

## Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen – zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung

|  |    |
|--|----|
| 1. Pflegeethos und Pflegepraxis im gesellschaftlichen Wandel                 | 22 |
| 2. Neue Rahmenbedingungen und Managementstrategien in der beruflichen Pflege | 25 |
| 3. Gefährdungen des Ethos fürsorglicher Praxis                               | 29 |
| 4. Notwendige Ressourcen und Rahmenbedingungen für das Ethos guter Pflege    | 32 |

*Eva  
Senghaas-  
Knobloch*

*Prof. em. des Fach-  
bereiches Gesund-  
heitswissenschaften  
der Universität  
Bremen; z. Zt. For-  
schungszentrum  
Nachhaltigkeit (ar-  
tec) der Universität  
Bremen*

**Auszug aus WISO 4/2014**

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@isw-linz.at](mailto:wiso@isw-linz.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

## 1. Pflegeethos und Pflegepraxis im gesellschaftlichen Wandel

Im Museum der Universität Marburg findet sich ein Bild, das vielleicht um 1300 entstanden ist. Es zeigt Elisabeth von Thüringen pflegend an einem Krankenbett in einem Raum, in dem noch weitere Betten mit kranken Personen zu sehen sind. Es scheint, als ob Elisabeth vor dem ersten Bett kniet, in der linken Hand hält sie einen Gegenstand, der wie ein Laib Brot aussieht, mit der rechten Hand reicht sie dem Patienten, dessen Körper und Hände sich unter dem Betttuch abzeichnen, einen Löffel mit Nahrung. Elisabeth hatte nach ihrem Weggang aus Thüringen im Jahre 1228 in Marburg ein Hospital gegründet. Wie anders sehen demgegenüber Bilder der Krankenpflege in Kliniken des 21. Jahrhunderts aus! Auf einem Foto aus einer Intensivstation sind von der offenbar beatmeten Person auf einem Spezialbett nur bestrumpfte Füße und der linke nackte Arm zu erkennen, an dem Kanülen und Schläuche hängen. Eine Krankenschwester macht sich auf der vom Betrachter abgeneigten Seite an einem Apparat an der Seite des Patienten zu schaffen, möglicherweise geht es um künstliche Ernährung oder lebensnotwendige Medikamentenzufuhr.

Der Vergleich der zwei Bilder eines Zeitsprungs über achthundert Jahre hinweg macht deutlich, aus welcher Tradition die moderne Pflegearbeit in Europa kommt, was sich geändert hat, aber auch, was sich wenig gewandelt hat: Beide Bilder zeigen die existenzielle Angewiesenheit (Senghaas-Knobloch 1999) von Menschen auf lebensnotwendige Sorgetätigkeiten. In der Pflege sind damals wie heute vor allem Frauen tätig. Nächstenliebe war das Leitmotiv für die Kranken- und Siechenpflege, denen sich im Mittelalter vor allem religiöse Ordensfrauen und Mitglieder anderer religiöser Gemeinschaften widmeten, eine Tradition, die in Deutschland und Österreich bis über die Mitte des 20. Jahrhunderts hinaus andauerte. Der Pflegeberuf war eine lebenszeitliche Berufung; von den berufenen Schwestern wurde eine zölibatäre Lebensweise in der Gemeinschaft gefordert (Kumbrock 2009). Heute gibt es demgegenüber nur noch wenige aktive Ordensfrauen, Diakonissen oder Diakonieschwestern in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Gleichwohl bilden Frauen mit 80 bis 90 Prozent aller Pflegekräfte in Klinik und Pflegeeinrichtungen noch immer die große Mehrheit.



*Pflege ist zu einem gesellschaftspolitischen Thema geworden*

Und Pflege ist zu einem gesellschaftspolitischen Thema geworden, denn sie markiert große gesellschaftliche Veränderungen. Fünf Aspekte des gesellschaftlichen Wandels sind besonders hervorzuheben:

- Frauen sind weiterhin für Sorgetätigkeiten im häuslichen Bereich die Hauptzuständigen. Doch im institutionalisierten Kontext sind Vorstellung und Zuschreibung eines zeitlich unbegrenzten besonderen „weiblichen Liebedienstes“ heute von dem Konzept eines modernen Frauenberufs abgelöst worden, der einer spezifischen beruflichen Qualifizierung bedarf und in begrenzten Arbeitszeiten ausgeübt wird, die ein eigenes Familienleben nicht ausschließen.
- Dem entsprechen die emanzipativen Ziele der Frauen, eine ökonomische Selbständigkeit durch eigene Berufsarbeit anzustreben. Neue EU-Vorgaben für die Verallgemeinerung von Erwerbstätigkeit (ohne gleichzeitige Verallgemeinerung der alltäglichen Sorgetätigkeiten) haben diese Ziele allerdings für wettbewerbs- und demografienpolitische Motive vereinnahmt, denn es gilt Arbeitskräfteknappheit zu vermeiden.
- Die veränderten demografischen Gegebenheiten führen zu einer alternden Gesellschaft, die auch mit der Zunahme gebrechlicher und pflegebedürftiger alter Menschen einhergeht.
- Der medizinische Fortschritt hat das Tätigkeitsspektrum der Pflegeaufgaben stark verändert. Dem Leibeswohl wird oft vermehrt mittels maschineller Kontrolle gedient.
- Seit den 1990er-Jahren setzen sich zudem Auffassungen einer reduzierten Sozialstaatlichkeit durch, die im Gesundheitsbereich zu Privatisierungen und Strategien der Kostensenkungen auch und gerade im Pflegebereich beitragen.

