgehen und diese verarbeiten. Dennoch kann das Sterben eines Bewohners für eine Pflegeperson auch emotional belastend sein.
- Problematisch sind vor allem Situationen, in denen Angehörige nicht mit dem Tod des Bewohners zurecht kommen, ihre Verantwortung wie Dasein und Begleiten abschieben, das Leben des Bewohners zwanghaft erhalten wollen und schließlich den Pflegern Vorwürfe machen. Auch die Ängste und das Sterben eines Bewohners können Teil dieses Problemfeldes sein.
- Die Pflegenden haben die Bereitschaft, mit den Angehörigen über den Tod zu sprechen. Derartige Gespräche sind niemals leicht. Angehörige im geeigneten Moment und auf die richtige Art darauf anzusprechen ist eine heikle Angelegenheit. Aufgrund verschiedener Faktoren kommt es immer wieder dazu, dass der geeignete Zeitpunkt verpasst wird.

14.4 Anregung

Schulung für die Pflegepersonen über Kommunikation über den Tod und das Sterben mit den Bewohnern und den Angehörigen

15 Visionen für die Pflege

15.1 Exzellenz im Handeln

Visionen sind notwendig, um Exzellenz in einer Tätigkeit zu erreichen. Das, was zu tun ist, richtig zu tun, ist ein ethisches Gebot. Was aber ist zu tun? Das, was man schon immer getan hat? Die Frage ist, ob es moralisch ausreichend ist, das gut zu tun, was man schon immer getan hat. Sollte die ethische Sensibilität nicht vielmehr dazu führen, dass man sich die Frage stellt, ob das, was man schon immer getan hat, auch das Richtige war? Diese Frage sollte sich jeder Mitarbeiter auf der Ebene seiner Verantwortung stellen und dann im Team beantworten.

Exzellenz im Handeln – moralische Vorzüglichkeit – verlangt vom Handelnden den nachhaltigen Wunsch, besser zu werden, d. h. sich immer anspruchsvolle Ziele zu setzen. Dieser Wunsch ist wichtig für jedes einzelne Mitglied einer Organisation, aber ganz besonders für die Organisation als Ganze, wenn sie die größtmögliche Exzellenz erreichen will. Das heißt, dass eine exzellente Organisation ein anspruchsvolles, hervorragendes, aber erreichbares Ziel benötigt. Die primäre Aufgabe der effizienten Menschenführung einer exzellenten Organisation ist es, eine gemeinsame Vision zu entwickeln, die ein attraktives Zukunftsbild enthält, vom Team als Herausforderung angesehen wird und jedem im Team einen selbstständigen Handlungsspielraum gibt. Jeder im Team soll sich mit der Vision identifizieren und ihre Umsetzung als sinnerfüllende Herausforderung ansehen (Mission). Damit bekommen die Teammitglieder eine ganz wichtige, transzendente Motivation, d. h. sie erkennen ihren Einsatz als Beitrag zum Gemeinwohl, als sinnvolle Gestaltung des Lebens anderer Menschen. Diese Motivation ist speziell im Pflegeberuf wie auch im Allgemeinen bei sozialen Berufen besonders wichtig.

Man kann und soll auch Visionen bezüglich der Schmerzbekämpfung entwickeln, allerdings sollen Visionen auf einen größeren Horizont ausgerichtet sein. Letztlich geht es darum, ideale Vorstellungen der Altenpflege konkret zu formulieren. Die von SeneCura entworfene Vision eines schmerzfreien Pflegeheims wäre z. B. eine davon.

Zu diesem Thema haben sich vor allem die interviewten Wohnbereichsleiterinnen geäußert, aber auch in einer Gruppendiskussion wurde das Thema angeschnitten.

15.2 Ergebnisse: Status quo, Visionen und Wünsche

15.2.1 Status quo

Aussage einer Wohnbereichsleiterin: In SeneCura gibt es gut geschulte und motivierte Mitarbeiter. „Ich glaube, wir sind auf einem guten Weg (...). Gut geschulte Mitarbeiter, motivierte Mitarbeiter.“ (B 240-241)

Eine weitere Aussage derselben Wohnbereichsleiterin: Die Kommunikation mit der Heimleitung ist exzellent. „Was die Führung betrifft, muss ich sagen, im Moment sind wir wirklich zufrieden, weil die Schwierigkeiten, die tagtäglich kommen, wir können mit jedem Problem wirklich zu Heimleitung, zu Pflegedienstleitung gehen. Und da wird nachher Hilfe geboten. Ich hoffe, dass das auch weiter so bleibt. Dass wir in dieser Richtung weitergehen.“ (B 241-245)

Aussage einer anderen Wohnbereichsleiterin: Mit der Heimleitung gibt es beste Kommunikation. Die Mitarbeiter können sich bei der Gestaltung der Arbeit voll einbringen. „Ich meine, an und für sich hat man innerhalb von SeneCura eigentlich recht gute Möglichkeiten, Dinge zu verwirklichen. Es ist auch kaum etwas von unserer Pflegedienstleitung her, dass sie irgendetwas einbremsen würde. Der Betrieb eigentlich auch nicht.“ (A 967-970)

15.2.2 Visionen

Stärkung der Sensibilisierung für die Würde des alten Menschen. „Naja, es gibt viele Visionen in der Pflege. Die Frage ist, welche lässt sich realisieren? Meine Vision wäre, das Feingefühl für die Würde des alten Menschen zu verstärken.“ (A 116-118)

Das Bild des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit. Der Pflegeberuf erfreut sich in der Öffentlichkeit keines sehr guten Rufes, wenn auch auf vielen Ebenen versucht wird, dieses Bild zu korrigieren und an die Wirklichkeit anzupassen. Eine Wohnbereichsleiterin findet in der Notwendigkeit der Dokumentation von Selbstverständlichkeiten, wie etwa Essen und Trinken geben, Anzeichen dafür, dass der Berufsstand sehr wenig Vertrauen genießt. (vgl. A 970-976) Sie meint auch, der Pflegeberuf müsse attraktiver gestaltet werden, insbesondere das Image, die Arbeitszeiten und die Bezahlung müssten verbessert werden. (vgl. A 997-999)

Das Miteinander von Bewohnern und Pflegenden stärken: „Also eine Vision hätte ich schon. Meine Vision wäre, Pflege und Bewohner, ja, dass es zwischen Pfleger und Bewohner ein Miteinander ist.“ (C 125-126)

Pflege als enge Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden: In den Gruppendiskussionen haben manche Pflegenden von ihren Visionen einer optimalen Zusammenarbeit von Angehörigen und Pflegenden gesprochen. Die Pflegepersonen wünschen sich von den Angehörigen Akzeptanz und Verständnis, Vertrauen sowie Dankbarkeit.

- **Akzeptanz und Verständnis**

„Dass jeder den anderen akzeptiert. Dass die Angehörigen uns als Pflegeperson so akzeptieren, wie wir arbeiten dürfen, können, sollen. Und wir müssen sie aber nachher wieder akzeptieren, wenn sie gewisse Sachen in Anspruch stellen, wo sie sagen: ‚Mei, das hätten wir gern. Und so und so.‘ Wenn es nur eine Matratze ist, dass das ermöglicht wird. Weil ich glaube, dann geht das, wenn sich alle gegenseitig akzeptieren und Verständnis für einander haben, geht es viel leichter das Miteinander als / Sonst wird gegeneinander gearbeitet. Ich glaube, dass die Akzeptanz und Verständnis und Miteinander reden, dass das alles zusammenspielen müsste.“ (F 1608-1615; vgl. D 1112-1123)

Akzeptanz der Angehörigen erhoffen sich die Pflegekräfte zunächst beim Heimeintritt des Bewohners. Es kann nicht von Beginn an alles optimal laufen, und es können auch Fehler passieren. Die Angehörigen sollen *„akzeptieren, dass wir auch Menschen sind ... und nicht zaubern können, (denn) für uns ist es auch schwer“*, so eine Gruppendiskussionsteilnehmerin. (D 1109-1110)

- **Vertrauen**

Neben Akzeptanz und Verständnis wünschen sich die Pflegenden auch das Vertrauen der Angehörigen: *„Also die Angehörigen müssen uns genauso vertrauen wie der Bewohner selber. Aber die Angehörigen vertrauen oft noch viel weniger.“* (F 1345-1346)

- **Dankbarkeit**

Die Pflegepersonen wünschen sich mehr Dankbarkeit von den Angehörigen, sind aber nicht blind für die bereits positiven Angehörige-Pflegende-Beziehungen. So schildert eine DiskutantIn einer Gruppendiskussion, *„dass es andere Angehörige*

auch gibt. [...], die [...] eigentlich auch sehr dankbar sind und sehen, ma die bemühen sich da wirklich“. (D 1172-1173)

Wenn die Angehörigen sehen, dass der Bewohner gut betreut wird, hilft ihnen das auch bei der Verarbeitung der Tatsache, dass sie einen Angehörigen ins Pflegeheim gegeben haben: *„Aber du hast halt auch die andere Seite, wo du wirklich siehst, die sich bedanken und sehen: ‚Ma, meiner Mama oder meinen Papa geht es da jetzt wirklich gut. Oder der wird da so versorgt, dass ich wirklich.‘ Die können das mit ihrem Gewissen dann gut abschließen. Das ist auch, glaube ich, ganz wichtig. Eine Gewissensfrage.“* (D 1194-1197)

- **Dass Angehörige mehr anpacken**

Vgl. dazu D 1146-1218 und D 1125-1132.

15.2.3 Wünsche

Fixe Psychologen ebenso wie Ergotherapie und Physiotherapie im Haus: *„Es wär gut, im Haus zu haben eine Ergotherapie, eine Physiotherapie, einen Psychologen. Fix angestellt. Da wäre uns geholfen! (lacht)... Das sind auch Visionen!“* (vgl. C 857-871)

Auflockerung jener behördlichen Auflagen, die ein Hindernis für eine angemessene, individuelle Tätigkeitsgestaltung darstellen. *„Es sind derart hohe Auflagen von Land, zum Beispiel, so natürliches Arbeiten, was die Bewohner früher gemacht haben. Also ich weiß nicht ob Sie Böhm kennen? [...] Das heißt, einfach die aktivierende und reaktivierende Pflege, biographisch arbeiten hauptsächlich, was haben die Bewohner früher gemacht, der einzelne gemacht. Und jede Hausfrau hat einmal Erdäpfel geschält oder Kartoffeln geschält. Und das ist aus hygienischen Gründen nicht möglich. Und das finde ich einfach so schade. Warum soll der Bewohner, eine Hausfrau, was immer Hausfrau war, keine Erdäpfel mehr schälen dürfen? Und auch keinen Kuchen backen dürfen sie, sie darf schon, aber wir dürfen das dann aus gesetzlichen Gründen nicht ins Allgemeine integrieren. Ja, das wär so für mich / Und wenn ein Heimbewohner ins Altersheim kommt, ist es so, dass er eigentlich sein, (...) wie soll ich jetzt sagen, sich selber zurück lässt. Ist blöd formuliert. Er gibt seine Eigenständigkeit ab. Es werden die Medikamente gerichtet, es kommt das Essen auf den Tisch, er braucht nicht mehr denken. Und das merkt man ganz schnell, dass der Bewohner schnell abbaut. Und so zur Selbstständigkeit (unv.), würde ich sagen. Würde ich mir wünschen.“* (C 126-141)

Erleichterungen bei der Dokumentation: Eigentlich wurden hierzu keine konkreten Vorschläge gemacht, nur der allgemeine Wunsch geäußert, die Dokumentationspflicht anders zu gestalten. (vgl. A 974, A 985-986, A 991 u. C 772-788)⁴⁴

15.3 Evaluation

- Die Frage nach Visionen wurde sehr allgemein beantwortet. Mit dem Status quo sind die Wohnbereichsleiterinnen recht zufrieden, hier haben sie weder Visionen noch Wünsche.
- Bei den Gruppendiskussionen wurden vor allem Visionen für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zum Ausdruck gebracht. Sonst wurde die Frage danach negativ beantwortet, d. h. es wurden Schwierigkeiten oder Störfaktoren geschildert: Dokumentation, behördliche Aufgaben udgl.
- Die Pflegepersonen wünschen sich eine vermehrte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.
- Die Vision eines schmerzfreien Pflegeheims wurde weder in den Interviews noch in den Diskussionen zur Sprache gebracht. Sie ist offenbar noch wenig bewusst.

