

„Der Pflege eine Stimme geben“

Suzanne Gordon, 12. November 2007, St. Gallen (Schweiz)

Wie einige von Ihnen sicher wissen, bin ich selbst keine Pflegefachfrau. Ich bin Journalistin und schreibe seit mehr als zwanzig Jahren über die Krankenpflege. Ich begann über die Krankenpflege zu schreiben, nachdem ich 1984 mein erstes Kind im Krankenhaus zur Welt gebracht hatte. Ich ging ins Krankenhaus mit der Vorstellung, dass mein Arzt, der außerdem ein guter Freund von mir war, der wichtigste Mensch um mich während der Entbindung sein würde. Was ich aber entdeckte, war, dass es die Pflegefachpersonen waren: Sie halfen mir, die 24 Stunden dauernden Wehen zu überstehen und dabei mit meinen Verdauungsproblemen klar zu kommen - über solche Probleme hatten wir nämlich im Entbindungskurs nicht gesprochen -, sie lehrten mich, mein Baby zu versorgen, das, ungleich der Gummipuppen, die ich im Entbindungskurs gebadet und gewickelt hatte, ein lebendiges, atmendes und sich windendes menschliches Wesen war. Als ich das Krankenhaus verließ, erkannte ich, dass meine Vorstellungen von der Krankenpflege völlig falsch gewesen waren. Beim Schreiben über die Pflege entdeckte ich täglich, wie falsch die Vorstellungen, die ich und die meisten Menschen unter uns von der Krankenpflege haben, tatsächlich sind.

Obwohl ich als Journalistin von Pflegefachpersonen oft als die Fürsprecherin der Krankenpflege beschrieben werde, sehe ich mich selbst wirklich nicht in erster Linie als Fürsprecherin der Pflegefachpersonen, sondern vielmehr als Fürsprecherin der Patienten. Und ich weiß, dass man nicht für die Patienten eintreten kann, wenn man nicht für die Pflegefachpersonen eintritt. Weil nämlich die Pflegenden das Frühwarn- und Interventionssystem sind, ohne das kein Patient das Krankenhaus lebend verlässt. Ohne die professionellen Pflegenden werden wir als Patienten leiden. Ohne die professionellen Pflegenden könnten wir als Patienten sogar sterben. Deshalb brauchen Pflegefachpersonen das, was ich die vier Rs für professionelle Pflegefachpersonen nenne: *Respect*, *Recognition*, *Rewards* und *Resources* - zu Deutsch: Respekt, Anerkennung, Honorierung und Ressourcen. Sie brauchen Anerkennung in allen öffentlichen Darstellungen und Diskussionen über die Grundsätze und Leistungen der Krankenpflege. Nicht nur am Tag der Krankenpflege, sondern das ganze Jahr hindurch. Sie brauchen die Honorierung, nicht nur durch ein Schulterklopfen oder durch Ermunterungen weiterzukämpfen, wie etwa am Tag der Krankenpflege, sondern durch bessere Gehälter, bessere Personalausstattung, Hebeeinrichtungen in Krankenhäusern und durch eine Reihe weiterer konkreter Unterstützungsleistungen und Verbesserungen. Und schließlich brauchen Sie Ressourcen: Dazu

gehören die Zusammenarbeit mit den Ärzten und eine lautere Stimme in den Institutionen, in denen Sie arbeiten.

Lassen Sie mich nun eine Frage stellen:

- Wie viele von Ihnen glauben, dass die Öffentlichkeit Ihnen, den professionellen Pflegenden, vertraut?
- Heben Sie bitte die Hand.
- Wie viele von Ihnen denken, dass die meisten Menschen begreifen, was Pflegefachpersonen wirklich tun, und wie groß ihr Beitrag zum Gesundheitssystem wirklich ist?
- Bitte heben Sie die Hand.

Wir haben es also mit einem Paradoxon zu tun. Die Menschen vertrauen Ihnen. Aber Sie begreifen nicht, was Sie tun. Warum vertrauen sie Ihnen also? Weil Sie nett sind? Liebevoll? Selbstlos? Oder weil Sie sachkundig und intelligent sind, Leben retten, Leiden verhindern und Geld sparen?

Lassen Sie mich Ihnen ein Beispiel für dieses Paradoxon geben, wie ich es mit einer Schweizer Freundin erlebt habe. Ihre Mutter hatte eine Hirn-OP in einem Züricher Krankenhaus. Ich erkundigte mich nach der Krankenpflege. „Oh, die Pflegefachpersonen waren so nett“, sagte sie, „sie unterhielten sich viel mehr mit meiner Mutter als die Ärzte, und wir bekamen auch viel mehr Informationen von ihnen. Sie kamen oft für ein Schwätzchen vorbei und massierten ihr sogar den Rücken.“ Ich fragte sie, ob sie wüsste, dass die Pflegefachpersonen den Hirndruck ihrer Mutter kontinuierlich überwachten, um neurologischen Komplikationen vorzubeugen. Dass sie dafür sorgten, dass ihre Mutter auf und ab lief, um die Bildung von Blutgerinnseln vorzubeugen, und dass sie darauf achteten, dass sie keine Wundinfektion oder eine Harnwegsinfektion bekam oder ein Fehler in der Verabreichung von Medikamenten geschah. „All das haben sie getan?“, fragte sie erstaunt.

Oder denken Sie einmal daran, was Patienten sagen, wenn sie gute Erfahrungen mit einem Arzt gemacht haben: Er ist solch ein kluger Mensch. Er weiß so unglaublich viel. Wenn sie auf eine Pflegefachperson treffen, die wirklich gut und kompetent ist, dann sagen sie: Oh, sie ist so nett. Sie ist wirklich ein Engel. Und wenn sie klug ist, dann sagen sie zu ihr: Also, sie wissen ja so viel über Medizin und Krankheiten, Sie könnten Arzt sein, oder? Verstehen Sie den Sinn dieser Frage? Wie antworten Sie darauf? Mein Rat ist immer, dass professionelle Pflegende etwa so

antworten sollten: Na ja, wenn alle Pflegefachpersonen Ärzte werden würden, wer wäre dann noch da, um Sie so zu pflegen wie wir das gerade tun?