*das Pflegeethos umfasst eine besondere Handlungs-rationalität*

Es ist diese neue Gesundheits- und Sozialpolitik, die den Kern des spezifisch pflegerisch-heilkundlichen Handelns berührt: den achtsamen und kompetenten Umgang mit den Pflegebedürftigen, der die leib-seelische Verletzlichkeit von Menschen in Krisensituationen berücksichtigt und auf einem spezifischen *Ethos fürsorglicher Praxis* (Senghaas-Knobloch 2008) basiert. Dieses Pflegeethos umfasst eine besondere Handlungs-rationalität, die mit einer bestimmten Haltung der Pflegepersonen verbunden ist: *Fürsorgerationalität*<sup>1</sup>. Diese entspricht nicht der gängigen Vorstellung instrumenteller Rationalität, denn sie beachtet die

Bedeutung der direkten Beziehungsaufnahme zu den Patienten und Patientinnen, deren Zeitrhythmen und deren je situativ bedingter Befindlichkeit. Dabei kommt es auf die umfassende Wahrnehmung von Sinneseindrücken auf Seiten der Pflegenden an, die nicht nur das Sehen betreffen, sondern auch das Riechen, Hören und Tasten. Zum Ethos guter Pflege gehört vor allem die Reflexion darüber, dass Pflegebeziehungen in der Regel eine asymmetrische Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Pflegeperson implizieren.

Gegenwärtig befindet sich die berufliche Pflege in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld der an sie gerichteten Erwartungen, die sich zwischen Bewahrung des Pflegeethos und einem von ökonomischen Zielen geleiteten effizienzorientierten Handeln bewegen. (Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008) Im Folgenden wird die Bedeutung dieses Spannungsfelds im Kontext der Rahmenbedingungen in Deutschland entfaltet, wobei besonders auf qualitative empirische Forschungsbefunde des Forschungsverbands „Neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis – am Beispiel Pflege“ Bezug genommen wird.

## **2. Neue Rahmenbedingungen und Managementstrategien in der beruflichen Pflege**

In Deutschland sind mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 Privatisierungen und Wettbewerb gefördert worden.<sup>2</sup> Mit dem Ziel der Kostendämpfung traten an die Stelle des zuvor geltenden Kostendeckungsprinzips für kommunale oder gemeinnützige Einrichtungen Vertragsverhältnisse mit den Organisationen; für die Behandlung von Kranken und pflegebedürftigen Menschen wurde das Prinzip „ambulant vor stationär“ aufgestellt. In den Kliniken wurde ab 1996 das von den USA übernommene Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG) übernommen, demzufolge die Kliniken einen ökonomischen Anreiz haben, die sog. Liegedauer der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht über diejenige stationäre Behandlungszeit hinaus auszudehnen, die für ihre je diagnostizierte Krankheitsgruppe festgelegt wurde. (Braun et al. 2010, 50); Stolz-Willig/Christoforides 2011)

*Fallpauschalen  
reduzieren die  
Liegedauer*

Die Zahl der Pflegestellen in den Kliniken mit Betten führenden Bereichen wurde allein zwischen 1996 und 2007 um das

|  |   |
|--|---|
| <i>atypische Beschäftigungsverhältnisse bilden in der Altenpflege die Mehrheit</i> | <p>Äquivalent von insgesamt 50.000 Vollzeitstellen reduziert, die Zahl der atypischen Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege (Teilzeit, Minijobs, Leiharbeit) stieg stark an, auch weil so die Dienstplangestaltung bei einer reduzierten Anzahl von Pflegekräften erleichtert wird. Das gilt auch für die Pflegeeinrichtungen. In Pflegeheimen beträgt der Teilzeitanteil laut Pflegestatistik 2013 61 %, in ambulanten Pflegediensten 70 %. (Statistisches Bundesamt 2013, 10ff) Die durch die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführten Altenpflege- und Betreuungsdienstleistungen werden inzwischen in Deutschland von Kommunen nur noch zu 1 Prozent, von freigemeinnützigen Trägern zu 36 Prozent und von privatwirtschaftlich arbeitenden Unternehmen zu 63 Prozent (mit weiter wachsendem Anteil) erbracht. Die ambulanten Dienste rechnen mit ihren (in marktwirtschaftlicher Semantik zu KundInnen erklärten) Pflegebedürftigen nach festen Sätzen für einzelne Verrichtungen ab. Dieses aus der Industrie entlehnte, dort aber weitgehend überwundene Verrichtungsprinzip wird seit Langem als „Minutenpflege“ kritisiert, die auch nach neueren Gesetzesweiterentwicklungen noch nicht überwunden ist.</p> |
| <i>Kundenrolle der PatientInnen</i>  | <p>Mit der Privatisierung und damit verbundenen Ökonomisierung wird den PatientInnen eine Kundenrolle zugeschrieben; sie soll – gegenüber den im alten Medizinsystem nicht selten entmündigenden Praktiken – die Patientenautonomie befördern. Ob und wie sich aber die KundInnenrolle mit der Position der PatientInnen verträgt, ist durchaus umstritten.</p>   |
| <i>Dokumentation im Konfliktfeld</i>   | <p>Die Qualität des Pflegehandelns soll durch Pflegestandards und Dokumentation gesichert werden. Die gesetzlich vorgesehene Dokumentation in Kliniken und Pflegeheimen ist allerdings von vornherein in einem konfliktiven Umfeld verschiedener Interessen verortet: Es geht zugleich um den Nachweis der Maßnahmen, die Erleichterung der Kommunikation, die Beurteilung des Heilungsverlaufs, die Protokollierung der vorgesehenen Maßnahmen, die Leistungserfassung der Beschäftigten und den Selbstschutz der Einrichtungen im Streitfall mit PatientInnen oder deren Angehörigen. (Sträßner 2010)</p>   |
| <i>Intensivierung der Arbeit</i>   | <p>Im Ergebnis führten alle diese Veränderungen für die Pflegekräfte zu einer starken zeitlichen Verdichtung und einer Intensivierung ihrer Aufgabenerfüllung, wie auch in Studien aus anderen Ländern</p>  |

