



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Personenzentrierte Pflege. Implementierungsschwierigkeiten psychosozialer Konzepte.“

Verfasserin

Monika Mayer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.- Prof. Dr. phil. Robert Hutterer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe als die angegebenen.

Weiters versichere ich, dass ich diese Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Monika Mayer

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, warum es schwierig ist psychosoziale Konzepte in die Praxis zu implementieren. Es wird dabei in den Gesundheits- und Krankenpflegebereich hineingegangen und geschaut, welche Störfaktoren eine Umsetzung erschweren oder verhindern können. Zu den zentralen Aussagen gehören, dass (a) das Pflegeparadigma und dessen geschichtliche Entwicklung, (b) die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, (c) persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals, (d) klinische Rahmenbedingungen und (e) der Patient/die Patientin einen blockierenden Einfluss auf eine Implementierung nehmen können.

Abstract

The present thesis is trying to scrutinize why it is so difficult to put psychosocial conceptions into practice. I will investigate the specific field of nursing to look for aspects, which make it difficult or hinder an implementation. Central propositions are: (a) The care paradigm and its historical development, (b) nursing school, (c) personal resources and social skills of the nursing staff, (d) clinical conditions and (e) cases of patients' implementation blockages.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
I. Theoretischer Teil	10
1. Darstellung eines personenzentrierten Pflegeparadigmas.....	10
1. 1. Menschenbild	12
1. 2. Die Beziehung.....	13
1. 3. Beziehungsbedingungen	14
1. 3. 1. Kongruenz	16
1. 3. 2. Positive Wertschätzung.....	16
1. 3. 3. Empathie	17
1. 4. Expertentum	18
1. 5. Kritische Betrachtung einer personenzentrierten Pflegehaltung.....	20
2. Die Bedeutung des Pflegeparadigmas.....	21
2. 1. Einblick in die geschichtliche Entwicklung.....	22
2. 2. Aufzeigen des Status Präsens.....	25
2. 3. Ausblick auf Weiterentwicklungen.....	29
3. Die Bedeutung der Pflegegrundausbildung	30
3. 1. Einblick in die geschichtliche Entwicklung.....	30
3. 2. Aufzeigen des Status Präsens.....	33
3. 3. Ausblick auf Weiterentwicklungen.....	38
4. Die Bedeutung persönlicher Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals	41
4. 1. Die Rolle von Pflegepersonen.....	41
4. 2. Definierte Kompetenzen von Pflegepersonen.....	43
4. 2. 1. Selbstkompetenz	43
4. 2. 2. Sozial-kommunikative Kompetenz.....	44
4. 2. 3. Fachkompetenz	45
4. 3. Eine notwendige und hinreichende Haltung	45
5. Die Bedeutung der klinischen Rahmenbedingungen	47
5. 1. Die Organisation	47
5. 1. 1. Leitbild	49
5. 1. 2. Hierarchische Strukturen.....	51

5. 2. Stationsabteilung	53
5. 2. 1. Führungsperson	53
5. 2. 2. Teamarbeit	55
5. 2. 3. Praxisbegleitung	56
5. 2. 4. Fortbildungen	58
5. 2. 5. Zeit-Raum-Personal.....	59
6. Bedeutung des Patienten/der Patientin	60
6. 1. Die Rolle des Patienten/der Patientin	60
6. 2. Forderungen eines Patienten/einer Patientin	62
6. 3. Der Zukunftspatient /die Zukunftspatientin	63
II. Methodischer Teil	65
1. Die Fragestellung.....	65
2. Die qualitative Sozialforschung als Forschungsmethode	66
2. 1. Grundlagen qualitativen Denkens	66
2. 2. Methodologische Prinzipien	67
2. 2. 1. Einzelfallbezogenheit	67
2. 2. 2. Offenheit.....	67
2. 2. 3. Methodenkontrolle	68
2. 2. 4. Vorverständnis.....	68
2. 2. 5. Introspektion.....	68
2. 2. 6. Forscher-Gegenstands- Interaktion	68
2. 2. 7. Ganzheit.....	69
2. 2. 8. Historizität	69
2. 2. 9. Problemorientierung	69
2. 2. 10. Argumentative Verallgemeinerung	69
2. 2. 11. Induktion.....	69
2. 2. 12. Regelbegriff.....	70
2. 2. 13. Quantifizierbarkeit.....	70
2. 3. Gütekriterien.....	70
2. 3. 1. Verfahrensdokumentation	70
2. 3. 2. Argumentative Interpretationsabsicherung.....	70
2. 3. 3. Regelgeleitetheit	71