15.4 Anregung

Ausarbeitung eigener Visionen durch die Teams der verschiedenen Häuser und Weitergabe in Form von Impulsen mit dem Ziel einer dynamischen Weiterentwicklung der Unternehmensvision (Philosophie, Konzept und Mission)

⁴⁴ vgl. Kapitel 5

16 Zeitmanagement

16.1 Zeitmanagement als ethische Kategorie

Im Umgang mit Pflegebedürftigen könnte man alle Zeit der Welt investieren. Niemals wird eine verantwortungsbewusste Pflegerin sagen, sie habe ausreichend Zeit und komme bestens aus. Zeit wird immer knapp sein und knapp bleiben.

Die richtige Nutzung der Zeit (Zeitmanagement) setzt voraus, die richtigen Prioritäten zu setzen, und sich dann mit der notwendigen Klugheit, d. h. auch Flexibilität, daran zu halten. Im Besonderen gilt dies für die Schmerzbekämpfung, die eine prioritäre Aufgabe im Pflegeheim ist.

Das Thema der Zeit ist ein wichtiges Thema in jedem Pflegezentrum. Die richtige Einstellung zur Ausnützung der Zeit ist auch eine ethische Kategorie. Um die Zeit gut zu nützen, genügt es nicht, immer beschäftigt zu sein, sondern auch das Richtige zu tun. Wenn die Zeit knapp, sehr knapp ist, steht der Pfleger vor Nutzungsdilemmas, die nicht immer leicht zu lösen sind.

16.2 Ergebnisse: Der chronische Zeitmangel

16.2.1 Die allgemeine Klage über einen chronischen Zeitmangel

Wir haben nie genug Zeit. Eine Aussage als Beispiel für viele andere: „Oder ich bin zum Beispiel Raucherin. Und da gibt es auch Bewohner, die rauchen. Und wenn ich dann merke, es geht einer psychisch nicht so gut, weil sie zieht sich zurück. Dann sage: ‚Du, ich nehme mir heute Zeit, heute gehen wir miteinander Zigaretten rauchen.‘ Und das ist einfach wichtig. Und die strahlt und es geht ihr einfach besser. Und wir rauchen miteinander eine Zigarette und sie plaudert ein bisschen von sich. Aber das sind fünf Minuten nur für sie. Und das genießt sie. Zeit! Ich muss sagen, wir haben einen Zeitmangel. Zeit haben wir nie genug.“ (C 755-762, vgl. auch E 192, D 1909-1913)

Die unvorhersehbaren Ereignisse bringen den Zeitplan durcheinander. In der Pflege kann man nicht alles voraussehen und einplanen. Unvorhersehbares ereignet sich jeden Tag. (vgl. D 238-239)

16.2.2 Zeitmanagement: Lösungsmöglichkeiten

Man muss manchmal Zeit bei weniger dringenden Tätigkeiten einsparen, um sie wem anderen schenken zu können: Ein erster Lösungsansatz ist die Festlegung von Prioritäten: „Und man muss eben so Schwerpunkte heraus holen, auch so, wer braucht es jetzt dringend und wen kann ich ein bisschen los lassen? Ich kann ja bei der einen Bewohnerin die Grundwäsche einfach einmal kurz machen und dann habe ich ein bisschen Zeit herausgeholt und kann sie wem anderen schenken. Das ist in den Altersheimen auch oft, dass das Personal sagt: Ja, wann sollen wir denn das machen? Also irgendwo muss ich ja Zeit einsparen, um wem anderen Zeit zu schenken.“ (C 761-767)

Wenn es eng wird, muss man einen Kollegen um Hilfe bitten: Durch gute Teamarbeit können Synergien genutzt werden. Manchmal gerät die eine und manchmal die andere Pflegerin in Stress: Jede muss sich bewusst sein, dass sie, wenn es notwendig ist, Hilfe bekommen kann. „Ich denke mir, dass wenn es wirklich eng wird, dass man einen anderen Kollegen fragen kann: ‚Kannst du mir bitte helfen und machst du mir den Bewohner, weil ich möchte mich heute einfach einmal um den kümmern.‘ Dass einfach da was weitergeht, dass es ihm besser geht.“ (F 547-551)

Mit mehr Personal gäbe es verfügbare Zeit (vgl. D 227-233): Der Wunsch nach mehr Personal ist stark ausgeprägt, für praktisch jeden wäre mehr Personal eine Lösungsalternative für das chronische Zeitproblem.

„Also ich muss jetzt ganz – ich sage das jetzt frei heraus, gell – derjenige der diesen Schlüssel ausrechnet, der soll einmal eine Woche in einem x-beliebigen Pflegeheim mithelfen. Ich glaube, der würde sich das gut überlegen, ob er die Personalanzahl nicht vielleicht ein bisschen erhöhen würde.“ (E 546-549)

16.2.3 Zeitmangel darf die Bewohner nicht belasten

In den Gesprächen kommt aber klar zum Ausdruck, dass die Pflegerinnen sehr bemüht sind, die Bewohner diesen Zeitmangel nicht spüren zu lassen. Die Bewohner dürfen nicht den Eindruck gewinnen, dass die Pflegeperson keine Zeit für sie hat. „Und auch dieses Gefühl vermitteln, dass du eh Zeit hast für ihn. Nicht, dass die sagen: ‚Boa, die ist unter Druck, (unv.)‘ Du musst auch ruhig sein und sagen: ‚Kommen Sie, ich habe eh Zeit für Sie‘ Weil manche sagen: ‚Gehen Sie, Schwester, Sie haben eh keine Zeit für mich!‘ So: ‚Nein, ich habe jetzt Zeit für Sie.‘ Aber du musst schon schauen, dass du mit deiner Arbeit fertig bist.“ (D 514-518 und vgl. auch D 894-1904)

16.3 Evaluation

- In allen Interviews und Gruppendiskussionen werden Zeitmangel, Zeitdruck und Stress genannt, die als große Belastung empfunden werden.
- Dennoch ist allen klar, dass die Zeitwidmung für die Bewohner und für die Angehörigen ganz wichtig, prioritär ist. Diese Zeitinvestition wird auch als letztlich zeitsparend angesehen. Ohne Zugang zu den Bewohnern und ohne ihre Motivation dauert alles länger. Wenn es zeitlich eng wird, müssen Lösungen gefunden werden. Die Achtung der Selbstbestimmung erfordert Flexibilität im Zeitplan.

16.4 Anregungen

- Regelmäßige Besprechungen im Team über Zeitfallen
- Seminare über Zeitmanagement, Prozessoptimierung
- Einführung eines freien Dienstes außerhalb des üblichen Dienstrades im Rahmen der Bezugspflege

17 Intervention: Ethische Kompetenz in der Pflege

17.1 Zielsetzung und Konzept der Intervention

Die Hauptaufgabe des Personals in den Pflegezentren ist es, den Bewohnern Sinn, Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln: Je stärker es gelingt, diese Werte zu vermitteln, umso besser wird es den Bewohnern gehen. Diese Werte sind drei ethische Kategorien. Sie zu vermitteln, erfordert große ethische Kompetenz.

Mitarbeiter einer exzellenten Organisation müssen durch vorzügliche Haltungen und Fertigkeiten exzellente Leistungen erbringen. Exzellenz ist Stärke. Sie ist aber kein Status, der, wenn er einmal erreicht wurde, ohne Mühe aufrechterhalten werden kann. Exzellenz muss man unter dem Motto „Wer nicht vorwärts geht, fällt zurück“ Tag für Tag erringen. Haltungen können immer verbessert werden. Wenn man an Haltungen nicht strebsam arbeitet, fällt man zurück. Man muss erworbene Fertigkeiten laufend aktualisieren und immer wieder neue Fähigkeiten erwerben.

Die Ziele der Intervention sind

- die Vermittlung eines systematischen Einblicks in die Ethik,
- die Erklärung der Hauptbegriffe der Ethik und
- die Ermöglichung eines ersten Schritts der Teilnehmer in der Stärkung der eigenen ethischen Kompetenz.

17.2 Die Intervention im Detail

Die Intervention umfasste vier Abschnitte:

1. Was ist Ethik, und warum ist ethische Kompetenz in der Pflege notwendig?

Anhand eines achtminütigen Videos (Bericht vom ARD 2011) über die Missstände eines an sich sehr gut ausgestatteten Pflegezentrums in Norddeutschland wurde gezeigt,

was passieren kann, wenn das Personal nur eine mittelmäßige ethische Kompetenz erreicht. Die Teilnehmer analysierten die verschiedenen Szenen des Videos, um eine erste „Diagnose“ der ethischen Mängel im betreffenden Pflegezentrum zu stellen. Dieses Video wurde zu den nachfolgenden Themen weiter besprochen.

Die Reflexion und Diskussion der dargestellten Vorgänge im Video führte 1) zum besseren Verständnis dessen, was Ethik ist: die praktische Wissenschaft des richtigen und guten Handelns, und 2) zur klaren Einsicht, dass ohne einen stabilen hohen ethischen Kompetenzstandard derartige Missstände vorprogrammiert sind.

Wichtige Bereiche der Ethik sind:

- die ethischen Prinzipien (Prinzipienethik)
- die Kompetenz zur Beurteilung einer Handlung (Urteilsethik)
- die Tugenden, d. h. die Fähigkeit, Prinzipien und Urteile umzusetzen (Tugendethik)

2. Die Prinzipien der Pflegeethik

Mittels Fallberichten und Beispielen wurden die fünf Hauptprinzipien der Pflegeethik dargestellt, erläutert und diskutiert. Die Teilnehmer beschrieben Situationen aus ihrer Alltagserfahrung, in denen solche Prinzipien zum Tragen kommen.

3. Das Urteil über Gut und Böse

Die Teilnehmer wurden mit den Strukturelementen einer Handlung konfrontiert: Ziel, Absicht, Motivation, Mittel, Folgen und Umstände. Sie übten in Gruppenarbeit anhand einer Vielzahl von Beispielen, Handlungen zu beurteilen: Worauf kommt es an, ob eine Handlung moralisch gut oder schlecht ist.

4. Die Tugenden in der Pflege

Nach einer kurzen Darlegung der Tugendethik lernten die Teilnehmer die Haupttugenden der Pflege kennen. Zwei Fallberichte und viele Beispiele aus der Praxis dienten dazu, zu verstehen, dass Prinzipien alleine, ohne ihre Umsetzung (Tugenden), nichts nutzen und dass Tugenden durch Übung nach und nach erworben werden müssen.

17.3 Fazit: Allgemeiner Wunsch nach einer höheren ethischen Kompetenz

Am Anfang der Intervention haben die Teilnehmer auf einem Selbsteinschätzungsbogen ihre eigenen Stärken und Schwächen angegeben. Am Ende der Intervention haben sie ihn nochmals ausgefüllt. Der Vergleich zwischen „vorher“ und „nachher“ zeigte einen Fortschritt in der ethischen Kompetenz schon daran, dass sie gelernt hatten, die ethische Terminologie (Tugenden und Prinzipien) richtig zu verwenden.