berichtet wird. (Braun et al 2010, 45ff.) Die Veränderungen tragen dazu bei, dass sich die Pflegekräfte bei ihrer Berufsausübung in einem alltäglichen Konfliktfeld erleben, denn die Einrichtungsleitungen fordern von den Pflegekräften Effizienz und Qualität, wobei sie eher auf Standardisierung setzen; die Pflegebedürftigen wünschen sich von den Pflegekräften individuelle Zuwendung, und die Pflegekräfte selbst möchten ihr persönliches berufliches Pflegeethos einbringen, ohne jedoch ihre Erwerbs- und Vereinbarungsinteressen aufgeben zu müssen.

Bei der alltäglichen Bewältigung dieses Konflikts kommt es zu symptomatischen Alarmsignalen: zum einen zu vermehrten Krankheitstagen und zum anderen zu einer verringerten Verbleibszeit im Beruf. Die Beschäftigten in der Pflege weisen überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage auf. Erschöpfungskrankheiten sind besonders häufig. Behrens und Forschungsteam fanden 2007 in Rheinland-Pfalz, dass 50 % der jungen AltenpflegehelferInnen den Beruf schon nach 3 1/2 Jahren wieder verlassen. (Behrens et al. 2007, 22) Etwas jüngere vergleichende Untersuchungen für Berlin und Brandenburg kommen zu ähnlichen Ergebnissen. (Wiethölter 2012, 28) Auch denkt eine von fünf Pflegekräften in Krankenhäusern mehrmals im Monat darüber nach, den Beruf zu verlassen. (DBFK 2008/9, 11) In der Alten- und in der Krankenpflege weisen die Beschäftigten im Helferstatus besonders viele Krankheitstage und eine geringere Berufstreue auf. Das spricht dafür, dass ihnen kaum Ressourcen zur Verfügung stehen, um mit den Herausforderungen und Belastungen umgehen zu können.<sup>3</sup>

*Alarmsignale*

Die Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit von 2007/2008 (Fuchs 2008) ergab, dass 46 Prozent der KrankenpflegerInnen ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als belastend erlebten: Ihnen zufolge fehlt es an Ressourcen: gute soziale Beziehungen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie Unterstützung durch Vorgesetzte; die Anforderungen werden als zu hoch und das Arbeitsumfeld als nicht ergonomisch gestaltet erlebt. In der Altenpflege erlebten diese Belastungsfaktoren und fehlende Ressourcen sogar 52 Prozent der Befragten.

*Belastungs-  
erleben*

Nach unseren Untersuchungsbefunden im Forschungsverbund „Neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher

*unsichtbare  
Anteile guter  
Pflegepraxis*

Praxis – am Beispiel Pflege<sup>4</sup> zeigt sich, dass die erlebten Belastungen vielfach damit zu tun haben, dass die im Pflegeethos zentralen, aber unsichtbaren Anteile guter Pflegepraxis nicht unterstützt, sondern behindert werden, in der Organisation keine Anerkennung finden und in der Dokumentation keinen Platz haben. Diese unsichtbaren Anteile bestehen zum einen in den vielfältigen Gewährleistungs- und Vermittlungsaufgaben, die Pflegekräfte in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu verschiedenen anderen Funktionsgruppen haben, sei es zur Ärzteschaft, dem Labor oder der Apotheke u.a.m. Zum anderen geht es bei den unsichtbaren Anteilen um die gute Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten. Christel Eckart (2000, 19) begreift diese als eine besondere Konstellation von Reziprozität. „Reziprozität in der Fürsorge ... entsteht durch die Akzeptanz der Beziehung.“ Eine leitende Schwester formuliert in der Semantik der neuen Dienstleistungssprache, was hier konkret auf dem Spiel steht:

„Das Produkt von Pflege ist nicht nur von einer Pflegeperson abhängig, sondern auch vom Patienten, wie er das annimmt. Wenn er eine Maßnahme nicht gut findet, weil er das als Übergriff oder weil er es als seine Schamgrenze überschreitend empfindet, und er lehnt dieses in der Dienstleistung ab, dann kommt kein gutes Produkt raus. So, das ist eben die Schwierigkeit. Ja, und sagen wir mal als Produkt, die Zuwendung, lässt sich ganz schlecht messen und geht im so genannten Pflegecontrolling auch unter. Man versucht, Messinstrumente zu entwickeln, aber Zuwendung oder ein Lächeln, was oft eine Rolle spielt, kann man schlecht messen.“ (Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008, 102))