Wie die Frage über das Hinternabwischen oder über das Bettpfannenleeren. Pflegefachpersonen oder Studenten und Studentinnen in Pflege erzählen mir oft von Leuten, die zu ihnen sagen: Achso, du wischst anderen Leuten den Hintern ab, oder: Ach, du leerst Bettpfannen? Die Antwort darauf liebe ich eigentlich, weil sie professionellen Pflegenden eine wunderbare Gelegenheit gibt, über unseren Beruf aufzuklären. Sie können auf die Bettpfannenfrage nämlich so antworten: Lass mich dir mal erzählen, was wir in Bettpfannen so alles finden! Eine Kinderpflegefachfrau erzählte neulich, dass sie durch die sorgfältige Untersuchung des Häufchens in der Windel eines Babys eine nekrotisierende Enterokolitis diagnostizieren konnte, dies mit dem Arzt beriet und so das Leben des Neugeborenen rettete.

Nun zum Kommentar des Hinterabwischens. Statt zu sagen: „Oh, das lassen wir jetzt von anderem Personal machen“, wie das manche Pflegefachpersonen oder Studenten tun, empfehle ich folgende Antwort: „Wissen Sie, wenn Sie einen Unfall hatten und hilflos im Krankenhaus liegen, dann sind Sie einfach glücklich, wenn da so jemand erfahrener ist wie ich, die Ihnen den Hintern abwischt. Denn wissen Sie, wenn ein Mensch im Krankenhaus liegt und sich selbst beschmutzt, fühlt er sich erniedrigt und gedemütigt, und eine der wichtigsten Fähigkeiten, die eine Pflegefachperson entwickeln kann, ist es, diesen Menschen zu waschen, ohne ihm das Gefühl zu geben, dass er ekelhaft ist.“

Wie können wir also mit diesem Paradoxon umgehen und erreichen, dass professionelle Pflegende anerkannt, respektiert und honoriert werden für das, was sie tatsächlich tun, und nicht, weil wir finden, dass sie liebevoll und nett sind? Wie können wir mit der Tatsache umgehen, dass trotz des weltweiten Mangels an Pflegepersonal die Pflege in fast jedem Land der Welt immer noch bedroht ist. Krankenhausverwaltungen und Politiker drohen ständig damit, professionelle Pflegefachpersonen durch schlecht ausgebildete Arbeiter zu ersetzen.

Während Krankenhäuser und Gesundheitssysteme vollkommen von der Beschaffung von professionellen Pflegenden eingenommen sind, tun sie wenig für die Bindung ihres Pflegefachpersonals. So werden den Pflegefachpersonen z. B. zu viele Patienten zugeteilt, oder sie werden von Bereichen, in denen sie sehr viel Erfahrung haben, in Abteilungen versetzt, deren Gebiet ihnen neu ist, weil Krankenhausverwaltungen - und auch die breite Öffentlichkeit - nicht zu begreifen scheint, dass eine Pflegefachperson nicht einfach ein zusätzliches Paar Hände und Füße ist, sondern eine Fachkraft mit sehr spezifischen Fähigkeiten.

Stellen Sie sich vor, ein Patient käme in die Praxis seines Neurochirurgen und erführe, sein Arzt sei durch einen Kinderarzt ersetzt worden. Was wäre, wenn die Sekretärin dem Patienten erklärte, dass er sich keine Sorgen machen müsste, der Kinderarzt hätte in seinem Medizinstudium vor zwanzig oder dreißig Jahren schon einmal ein Gehirn sezirt? Der Patient würde die Praxis natürlich auf der Stelle verlassen. In Krankenhäusern erleben Patienten so etwas aber täglich. Sie und ich wissen genau, dass unser Leben nach Verlassen des OP-Saals nicht nur vom besten Neurochirurgen abhängt, sondern von der besten Pflegefachkraft in der Neurochirurgie. Trotzdem ist sich die Öffentlichkeit dieser simplen Tatsache noch immer nicht bewusst.

Warum begreifen die Leute die Logik in der Pflegepraxis nicht? Warum konzentrieren sich Krankenhäuser und Gesundheitssysteme so sehr auf die Beschaffung von professionellen Pflegenden, und vergessen darüber vollkommen, wie wichtig es ist, das Pflegefachpersonal auch zu binden? Sicher wegen der traditionellen Klischees über die Pflege. Aber auch, weil Pflegefachpersonen die Öffentlichkeit nicht so aufklären, dass diese Klischees aufgelöst werden können. Oder auch, weil Pflegefachpersonen davon überzeugt sind, ihre Arbeit sei zu hart, um sie zu beschreiben.

Wenn ich Pflegefachpersonen bitte, ihre Arbeit zu beschreiben, erhalte ich oft die Antwort: Oh, darüber kann man nicht reden. Meine Arbeit ist viel zu hart. Sie ist zu diffus, zu vage, zu undefinierbar. Ich selbst habe aber Tausende von Seiten über die Pflege geschrieben, und ich bin keine Romanautorin. Ich konnte über Krankenpflege schreiben, weil viele Pflegefachpersonen mir ihre Arbeit beschrieben haben und ich ihre Arbeit beobachtet und ihnen Fragen dazu gestellt habe.