Die Teilnehmer sind bei der Intervention gut mitgekommen, obwohl der Gegenstand an sich ziemlich abstrakt und für sie ungewohnt war. Die Fallberichte, das Video und die Beispiele haben jedoch zu einem besseren Verständnis beigetragen. Alle haben den Wunsch geäußert, sich mit Ethik zu beschäftigen, weil sie deren Wichtigkeit für sich persönlich und ihre Arbeit erkannt haben. Die Mehrheit hat in der Evaluation geäußert, dass sie sich mehr mit diesem Thema beschäftigen möchten, einige wenige hätten mehr Zeit gebraucht, um manche Aspekte der abstrakten Materie besser zu erfassen.

Die Leiter der drei Häuser haben den Wunsch geäußert, dass alle Mitarbeiter an dieser Intervention in Form eines Seminars teilnehmen.

18 Intervention: Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

18.1 Ethische Dimension der Kommunikation in der Pflege

Die Intervention „Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis“ hatte das Ziel, den Teilnehmern konkrete Anwendungsfelder ethischer Grundhaltungen in der Kommunikation deutlich zu machen. Dafür wurden theoretische und praktische Abschnitte eng verzahnt, die Theorie anhand der Praxis veranschaulicht, die Praxis anhand der Theorie analysiert. Damit wurde erreicht, dass die Teilnehmer nun selbstständig durch Reflexion anhand bestimmter Tools Krisensituationen aufschlüsseln, Lösungen erkennen und daran arbeiten können, diese umzusetzen. Dies wurde von allen als wichtiger Schritt auch im Sinne einer „Entlastung“ wahrgenommen: Ethik entlastet durch Handlungskompetenz. Ethik fördert Zufriedenheit. Ethik sichert Qualität.

18.2 Die Intervention im Detail

Die Intervention umfasste drei Abschnitte:

1. Was hat Kommunikation mit Ethik zu tun?

Die Teilnehmer analysierten einen sechsminütigen Videoclip (Enigma), in dem eine Alltagssituation (nervöser Patient attackiert Pflegefachkraft verbal – Reaktion – positives Beispiel der Pflegekraft) dargestellt wurde. In der Folge schärften sie das ethische Profil der pflegerischen Tätigkeit.

Botschaft: Menschliche Kommunikation ist nie bloß Information (Logos, argumentative Kompetenz), sondern eine Form von Beziehung. Damit diese gelingt, muss neben der Klarheit der Information auch innere Kompetenz (Ethos, Glaubwürdigkeit, Vertrauen) und soziale Kompetenz (Pathos) gegeben sein.

2. Kommunikation verstehen

Anhand des Kommunikationsquadrats von Friedemann Schulz v. Thun, der Unterscheidung von Sach- und Beziehungsebene nach Paul Watzlawick und der sog. „Eisberg-Theorie“ analysierten die Teilnehmer einfache Fallbeispiele aus der Pflegepraxis. Der Fokus lag auf der Frage: Welche ethischen Kompetenzen brauchen Pflegekräfte in der Kommunikation mit Angehörigen im Krisenfall?

Botschaft: Wenn die Beziehungsebene gestört ist, kann man (sachlich) sagen, was man will: Das Gegenüber wird es nicht oder falsch verstehen. Entscheidend ist es, die Angehörigen in einer Krisensituation (Schock, Ärger, Wut usw.) zuerst auf der emotionalen Ebene abzuholen. Erst dann sind sie innerlich bereit, auch Sachinformationen anzunehmen.

3. Analyse eines komplexen Fallbeispiels

Im dritten Abschnitt analysierten die Teilnehmer ein komplexeres Szenario einer Krisensituation zwischen Angehörigen und Pflege (Angriffe gegenüber Pflege, sie täte nicht genug für die Oma). Auch hier gelang es den Teilnehmern, die Dynamik zu durchschauen und Handlungsalternativen, die bestimmte ethische Kompetenzen voraussetzen, zu benennen.

18.3 Fazit: Hoher Bedarf an und Wunsch nach Weiterbildung

Die Reflexionsinstrumente wurden im Rahmen des Seminars so eingeübt, dass die Teilnehmer in allen drei Häusern schließlich spontan die Bitte äußerten, Krisensituationen, die sie selbst erlebt hatten, gemeinsam zu analysieren und Lösungen zu benennen.

Folgende Szenarien kamen dabei zur Sprache:

Fall 1: Angehörige, Verlustängste, Therapiereduktion (Großnichte verlangt, dass die Infusion in terminaler Phase angehängt wird, obwohl die Tante im Vorfeld den gegenteiligen Wunsch geäußert hatte); Fall 2: Uneinsichtigkeit der Angehörigen in die reale Situation der Mutter, Vorwürfe ans Personal (Tochter beklagt sich bei der Pflege regelmäßig, dass die Mutter offenbar nichts zu essen bekommt; Mutter leidet an einer schweren Demenz, der Tochter wurde zigmal erklärt, dass die Mutter einfach vergisst, dass sie schon gegessen

hat). Fall 3: Verhältnis Pflegekraft-Heimbewohnerin (Die Schwester wird von der Heimbewohnerin immer mit „Tante“ angesprochen. Trotz mehrmaliger Bitte an sie, dies zu unterlassen, bleibt die Heimbewohnerin dabei.)

Als Fazit der Interventionen in allen drei Standorten hat sich gezeigt:

- Die Teilnehmer waren positiv gestimmt, wie sehr sie an Wissen und Kompetenz dazugewonnen hatten, um die Dynamik von und Lösungen für Krisensituationen zu erkennen.
- Sie wünschten sich diese Fortbildung für alle Mitarbeiter des Hauses.
- Sie wünschten sich weiterführende Seminare und nannten dabei folgende Schwerpunkte:
 - Kommunikation im Team
 - Kommunikation mit Angehörigen

19 Ethische Exzellenz und ethische Problemfelder

Aus den in den Kapiteln 3 – 18 dargestellten Bereichen können im Wesentlichen fünf Zeichen der ethischen Exzellenz und fünf Problemfelder hervorgehoben werden. Zeichen der Exzellenz sind eindeutige Stärken der Organisation. Ethische Problemfelder sind besonders sensible Bereiche, in denen für die in die Organisation involvierten Personen häufig ethische Fragen aufkommen. Es sind also Bereiche, in denen leicht Schwächen entstehen können, wenn man ihnen nicht besondere Aufmerksamkeit widmet. Darauf sollte man durch Training und Fortbildung ansetzen, damit die ethische Kompetenz des Personals erhalten bleibt bzw. erweitert werden kann.

Ethische Exzellenz

Mit dem Ausdruck „Näher am Menschen“ wird die Unternehmensphilosophie auf eine überall präsente Kurzformel verdichtet.

Das Motto „Näher am Menschen“ ist gewissermaßen ein Inbegriff für die Arbeit der Mitarbeiter und steht als Referenzpunkt im Zentrum ihrer pflegerischen Arbeit.⁴⁵

Folgende Maxime ist für die Pflegepersonen gewissermaßen handlungsleitend: Wenn jemand sagt, er habe Schmerzen, ist es nicht wichtig, was man selbst darüber denkt. Wichtig ist, was dieser Mensch in diesem Moment sagt bzw. empfindet, denn Schmerzen sind immer subjektiv. Schmerzen der Bewohner dürfen nicht bagatellisiert werden, sondern bedürfen immer einer pflegerisch adäquaten Reaktion.⁴⁶

Es gelingt ihnen, auf Nachfrage spontan viele wichtige Haltungen zu identifizieren, so u. a. Empathie (Einfühlungsvermögen), Organisationstalent (Ordnung), Beobachtungsgabe (Wachsamkeit), Wertschätzung, Hilfsbereitschaft, Reife (Klugheit), Lernbereitschaft, Stärke (Tapferkeit), soziale und kommunikative Kompetenz (Dialogbereitschaft), Freundlichkeit, Höflichkeit, Vertrauen, Zuvorkommenheit, Schamgefühl.⁴⁷

Gespräche werden als Investitionen angesehen, die sich immer lohnen. Dafür muss es immer Zeit geben. Diese Zeitinvestitionen werden letztendlich auch als zeitsparend bewertet.

Nicht immer kann man dafür Leerlaufzeiten nützen oder auf Knopfdruck wichtige Gespräche provozieren. Vonseiten des Pflegepersonals besteht hierin eine große Sensibilität: Sie nehmen wahr, wann ein Gespräch gefragt ist.⁴⁸

Die Pflegepersonen betrachten die Heimbewohner nicht als passive Hilfeempfänger. Hilfe wollen sie unbedingt mehr im Sinne von Begleitung und Unterstützung verstanden wissen, das Bemuttern, Ersetzen, Abnehmen von Tätigkeiten würde einer professionellen Pflege widersprechen. Im Fokus der professionellen Pflege stehen nicht Defizite, die ausgeglichen werden müssen, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit.⁴⁹

Der Grundsatz „Näher am Menschen“ prägt den Alltag von SeneCura

Jeder Schmerz wird in SeneCura ernst genommen

Den Mitarbeitern sind ethische Haltungen wichtig

Kommunikation mit den Bewohnern, den Angehörigen und im Team hat Priorität

Die Pflegepersonen verstehen sich als Begleiter der Bewohner in dieser Lebensphase

⁴⁵ vgl. Kapitel 6

⁴⁶ vgl. Kapitel 12

⁴⁷ vgl. Kapitel 7

⁴⁸ vgl. Kapitel 9 und 10

⁴⁹ vgl. Kapitel 8

Ethische Problemfelder

Neues Zuhause der Bewohner	<p>Welche Art Gemeinschaft soll ein Pflegeheim dem Bewohner bieten? Ein Zuhause für die Bewohner? Das neue Daheim? Eine neue Familie? Ein Familienersatz? Eine Pension für Alleinstehende?</p> <p>Die Pflegepersonen zeigen eine gewisse Unsicherheit betreffend ihrer emotionalen Position in der Beziehung zu den Bewohnern: Welche Bindung kann ich eingehen? Wie weit soll ich Zuneigung und Liebe zeigen? Sie suchen die richtige Balance zwischen Hingabe und Selbsterhaltung, finden sie aber zuweilen nicht.⁵⁰</p>
Kommunikation mit den Angehörigen und im Team	<p>In der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen steckt einiges an Konfliktpotential.</p> <p>Viele Aspekte der guten Kommunikation sind den Pflegepersonen mehr oder weniger bewusst, eine gezielte Reflexion über Kommunikation – und vor allem auch über die eigene Kommunikation – könnte die bereits vorhandene Kompetenz hier sicher weiter stärken und ausbauen.⁵¹</p>
Umgang mit dem Sterben	<p>Die Pflegepersonen können zwar relativ gut mit den Ängsten, dem Sterben und dem Tod des Bewohners umgehen, aber das Sterben eines Bewohners kann auch für die Pflegenden emotional belastend sein.</p> <p>Es ist schwierig, die geeigneten Worte und die richtige Zeit für Gespräche mit den Angehörigen über den nahenden Tod des Bewohners zu finden. Aufgrund verschiedener Faktoren kommt es immer wieder dazu, dass der geeignete Zeitpunkt verpasst wird.</p> <p>In der Sterbephase werden die Angehörigen manchmal nervös und machen den Pflegepersonen Vorwürfe, beispielsweise dass ein Bewohner doch noch ins Krankenhaus hätte gebracht werden sollen.⁵²</p>
Lebenssinn im Pflegeheim	<p>Die Pflegepersonen tun sich schwer, die Aufgabe der Sinnvermittlung, wie sie sie in Bezug auf das tagtägliche Leben im Altersheim ganz selbstverständlich wahrnehmen, auch auf ein Leben mit Leiden umzusetzen.</p> <p>Die Sinnggebung im Leiden konzentriert sich auf die unmittelbare Reaktion auf das Leiden mit dem Ziel, dieses zu lindern: Die Möglichkeit einer subjektiven Sinnggebung wird selten angesprochen und über eine mögliche transzendente Dimension des Leidens wird wenig nachgedacht.⁵³</p>
Ethische Kompetenz	<p>Für die Pflegepersonen ist Ethik zwar ein wichtiges Anliegen, sie tun sich aber meist schwer mit ethischen Definitionen und damit, überhaupt über Ethik zu reflektieren. Die ethischen Grundsätze sind im Alltag der SeneCura-Zentren präsent, aber es wird nicht viel darüber nachgedacht.</p> <p>Moralisch handeln heißt für die Mitarbeiter, nach dem Gewissen zu handeln. Was das Gewissen ist, können sie nicht beschreiben und sehen es tendenziell als rein subjektive Kategorie an. Werte und Haltungen werden klar anerkannt und praktisch synonym verwendet, Tugenden werden hingegen kaum thematisiert, obwohl gerade sie die ethische Kompetenz im Handeln ausmachen.⁵⁴</p>