*Bedeutung von  
Gefühlen in der  
Pflegebeziehung*

Die Bedeutung von Gefühlen, die sich aus dem Beziehungscharakter der Pfl egetätigkeit (Böhle/Glaser 2006) ergeben, ist seit Langem erkannt.<sup>5</sup> Wolfgang Dunkel (1988) hat aufgezeigt, dass Gefühle als Arbeitsmittel, Arbeitsgegenstand und als Bedingung wirksam sind. Gefühle als *Arbeitsmittel* implizieren Einfühlung, Empathie in all ihrer Violdimensionalität, denn es geht um affektive, kognitive, kommunikative und motivationale Handlungsanteile. Empathie ermöglicht situationsgerechtes Handeln und das situativ richtige Maß an Körperkontakt, Distanz und Nähe. (Duppel 2005) Wenn durch Empathie das Pflegehandeln gelingt,



so wird dies auf Seiten der Pflegekräfte zu einer Quelle von tiefer Befriedigung, Stolz und Freude.

Als *Arbeitsgegenstand* wurden Gefühle im Gesundheitswesen schon früh von Anselm Strauss (Strauss et al. 1980) thematisiert. Es geht um die Beeinflussung der Stimmung und Gefühlslage der Pflegebedürftigen durch Zuwendung – sei es, damit überhaupt bestimmte notwendige Handlungen an den Patienten durch tröstende, beruhigende, aufmunternde Worte ermöglicht werden, sei es, damit diese generell in eine zuversichtliche, heitere, heilungsförderliche Stimmung versetzt werden.

Der Einsatz von *Gefühlen als Bedingung* bedeutet einen kompetenten Umgang mit den *eigenen Gefühlen* der Pflegekräfte; es geht um die *Emotionsarbeit*, die Pflegekräfte aufbringen müssen, wenn sie in ihrem Pflegealltag mit Trauer, Mitleid, Ärger, Ekel und anderen eigenen Affekten zurechtkommen müssen; denn in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen darf es in einer professionsethischen Perspektive nicht zu ihrem Ausagieren kommen, da die PatientInnen in einer asymmetrischen Abhängigkeitskonstellation zu den Pflegekräften stehen.

Alle diese unsichtbaren Anteile an guter Pflegearbeit sind gefährdet, wenn notorischer Zeitdruck herrscht. Genau diese Gefährdung aber kommt beispielsweise in der nüchternen Aussage eines erfahrenen Krankenpflegers zum Ausdruck: „Die Arbeitsdichte und die Art der Arbeit passen nicht zusammen. Dass ich meine Arbeit gar nicht gut machen kann, belastet mich.“ (Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2010, 226) Wenn die Zeit- und Effizienzvorgaben am industriellen Verrichtungsprinzip orientiert sind und wenig mit dem berufsspezifisch gebotenen Personenbezug zu tun haben, stehen viele Pflegekräfte in einem alltäglichen Stressfeld, das sie krank machen kann, besonders durch Erschöpfungserkrankungen. Aber nicht nur hohe Krankenzahlen können die Folge sein, auch das Ethos guter Pflege ist gefährdet.

*Zeitdruck gefährdet unsichtbare Pflegeanteile*

### 3. Gefährdungen des Ethos fürsorglicher Praxis

Wer in der beruflichen Pflege tätig ist, hat tagtäglich mit Rahmenbedingungen zu tun, in denen die primär sachbezogene Leistungserbringung im Vordergrund steht und die humanen Inhalte

pflegerischen Handelns schwer integrierbar sind. Lehrbücher über Ethik in der Pflege, wie beispielsweise das Lehrbuch von Reinhard Lay (2004, 156), kommen entsprechend zu dem Schluss, dass Pflegemodelle philosophisch-ethisch und nicht nur pragmatisch oder ökonomisch begründet werden müssen. Pflegeethik müsse im Zentrum der Konzeption von Pflegequalität stehen.

Nicht zuletzt aktuelle Enthüllungen über Misshandlungen von Schutzbefohlenen verdeutlichen die beispiellose Verantwortung von Einrichtungen, die mit Pflege zu tun haben, aber auch die elementare Bedeutung von professioneller Selbstreflexion bei jenen, die beruflich in der Pflege tätig sind. Gefährdungen ergeben sich, wenn organisatorische Strukturen fehlen, die einen Geist der guten Interaktion in der Pflegesituation, der kollegialen Krisen- oder Fallbetrachtung und der partizipationsorientierten Führung unterstützen können. Ihr Ethos fürsorglicher Praxis bringen Pflegekräfte auch zum Ausdruck, wenn sie beschreiben, warum sie Pflegeeinrichtungen auf eigene Initiative hin verlassen haben. So erzählt eine Altenpflegerin über den Ort, den sie verlassen hatte:

*Misshandlungen  
der Pflege-  
bedürftigen*

„Ich konnte es psychisch nicht verkraften, wie da mit den Menschen umgegangen wurde. Da musste man ... Wir waren morgens mit 32 schwerstkranken Bewohnern, waren wir mit drei Pflegekräften. Die Strukturierung war da auch jeden Tag so: Jeden Tag musste jeder geduscht werden. Zigarettenpausen waren da das Wichtigste. Es fing um halb sieben an, der Dienst, um sieben musste die erste Zigarettenpause gemacht werden. Wenn man dann gesagt hat: Nein, ich bin noch nicht so weit, dann wurde man da schon als Kollegenschwein, sag ich mal, hingestellt. Ja, „Streber“ und „willst du nichts mit uns zu tun haben“. Also hat man sich dem erst mal angepasst. Aber Sie können sich das ja vorstellen: Wenn man in zwei Stunden zehn Bewohner duschen soll, wie man die duscht. Das heißt, die werden von oben bis unten abgeseift, man hat das Handtuch genommen: von oben bis unten runter, hat die dann angezogen, hatte Schwierigkeiten, die Kleidung anzukriegen, weil ja die Haut noch viel zu nass war. Ja, und essen auch: Da herrschten wirklich noch Sachen wie Nase zuhalten, damit der Mund aufgeht. Dass man was zu trinken reinkriegt. Und nach einer gewissen Zeit habe ich gedacht, das kann ich psychisch nicht durchhalten.“ (Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008, 106f.)

Diese Schilderung inhumaner Behandlung alter, kranker Menschen macht deutlich, dass Qualität in der Dienstleistung Pflege andere Voraussetzungen hat als die Qualität eines gegenständlichen Produkts oder eines anderen Typs von Dienstleistung. Gute Pflege als Bestandteil fürsorglicher Praxis ist ohne eine Haltung der Verantwortlichkeit, der Anteilnahme und Zuneigung zu den Menschen, die von den Pflegenden unmittelbar abhängig sind, nicht denkbar. Gute Pflege ist gefährdet in Situationen, die den Pflegenden keinen Raum für professionelle Handlungsweisen und eigene Bedürfnisse lassen. Wer sich inhumanen Organisationsbedingungen ausgesetzt sieht, wird unter Umständen hart gegenüber dem Gegenstand seiner Arbeit, auch wenn es Menschen sind.

*inhumane  
Arbeitsbedin-  
gungen gefähr-  
den humane,  
gute Pflege*

Untersuchungen zeigen, dass es unter schlechten organisatorischen Rahmenbedingungen zur Herausbildung zynischer oder komplizenhafter Organisationskulturen kommen kann. Wenn institutionalisierte Dialoge zur Lösung von strukturellen und situativen Störungen im Pflegealltag fehlen, kann es beispielsweise zur medikamentösen Ruhigstellung oder Fixierung unruhiger Patienten kommen, ohne dass zuvor ausreichende Versuche zur Kommunikation unternommen oder Ärzte konsultiert wurden; und die Dokumentation wird zu einem Dokument, das der tatsächlichen Pflegepraxis nicht entspricht und zur Sicherung guter Pflegequalität nicht beiträgt. In einer Untersuchung zur Situation in Intensivstationen wurde in einem Fall sogar intern von „Kurventuning“ gesprochen und der Interviewerin bedeutet, dass die Dokumentation mit der Wirklichkeit nur entfernt zu tun habe. (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2014 i. E.) Während in diesem Fall nicht aufgeschrieben worden ist, was gleichwohl getan worden ist (die selbst autorisierte Abgabe von Medikamenten), wird aus einigen Stationen anderer Einrichtungen berichtet, dass sich eine Kultur in der Pflegebelegschaft eingespielt habe, in der aufgeschrieben wird, was gar nicht getan worden ist – von einer Medikamentenverabreichung bis zur Dekubitusprophylaxe. Wenn sich die Arbeitskultur in einer Organisation schon in diese Richtung entwickelt hat, ist es offenbar schwer, hiergegen anzugehen. Nur wenige scheinen sich dann solcher missbräuchlichen Praxis zu verweigern, wie etwa die Pflegekraft, die ihr Tun so beschreibt: „Sollte die Zeit nicht ausreichen, dann geht die Zeit zu 100 % für die Patienten und zu 0 % in die Dokumentation. Ich lasse

*zynische oder  
komplizenhafte  
Arbeitskulturen  
können sich  
herausbilden*

die Zettel liegen. Die sterben nicht, die Patienten schon.“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2014 i. E.)

#### 4. Notwendige Ressourcen und Rahmenbedingungen für das Ethos guter Pflege

Was kann gegen den Zerfall und die Auflösung des Ethos guter Pflege getan werden? In den Dialogkonferenzen mit Pflegekräften in verschiedenen Positionen und Fachgebieten sowie mit Verbandsvertreterinnen wurden vor allem drei Themen hervorgehoben (Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008a):

*Sprachfähigkeit*

- Zum einen ging es um die Sprachfähigkeit für die Vieldimensionalität guter Pflegearbeit, und zwar nach innen wie nach außen. Entscheidend ist aber, dass eine gute Sprachform für die bisher unsichtbar gehaltenen Anteile gefunden wird, die sie erkennbar und kommunizierbar machen.
- Zum Zweiten muss dementsprechend öffentlich verdeutlicht werden, dass jede in Pflegehandlungen eingesetzte Arbeitszeit zugleich erlebte Lebenszeit für beide Seiten der Pflegebeziehung ist. Wenn eine gute Beziehung als ein „Gut“, richtigerweise auch als ein „öffentliches Gut“ (Rosanvallon 2013) betrachtet wird, dann wird deutlich, dass die *Herstellung* dieses Gutes in der Praxis gleichzeitig mit seiner *Nutzung* bzw. seinem *Empfangen* geschieht. Zeit in der Pflege kann nicht gespart werden, sie kann nur gut oder nicht gut eingesetzt und erlebt werden.
- Zum Dritten kommt es darauf an, den *leib-seelischen Zusammenhang* in Krankheits- und Pflegesituationen zu beachten. Eine in der Pflegeausbildung leitende Schwester äußert dementsprechend: „Und diese Ganzheitlichkeit, die ja in der Medizin oder in der Pflege auch getrennt ist, da gibt es ja Patienten nur als Organ und nicht in der Einheit von Körper, Geist und Seele. Und wir versuchen, das wieder hinzubekommen, also ein Gefühl der Solidarität auch herzustellen zu Kranken.“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, 28)