2. 3. 4. Nähe zum Gegenstand.....	71
2. 3. 5. Kommunikative Validierung.....	71
2. 3. 6. Triangulation.....	71
2. 4. Erläuterung zur Auswahl einer qualitativen Methodik.....	72
3. Die Untersuchungsmethode.....	73
3. 1. Das leitfadengestützte Experteninterview.....	73
3. 1. 1. Methodologische Beschreibung.....	73
3. 2. Die Untersuchungsdurchführung.....	75
3. 2. 1. Auswahl und Definition der Untersuchungsgruppe.....	75
3. 2. 2. Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung.....	76
3. 2. 3. Erstellen des Interviewleitfadens.....	76
3. 2. 4. Durchführungsort und Interviewdauer.....	77
3. 2. 5. Durchführung der Interviews.....	78
3. 2. 5. 1. Einstiegsphase.....	78
3. 2. 5. 2. Hauptphase.....	78
3. 2. 5. 3. Abschlussphase.....	79
4. Die Auswertungsmethode.....	79
4. 1. Die qualitative Inhaltsanalyse.....	79
4. 1. 1. Methodologische Beschreibung.....	79
4. 2. Die Auswertungsdurchführung.....	80
4. 2. 1. Festlegung des Materials.....	80
4. 2. 2. Analyse der Entstehungssituation.....	81
4. 2. 3. Formale Charakterisierung des Materials.....	81
4. 2. 4. Richtung der Analyse.....	81
4. 2. 5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung.....	82
4. 2. 6. Bestimmung der Analysetechnik.....	82
4. 2. 7. Definition der Analyseeinheit.....	83
4. 2. 8. Analyse des Materials.....	83
4. 2. 9. Interpretation.....	91
5. Die Untersuchungsergebnisse.....	91
5. 1. Einfluss durch das Pflegeparadigma.....	91
5. 1. 1. Körperliche Fokussierung.....	91

5. 1. 2. Geringe Anerkennung des Pflegepersonals.....	93
5. 1. 3. Unklare Aufgabenbereiche und fehlende Wahrnehmung von Verantwortung	94
5. 1. 4. Psychosoziale Betreuung ist keine Leistung	95
5. 1. 5. Interpretation	95
5. 2. Einfluss durch die Pflegegrundausbildung.....	96
5. 2. 1. Fehlende Bedeutung bei Aufnahmeverfahren	96
5. 2. 2. Körperliche Aspekte sind Ausbildungsfokus	97
5. 2. 3. Fehlende authentische und praktische Vermittlung	98
5. 2. 4. Interpretation	99
5. 3. Einfluss durch persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals.....	100
5. 3. 1. Fehlende Bedeutung bei Einstellungsverfahren	100
5. 3. 2. Vernachlässigung der eigenen Psychohygiene.....	101
5. 3. 3. Psychosoziale Kompetenzen und geeignete Berufsmotivation sind nicht vorhanden	102
5. 3. 4. Interpretation	103
5. 4. Einfluss durch klinische Rahmenbedingungen	104
5. 4. 1. Stellenwert und Vorbildfunktion durch die Organisation sind nicht vorhanden	104
5. 4. 2. Führungsaufgaben werden nicht wahrgenommen.....	106
5. 4. 3. Bestehende hierarchische Strukturen	107
5. 4. 4. Ressourcen von Zeit- Raum- Personal sind nicht gewährleistet .	108
5. 4. 5. Fehlendes Teambewusstsein	109
5. 4. 6. Stellenwert von psychosozialen Fortbildungen und Praxisbegleitung auf der Station ist nicht gegeben.....	111
5. 4. 7. Interpretation	112
5. 5. Einfluss durch den Patienten/die Patientin	113
5. 5. 1. Psychosoziale Betreuung wird nicht erwartet	113
5. 5. 2. Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung ist vorhanden wird aber nicht eingefordert.....	114
5. 5. 3. Interpretation	115

6. Zusammenfassende Darstellung und Empfehlungen.....	116
7. Bibliografie	126
8. Abkürzungsliste	132
9. Anhang	133

Einleitung

Die Bearbeitung der vorliegenden Thematik entstand einerseits durch ein Interesse und eine Faszination gegenüber einer Art und Weise einem Menschen zu begegnen, nämlich personenzentriert und andererseits durch meine berufliche Tätigkeit.