⁵⁰ vgl. Kapitel 11

⁵¹ vgl. Kapitel 9 und 10

⁵² vgl. Kapitel 14

⁵³ vgl. Kapitel 13

⁵⁴ vgl. Kapitel 6 und 7

20 Vorschläge zur Stärkung der ethischen Kompetenz

Am Ende der Kapitel 3 bis 18 wurde als Ergebnis der Interviews und Gruppendiskussionen eine Reihe von Vorschlägen zur Stärkung der ethischen Kompetenz der Pflegepersonen gemacht. Angeregt wurden Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Ziel, das Niveau der Exzellenz zu halten bzw. noch zu steigern. Dies kann nur erreicht werden, indem eine immerwährende Sensibilisierung für die ethischen Fragestellungen gelingt und die Mitarbeiter auch angespornt werden, gewisse Techniken zu üben (z. B. Kommunikationstechniken), die für die Exzellenz besonders wichtig erscheinen.

Nicht alle gemachten Anregungen betrafen direkt die Ethik. Auch nicht alle angeregten Maßnahmen sind gleich wichtig und betreffen alle Pflegepersonen gleichermaßen. Wir haben uns daher erlaubt, in der nachstehenden Tabelle jene Anregungen, die direkt die Ethik betreffen, zusammenzustellen und jeder Anregung eine Priorität (1 = vorrangig; 2 = sehr wichtig; 3 = wichtig) zuzuordnen. Außerdem haben wir angegeben, wer die Adressaten der angeregten Maßnahmen sind (alle Pflegepersonen; jeweils einige Pflegepersonen je Pflegezentrum; Management der Zentren, Geschäftsführung und Ethikarbeitsgruppe).

	Priorität	Alle Pflegepersonen	Ausgewählte Pflegepersonen	Management
Erarbeitung von Verhaltensrichtlinien bei Medikamentenverweigerung	2			
Empfehlung der Ethikarbeitsgruppe bzw. Geschäftsführung, was „Näher am Menschen“ im Hinblick auf die Dokumentation bedeutet (Dokumentation als Dienst am Bewohner)	3			
Kurs über Grundbegriffe der Ethik (insbesondere über das Gewissen) mit Verstärkung der tugendethischen Perspektive bei ethischen Fragestellungen durch Seminare	1			
Seminar über Leadership in der Pflege für die Führungskräfte in den Pflegeheimen	2			
Vortragsreihe zu Themen aus dem Bereich der Fürsorgeethik mit anschließender Diskussion, insbesondere über den Begriff der Hilfe	3			
Ethik in der Kommunikation, Kommunikationstraining (Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun, Rollenspiele): Diskussion von Fallbeispielen über Kommunikation und bewusste Reflexion über bestimmte Haltungen und Reaktionen	1			

	Priorität	Alle Pflegepersonen	Ausgewählte Pflegepersonen	Management
Erarbeitung eines Leitbildes durch die Ethikarbeitsgruppe und Geschäftsführung, um das „Familienmodell“ für das Heim schärfer zu definieren und dieses anschließend zu kommunizieren	3			
Interdisziplinäres Seminar: „Die drei Säulen der Schmerzbehandlung“: physisch, psychosozial, spirituell	2			
Reflexionsseminare: (1) existenzielle Fragen, spirituelle Dimension; (2): Sinn im Leben – mit Leiden; (3): Religiöse Dimension und Bedürfnisse des alten Menschen	1			
Schulung für die Pflegepersonen über Kommunikation über den Tod und das Sterben mit den Bewohnern und den Angehörigen	1			
Ausarbeitung eigener Visionen durch die Teams der verschiedenen Häuser und Weitergabe in Form von Impulsen mit dem Ziel einer dynamischen Weiterentwicklung der Unternehmensvision (Philosophie, Konzept und Mission)	2			

Tab. 4: Übersicht der Anregungen zur Stärkung der ethischen Kompetenz der Pflegepersonen nach Priorität und Zielgruppe

	Leitfragen	Check – wurde das erwähnt?	Aktivierende Fragen Im passenden Moment stellen	Aufrechterhaltung Steuerungsfragen	Kategorien
2	<p>Achtung der personalen Individualität und der Autonomie</p> <p>Denken Sie an einen schwierigen Bewohner: Wie versuchen Sie konkret, die Achtung der personalen Individualität und des Wunsches auf Selbstbestimmung umzusetzen (ganzer Tagesablauf)?</p> <p>Bitte wählen Sie sich aus den beiden Gruppen „schwierig“ und „besonders leicht“ eine Person aus (von den beiden Extremen ausgehend).</p> <p>Umgang (Persönlichkeit/Charakter) ≠ hoher Pflegeaufwand</p>	<p>Autonomie Individualität Selbstbestimmung Hausordnung Überzeugungsgespräche Ehrenamtliche</p> <p>Lebensgeschichte Interessen Gewohnheiten Intimsphäre</p>	<p>Selbstbestimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was kann der Bewohner selbst bestimmen? Will er selbst bestimmen? ➤ Was fragen Sie ihn? Stundenplan ➤ Was fragen Sie ihn nicht? z. B. Hausordnung? Gibt es auch Ausnahmen für die Hausordnung? ➤ Wie verhalten Sie sich, wenn sich ein Bewohner nicht wäscht, obwohl er es könnte? ➤ Wieviel Zeit und Ruhe haben Sie für Überzeugungsgespräche? <p>Individualität</p> <p>Die Achtung der personalen Individualität und der Wunsch nach Selbstbestimmung erfordern, dass man den Bewohner sehr gut kennt, nicht nur in seinem aktuellen physischen Befinden, sondern auch seine Biographie, seine Präferenzen, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Biographie der Bewohner ➤ Umgang mit Stärken & Fähigkeiten? (z. B. Klavier) ➤ Bewohner mit akuten oder aktiven chronischen Schmerzen ➤ Ausdrucksweisen der Bewohner ➤ Bedeutung der Äußerungsmöglichkeiten der Bewohner <p>Selbstbestimmungsfähigkeit vieler Bewohner ist meistens mehr oder weniger reduziert. Aber wenn der Bewohner einem Pfleger vertraut, vertraut er sich diesem oft auch an. Das ist auch eine Art Selbstbestimmung: Ich vertraue Dir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hat jeder Bewohner im Haus mindestens einen Pflegenden seines Vertrauens als Bezugsperson? ➤ Inwiefern ist das hilfreich und wichtig? ➤ Inwiefern werden Maßnahmen zur Stärkung des Vertrauens in der Bewohner-Pflegenden-Beziehung gesetzt? Welche? Inwiefern ist das ein Thema in den Besprechungen? ➤ Wie werden die Verwandten bei wichtigen und weniger wichtigen Entscheidungen eingebunden? ➤ Umgang mit Konflikten zwischen Wünschen der Bewohner und Vorstellungen der Angehörigen <p>Auch wenn das Vertrauen in der Bewohner-Pflegenden-Beziehung vorhanden ist, kann trotzdem die Achtung der Autonomie in Konflikt mit der Fürsorgepflicht des Pflegenden kommen. Wenn ein Bewohner z. B. eine Situation falsch einschätzt oder unerfüllbare Wünsche äußert</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nonverbale Aufrechterhaltung ➤ Können Sie dazu etwas erzählen? ➤ Haben Sie dazu ein Beispiel? ➤ Spielt hier ... eine Rolle? ➤ Was meinen Sie mit...? 	<p>Individualität Selbstbestimmung Identität Gerechtigkeit Demut Führung Optimismus Lebensfreude</p>

Anhang

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie gehen Sie mit Nahrungs- oder Medikamentenverweigerung um? Oder auch mit der Verweigerung von Pflegemaßnahmen? <p>In welchen Fällen ist es Ihnen nicht möglich, den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner nachzukommen?</p>		
	Leitfragen	Check – wurde das erwähnt?	Aktivierende Fragen Im passenden Moment stellen	Aufrechterhaltung Steuerungsfragen	Kategorien
3	<p>Geborgenheit und Sicherheit</p> <p>Wo fühlt sich ein Mensch geborgen und sicher? Im vertrauten Umfeld der Menschen, die ihn lieben, in der Regel bei seiner Familie, in der Nähe seiner Freunde.</p> <p>Inwiefern wird versucht, dies im Pflegeheim umzusetzen? Vielleicht können Sie einen konkreten Fall erzählen.</p>	<p>Familie Zuhause Freunde Abhängigkeitsverhältnis Vertrauen Klagen Fehlermanagement Annahme der Grenzen Ängste und Sorgen Hilferufe</p> <p>Sinnstiftung Aufgaben Verantwortung Hobbies Religiosität + Seelsorge</p>	<p>Geborgenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kann das Pflegeheim Ersatz für eine fehlende Familie sein? ➤ Ist es ein Ziel, dass das Pflegeheim ein Zuhause wird? ➤ Wie sieht die Beziehung eines Pflegers zu den Angehörigen der Bewohner aus? Wie erfolgt die Angehörigenarbeit? ➤ Welche Beziehungsart zwischen Bewohner und Pfleger wird gesucht? ➤ Wie reagieren Sie auf Klagen der Bewohner und deren Verwandten? (Fehlermanagement) – Beispiele ➤ Wie gehen Sie konkret auf die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner ein? Nennen Sie bitte Beispiele. ➤ Haben Sie den Eindruck, dass die Bewohner Ihnen ihre Ängste und Sorgen anvertrauen? Finden solche Gespräche oft statt? Wie und wann nehmen Sie sich Zeit dafür? Wie gehen Sie damit um? ➤ Endstation Pflegeheim: Öffentlichkeitsarbeit zur Korrektur dieser Haltung <p>Sinnstiftung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Denken Sie, dass es möglich ist, den Bewohnern in dieser Lebensphase einen Lebenssinn zu vermitteln? ➤ Was ist da hilfreich? Wie versuchen Sie konkret, die Bewohner zu motivieren, sich ihren Fähigkeiten entsprechend einzubringen? (z. B. Verantwortung für Tiere, für eine Veranstaltung, etc.) ➤ Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern ➤ Inwiefern kann Bewohnern der Wunsch erfüllt werden, die Sonntagsmesse in der Pfarrkirche zu besuchen? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nonverbale Aufrechterhaltung ➤ Können Sie dazu etwas erzählen? ➤ Haben Sie dazu ein Beispiel? ➤ Spielt hier ... eine Rolle? ➤ Was meinen Sie mit...? 	<p>Geborgenheit und Sicherheit Empathie Wohltunprinzip Nichtschadensprinzip</p>

Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura

	Leitfragen	Check – wurde das erwähnt?	Aktivierende Fragen Im passenden Moment stellen	Aufrechterhaltung Steuerungsfragen	Kategorien
4	<p>Transzendente Dimension in der Pflege</p> <p>In Grundsatz 6 wird erwähnt, dass das Leben mit älteren Menschen bereichernd wie belastend sein kann.</p> <p>In jedem Beruf gibt es Bereicherndes und Belastendes.</p> <p>Was finden Sie besonders bereichernd in Ihrer Arbeit, was freut Sie am meisten? Warum? Wie gehen Sie damit um?</p> <p>Was ist besonders belastend an Ihrer Arbeit? Warum? Wie gehen Sie damit um?</p>	<p>Belastung Bereicherung Motivation Für die anderen da sein Tugend Nächstenliebe Religiosität Helfersyndrom Umgang mit Leid Abgrenzung Glaube Sinnerfüllung Berufung Konflikte im Team</p>	<p>Transzendente Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was ist Ihre Hauptmotivation für diesen Beruf? ➤ Ist es Ihnen ein Bedürfnis zu helfen? ➤ Was ist für Sie das Wesen des Berufes? Wie würden Sie es jemandem erklären, der Pfleger werden will? ➤ Welche Haltungen braucht Ihres Erachtens eine Person, die einen Pflegeberuf ausübt? (moralische Komponenten: Fürsorge, Hilfsbereitschaft, Geduld, Ausdauer usw. – Mutter Teresa als Vorbild?) ➤ Spielen für Sie religiöse Motive eine Rolle? ➤ Helfersyndrom: erleben Sie das häufig? ➤ Sie sind mit so viel Leid konfrontiert. Denken Sie über den Sinn des Leidens nach? Welche Antworten haben Sie dafür? ➤ Wie schaffen Sie Distanz? Wie grenzen Sie sich ab? ➤ Burnout ➤ Was denken Sie über die Antworten des Glaubens? ➤ Studien sagen, dass gläubige Menschen mit dem Leid besser zurecht kommen als nicht gläubige. Glauben Sie, dass die Sinnfrage auch mit Religiosität zu tun hat? ➤ Wie gehen Sie mit Konflikten innerhalb des Personals um? Wieviel Zeit verwenden Sie dafür durchschnittlich? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nonverbale Aufrechterhaltung ➤ Können Sie dazu etwas erzählen? ➤ Haben Sie dazu ein Beispiel? ➤ Spielt hier ... eine Rolle? ➤ Was meinen Sie mit...? 	<p>Berufung Beruf Mitgefühl Fürsorge Stärke Demut Großzügigkeit Nächstenliebe Empathie Transzendenz Religiosität Glaube Hoffnung</p>
5	<p>Ethisches Bewusstsein – Bedeutung der SeneCura Grundsätze</p> <p>SeneCura hat ethische Grundsätze für ihre Häuser. Sie kennen sie sicher.</p> <p>Aber eine Sache sind die Grundsätze, d. h. die Theorie, und eine andere die Realität. Die Grundsätze müssen an die konkrete Situation angepasst werden: das ist manchmal schwer.</p> <p>Was bedeuten für Sie die ethischen Grundsätze von SeneCura in Ihrer alltäglichen Arbeit?</p>	<p>Ethik Moral Pflichterfüllung Tugend Nächstenliebe Fürsorge Mitgefühl Respekt Demut Gewissen Integrität</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inwiefern sind die ethischen Grundsätze eine Hilfe für die Pfleger? Wozu sind sie gut? ➤ In welcher Form (wann, mit wem, warum) haben Sie sich in der Vergangenheit mit den Grundsätzen beschäftigt? ➤ Inwiefern werden sie in den Pflegebesprechungen thematisiert? ➤ Haben Sie sie irgendwann bewusst eingesetzt, sich auf sie bezogen? Beispiele? ➤ Haben Sie manchmal über diese Grundsätze nachgedacht, wann? ➤ Haben Sie andere außer dieser SeneCura Grundsätze, andere, die für Sie auch wichtig sind? ➤ Wozu Ethik? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nonverbale Aufrechterhaltung ➤ Können Sie dazu etwas erzählen? ➤ Haben Sie dazu ein Beispiel? ➤ Spielt hier ... eine Rolle? ➤ Was meinen Sie mit...? 	<p>Ethische Sensibilität Kultivierung des Gewissens Berufung Pflichterfüllung</p>

Anhang II: Pflegefall: Herr Maier im Altersheim

1

Herr Maier ist im Jahr 2010 ins Heim übersiedelt: eigentlich wollte er nie ins Heim, er hat sich lange dagegen gewehrt. Er ist in den Jahren zuvor, nach einem ersten Schlaganfall, zuhause von seiner Tochter gepflegt und versorgt worden, konnte sich aber zumindest noch innerhalb der Wohnung selbstständig bewegen. Doch nach einem zweiten Schlaganfall – er hatte kurz zuvor seinen 75. Geburtstag gefeiert – war dies nicht mehr möglich, er blieb halbseitig gelähmt. Die Rehabilitation konnte zwar die Halbseitenlähmung im Bereich des linken Armes bessern, das Bein konnte er aber weiterhin kaum bewegen. Diesen Schicksalsschlag hat er bis zum heutigen Tag nicht überwunden.

Jahrzehntelang hatte er sich mit Freude seinem Beruf als Koch gewidmet. Er war geschätzt bei seinen Mitarbeitern und geliebt von seinen Gästen. In den letzten Jahren schon hatte er nur mehr sehr wenige soziale Kontakte gepflegt, worunter er auch sehr litt, war er doch immer ein sehr geselliger und kontaktfreudiger Mensch gewesen. Nun aber dachte er meist mehr ans Sterben als ans Leben, konnte und wollte mit seiner Tochter aber nie darüber sprechen. Sie forderte ihn immer heraus, mehr zu tun, aktiver zu sein, er könne sich doch nicht so gehen lassen... Die einzige positive Seite, die er der Übersiedlung ins Heim abgewinnen konnte, war die Tatsache, sich nun nicht mehr ständig an die Anweisungen der Tochter halten zu müssen, die immer von ihm verlangte, er solle dies tun, er solle jenes tun... Jetzt braucht er sich darum nicht mehr zu kümmern.

Aufzeichnung eines Gespräches drei Wochen nach Aufnahme ins Heim im Jahr 2010:

Sr. Lucia begrüßt ihn mit ihrer üblichen guten Laune: Guten Morgen, Herr Maier! Möchten Sie schon aufstehen? Das Frühstück ist schon fertig... Wollen Sie sich vor oder nach dem Frühstück anziehen?

Herr Maier: Sr. Lucia, das ist mir egal, machen Sie, wie Sie wollen.

Sr. Lucia: Aber nein, Herr Maier, entscheiden Sie... Mir ist es ganz gleich, ich kann auch später wieder kommen.

Herr Maier: Wie es Ihnen lieber ist, Sr. Lucia... (*murmelt vor sich hin*)... Eigentlich will ich heute überhaupt nichts – es tut mir alles weh. Ich will nicht aufstehen und mich nicht waschen und nicht frühstücken und überhaupt...

Sr. Lucia: Ich stelle Ihnen das Frühstück aufs Nachtkästchen... (*sie verlässt das Zimmer*)

Nach einer Viertel Stunde kommt Sr. Lucia wieder.

Sr. Lucia: Sie haben ja noch gar nichts gegessen? Na ja, wenn Sie nicht wollen, nehme ich es halt wieder mit... Tut Ihnen was weh, Herr Maier?

Hr. Maier: Ja, alles tut mir weh!

Sr. Lucia: Wo genau...?

Hr. Maier: Überall, ich kann mich gar nicht gescheit bewegen.

Sr. Lucia: Mal schauen: Haben Sie Ihre Medikamente schon genommen?

Hr. Maier: Nein, ich will nicht, darauf wird mir immer schlecht...

Sr. Lucia: Aber Herr Maier, die Medikamente sind ja dafür da, dass Sie keine Schmerzen haben.

Hr. Maier: Ja, aber es wird mir schlecht und übel darauf... da sind mir die Schmerzen lieber... Außerdem bin ich es eh schon leid zu leben. Nicht einmal ein wenig kochen darf ich hier... Dabei habe ich das immer so gerne gemacht.

Sr. Lucia: Na geh, Herr Maier, jetzt übertreiben Sie aber... Ich lasse die Medikamente hier auf dem Nachtkästchen stehen, dann können Sie sie nehmen, wenn Sie später wollen.

2 Wenig später kommt die Tochter auf Besuch.

Tochter: Hallo, Papi. Was hast du denn heute zum Frühstück gegessen? Was, gar nichts? Und wieso stehen deine Medikamente noch da auf dem Nachtkästchen...? Mein Gott: die lassen dich hier total verkümmern. Schwester, Schwester!! Können Sie mir das bitte erklären? Das kann doch nicht sein: Zuhause hat er immer brav sein ganzes Frühstück gegessen, und auch mit den Medikamenten hatte er keine Probleme... Bemühen Sie sich überhaupt?? Zumindest um seine Schmerzen könnten Sie sich schon kümmern... –

Sr. Lucia: Wir tun ja eh, was wir können. Aber wenn er nicht will... Ich kann ihn doch nicht zwingen.

Sr. Lucia verlässt verärgert das Zimmer. Die Tochter von Herrn Maier sucht nach dem Besuch bei ihrem Vater Sr. Lucia nochmals auf und macht ihr neuerliche Vorwürfe.

Tochter: Wieso können Sie nicht einfach die Medikamente mörsern und ins Joghurt mischen... dann merkt er doch gar nichts davon und erhält sie trotzdem. Der Arzt hat gesagt, er darf keinen einzigen Tag damit pausieren!

Sr. Lucia: Schauen Sie: Ihr Vater ist eine mündige Person und bei klarem Bewusstsein, er kann doch selbst entscheiden, ob er Medikamente nehmen will oder nicht. Es ist nicht meine Aufgabe, ihn darin zu bevormunden...

Tochter: Wollen Sie damit sagen, ich bevormunde meinen Vater? Dazu haben Sie kein Recht! Schließlich bin ich seine Tochter!

Sr. Lucia: Schauen Sie: ich kann Ihnen anbieten, dieses Thema mit unserer Bereichsleiterin Sr. Rosi zu besprechen...

Tochter (*unterbricht sie*): Ja, ich glaube, das wäre vernünftiger. Ich werde mich direkt an sie wenden. (*wendet sich brüsk ab und verlässt das Haus*)

Trotz klärenden Gespräches mit der Bereichsleiterin gestaltet sich die Situation mit Herrn Maier und seiner Tochter auch in den folgenden Monaten nicht besonders leicht: Die Tochter kommt immer wieder mit denselben Vorwürfen, sie habe zuhause alles besser im Griff gehabt. Seit ihr Vater im Heim wäre, ginge es mit ihm nur mehr bergab.

Herr Maier selbst aber hat sich inzwischen schon ein wenig in die neue Umgebung eingewöhnt: dennoch lässt er sich kaum aus der Reserve locken. Entscheidungen gibt er prinzipiell an das Pflegepersonal ab, er lässt sich auch kaum – trotz vielfacher Motivationsversuche – für einen der angebotenen Programmpunkte gewinnen.