*gute Pflegebeziehungen als öffentliches Gut*

*Selbstwirksamkeit*

Die praktische Beachtung, dass die Pflegebedürftigen Individualität haben und jede Handlung an ihnen eine interpersonale Beziehung impliziert, hilft den Pflegekräften dabei, ihre professionelle Kompetenz und Selbstwirksamkeit erfahren zu können, aber

auch die Pflegerolle persönlich auszugestalten. So finden sich viele Aussagen, die sich auf das Thema *Einfühlungsvermögen* beziehen, so beispielsweise: „Wenn er nicht will, dann versuche ich das auch nicht unbedingt“. Auch die wichtige Aufgabe der *Gefühlsarbeit*, die von einer Pflegefachkraft als „psychologische Wundversorgung“ benannt wird, wird häufig thematisiert, so z. B. in der Aussage: „Indem man halt da ist, ihnen zuhört, mit ihnen redet, kommuniziert“; „ich sehe einfach am Patienten, dass ich damit etwas bewirke.“

Insbesondere ein guter, für Pflegebedürftige und Pflegekräfte zuträglicher und würdiger Umgang mit den eigenen Emotionen, also die Aufgabe der *Emotionsarbeit* bedarf der professionellen und organisatorischen Unterstützung für die Praktiken, die sich nach Ansicht der Pflegekräfte bewährt haben: auf die eigenen körperlichen und emotionalen Schwachpunkte achten; sich nicht zum Umgang mit Menschen zwingen, mit denen man zumindest zeitweilig emotional nicht zurechtkommt; Selbstpflege als integralen Bestandteil von guter Pflege betrachten. Eine Diakonieschwester begründete diese guten Praxisregeln mit dem Bild einer stetig aufzufüllenden Energiequelle. In diesem Bild wird die Qualität der Pflege durch persönlich verbindliche Professionalitätsansprüche und den reflektierten, richtigen Bezug zu den eigenen inneren Energien im Sinne von Gesundheitsressourcen beschrieben. Für viele Pflegekräfte kommen diese aus dem kollegialen Team: „Unser gutes Team gibt mir viel Kraft und Sicherheit im Handeln“.

Für das Ethos guter Pflege ist auch wichtig, dass die Pflegenden im Pflegealltag positive Arbeitsempfindungen erleben können. Dazu gehören Stolz, Freude, Erleben von Anerkennung. Die folgende Darstellung wurde von einer Schwester gegeben, die nach eigener Aussage gern in einer Abteilung für Demenzkranke einer diakonischen Altenpflegeeinrichtung tätig ist:

„Schöne Sachen sind für mich immer, wenn man sieht, so kleine Erfolgserlebnisse – mögen sie auch noch so klein sein. Dass jemand, ich sag mal, der gar nichts mehr essen kann, auf einmal selber zum Teller greift und sich ein Stück Brot nimmt. Ja, oder selbst mal zur Tasse greift. ... Oder wir hatten am Mittwoch als Beispiel hier Freimarktsfeier ... decken dann unten in dem Raum

schön die Tische, also machen meistens dann eine lange Kaffeetafel mit weißer Tischdecke und schönem Geschirr. Haben diesmal Waffeln gebacken, weil wir gesagt haben, über den Geruchssinn kommt so ein bisschen was vom Freimarkt. Und hatten dann auch jemand, der Quetschkommode gespielt hat und die Bewohner richtig wieder mitgingen. Ein paar standen auf und wollten mit uns tanzen. Das sind dann wieder so ganz schöne Momente, wo man sagt: Oh, toll, nicht, und so, ich sag mal als Beispiel, diesen Tisch decken und wir schleppen die Stühle hin und her, die Tische hin und her, ist eine Zusatzarbeit. Aber, wenn man dann wieder sieht, welcher Erfolg dabei rüberkommt, wie die Gesichter strahlen, dann sagt man wieder, toll, nächstes Mal wieder.“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, 28)

In diesem Sinn berichten viele Pflegekräfte über ihre Bemühungen, Pflegebeziehungen gut zu gestalten, und den emotionalen Gewinn, den sie daraus ziehen, wenn sie sich anerkannt und sich selbst auch als Person wahrgenommen sehen; so ein junger Pfleger im Krankenhaus: „Wenn ich morgens um 6.15 mit der Waschschale komme, dann freuen die sich trotzdem, weil ich es bin, weil ich eine gute Stimmung verbreite.“ Eine Altenpflegerin in einem Altenheim erzählt: „Es strahlen auch manchmal die Augen, und es gibt ein bisschen was zurück.“ Eine in der ambulanten Pflege tätige Altenpflegerin verdeutlicht: „Es berührt mich dann so, wenn jemand sagt: ‚Ach es ist so schön, dass Sie kommen‘.“ Eine Pflegekraft, die in einer Tagesklinik arbeitet, äußert: „Und es kommt halt auch unheimlich viel zurück, weil sie sich an einen erinnern.“