Und das tun meiner Meinung nach die professionellen Pflegenden:

Durch den Einsatz ihres umfangreichen Wissens – nicht nur ihres Herzens – schützen Sie die Patienten vor den Risiken und Folgen nicht nur der Krankheiten, Behinderungen oder Gebrechen, sondern auch den Risiken und Folgen der Behandlung von Krankheiten. Und sie schützen die Patienten vor den Risiken, die auftreten, wenn durch Krankheit und Hilflosigkeit die Handlungen des täglichen Lebens für den Patienten schwierig oder unmöglich werden oder sogar tödlich für sie enden können, sogar so normale Dinge wie Atmen, Umdrehen, selbständig zur Toilette gehen, Husten oder Schlucken. In diesem Prozess sorgen Pflegefachkräfte dafür, dass die Patienten nicht nur physisch, sondern auch emotional überleben. Sie helfen außerdem

den Familienangehörigen der Patienten, mit der Krankheit fertig zu werden und unterstützen sie, den Prozess der Genesung, Bewältigung, Heilung oder gar des Sterbens zu begleiten. Sie nehmen Aufgaben der medizinischen Erziehung wahr, indem sie den Patienten dabei helfen, Behandlungstherapien sicher befolgen, sich auf Krankheiten einstellen und sie überwinden zu lernen, und in einer Welt zurecht zu kommen, die durch Krankheit oder Verletzung für immer anders sein wird.

Was tun professionelle Pflegende?

Sie retten Leben, verhindern Komplikationen, Schmerzen und Leiden und sparen Gelder ein. Warum ist es für professionelle Pflegende so schwer, dies zu erklären? Ich denke, es liegt daran, dass sie in ihrer Erziehung und Sozialisierung lernten, sich mehr auf ihre Tugendhaftigkeit zu konzentrieren als auf ihr Wissen und ihre konkrete, alltägliche Praxis. Ja, ich denke, dass viele Probleme in der Krankenpflege heute davon stammen, was Sioban Nelson, der Historiker und Dozent für Krankenpflege, und ich das „Skript der Tugendhaftigkeit in der Krankenpflege“ nennen.

Wenn Sie einmal die Worte und Bilder von Kampagnen zur Anwerbung von Pflegefachpersonal oder auch die Geschichten, die Pflegefachpersonen über ihre eigene Arbeit erzählen, analysieren, dann fällt auf, dass die verfügbaren Ergebnisse von einschlägigen Untersuchungen nicht herangezogen werden, um zu verdeutlichen, warum die Arbeit der professionellen Pflegenden so wesentlich für das Wohl der Patienten ist. Obwohl viele Studien in den Bereichen Krankenpflege, Medizin und öffentliches Gesundheitswesen den Zusammenhang zwischen der Krankenpflege und geringerem Auftreten von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, Stürzen, Druckgeschwüren, tiefen Venenthrombosen, Lungenembolien und Todesfällen belegen, sind die meisten Anwerbekampagnen und viele der Geschichten, die professionelle Pflegende selbst über ihre Arbeit erzählen, auffällig in ihrem Versagen, diese Sachverhalte zu betonen.

Stattdessen konzentrieren sich die professionellen Pflegenden auf ihre Aufrichtigkeit und ihre Vertrauenswürdigkeit, ihren Holismus und Humanismus, ihr Mitgefühl und ihre Fürsorglichkeit. Und oft geschieht dies in einer Weise, die die komplexen Fähigkeiten, auch die Caring Kompetenzen, die eine Pflegefachperson durch Ausbildung und Erfahrung erwerben muss – und eben nicht einfach durch persönliche Neigung besitzt -, sentimentalisiert und trivialisiert. Dieses Image hilft uns nicht dabei, zu begreifen, dass, wenn Pflegefachpersonen sich mit den emotionalsten und intimsten Aspekten ihrer Arbeit beschäftigen, ihre Fürsorglichkeit eigentlich auf einer komplexen Fertigkeit beruht. Denn zu wissen, wann man mit einem Patienten über eine schwierige Angelegenheit sprechen muss, wann heikle oder beunruhigende Informationen

mitgeteilt werden müssen, wann man Nähe geben und eine Hand halten oder eben auch respektvolle Entfernung einhalten muss, sind alles komplexe Entscheidungen, die eine Pflegefachperson auf der Grundlage ebenso komplexer Fertigkeiten und Kenntnissen fällen muss, die sie zu beherrschen hat. Aber viel zu oft wird die Tatsache, dass die Krankenpflege eine professionelle Fertigkeit ist, in den Geschichten über die Krankenpflege ausgelassen.

Professionelle Pflegende verwenden noch immer sehr stark geschlechtsbezogene, fast religiöse Begriffe, wenn sie über sich sprechen – oder lassen es zu, dass solche Begriffe verwendet werden, wenn über sie gesprochen wird -, und lassen es zu, dass ihr Beruf in höchst geschlechtsbezogenen, fast religiösen Bildern geschildert wird. Was mit eine Erklärung dafür ist, warum so wenige Männer in der Krankenpflege beschäftigt sind. In der Tat, so behaupten Nelson und ich, reproduzieren und verstärken viele moderne Pflegeorganisationen und professionell Pflegende in allerbesten Absicht das traditionelle Image der Krankenpflege als eine sich selbst aufopfernde, demütige, selbstlose, anonyme und stille Arbeit.

Dieses Image spiegelt noch immer den religiösen Ursprung dieses Berufs wider, als Schwestern in religiösen Orden zur Aufgabe jeder individuellen Identität, zum Gehorsam als Mitglieder einer anonymen Masse erzogen wurden. Es reflektiert ein Zeitalter, in dem Schwestern gelehrt wurden, nicht selbst den Verdienst für ihre Arbeit und Errungenschaften einzufordern, sondern vielmehr sich selbst als göttliche Werkzeuge wahrzunehmen, die den Verdienst für ihre Errungenschaften bereitwillig Gott, dem Bischof, dem Abt oder der Schwester Oberin abtraten. Dieses Image reflektiert vor allem eine Zeit, in der Schwestern gelehrt wurden, wenig zu sprechen und viel zu tun, da das Sprechen über eine gute Tat diese Tat zu einer schlechten macht; kurz gesagt, sie wurden gelehrt, nicht die Sünde des Stolzes zu begehen. Was Schwestern annehmen durften, war Lob für ihr ehrerbietiges Verhalten und ihre engelsgleiche Tugendhaftigkeit.