Die personenzentrierte Beratung und Psychotherapie stellt meinen Schwerpunkt im Rahmen des Studiums der Bildungswissenschaft dar und seit 1996 bin ich im Pflegefachbereich tätig.

Die Verbindung dieser beiden Bereiche würde einerseits den Patienten/die Patientin aus seiner/ihrer traditionellen Position, ein unmündiges Wesen zu sein, herausnehmen und ihn/sie aus einer wertschätzenden, kongruenten und empathischen Perspektive betrachten können. Andererseits würde eine personenzentrierte Zugangsweise im Pflegefachbereich, trotz aller aktuellen und notwendigen Entwicklungen, die Wahrnehmung und die Bedeutung den Menschen in seinem Wesen zu betrachten, gerecht werden.

In den letzten dreizehn Jahren zeigten sich im Pflegefachbereich positive und notwendige Entwicklungen. Positiv deswegen, weil sich seit 1997 durch ein neues Gesunden- und Krankenpflegegesetz eine sehr intensive Entwicklung zu mehr Selbständigkeit und Wissenschaftlichkeit gezeigt hat. Notwendig deshalb, weil Österreich im Pflegefachbereich nach wie vor ein europäisches Schlusslicht darstellt.

Dieser Entwicklungsprozess ist ein noch relativ junger und muss weiter vorangetrieben werden, um eine qualitativ hochwertige und verantwortungsvolle Pflege gewährleisten zu können.

In diesem wichtigen und fortschreitenden Prozess ist es aber von großer Bedeutung das Wesen Mensch nicht zu vernachlässigen oder gar außer Acht zu lassen.

Manchmal ergibt sich der Eindruck, wenn all die Beiträge betrachtet werden, ob es sich dabei um Pflegemodelle, Pflegekonzepte, Pflegediagnosen, Pflegetheorien, Pflegeforschung, Pflegepraxis, Pflegeethik, Pflegemanagement usw. handelt, dass zu sehr die Aufmerksamkeit bestimmten Strukturen, politischen Ansprüchen und Erwartungen oder manchmal dem eigenen Nutzen zu viel zugeschrieben ist und auf das Essentielle zu wenig eingegangen wird oder übersehen wird. Und als das Essentielle im Pflegefachbereich sind die Begegnung und die Beziehung von einem Menschen zu einem anderen Menschen zu sehen. Keine noch so fundierte Theorie oder kein noch so umfangreiches Konzept kann von Bedeutung sein, wenn die Begegnung von Mensch zu Mensch nicht oder zu gering berücksichtigt wird.

Der Mensch, betrachtet als physisches, psychisches und soziales Wesen, bedarf einerseits der Wahrnehmung von Körper, Geist und Seele und seines sozialen Umfeldes, um eine gesunde Entwicklung zu erlangen und einen Zustand der Gesundheit aufrechterhalten zu können oder wiederzuerlangen, und andererseits bedarf es einer inneren Kraft diesen Prozess erhalten und vorantreiben zu können. Carl Rogers, der Begründer des personenzentrierten Ansatzes, geht davon aus, dass jeder Mensch eine innere Kraft hat sich weiterzuentwickeln (Rogers 2006/1961) und die Möglichkeit hat, Veränderungen und Herausforderungen im Leben begegnen zu können.

Menschen, die mit einer körperlichen, psychischen oder sozialen Einschränkung konfrontiert sind, bedürfen besonders einer wertschätzenden, ehrlichen und einführenden Begegnung. Wenn sie nämlich erkennen, dass sie trotz ihrer Defizite angenommen und wertgeschätzt werden, ist es hilfreich sich selbst anzunehmen und wertzuschätzen. Sie werden dadurch unterstützt eine positive Entwicklung im Umgang mit ihrer Erkrankung oder Einschränkung zu entwickeln. Das Pflegefachpersonal kann diese Anregung der inneren Kraft und den folgenden Werdeprozess durch eine hilfreiche Beziehung unterstützen.