Um das Ethos guter Pflege zu unterstützen und zu stärken, bedarf es offenbar auf der Ebene der Organisationen und Einrichtungen struktureller Maßnahmen. Hierbei hat sich das analytische und gestaltungsorientierte Konzept organisationaler Achtsamkeit nach unseren Erfahrungen bewährt (Becke/Senghaas-Knobloch 2014, 28ff.; Becke et al. 2013) Es setzt auf Kommunikationsformen, welche die Aufmerksamkeit der Organisationsmitglieder auf problematische Entwicklungen lenken, z. B. Überlastungssituationen, Krankheitsgefährdungen, fehlerhafte Handlungen oder die dem Primärziel der Organisation (z.B. in der Klinik: Heilung) widersprechen. Am besten ist es, wenn diese Kommunikationsformen ins reguläre Organisationsgeschehen so integriert

*das Gestaltungs-  
konzept  
organisationaler  
Achtsamkeit*

werden können, dass schon bestehende Routinen und Foren für einen offenen, partizipativen Austausch genutzt werden können. Das können Team- oder Stations- oder Bereichsbesprechungen sein: Es können (oder müssen) aber unter Umständen auch besondere Arbeitstreffen sein, wie sie u.a. aus Supervisionen bekannt sind. Im Fall permanenter Veränderungsprozesse, wie das auch in vielen Einrichtungen im Gesundheitswesen der Fall ist, bedarf es eines „organisatorischen Achtsamkeitszentrums“, z.B. eines Steuerungskreises (Bleses/Schmidt 2013, 38), in dem die Veränderungsprozesse reflektiert werden und die Veränderungsvorhaben organisationsöffentlich zur Kenntnis gebracht werden. Von besonderer Bedeutung sind die Stärkung der mittleren Führungskräfte und Belegschaftsvertretungen für eine konstruktive Konfliktkultur.

Thematisch geht es um folgende fünf Aspekte:

- Es bedarf eines ausreichenden Handlungs- und Zeitspielraums der Pflegenden. Diese sollen die Chance haben, auf je spezifische situative Gegebenheiten bei Pflegebedürftigen eingehen zu können.
- Die organisationsinternen und -externen Konzepte der Qualitätssicherung sollten immer wieder daraufhin überprüft werden, ob sie ihrem erklärten Ziel wirklich dienen.
- Die Pflegekräfte sollten bestmöglich an der Dienstplangestaltung und der Organisationsentwicklung beteiligt werden.
- Selbst-Sorge der Pflegekräfte ist zu unterstützen sowohl mit Blick auf die Nutzung ergonomischer Hilfen wie auch auf psychosoziale Entlastung durch kollegiale Fallbesprechungen.
- Eine konstruktive Konfliktkultur ist nötig, um ggfs. Missstände offen ansprechbar und tatsächlich behebbar zu machen, anstatt in unproduktiven „Schimpfkatsch“ oder Zynismus zu geraten.

Auf der Ebene der Organisationen kann viel zur Anerkennung der Arbeit von Pflegekräften und der Stärkung des Pflegeethos beigetragen werden, doch kommt es darauf an, auch Gesellschaft und Politik in die Pflicht zu nehmen. Auf der politischen Ebene muss anerkannt werden, dass es unangemessen ist, Managementkriterien, die aus der Industrie stammen, auf Prozesse im Heilungs- und Pflegegeschehen zu übertragen, und dass gute professionelle Pflege durch achtlose Ökonomisierung gefähr-

*Aufgaben auf  
der politischen  
Ebene*

det wird. Die unsichtbaren Anteile guter Pflege und ihres Ethos bedürfen der expliziten Anerkennung auch in den Zeitbudgets; die gesellschaftliche Anerkennung für Sorgetätigkeiten und professionelle Pflege müssen sich auch in verbesserten materiellen Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte ausdrücken. Für dieses Ziel müssen Repräsentanten der Pflegekräfte im Sozialen Dialog deutlich hörbarer werden; ohne kollektive Repräsentation der berufsethischen und der wirtschaftlichen Interessen von Pflegekräften ist das Pflegeethos nicht zu wahren.

### Anmerkungen

1. Kari Waerness hat vor ihrem Erfahrungshintergrund in Norwegen den Begriff der Care- oder Fürsorgerationalität entwickelt, einer Rationalität, die sowohl auf Fachkenntnissen und Fertigkeiten als auch auf Lebenserfahrung und der Fähigkeit aufbaut, „sich in die Situation des Einzelnen hineinzuversetzen“. (Waerness 2000, S. 60)
2. Gleichzeitig ist der Gesundheitsbereich als ein wachstumsträchtiger Wirtschaftssektor „entdeckt“ worden.
3. Zur Situation in Österreich siehe z. B. Appelt et al. 2010 und Dammayr 2012.
4. Es wurden 2005 und 2006 sowie 2009 Experteninterviews sowie qualitative Interviews mit 75 Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und Hospizen sowie teilnehmende Beobachtungen durchgeführt; zudem waren im Rahmen von zwei Dialogkonferenzen circa 80 Personen aus dem Berufsfeld Pflege an der Evaluierung der Ergebnisse beteiligt; zu Methodik und Forschungsdesign siehe Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2010, S. 167-182. Siehe auch Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, S. 35.
5. Es gibt eine breite Literatur zur Bedeutung von Gefühlsarbeit bei jenem Anteil von beruflichen Tätigkeiten, die sich auf die Beeinflussung der Gefühle von Kunden vermittels der Kontrolle eigener Gefühle beziehen. Siehe beispielsweise Frese 1990 sowie Temme/Tränkle 1996. Die Gefahr der Manipulation wird analysiert von Hochschild 1990.