Wenn Sie einmal einen genaueren Blick auf die Geschichte der Sichtbarkeit der Krankenpflege werfen, dann sehen Sie, dass diese religiöse Darstellung der Pflege nicht nur ein Relikt ihres Ursprungs in der christlichen Bußpraxis, sondern auch Teil der im 19. Jahrhundert entstehenden Bewegung für die Professionalisierung der Krankenpflege war. Im 19. Jahrhundert adaptierten Reformer wie Florence Nightingale diesen religiösen Rahmen, um Frauen, die außerhalb ihrer Heime arbeiten wollten und mussten, bei der Suche nach zweckmäßiger, bezahlter Arbeit zu helfen. In einer Gesellschaft, in der die Rollengefüge der Geschlechter starr waren und errösende Unschuld hoch im Kurs stand, mussten Reformer einen sicheren Weg finden, wie weibliche Pflegekräfte, die Kenntnisse in der Anatomie hatten und mit unangenehmen, keineswegs damenhaften Realitäten wie Armut und Krankheit konfrontiert waren, für die körperliche Pflege

fremder Männer sorgen und dafür auch noch bezahlt werden konnten.

Reformer in der Krankenpflege erleichterten den Frauen diesen Übergang zu dieser Art von bezahlter Arbeit außer Hause durch den Einsatz religiöser Metaphern. Die Flügelhaube der Nonnen wurde zum Häubchen der Pflegerinnen. In deutschsprachigen Ländern nannte man die Pflegerinnen Schwester. Die Reformer der Krankenpflege versuchten, die Krankenpflegerinnen in ungeschlechtliche Wesen zu verwandeln, indem sie sie in möglichst hässliche Uniformen steckten. Schwesterschülerinnen durften nicht heiraten und waren in klosterähnlichen Wohnheimen in der Nähe des Krankenhauses untergebracht. Sie wurden als selbst aufopfernd und moralisch überlegen angesehen und brachten so Ordnung in das Chaos der Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts.

Die Konzentration auf ihre Tugendhaftigkeit half den Krankenpflegerinnen im 19. Jahrhundert auch in ihrem langen Kampf mit der Medizin in dem hart umkämpften Gebiet der Krankenhäuser. Vor dem 19. Jahrhundert hatten wenige Ärzte jemals einen Fuß in ein Krankenhaus gesetzt. Im 19. Jahrhundert zogen mehr und mehr Ärzte in die Krankenhäuser und wollten deren Leitung übernehmen. Sie waren nicht erfreut über die Gruppen von Frauen, die nach Autorität und Bildung strebten und um die Gunst der Öffentlichkeit rangen. Die Ärzte waren über ausgebildete Pflegerinnen froh, aber nur, wenn diese sich als Dienerinnen unterordneten. Sie wollten Pflegerinnen, die wussten, was zu tun war und wie, aber nicht, warum sie es taten. Weil die Krankenpflege zu dieser Zeit eine rein weibliche Angelegenheit war, mussten Frauen ohne politische, rechtliche, wirtschaftliche und soziale Macht einen Handel mit der Medizin eingehen: Krankenpflegerinnen durften tugendhaft sein, nicht aber Wissen haben. Erneut war es das religiöse Muster, das den Pflegerinnen den Übergang zu zweckmäßiger Arbeit ermöglichte, ohne dass sie die Rollenverhältnisse in der Medizin ernsthaft gefährden konnten.

Somit etablierte sich die Krankenpflege im 19. Jahrhundert als aufopferungsvolle, anonyme, demütige, selbstlose Arbeit. Das Problem dabei ist, dass dieses Muster noch heute gilt, dass Pflegefachpersonen dieses Muster für die Legitimation ihrer Arbeit gegenüber der Öffentlichkeit nutzen. Achten Sie einmal auf die Bilder, die professionelle Pflegende verwenden, wenn sie über ihre Arbeit sprechen. Hier ist nur ein Beispiel: Im Jahr 2000 wählte der International Council of Nurses ein reinweißes Herz als Symbol für die heutige Krankenpflege. 2002 verwendete die American Nurses Association das Logo „Touching lives, lifting spirits“ mit einer engelartigen, im Hintergrund schwebenden Figur für die US-amerikanische Woche der Krankenpflege. Im Jahr 2000 bezeichnete der Quebec Ordre of Nurses die Krankenpflege als Fachwissen, das

unmittelbar aus dem Herzen stammt. Und 2002 feierte das Gesundheitssystem Ohio die Krankenpflege mit den folgenden Worten:

Die Menschen glauben, dass es Wesen gibt,
Die zu dir kommen in der Stunde größter
Finsternis,
Dich leiten, wenn dein Leben in der Schwebel
ist,
Dich wiegen.
Dich beruhigen.
Dich beschützen.
Manche Menschen nennen sie *Schutzengel*.

Wir nennen Sie Pflegefachpersonen.

*People believe there are beings
That come to you in your darkest hour
Guide you when your life hangs in the balance
Cradle you.
Calm you.
Protect you.
Some people call them guardian angels.

We call them nurses.*

Diese Botschaften sind so verbreitet und alldurchdringend, dass sie ein soziales Feedback schaffen, das die Ansicht des 19. Jahrhunderts, professionelle Pflegenden seien Gefühlsarbeiter, die vielleicht sogar als Ausführende einer höheren Gewalt (also Gott oder der Arzt) handeln könnten. Durch einen komplexen historischen Prozess übernehmen die Pflegefachpersonen dieses Image der Tugendhaftigkeit. Sie betonen dann dieses Image, wenn sie ihre Arbeit beschreiben. Sobald dieses „Skript der Tugendhaftigkeit“ an andere Fachkräfte im Gesundheitssystem, an die Öffentlichkeit, Patienten und Medien gelangt ist, senden diese Gruppen die Botschaften jeweils an ein noch breiteres Publikum. Dieses Publikum schließt den Kreis, indem es das soziale Feedback zurück auf seine Quelle projiziert – auf die professionellen Pflegenden, die dann dieses Ideal zu „leben“ haben.