3

Eines Tages entwickelt sich zwischen zwei Pflegepersonen der Gruppe folgendes Gespräch:

Sr. Lucia: Ich bemühe mich jeden Tag, ihn zu irgendetwas zu motivieren, aber er kann sich zu gar nichts aufraffen. Und das, was er so gerne machen würde – nämlich kochen – darf er nicht. Ist so ein Leben nicht sinnlos? Heute hat er wieder die Grundpflege abgelehnt... Ich weiß schon nicht mehr, was ich mit ihm anfangen soll.

Sr. Emma: Und wenn du ihn einfach so lässt und nicht wäschst...?

Sr. Lucia: Aber wir können ihn doch nicht einfach so lassen... Du weißt doch, wie seine Tochter ist. Ständig nörgelt sie an dem herum, was wir tun und was wir nicht tun. (*nachahmend*) Bei mir zuhause hat er immer das ganze Frühstück gegessen und auch die Medikamente brav genommen... Die hat ja keine Ahnung.

Sr. Emma: Sie meint es doch auch nur gut...

Sr. Lucia: Ja, ich weiß eh. Aber manchmal stehen mir diese Vorwürfe einfach bis obenhin... Das verleidet mir die Arbeit mit Herrn Maier.

Sr. Emma: Da musst du drüber wegschauen... das gehört zu unserem Beruf halt einfach dazu. Wir müssen lernen, Distanz zu halten und nicht die Probleme der Bewohner und ihrer Angehörigen als unsere zu sehen.

Sr. Lucia: Und wie sollen wir das dann mit der Vision der Pflegedienstleitung vereinbaren, nämlich dass wir mit den Bewohnern ein Zuhause gestalten sollen, wie eine Art Familie...? Ich halte diese Parolen oft gar nicht mehr aus: Professionalität in der Pflege... aber wir sind halt auch nur Menschen... Und manchmal darf einen die Arbeit doch auch mal ein wenig überfordern. Immer so auf fröhlich tun, ist ja auch nur ein Theater... Und das noch dazu an einem Tag, wo ich zuhause auch nur Schwierigkeiten habe: meine Tochter spinnt ein wenig, Pubertät, und mein Mann überlässt das auch alles mir... Es geht mich alles einfach so an...

Sr. Emma: (*nach einer Pause*)... soll ich dir Herrn Maier heute abnehmen?

Sr. Lucia: Oh ja, danke, bist ein Goldengel...

Anhang III: Leitfaden für qualitative Gruppendiskussionen im Rahmen des Projektes „Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura“

8. Mai 2012

	Themen	Fragen
Abschnitt 1		
Selbstständigkeit	Autonomie und Selbstständigkeit	Hr. Maier möchte offensichtlich mit Übersiedlung ins Heim auch seine Autonomie und Selbstständigkeit abgeben. Welche Erfahrungen haben Sie? Wie können Sie Selbstständigkeit fördern?
Selbstbestimmung	Eigene Wünsche und Entscheidungen	In dem Fall scheint es so zu sein, dass Hr. Maier selbst gar keinen eigenen Willen äußert. Wie können Sie Bewohner anregen, selbst Wünsche zu äußern oder Entscheidungen zu treffen?
	Ablehnung der Grundpflege	Kommt es häufig vor, dass Bewohner wie hier im Fall von Hr. Maier die Grundpflege ablehnen? Wie gehen Sie mit diesen Situationen um?
	Motivationsarbeit	Ist das Verhalten von Sr. Lucia richtig? Würden Sie das auch so machen? Wie schaut für Sie Motivationsarbeit im Konkreten aus? Haben Sie Zeit dafür?
	Grenzgang zwischen Motivation und Forderung Spannungsfeld zwischen Motivation und Übernahme	Gibt es Situationen, die in Ihnen Unbehagen hinterlassen: Überredungsversuche, Übernahme von Entscheidungen, die der Bewohner eigentlich selber treffen könnte, etc.?
Schmerz	Umgang mit Schmerzen: Art der Erhebung und Einschätzung	Das Verhalten von Hr. Maier in Bezug auf Schmerzen scheint unlogisch: zum einen hat er überall Schmerzen, zum anderen nimmt er seine Medikamente nicht. Wie würden Sie dieses Dilemma lösen?
	Medikamentenverweigerung	Was machen Sie, wenn ein Bewohner Schmerzmedikamente verweigert? Wie finden Sie die Balance zwischen Selbstbestimmung des Bewohners und Überzeugungsarbeit Ihrerseits?
	Reaktion auf unterschiedliche Schmerzäußerung	Bewohner äußern ihre Schmerzen mit unterschiedlichem Ausdruck: klagend, fordernd, resignierend, gar nicht, etc.: Welche Instrumente sind für die Einschätzung von Schmerz für Sie hilfreich? Wie reagieren Sie auf die verschiedenen Begleittöne der Klage, der Forderung, der Resignation etc.? Müssen Sie manchmal aus Mangel an Zeit nach einem allgemeinen Schema vorgehen? Wenn ja, stört Sie das?
	Gespräche	Wie können Sie sich Zeit nehmen, um auf den Bewohner in seiner konkreten Situation einzugehen?
	Biographiearbeit	Inwieweit sind ihnen Angaben aus der Biographie eine Hilfe im Umgang mit Schmerzen von Bewohnern? Haben Sie Beispiele dafür?

Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura

	Themen	Fragen
Individualität	Individualität Umgang mit unterschiedlichen Bewohnern	Hr. Maier hat seine eigene Art mit Schmerzen umzugehen. Jeder Bewohner hat ja einen ganz eigenen Charakter, eine ganz eigene Geschichte: Wie können Sie auf diese individuellen Eigenheiten eingehen? Sehen Sie da für sich manchmal Schwierigkeiten oder Problemfelder? Was machen Sie, wenn Sie mit einem Bewohner nicht umgehen können, da er Ihnen spontan nicht so sympathisch ist, oder weil er furchtbar kompliziert oder fordernd oder depressiv etc. ist?
Abschnitt 2		
Angehörige	Umgang mit schwierigen Angehörigen, v.a. mit Klagen und Vorwürfen Rolle der Pflegedienstleitung (PDL) bei Schwierigkeiten Hierarchische oder demokratische Struktur Entscheidungsprozesse Konfliktmanagement	Die Tochter von Hr. Maier scheint eine schwierigere Person zu sein als Hr. Maier selbst. Wie finden Sie die Reaktion von Sr. Lucia? Wie hätten Sie reagiert? Gäbe es nicht eine Möglichkeit, die Tochter zu gewinnen? War es gut, dass Sr. Lucia die Tochter zu Sr. Rosi geschickt hat? Welche Rolle spielt die Pflegedienstleitung bei Konflikten? Müssen Sie Schwierigkeiten selbst lösen? Die Tochter lässt sich offensichtlich nicht in Entscheidungen einbeziehen, da sie ihre eigene Vorstellung von Pflege hat. Wie würden Sie versuchen, die Tochter zu gewinnen? Wie wäre Ihre Vision in Bezug auf eine optimale Zusammenarbeit zwischen Heim und Angehörigen? Und wie ist die Realität? Hier liegt offensichtlich zwischen Hr. Maier und seiner Tochter ein Konflikt auf mehreren Ebenen vor. Wie gehen Sie mit Konflikten zwischen Bewohnern und Angehörigen um? Sehen Sie sich in einer Mittlerrolle? Belastet Sie das?
Medikamente	Medikamenteneinnahme	Bei Medikamentenverweigerung: In welchen Situationen ist das Mörsern und Einmischen ins Joghurt für Sie eine akzeptable Lösung? Was empfinden Sie dabei?
Verantwortung	Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung des Bewohners und Überzeugungsarbeit durch die Pflegeperson Selbstwahrnehmung des eigenen Auftrages	Nimmt Sr. Lucia ihre Verantwortung als Pflegeperson gegenüber Hr. Maier und ihrer Tochter wahr? Worin besteht Ihre Verantwortung? Sehen Sie den Bewohner mehr als Patienten, dem man helfen muss, oder als Kunden, dem man eine Leistung erbringen muss?

Anhang

	Themen	Fragen
Abschnitt 3		
Sinnggebung	<p>Sinnggebung und -vermittlung</p> <p>Aktivierende Pflege, Stärken und Interessen Ehrenamtliche</p>	<p>Sr. Lucia hinterfragt den Sinn des Lebens von Hr. Maier. Sehen Sie einen Sinn im Leben von Hr. Maier? Wie kann es gelingen, den Bewohnern Sinn zu vermitteln?</p> <p>Hr. Maier würde gerne kochen. Können Sie Interessen und Stärken der Bewohner so fördern, wie Sie es gerne möchten? Mit welcher Unterstützung können Sie dabei rechnen? Und mit welcher würden Sie gerne rechnen können?</p>
Spannungen und Abgrenzung	<p>Spannung zwischen Pflicht und Wollen</p> <p>Umgang mit Schwierigkeiten</p>	<p>Sr. Lucia erlebt offenbar eine Spannung zwischen dem, was sie tun soll, und dem, was sie tun möchte. Empfinden Sie manchmal ein inneres Spannungsfeld zwischen dem, was Sie machen müssen (weil vonseiten der PDL bzw. der Heimleitung so definiert), und dem, was Sie gerne machen würden? Wo sehen Sie die Spannungen?</p> <p>Sr. Emma sagt: Da musst du drüber wegschauen... das gehört zu unserem Beruf halt einfach dazu. Wir müssen lernen, Distanz zu halten und nicht die Probleme der Bewohner und ihrer Angehörigen als unsere zu sehen. Was sagen Sie zu dieser Aussage?</p>
Geborgenheit	Altersheim – Zuhause und Familie	Sr. Lucia sagt: Die Vision der PDL ist, den Bewohnern eine Art Zuhause zu bieten, eine Familie... Ist das auch Ihre Vision? Ist die Aufgabe des Pflegeheimes, ein Zuhause zu sein, Familie zu ersetzen? Haben Sie hier Wünsche und Visionen, wie das gelingen könnte?
Motivation und Arbeitsklima	<p>Dimension des Pflegeberufes</p> <p>Offenheit vonseiten der PDL</p> <p>Umgang mit Schwierigkeiten im Team</p>	<p>Sr. Lucia ist unmotiviert: Ich halte diese Parolen oft gar nicht mehr aus: Professionalität in der Pflege... aber wir sind halt auch nur Menschen... Und manchmal darf einen die Arbeit doch auch mal ein wenig überfordern. Immer so auf fröhlich tun, ist ja auch nur ein Theater... Was sagen Sie dazu?</p> <p>Wie sehen Sie die Probleme von Sr. Lucia? Können Sie sich innerhalb der Arbeit mit Ihren Sorgen und Nöten an jemanden wenden? Oder fehlt Ihnen eine solche Person? Wird signalisiert, dass Sie jederzeit kommen können?</p> <p>Wie gehen Sie mit Situationen um, bei denen sich Schwierigkeiten im Umgang oder in der Zusammenarbeit mit Kollegen oder Kolleginnen zeigen?</p>
Prinzipien	<p>SeneCura Grundsätze</p> <p>Ethisches Bewusstsein</p>	<p>Welches sind die Richtlinien für Ihr Handeln?</p> <p>Was bedeutet für Sie Ethik? Machen Sie sich ab und zu darüber Gedanken?</p>