Aus dieser Betrachtung heraus lässt sich folgende pädagogische Relevanz im Pflegefachbereich ableiten. Betrachten wir pädagogisches Handeln als einen einerseits Integrationsprozess und andererseits als einen Emanzipationsprozess, lässt sich folgendes für die vorliegende Thematik darstellen. Menschen, die sich aufgrund ihres Gesundheitszustandes in einem Krankenhaus aufhalten müssen, werden einerseits vom Fachpersonal über vorliegende stations-gesellschaftliche Bedingungen informiert und angeleitet und dadurch eine Anpassung gefordert. Andererseits werden Rahmenbedingungen geschaffen, um den Patienten die Möglichkeit zu geben sich in diesem veränderten gesundheitlichen Zustand und folgenden Problemen und Einschränkungen, zu entwickeln und durch eigene Kraft und Verantwortung diesen Problemen zu begegnen und diese zu bewältigen. Das heißt, durch eine gegebene Unterstützung von Seiten des Fachpersonals soll eine positive Entwicklung aufgrund von Selbstbestimmung möglich sein. Der Patient/die Patientin soll sein/ihr eigener Experte sein, der vom Pflegefachpersonal unterstützt und begleitet wird. Rogers plädiert dafür, dass jedes Individuum in der Lage ist, Verantwortung für sich zu übernehmen und für sich selbst der/die beste Experte/Expertin zu sein. „Der nicht- direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten.“ (Rogers 2007/1942, S.119).

Um einen Rahmen zu schaffen, in dem dies möglich ist, bedarf es zunächst einer Beziehung zwischen dem Patienten/der Patientin und dem Pflegepersonal, die von notwendigen Charakteristika geprägt sein soll. Carl Rogers geht davon aus, dass eine hilfreiche Beziehung drei Grundbedingungen aufweisen muss. Dies sind Kongruenz, positive Wertschätzung und Empathie.

Für eine Beziehung zwischen einem Patienten/einer Patientin und einer Pflegefachperson sollen diese Bedingungen unverzichtbar sein. Ein Zusammenspiel dieser Bedingungen und die Wahrnehmung dieser Aspekte durch den Patienten/die Patientin könnten dem Patienten/der Patientin, der/die sich in einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ausnahmesituation befindet, hilfreich sein um neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln und so in weiterer

Folge Problemsituationen, die sich aus seinen/ihren Einschränkungen ergeben, selbständig und verantwortungsvoll zu begegnen.

Wie können nun Bedingungen geschaffen werden im Rahmen des Pflegeprozesses, in dem ein Patient/eine Patientin die Möglichkeit hat sich weiter zu entwickeln, um mit der veränderten Situation umgehen zu können und eine Wiederherstellung der Autonomie gewährleistet ist?

Fakt ist, dass es zahlreiche Pflegekonzepte gibt, die einerseits versuchen den Patienten/die Patientin in seiner/ihrer Ganzheit zu erfassen, wie z.B. Myra Levine. Sie betrachtet „den Menschen als ein ganzheitliches, offenes Erhaltungssystem, das mit seiner Umwelt interagiert und sich dieser anpasst“ (Kühne-Ponesch 2004, S. 76). Und andererseits gibt es Konzepte, die auf die Wichtigkeit einer Beziehung zwischen Patient/Patientin und Pflegeperson hinweisen, wie z.B. das von Ida Jean Orlando. „Im Mittelpunkt ihres Modells steht die Beziehung zwischen Patient und Pflegerin und deren fördernder bzw. hemmender Einfluss.“ (Kühne-Ponesch 2004, S. 78). Auch das humanistisch orientierte Modell von Rosemarie Rizzo Parse sei als ein Beispiel von vielen erwähnt. Parse geht davon aus, dass „Jedes Individuum schafft sich seine eigene Gesundheit, trifft autonome Entscheidungen und gibt seinem Leben Sinn.“ (Kühne-Ponesch 2004, S. 78).