Einer der wichtigsten Teilnehmer am sozialen Feedback sind die Massenmedien. In Berichten oder Headlines über Pflegefachpersonen in Zeitungen und Magazinen werden diese **häufig** als selbstaufopfernde, zurückhaltende Engel der Gnade porträtiert.

2001 brachte die kanadische Zeitung *Toronto Star* einen Bericht über eine Pflegefachfrau, die ein Gemeindeggesundheitszentrum für Kinder und Jugendliche gegründet hatte. Die Pflegefachfrau, Ruth Ewert, hatte krasse Mängel in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen festgestellt. Sie sammelte Geld und gründete ein Zentrum, in dem die nötige Versorgung

gewährleistet werden konnte. Statt nun ihr Wissen, ihren Mut und ihre Beharrlichkeit hervorzuheben, wurde sie in der Überschrift als „Engel in unserer Mitte“ bezeichnet. (Taylor 2002)

Im Frühjahr 2003 brachte die *New York Times* den Artikel „Frühgeburten nehmen stark zu, Geburtshelfer ratlos“, der von der wachsenden Zahl von Frühgeburten handelte. Ein Foto zeigte eine Pflegefachfrau, die zärtlich ihre Arme nach einem Frühgeborenen in einer Frühgeborenen-Intensivstation ausstreckte, was eher wie eine nährend-liebevolle Geste einer Mutter aussah. Der lange Artikel, voller Zitate zahlreicher Ärzte, demonstrierte deren wissenschaftliche Kenntnisse zum Thema – es gab nur ein Zitat einer Pflegefachperson, und keine Pflegefachperson kommentierte die wissenschaftliche Seite der Pflege von Frühgeborenen. Der Artikel unterstrich weiterhin das Streben der Ärzte nach Erkenntnissen mit dem Satz: „Die Ärzte können die meisten Frühchen retten, aber sie haben noch keinen Weg gefunden, Frühgeburten zu verhindern“. Solche Darstellungen von Pflegefachpersonen haben eine Wirkung, die ernst zu nehmen ist. Pflegefachpersonen werden vom Prozess der wissenschaftlichen Neugierde und Entdeckung und von den Vorgängen der Verhinderung von Komplikationen und der Rettung von Frühgeborenen ausgeschlossen – aber genau dies ist die Aufgabe von Pflegefachpersonen, die mit solchen Babys arbeiten (New York Times 2003).

Wenn Verwaltungen im Gesundheitssystem und Politiker knappe Ressourcen zuordnen, wem werden sie wohl die Mittel geben - den „Pflegernden“ oder den „Rettern“?

Es gibt noch ein weiteres Beispiel, nämlich aus einem französischen Kinderbuch mit dem Titel „Je sais qui nous soigne“ (*Ich weiß, wer uns pflegt*), das sich an Kinder zwischen 9 und 13 Jahren richtet und im Rahmen einer Reihe mit dem Namen „Staatsbürgerliche Erziehung“ erschienen ist.

Im 2. Kapitel beschäftigt sich das Buch mit dem „Krankenpflegepersonal“, den Allgemeinärzten, Fachärzten, Anästhesisten, Augenärzten, Kinderärzten und Zahnärzten. Eine Seite behandelt speziell die Pflegefachpersonen. Wer sind diese Pflegefachpersonen, wird im Text gefragt.

„Die Pflegefachpersonen sind keine Ärzte. Ihre Ausbildung vermittelt ihnen ausreichende Kenntnisse, um den von Ärzten oder Chirurgen getroffenen Entscheidungen zu folgen und sie umzusetzen.“

Der Text fährt weiter fort: „Die Pflegefachperson ist unentbehrlich“ (– für wen – nicht für die Kranken sondern), „für den Arzt, um die Pflegebehandlung zu verfolgen und, insbesondere, für alle stationären Behandlungen.“

Die Pflegefachperson wird im Bezug zum Arzt definiert. Sie dient nicht den Kranken, sie dient dem Arzt. Sie besitzt keine eigentlichen Kenntnisse oder Kompetenzen, sie spielt die Rolle einer permanenten Stellvertreterin, eine Art Sammelbecken für die Kenntnisse des Arztes.

Es ist interessant festzustellen, dass sich auf der gegenüber liegenden Seite eine Beschreibung der Bewegungstherapeuten befindet. Während die Pflegefachperson als jemand porträtiert wird, der abhängig von den Kenntnissen des Arztes sei, so habe der Bewegungstherapeut eigenständige Kenntnisse und stehe auch im direkten Kontakt zu den Kranken. Auch er sei „kein Arzt“. Aber er verfolge eine lange Ausbildung und kenne den menschlichen Körper sehr gut. Er sei es, den man aufsuche, um eine Rehabilitation nach einem Knochenbruch zu absolvieren, denn er wisse genau, wie die Muskeln und Gelenke funktionieren.“

Eine logische Folge dieses Klischees ist, dass Ihre Arbeit häufig auf eine Reihe von Kleinigkeiten reduziert wird, auf das so genannte i-Tüpfelchen, auf nette kleine Aufmerksamkeiten einer Pflegefachperson gegenüber einem Patienten. In den Gesellschaften der Industrieländer verstehen die Leute nicht, dass so etwas wie eine Kleinigkeit nicht existiert, wenn Menschen krank zuhause oder in den Krankenhäusern liegen.

Wenn ein Mensch nach einem gerade erlittenen Herzinfarkt nicht schlucken kann und eine Pflegefachperson seinen Würgreflex prüft, bevor sie ihn füttert, dann ist das keine nette Kleinigkeit. Wenn ein Mensch nicht selbständig laufen kann und eine Pflegefachperson hilft ihm dabei, dann ist das keine nette Kleinigkeit, sondern macht den Unterschied zwischen Blutgerinnsel und Genesung aus. Wenn ein Patient seine Schmerzmittel nicht rechtzeitig erhält und nicht hustet, weil ihm dies zu große Schmerzen bereitet, dann ist es keine Kleinigkeit, ihn zum Husten zu bringen, denn es macht den Unterschied aus zwischen der Verlegung auf die Intensivstation und Genesung.