Anhang IV: Von Stichwörtern zu Themenberichten

	Stichwörter für die Erstellung der Analysedateien	Neustrukturierung		Themenberichte
		ethisch relevant	ethisch nicht relevant	
1	Angehörige	Angehörige		Kommunikation mit Angehörigen
2	Beruf	<i>zu anderen Analysedateien</i>		
3	Distanz, Abstand, abschalten, Burnout	Distanz, ...		Distanz und Abgrenzung als Schutz der eigenen Person
4	Dokumentation	Dokumentation		Dokumentationspflicht als Qualitätsstandard in der Pflege
5	Ehrenamt		Ehrenamt	
6	Ethi(k), Werte, Moral (Ethische Sensibilität, ethisches Bewusstsein)	Ethi(k), ...		Ethik und Moral in den SeneCura-Zentren
7	Fehler, Vorwurf, Vorwürfe, Klage(n)	<i>zu Kommunikation/Gespräch</i>		
8	Gern, Stärken, Interesse (Fähigkeiten)	Gern, ...		Achtung der Autonomie und Förderung des Selbstbestimmungsrechts
9	Gespräch (Kommunikation)	Gespräch (Kommunikation)		Kommunikation im Allgemeinen
10	Gewissen (<i>nur groß geschrieben</i>)	<i>zu Ethik</i>		
11	Gewohn, Rituale (Gewohnheiten)	<i>zu Gern [Autonomie]</i>		
12	Haltung, Respekt, Würde, Einfühl	Haltung, ...		Ethische Haltungen und Tugenden
13	Helf(ersyndrom), Hilf(erufe) (Hilfsbereitschaft)	Helf(ersyndrom) ...		Helfen und Fürsorge
14	Intimsphäre, Schamgefühl	<i>zu Haltung</i>		
15	Konflikt	<i>zu Kommunikation/Gespräch</i>		

Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegezentren von SeneCura

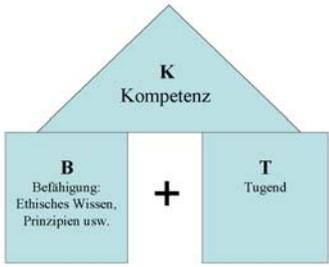
	Stichwörter für die Erstellung der Analysedateien	Neustrukturierung		Themenberichte
		ethisch relevant	ethisch nicht relevant	
16	(Mitarbeiter-)Motiv(ation)	zu Kommunikation/Gespräch		
17	Mittler(rolle), vermittel	zu Kommunikation/Gespräch		
18	Normalität		Normalität	
19	Schmerz(en)	Schmerz(en)		Schmerzmanagement
20	Sinn (Lebenssinn, Sinnerfüllung und -stiftung, Sinn des Leidens)	Sinn, ...		Sinnggebung, Sinnfindung, Sinnvermittlung
21	Sterb(ephase), „storb“	Sterb(ephase), „storb“		Sterben im Pflegeheim
22	Supervision	zu Kommunikation/Gespräch		
23	Visionen	Visionen		Visionen für die Pflege
24	Zeit	Zeit		Zeitmanagement
25	Zuhause, Daheim, Familie	Zuhause, ...		Pflegeheim als neues Zuhause
26	waschen, duschen, baden	zu Gern [Autonomie]		
27	Medikamente, Verweigerung, Nahrung	zu Gern [Autonomie]		

Anhang V: Intervention „Ethische Kompetenz in der Pflege“

<p style="text-align: center;">Ethische Kompetenz in der Pflege</p> <p style="text-align: center;">Enrique H. Prat IMABE, Wien</p> <p style="text-align: right;"></p>	<p style="text-align: center;">Ethische Kompetenz in der Pflege</p> <p>Ziel des Workshops:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematischer Einblick in die Ethik • Klärung der Hauptbegriffe der Ethik • Stärkung der ethischen Kompetenz <p style="text-align: right;"></p>	<p style="text-align: center;">Was ist Ethik?</p> <p><i>„Ethik ist für mich ein großes Thema, ja ... also, Ethik ist aus der Pflege nicht weg zu denken. Das sollte schon eine Einheit sein ... Bezogen auf den Umgang mit dem Bewohner, bezogen auf den Umgang miteinander und bezogen auf den Umgang mit den Angehörigen.“</i></p> <p style="text-align: right;"></p>
<p style="text-align: center;">Was ist Ethik?</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ich kann es nicht beschreiben“ • „Ich kann nicht philosophieren, es ist furchtbar.“ • „Das mit Ethik und Moral, das ist schwierig. Ich weiß jetzt nicht, wie ich es ausdrücken soll. Auf jeden Fall, ich weiß, wie ich mich zu verhalten habe.“ • „Das ist schwierig, das ist Philosophie. Ich kann nicht philosophieren.“ • „... Wenn man das in einem Satz formulieren müsste, ist es schwierig.“ <p style="text-align: right;"></p>	<p style="text-align: center;">Was ist Ethik?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moral: (von lat. mos, -ris = Sitte) Bestimmte geschichtlich gewachsene Lebensform, die Anspruch auf Verbindlichkeit erhebt (Sittlichkeit). • Ethos: ist die spezifisch sittliche Lebensform eines bestimmten Berufsstandes, z.B. Arzt/ Pfleger. • Ethik: ist die Wissenschaft vom Ethos in methodisch-kritischer Reflexion. <p style="text-align: right;"></p>	<p style="text-align: center;">Was ist Ethik?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktische Philosophie der Moral • Ziel: Richtig handeln in der Praxis <ul style="list-style-type: none"> – Die großen Themen der Ethik <ul style="list-style-type: none"> – Die gute Handlung – Der gute Mensch und – Das gute (gelungene) Leben <p style="text-align: right;"></p>

<h3 style="text-align: center;">Ethische Kompetenz</h3> <div style="text-align: center;"> <p style="text-align: center;"> K Kompetenz + B T Befähigung Tugend </p> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 7 IMABE</p>	<h3 style="text-align: center;">Inhalt der Ethik</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begründung von Prinzipien, Werten und Normen, die für das moralisch richtige Handeln ausschlaggebend sind (Prinzipienethik) 2. Kriterien zur Beurteilung von Gut und Böse (Formalethik) 3. Befähigungseigenschaften (Haltungen) für das Gute (Tugendethik) <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 8 IMABE</p>	<h3 style="text-align: center;">Werte, Normen, Prinzipien</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Werte: allgemeine Zielvorstellungen über das Gute • Normen (Vorschriften): spezifische, auf besondere Situationen bezogene Regeln, um Werte zu verwirklichen • Prinzipien: oberste Grundsätze des Handelns <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 9 IMABE</p>
<h3 style="text-align: center;">Prinzipien der Ethik: Formale Prinzipien</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Das erste Prinzip: Tu Gutes, vermeide Böses • Die Goldene Regel: „Was du nicht willst, dass man dir tu', das füg' auch keinem anderen zu.“ <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 10 IMABE</p>	<h3 style="text-align: center;">Inhaltliche Prinzipien der Ethik</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Menschenwürde • Lebensrecht • Autonomie • Gerechtigkeit • Fürsorge • Solidaritätsprinzip • Subsidiaritätsprinzip u. a. <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 11 IMABE</p>	<h3 style="text-align: center;">Ethik der Pflege</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Fachliches Können allein ist nicht alles • Prinzipien sind wichtig, aber auch die Fähigkeit, sie umzusetzen! • Erfahrung, dass Sollen und Wollen auseinander klaffen können ... <div style="text-align: center;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 12 IMABE</p> </div>

<h3>Prinzipien der Pflegeethik</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Achtung der Würde des Menschen • Selbstbestimmung • Gerechtigkeit • Fürsorgepflicht • Schadensvermeidung <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>	<h3>Prinzipien der Pflegeethik</h3> <p>Der Hauptgrundsatz von SeneCura</p> <h3>Näher am Menschen</h3>  <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>	<h3>Prinzipien der Pflegeethik: Näher am Menschen</h3> <p><i>„Wir leben dieses Näher am Menschen ...und aus diesem Grund wird das so und so gemacht. Wir lassen den Bewohner essen, so lange er das kann. Wir nehmen uns die Zeit zu beobachten, ob er es selber macht. Oder wir probieren, wieder zu mobilisieren, und geben ihm einen Rollator in die Hand. Ja, das passiert natürlich schon auch laufend.“</i></p> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>
<h3>Ethik der Pflege: Näher am Menschen</h3> <p><i>„Also jeder Mitarbeiter kann sagen: An erster Stelle ist der Bewohner. Wenn man sagt so, das Leitbild von SeneCura ist ja das. An erster Stelle ist der Bewohner.“</i></p> <p><i>„Für mich persönlich ist dieses Begleiten und Beobachten: ‚Was kann er?, was tut er?, was will er?, wie geht es ihm?‘ schon sehr wichtig. Man versucht das auch zu leben.“</i></p> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>	<h3>Inhalt der Ethik</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begründung von Prinzipien, Werten und Normen, die für das moralisch richtige Handeln ausschlaggebend sind (Prinzipienethik) 2. Kriterien zur Beurteilung von Gut und Böse (Formalethik) 3. Befähigungseigenschaften (Haltungen) für das Gute (Tugendethik) <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>	<h3>Primärerfahrung des Menschen</h3> <h4>Denken – Wollen – Handeln</h4> <p><i>Der Mensch handelt auf Grund eines Strebens, das dem Urteil der Vernunft folgt. Dieses Streben nennen wir „Wollen“.</i></p> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> IMABE</p>

<h3>Strukturmomente einer Handlung</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absicht (Zweck), Ziel 2. Motivation 3. Mittel <hr/> <ol style="list-style-type: none"> 4. Die Folgen und Risiken 5. Die Umstände einer Handlung <p>Wenn alles stimmig und gut ist, handelt der Betreffende klug und gut</p> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>19</small> IMABE</p>	<h3>Der Zweck und die Mittel</h3> <p><i>Auch ein noch so guter Zweck heiligt nicht die Mittel</i></p> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>20</small> IMABE</p>	<h3>Inhalt der Ethik</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begründung von Prinzipien, Werten und Normen, die für das moralisch richtige Handeln ausschlaggebend sind (Prinzipienethik) 2. Kriterien zur Beurteilung von Gut und Böse (Formalethik) 3. Befähigungseigenschaften (Haltungen) für das Gute (Tugendethik) <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>21</small> IMABE</p>
<h3>Ethische Kompetenz</h3>  <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>22</small> IMABE</p>	<h3>Ethik der Tugend Aristoteles (384 - 322 v. Chr.)</h3>  <p>Was ist das, worauf alles im Leben ankommt?</p> <h2>Das Glück</h2> <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>23</small> IMABE</p>	<h3>Ethik der Tugend Aristoteles (384 - 322 v. Chr.)</h3>  <ul style="list-style-type: none"> • Fokus der Ethik: das Glück des Menschen <ul style="list-style-type: none"> – nicht die Pflicht, – nicht das Sollen, steht an erster Stelle. • Voraussetzung: Tugenden <p><small>www.imabe.org</small> <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> <small>24</small> IMABE</p>

Die Tugendethik

- Das Glück, das gelungene Leben, das geglückte Leben
- Der *Lebenssinn* – *Das Glück*
- *Das Gute*

Die Tugendethik

Das Gute und das scheinbar Gute

Das Gute, das Glück und die Lust

Lust → Das Gute → Glück = Tugend

Lust → Das Böse → Unglück = Laster

Die Tugendethik

Schlüsselfrage:

Wie kann ich sicher sein, dass ich mich nicht für das scheinbar Gute, sondern für das objektiv Gute entscheide?