### Literatur

- Appelt, Erna / Heidegger, Maria / Preglau, Max / Wolf, Maria A. (Hrsg.) (2010): *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive*. Innsbruck, Wien, Bozen
- DBFK=Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009): *DBfK-Meinungsumfrage 2008/09*, <http://www.dbfk.de/download/download/DBfK-Meinungsumfrage2009-08-04-final.pdf> (aufgerufen am 10.10. 2014)
- Becke, Guido / Behrens, Miriam / Bleses, Peter / Meyerhuber, Sylke / Schmidt, Sandra (2013): *Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten*. Stuttgart
- Becke, Guido / Senghaas-Knobloch, Eva (2014): *Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen. Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze*. Universität Bremen artec-paper 198 2014, <http://www.uni-bremen.de/de/artec/publikationen/artec-paper.html> (aufgerufen am 10.10.2014)
- Behrens, Johann / Horbach, Annegret / Müller, Rolf (2007): *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. Universität Halle



- Bleses, Peter / Schmidt, Sandra (2013): Strukturen und Instrumente für organisationale Achtsamkeit, in: *Supervision* 31/3, S. 34-39
- Böhle, Fritz / Glaser, Jürgen (Hrsg.) (2006): *Arbeit in der Interaktion. Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktion in der Dienstleistung.* Wiesbaden
- Braun, Bernhard / Buhr, Petra / Klinke, Sebastian et al. (2010): *Pauschalpatienten, Kurzzieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus.* Bern
- Dammayr, Maria (2012): *Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung. Das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich,* in: *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 21/4, S. 263-277
- Dunkel, Wolfgang (1988): *Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühle im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten,* in: *Soziale Welt* 39, S. 66-85.
- Duppel, Sabrina (2005): *Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege.* Hannover
- Eckart, Christel (2000): *Zeit zum Sorgen,* in: *Feministische Studien, Extraheft 2000*, S. 19-24
- Frese, Michael (1990): *Arbeit und Emotion – ein Essay,* in: Felix Frei, Ivars Udris (Hg.): *Das Bild der Arbeit,* Bern 1990, S. 285-300
- Fuchs, Tatjana (2008): *Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2007/2008,* <http://presse.verdi.de/aktuelle-themen/archiv-themen/Pflegedienste> (aufgerufen am 28.9.2014)
- Hochschild, Arlie R. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle.* Frankfurt/M (im Amerikanischen: 1983)
- Kumbruck, Christel / Senghaas-Knobloch, Eva (2006): *Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie,* Universität Bremen artec-paper Nr. 137
- <http://www.uni-bremen.de/de/artec/publikationen/artec-paper.html> (aufgerufen am 10. 10.2014)
- Kumbruck, Christel (2009): *Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck.* Berlin
- Kumbruck, Christel / Rumpf, Mechthild / Senghaas-Knobloch, Eva (mit einem Beitrag von Ute Gerhard) (2010): *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung.* Berlin
- Kumbruck, Christel / Senghaas-Knobloch, Eva (2014 i. E.): *Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen?* In: Becke, Guido / Bleses, Peter (Hrsg.): *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen.* Berlin
- Lay, Reinhard (2004): *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.* Hannover
- Rosanvallon, Pierre (2013): *Die Gesellschaft der Gleichen.* Hamburg
- Senghaas-Knobloch, Eva (1999): *Das Problem der „Angewiesenheit“ in der postindustriellen Gesellschaft.* Universität Bremen, artec-paper 75
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): *Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis,* in: *Berliner Journal für Soziologie* 18/2, S. 221-243
- Senghaas-Knobloch, Eva / Kumbruck, Christel (2008): *Das Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis in der modernen Dienstleistungsgesellschaft,* in: *Jahrbuch Sozialer Protestantismus* 2, 2008, S. 88-110
- Senghaas-Knobloch, Eva / Kumbruck, Christel (Hrsg.) (2008a): *Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege. Loccumer Protokolle 08/07.* Evangelische Akademie Loccum

- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, S. 10ff.
- Stolz-Willig, Brigitte / Christoforidis, Jannis (Hg.) (2011): Hauptsache billig? Prekarisierung der Arbeit in den Sozialen Berufen, Münster
- Sträßner, Heinz R. (2010): Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. CNE Fortbildung 01. 2010 [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_pflege/le4\\_110\\_1-schutz.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/le4_110_1-schutz.pdf) (aufgerufen am 29.9. 2014)
- Strauss, Anselm / Fagerhaugh, Shizuko / Suczek, Barbara / Wiener, Carolyn (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, S. 629-651
- Temme, Germit/Tränkle, Ulrich (1996): Arbeitseemotionen. Ein vernachlässigter Aspekt in der Arbeitszufriedenheitsforschung, in: Arbeit, 3/5, S. 275-297
- Waerness, Kari (2000): Fürsorgerationalität, in: Feministische Studien, Extraheft, S. 54-66
- Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf. Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB Regional

# WISO

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
 Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
 Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO

1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
 Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz  
 Tel. ++43/732/66 92 73  
 Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
 E-Mail: [wiso@isw-linz.at](mailto:wiso@isw-linz.at)  
 Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)