Kranksein bedeutet, dass man eben die alltäglichen Dinge des Lebens wie Gehen oder Atmen nicht mehr selbständig tun kann, und Pflegefachperson sein bedeutet, diesen Menschen bei diesen Dingen zu helfen auf eine Weise, die zwischen Leben und Tod entscheidet. Es bedeutet auch, medizinisches Fachwissen zu besitzen und es zum Schutze des Patienten einzusetzen.

Als ich für mein Buch „Life Support - Three Nurses on the Front Lines“ warb, sagte mir eine Radiointerviewerin, wie sehr sie einige Dinge überrascht hatten, über die ich geschrieben hatte. Sie sagte, sie sei keinesfalls überrascht, dass die von mir beschriebenen Pflegefachpersonen so freundlich und mitfühlend seien. Wir alle wüssten ja, dass professionelle Pflegenden fürsorglich

sein, so berichtete sie. Was sie überraschte, war vielmehr, dass Pflegefachpersonen so viel über medikamentöse Behandlungen und Krankheiten wüssten. Ich entgegnete unvermittelt, dass das Überraschende für mich ihre Überraschung sei. Aus einer bedeutenden Studie ginge z. B. hervor, dass 86 % der Fehler in der Abgabe und Verabreichung von Medikamenten von Pflegefachpersonen aufgefangen würden, die die Zeit hätten, diese zu erkennen. Diese Pflegefachpersonen erfüllten es nicht mit ihrem Herz, dass die Medikamente die falschen waren. Es war ihr Verstand, der ihnen sagte, dass hier ein Fehler vorlag, weil sie über medikamentöse Behandlungen und Krankheiten Bescheid wussten.

Wie ich eben sagte, entgegnete ich der Interviewerin, dass ich über ihre Überraschung überrascht sei. Aber bei genauerem Nachdenken muss ich sagen, dass ich eigentlich viel überraschter gewesen wäre, hätte sie gewusst, dass Pflegefachpersonen über medikamentöse Behandlung und Krankheiten so gut Bescheid wissen. Denn professionelle Pflegende und ihre Berufsverbände, sicherlich mit Ausnahme des SBK-ASI, betonen so oft die Fürsorglichkeit und das Mitgefühl der Pflegefachpersonen. Es gibt da eine Redewendung, die sagt: Das Herz auf der Zunge tragen. Pflegefachpersonen neigen dazu, das Herz, und nicht den Verstand, auf der Zunge zu tragen, und das erklärt, so glaube ich, warum so wenige Menschen begreifen, was professionelle Pflegende wirklich wissen und tun.

Ich glaube, die Öffentlichkeit weiß, dass Sie freundlich und mitfühlend sind. Man weiß, dass Sie mehr mit den Patienten sprechen als die Ärzte.

Was die Öffentlichkeit nicht weiß, ist, dass Ihre Fürsorglichkeit auf Fachkenntnis beruht, und dass Sie ebenfalls an der medizinischen Behandlung beteiligt sind und technisches Know-How besitzen. Wie können Sie publik machen, dass nicht die Ärzte die gesamte Behandlung liefern, dass die Pflegefachpersonen mit für die medizinischen Erfolge verantwortlich sind? Dass die Pflege ein Verbund medizinischen, technischen und pflegerischen Know-hows ist – kurz gesagt, dass Sie Leben retten, Leiden verhindern und Geld einsparen?

Eines der Dinge, über die Sie meiner Meinung nach sprechen müssen, ist Ihr Wissen über Medizin und die Tatsache, dass Sie am Heilungsprozess, an den medizinischen Innovationen, an der Diagnose, der Verschreibung von Medikamenten und der Behandlung Teil haben. Durch all die Jahre hinweg, in denen ich die Arbeit von Pflegefachkräften beobachte, habe ich die Pflegefachpersonen ihre Teilhabe an diesen Prozessen und Errungenschaften immer abstreiten, nie für sich beanspruchen sehen. Obwohl ich schon viel über die Fürsorglichkeit in der Pflegearbeit geschrieben habe, ist es mir oft sehr unangenehm, in welcher Weise über die Pflege diskutiert wird, denn die traditionellen weiblichen Klischees sind stets gefährlich schnell bei der

Hand. Statt die Pflege als Fertigkeit darzustellen - was Benner die „Fertigkeit des Engagements“ nennt -, scheint es fast, als würden professionelle Pflegenden ihre Pflegefertigkeiten dadurch trivialisieren, indem sie die selben sexistischen Selbstdefinitionen übernehmen, mit denen ihre Arbeit bisher durchweg verunglimpft und sentimentalisiert wurde. Als ich zum ersten Mal in ein Krankenhaus kam, um Pflegefachpersonen bei ihrer Arbeit zuzusehen, bemerkte ich beispielsweise, wie oft sie beinahe roboterhaft den Satz „Pflegefachpersonen pflegen, Ärzte heilen“ wiederholten. Oder wie sie das andere sehr beliebte Mantra „Pflegefachpersonen sind die Fürsprecher der Patienten“ aufsagten. Oder das gleichermaßen beliebte „Ärzte kümmern sich um die Krankheiten, Pflegefachpersonen kümmern sich um die Menschen, die diese Krankheiten haben“. Akademiker und Berufsverbände kleideten diese Gedanken in offizieller klingende Aussagen, die dann als Definitionen der Krankenpflege verwendet wurden. Gemäß diesen Definitionen ist die Pflegefachperson zuständig für die „menschliche Seite“ bei der Behandlung von Krankheiten, während der Arzt wohl zuständig ist für... für was nun, etwa für die „unmenschliche Seite“ der Behandlung?