Die Tugend

Die Tugend ist die erworbene stabile Disposition und Neigung (Haltung), das Gute mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit und Spontaneität zu tun

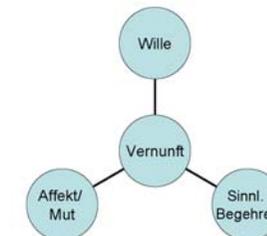


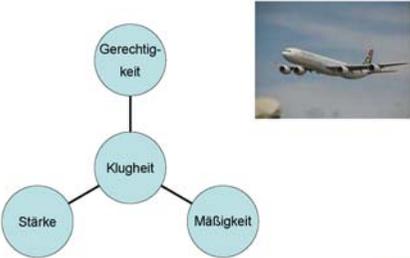
Tugend = Gutes Handeln als „zweite Natur“



- Nicht käuflich
- Nicht herstellbar
- Erwerb: durch Leben: „ethische Identität“
- „Feste Haltungen, innere Dispositionen, die das **Erkennen** und **Vollbringen des Guten** ermöglichen“ – Freude am Guten!

Die vier Motoren des Menschen



<p>Die vier „Batterien“ der guten Handlung/des glücklichen Menschen „Kardinaltugenden“ (lat. <i>cardo</i> „Türangel“)</p>  <p>Klugheit Mäßigkeit Gerechtigkeit Stärke</p> <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 31 IMABE</p>	<p>Die vier Grundtugenden</p>  <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 32 IMABE</p>	<p>Klugheit (Weisheit)</p> <p>Drei Momente der Klugheit:</p> <p>Beratung Urteil Entscheidung</p>  <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 33 IMABE</p>
<p>Klugheit (Weisheit)</p> <p>Fähigkeiten die zur Klugheit gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erfahrungsverwertung Lernfähigkeit Sachlichkeit Unterscheidungsgabe Einsicht Voraussicht Umsicht Vorsicht  <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 34 IMABE</p>	<p>Stärke</p> <p>Zwei Aktionstypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausharren (Geduld) Angreifen (Tapferkeit)  <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 35 IMABE</p>	<p>Mäßigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstbeherrschung Demut Gelassenheit  <p>www.imabe.org <small>Ethische Kompetenz in der Pflege</small> 36 IMABE</p>

Gerechtigkeit

Jedem sein Recht zuerkennen

Der gerechte Pfleger



www.imabe.org

Ethische Kompetenz in der Pflege

17



Tugenden in der Pflege

Empathie	Hilfsbereitschaft	Stärke
Beobachtungsgabe	Wertschätzung	Offenheit
Reife	Kommunikation	Aushalten können
Lernbereitschaft	Sich abgrenzen können	Belastbarkeit
Zuvorkommenheit	Kontaktfreudigkeit	Freundlichkeit
Höflichkeit	Gesprächsbereitschaft	Schamgefühl

Quelle: Forschungsprojekt „Ethische Aspekte des Schmerzmanagements in ausgewählten Pflegezentren von SenecaCura“ Dez. 2012

www.imabe.org

Ethische Kompetenz in der Pflege

18



Ethisches Profil der pflegerischen Tätigkeit

Klugheit	Gerechtig-keit	Stärke	Mäßigkeit
Empathie	Wahrhaftigkeit	Geduld	Selbstbeherrschung
Aufmerksamkeit	Verfügbarkeit	Ausdauer	Gelassenheit
Wachsamkeit	Loyalität	Mut	Demut
Lernfähigkeit	Freundlichkeit	Standhaftigkeit	Bescheidenheit
Sachbezogenheit	Zuverlässigkeit	Großmut	Fleiß
Ordnung	Vertrauen	Mitleid	Freude
Voraussicht	Solidarität	Duldsamkeit	Optimismus

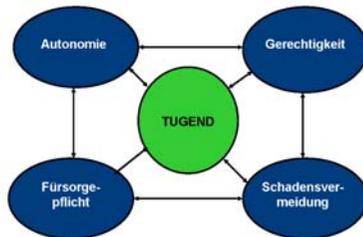
www.imabe.org

Ethische Kompetenz in der Pflege

19



Ethische Kompetenz



www.imabe.org

Ethische Kompetenz in der Pflege

20



Pflege braucht große ethische Kompetenz

Prinzipien und Tugenden bewähren sich in den Extremsituationen

www.imabe.org

Ethische Kompetenz in der Pflege

21



Prinzipien oder Tugenden?

„Persönlichkeiten, nicht Prinzipien bewegen die Welt“

Oscar Wilde (1854-1900)



www.imabe.org

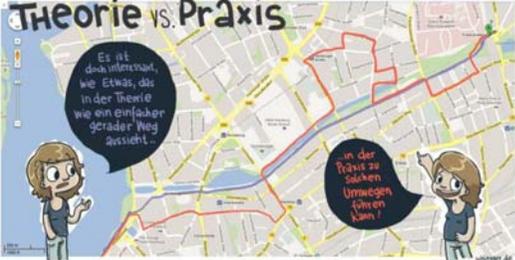
Ethische Kompetenz in der Pflege

22



<h3>Ethische Kompetenz</h3> <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 43 IMABE</p>	<h3>Ethik in der Pflege: Sorge um den ganzen Menschen</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Kompetenz ist gefragt! <ul style="list-style-type: none"> – innere Ressourcen äußerer Taten – dauerhafte positive Charakterhaltung • Tugend ist eine „sinnvolle Investition in sich selbst“ Wirtschaftsethiker A. Suchanek (Die Welt, 12.2.2012) • „Tugend lernt man durch Tätigsein“. Vorbilder sind entscheidend. Medizinerin B. Schöne Seifert (DtSch Arztebl 2011; 108(51-52): A-2758 / B-2302 / C-2270) <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 44 IMABE</p>	<h3>Ethische Kompetenz</h3> <p>Charakter stärken</p> <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 45 IMABE</p>
<h3>Ethische Kompetenz entfalten Der Entwicklungsplan</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Ausbau von Stärken • Mittel: Festlegung von Maßnahmen • Kontrolle: Messungsart des Fortschritts <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 46 IMABE</p>	<h3>Was bringt Ethik in der Pflege</h3> <p>Für das Pflegepersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allumfassende Kompetenz • Zufriedenheit (innere und äußere) • Selbstbewusstsein • Sicherheit im Handeln <p>Für die Bewohner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geborgenheit • Wohlbefinden • Vertrauen • Sicherheit <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 47 IMABE</p>	<h3>Danke!</h3> <p>www.imabe.org Ethische Kompetenz in der Pflege 48 IMABE</p>

Anhang VI: Intervention „Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis“

<p>Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis</p> <p>Susanne Kummer IMABE, Wien</p> <p>IMABE</p>	<p>Kommunikation in der Pflege</p>  <p>www.imabe.org Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis IMABE</p>	<p>Test: Das 4-Ohren-Modell</p> <p>www.imabe.org Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis IMABE</p>
<p>Ergebnisse Forschungsprojekt SeneCura</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kommunikation ist für die Beziehung von Pflegepersonen und Angehörigen sowie Bewohnern und Pflegepersonen entscheidend2. Ethik ist aus dem Umgang mit den Angehörigen und den Bewohnern nicht wegzudenken3. Durch präventive Kommunikation lassen sich viele Konflikte vermeiden <p>www.imabe.org Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis IMABE</p>	<p>Ziel: Kommunikation verstehen Weg von der Theorie in die Praxis</p>  <p>www.imabe.org Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis IMABE</p>	<p>VIDEO: „Empathie im Business“</p> <p>Situation: Empfang im Krankenhaus</p> <p>www.imabe.org Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis IMABE</p>

Ethisches Profil der pflegerischen Tätigkeit

Klugheit	Gerechtigkeit	Stärke	Mäßigkeit
Empathie	Wahrhaftigkeit	Geduld	Selbstbeherrschung
Aufmerksamkeit	Verfügbarkeit	Ausdauer	Gelassenheit
Wachsamkeit	Loyalität	Mut	Demut
Lernfähigkeit	Freundlichkeit	Standhaftigkeit	Bescheidenheit
Sachbezogenheit	Zuverlässigkeit	Großmut	Fleiß
Ordnung	Vertrauen	Mitleid	Freude
Voraussicht	Solidarität	Duldsamkeit	Optimismus

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

7 IMABE

Drei Elemente der Kommunikation

	Kompetenz	Haltungen
Ethos	„Innere Kompetenz“ → Glaubwürdigkeit, Vertrauensperson	Authentizität Verlässlichkeit Loyalität Wahrhaftigkeit
Pathos	„Soziale Kompetenz“ → Sich-Einfühlen-Können	Empathie Hilfsbereitschaft Mitleidsfähigkeit
Logos	„Argumentative Kompetenz“ → Folgerichtigkeit, Klarheit der Information	Weisheit (Klugheit) Fertigkeiten: Technik

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

8 IMABE

Ethik in der Kommunikation

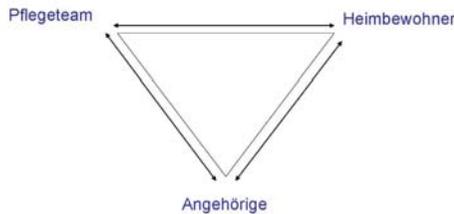
„Also, Ethik ist aus der Pflege nicht weg zu denken. Das sollte schon eine Einheit sein [...] Bezogen auf den Umgang mit dem Bewohner, bezogen auf den Umgang miteinander und bezogen auf den Umgang mit den Angehörigen.“

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

9 IMABE

Kommunikation und Ethik



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

10 IMABE

Kommunikation verstehen

Präventive Kommunikation
Konflikte lösen lernen



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

11 IMABE

Sach- und Beziehungsebene
in der Kommunikation (P. Watzlawick +2007)

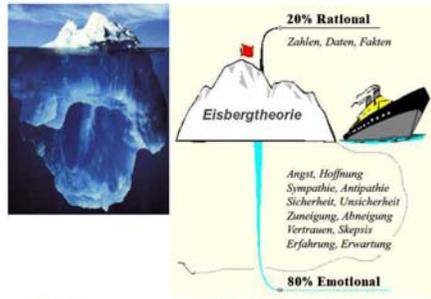
- Kommunikationsprozesse haben **zwei Ebenen:**
 - Sach-/ Inhaltsebene
 - Beziehungs-/ Gefühlsebene
- „Wenn die Beziehungsebene gestört ist, können Sie sagen, was Sie wollen: der andere versteht Sie nicht!!“

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

12 IMABE

Ursachen des Scheiterns



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

13 IMABE

„Vier-Ohren-Modell“ nach Friedemann Schulz v. Thun (*1944)



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

14 IMABE

Die vier Ohren des Empfängers



(Schulz von Thun, 1981)

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

15 IMABE

Das Kommunikationsquadrat (Kombination Watzlawick und Schulz v. Thun)



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

16 IMABE

Auswertung – Test: „Vier-Ohren-Modell“

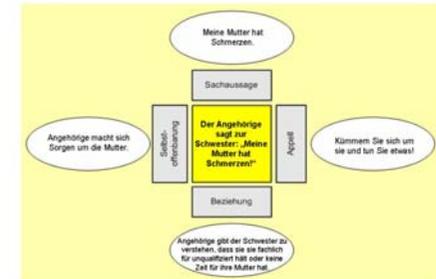


www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

17 IMABE

Vier Seiten einer Nachricht



www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

18 IMABE



Meine Seele – ein Garten...

- *Pflanze einen Gedanken und du erntest eine Tat.*
 - *Pflanze eine Tat und du erntest eine Haltung.*
 - *Pflanze eine Haltung und du erntest einen Charakter.*
- *Es hat Sinn, an sich zu arbeiten!*

www.imabe.org

Kommunikation und Ethik in der Pflegepraxis

15

IMABE

Hier geht's lang!



Danke!

IMABE