Als ich an meinem Buch „Life Support - Three Nurses on the Front Lines“ schrieb, hospitierte ich zwei Jahre lang bei den Pflegefachpersonen in der Onkologie eines Krankenhauses. Ich sah ihnen zu, wie sie Chemotherapien verabreichten, wie sie deren Wirksamkeit kontrollierten, wie sie mit der Übelkeit und dem Erbrechen der Patienten umgingen, Infektionen verhinderten und das Überleben der Patienten sicherten. Trotzdem sagten die Pflegefachpersonen ständig, sie pflegten und die Ärzte heilten. Wenn man aber darauf achtete, wer tatsächlich heilte - und auch pflegte -, dann sah man, dass die Pflegefachpersonen dies zu 80 % selbst erledigten. Warum, so fragte ich mich, schrieben sie das der Medizin gut. Warum gestatteten sie, dass die Ärzte den Verdienst ihrer Arbeit davontrugen, genau wie die Nonnen ihren Verdienst Gott zuschrieben. Ich höre oft von professionellen Pflegenden, dass den Ärzten soviel Achtung und Bewunderung entgegen gebracht wird, weil sie die Macht über Leben und Tod haben. Haben Sie die denn nicht?

Wenn Pflegefachpersonen über sich berichten, müssen sie klar darlegen, was sie tun und warum sie es tun. In meinen Workshops lasse ich die Pflegefachpersonen immer die folgende Übung machen – auch in unserem Workshop werde ich Sie darum bitten: Beschreiben Sie eine Situation, in der die alltäglichen Routinearbeiten einen konkreten Unterschied für die Patienten bedeuten. Ich bitte die Pflegefachpersonen immer, ihre Geschichte in klaren, allgemeinverständlichen Worten zu erzählen, die auch jemand, der von Pflege und Medizin keine Ahnung hat, verstehen würde. Sie sollen erklären, was sie tun und warum sie es tun, und wenn

möglich Fakten und Statistiken mit in ihre Geschichten einbringen. Und ich mache sie darauf aufmerksam, dass sie ihre medizinischen und technischen Kenntnisse und Fertigkeiten nicht ihrer fürsorgenden und erzieherischen Rolle gegenüber stellen, sondern beides miteinander verbinden sollen.

Aber all zu oft geschieht es, dass sie ihre medizinischen und technischen Kenntnisse und Fertigkeiten selbst herabsetzen. Während die Forderung nach Ganzheitlichkeit oft auf der Kritik des Kartesianismus beruht, nach dem Körper und Seele künstlich zu trennen sind, sind ihre Geschichten doch mit einer neuen Art Kartesianismus durchdrungen, weil sie durch die Gegenüberstellung von Medizin und Pflege auch das Emotionale und das Physische voneinander trennen. Typisch hierfür ist das Beispiel einer angehenden Pflegefachfrau in der Onkologie, die einen Masterstudiengang in diesem Fach absolvierte. Sie schrieb: „Die Leute denken wahrscheinlich, dass es die wichtigste Aufgabe einer Pflegefachfrau in der Onkologie ist, intravenöse Infusionen zu setzen, Portkatheter zu punktieren, Medikamente gegen Übelkeit zu verabreichen oder Chemotherapeutika zu spritzen. Das stimmt so nicht. Der Teil meiner Arbeit, der die größte Wirkung hat, ist es, einen Patienten zu lehren, sicher und effizient zuhause für sich selbst sorgen zu können“.

Da es aber der Krebspatient überhaupt nicht erst nach Hause schafft, wenn seine intravenöse Infusion nicht korrekt gesetzt wird, sein Portkatheter nicht sicher punktiert, seine Übelkeit nicht behandelt und sein Chemotherapeutikum nicht gespritzt wird (er könnte nämlich sterben, wenn eine dieser Tätigkeiten nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird), und da die Studentin, die für den Patienten sorgt, nicht Sozialpädagogik, sondern Gesundheits- und Pflegewissenschaft studiert und daher nicht nur über Familiendynamiken Bescheid gewusst haben dürfte, fragte ich mich, warum die Studentin ihren Bericht nicht so formulierte:

„Als Pflegefachfrau in der Onkologie erfülle ich viele zentrale Aufgaben. Ich verabreiche Krebspatienten ihre Chemotherapien. Dabei Sorge ich dafür, dass intravenöse Infusionen korrekt gesetzt werden, denn sonst besteht die Gefahr, dass die toxischen Chemotherapeutika nicht in die Venen gespritzt werden, sondern unter die Haut dringen und Reizungen oder so schwere Verbrennungen verursachen können, dass die Patienten eine Hauttransplantation benötigen. Ich bediene Katheter, die das Chemotherapeutikum direkt in die Schlüsselbeinvene leitet, damit keine Infektionen durch zentrale Venenkatheter entstehen können, die teuer werden und den Tod des Patienten bedeuten kann. Ich achte darauf, dass die Patienten nicht unter zu starker Übelkeit und Erbrechen leiden, da dies zu Austrocknung und Mangelernährung führen kann, was weitere

Krankenhausaufenthalte erfordert, und ich stelle sicher, dass die Chemotherapeutika in die Venen gespritzt werden, damit der Tumor sich zurückbilden kann. Erst, wenn all dies erfolgt ist, können die Patienten das Krankenhaus verlassen, und ich Sorge dafür, dass sie lernen, zuhause eventuelle Symptome für Infektionen zu erkennen, die durch die Chemotherapie verursacht werden können, oder mit der großen emotionalen Belastung umzugehen, mit denen sie als Krebspatienten konfrontiert werden.“

All dies sind zentrale Aufgaben. Erfüllt die Pflegefachperson nicht die erstgenannten, unmittelbar medizinischen Aufgaben, kann der Patient nicht nach Hause entlassen werden, und dann wird die Pflegefachperson erst gar nicht die Gelegenheit bekommen, ihn zu lehren, wie er zuhause selbständig für sich sorgen kann. Kurz gesagt, wenn die Pflegefachperson nicht all die Aufgaben erfüllt, die sie zuvor abgewertet hatte, kann es sogar zum Tod des Patienten kommen.

In meinem Workshop werde ich erklären, wie Pflegefachpersonen ihre Arbeit in der Öffentlichkeit beschreiben können, indem sie Geschichten schreiben, die die Komplexität ihrer Tätigkeiten beleuchten. Um jedoch diese Geschichten erzählen zu können, müssen Pflegefachpersonen an die Macht ihrer Fertigkeiten glauben, sie müssen damit aufhören zu denken, sie seien „nur eine Pflegefachperson“ und beginnen zu begreifen, was es in Wirklichkeit bedeutet, „nur eine Pflegefachperson“ zu sein. Dazu würde ich Ihnen zum Schluss gern einen Text vorlesen, den ich geschrieben habe. Der Titel ist „Just a Nurse“ (Nur eine Pflegefachperson).

Just a Nurse

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“ Das, was ich tue, entscheidet nämlich zwischen Leben und Tod.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Mein geschulter Blick verhindert nämlich medizinische Fehler, Verletzungen und andere Katastrophen.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Das was ich tue, entscheidet nämlich zwischen Heilung, Bewältigung und Verzweiflung.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Ich erforsche nämlich, wie die Pflege durch Pflegefachpersonen und Ärzte besser, sicherer und effektiver werden kann.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between life and death.

I'm 'just a nurse.' I just have the educated eyes that prevent medical errors, injuries, and other catastrophes.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between healing, coping, and despair.

I'm 'just a nurse.' I'm just a researcher who helps nurses and doctors give better, safer and more effective care.

I'm 'just a nurse.' I'm just a professor who educates future generations of nurses.

I'm 'just a nurse.' I just work in a major teaching

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Ich bilde nämlich zukünftige Generationen von Pflegefachkräften aus.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Ich arbeite nämlich in einem Lehrkrankenhaus, wo ich mich um die Pflege und Überwachung von Patienten kümmere, die in wegberreitende, experimentelle Forschungsprojekte eingebunden sind.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Ich lehre nämlich Patienten und Familien, wie sie ihre Gesundheit bewahren können.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Das was ich tue, entscheidet nämlich darüber, ob ein Patient bei sich zuhause bleiben kann oder in einem Pflegeheim untergebracht werden muss.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Das was ich tue, entscheidet nämlich zwischen Toteskampf und Sterben in Würde.

Ich bin „nur eine Pflegefachperson“. Letzten Endes erfülle ich nämlich die zentralen Aufgaben im Gesundheitswesen.

Möchten Sie nicht auch „nur eine Pflegefachperson“ sein?

hospital managing and monitoring patients who are involved in cutting edge experimental research.

I'm 'just a nurse.' I just educate patients and families about how to maintain their health.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between a patient staying in their own home and going to a nursing home.

I'm 'just a nurse.' I just make the difference between dying in agony and dying in comfort and with dignity.

I'm 'just a nurse.' I'm just central to the real bottom-line in health care.

Don't you want to join us and be 'just a nurse' too?

Deshalb bin ich der Meinung, dass die fachfremde Öffentlichkeit die Pflegefachpersonen aktiver unterstützen und sich für die Krankenpflege einsetzen muss. Ich bin der Meinung, dass diejenigen unter uns, die keine professionellen Pflegenden sind - also Menschen, die Sie über die Pflege aufgeklärt haben - den Zusammenhang zwischen hochwertiger Krankenpflege und ihrem Überleben begreifen müssen. Wir müssen begreifen, dass - wenn wir nicht von einem Lastwagen überfahren werden und sofort tot sind oder im Schlaf sterben, was sich die meisten von uns wünschen und den wenigsten vergönnt ist – dass die meisten unter uns früher oder später auf Krankenpflege angewiesen sein werden. Und wenn wir erst später Pflege brauchen, dann brauchen wir sie länger. Aber wenn wir hilflos im Krankenhaus liegen und uns verzweifelt fragen, ob die Pflegefachperson kommt, wenn wir den Summer betätigen, dann ist es zu spät. Wir

potenziellen und gelegentlichen Patienten müssen uns für die Pflege einsetzen solange wir gesund sind, wenn wir der hochwertigen Pflege im Krankheitsfall sicher sein wollen.

Wir müssen alle begreifen, dass, wenn wir heute krank werden, die Person, die uns ein Bettbad gibt, uns füttert, uns beim Gehen hilft oder uns über die zwölf verschiedenen Medikamente, die wir einnehmen sollen, aufklärt, eben die am besten ausgebildete, erfahrenste und zufriedenste Pflegefachperson ist, die wir finden können – egal, wo wir gepflegt werden. Wir wollen, dass sie mit Ärzten zusammenarbeiten und sie, wenn nötig, fachlich-kollegial herausfordern kann. Wir wollen, dass sie im Krankenhaus mehr Mitbestimmung, mehr Autorität, bessere Bezahlung erhält, dass ihr weniger Patienten zugeteilt werden und sie fairere Arbeitszeiten hat. Wir wollen, dass die Medien über das schreiben, was sie tut – und nicht über das, was sie nicht mehr tut. Und wir wollen, dass ihre Kultur sie unterstützt, sie ermutigt, ihre Stimme endlich zu erheben, und ihr hilft, die unvermeidlichen intraprofessionellen Trennlinien zu überwinden, ohne dass sie von diesen verschlungen wird. Deshalb lautet mein Mantra „Anwerbung und Bindung“. Wenn Sie ihr Personal binden können, dann können sie auch zusätzliches Personal anwerben. Können Sie das nicht, dann wird der Pflegenotstand das bleiben, was er heute ist: eine Drehtür der Anziehung und Abstoßung, die die Dilemmas, wie ich sie beschrieben habe, immer wieder aufs Neue produziert. Das ist nicht gut genug für die Patienten von heute, und es wird mit Sicherheit auch nicht gut genug sein für die Millionen von Menschen, die morgen und in den nächsten Jahren auf Krankenpflege angewiesen sein werden.

Vielen Dank