Weiterer Fakt ist aber auch, dass die Wahrnehmung des Patienten/der Patientin als ein Wesen von physischen, psychischen und sozialen Komponenten im stationären Pflegealltag zu gering gewährleistet ist. PatientInnen werden aufgrund ihres physischen Leidens einer spezifischen Abteilung zugewiesen und werden dort durch medizinische und pflegerische Diagnosen erfasst und kategorisiert. Fokussiert auf diese vorliegenden Diagnosen werden entsprechende Maßnahmen getroffen. Aussagen wie z.B. „Die Ärzte sehen in mir nicht den Menschen, sondern nur meine Krankheit.“ (Tausch 2004, S. 66) drücken ein Empfinden aus, das von PatientInnen nicht nur in Bezug auf das medizinische Personal wahrgenommen wird, sondern auch bzgl. Pflegefachpersonal. Denn auch im

Pflegebereich wird ein Patient/eine Patientin nach Pflegediagnosen erfasst. Und genauso wie im medizinischen Bereich besteht die Gefahr, dass der Mensch zwar in der Rolle als Patient/Patientin mit seinen/ihren Diagnosen vollkommen erfasst wird und notwendige Maßnahmen gesetzt werden. Durch die Konzentration auf diese Diagnosen kann aber die Sicht auf das Wesen Mensch und die vollständige Erfassung blockiert werden.

In dieser Auseinandersetzung sollen Aspekte geortet werden, die eine Umsetzung einer psychosozialen Betrachtung und Umgangsweise im Pflegebereich erschweren oder verhindern. Die Beschränkung der Formulierung auf eine psychosoziale Betrachtungsweise soll den körperlichen Aspekt nicht ausschließen. In dieser Arbeit wird sie aber in den Hintergrund gestellt, um die Aufmerksamkeit und die Wichtigkeit der psychosozialen Aspekte herauszustellen. Der Pflegebereich, mit dem sich in dieser Arbeit auseinandergesetzt wird, beschränkt sich auf akute Allgemeinstationen im Bereich des Wiener Krankenanstaltenverbundes (WKAV).

Wenn in diesem Rahmen von einem psychosozialen Zugang gesprochen wird, wird von einer personenzentrierten Haltung im Sinne von Carl Rogers ausgegangen, die aus der Sicht der Forscherin eine notwendige und ausreichende Basis darstellt, um einen Menschen in seinem ganzen Sein zu begegnen.

Um mögliche Implementierungsschwierigkeiten orten zu können, ist zunächst eine Beleuchtung der historischen Entwicklung des Pflegefachdienstes notwendig. Pflegerisches Handeln wurde immer der Medizin untergeordnet und bis 1997 war kein eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich definiert gewesen. Dadurch orientierte sich die Pflege sehr lange an einem „medizinischen Modell, das den Menschen primär als ein Objekt zur Wiederinstandsetzung betrachtet“ (Bauer 2004, S. 1). Es kann vermutet werden, dass ein psychosoziales Pflegeparadigma, das den Menschen in seinem Wesen in den Mittelpunkt stellt, sich durch diese Beeinflussung nur schwer entwickeln konnte und bis heute keine vollständige Überwindung des medizinischen Paradigmas stattgefunden hat.

Weiters ist die Grundausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu betrachten. Im Rahmen der theoretischen Ausbildung nehmen das Unterrichtsfach Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene und das Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining im ersten Ausbildungsjahr ein Stundenausmaß von 90 Stunden ein. Das Gesamtstundenausmaß beträgt 970. Im zweiten Jahr werden für diese Fächer 60 Stunden von insgesamt 560 Stunden aufgewendet. Und im letzten Ausbildungsjahr werden 60 Stunden von insgesamt 470 Stunden dafür verbucht (ÖBIG, 2003). Das heißt es wird ca. 1/10 der theoretischen Ausbildung für die Schulung von Beziehungskompetenzen aufgewendet.

Als weitere Aspekte sind die persönlichen Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals zu betrachten. Wie sehr wird im Rahmen des Einstellungsverfahrens auf notwendige psychosoziale Voraussetzungen geachtet? Es soll aufgezeigt werden, ob und wie Auswahlverfahren stattfinden und ob es auf die Anforderungen abgestimmt ist. Es ist zu fragen, welche Kompetenzen das Pflegepersonal für eine psychosoziale Begegnung aufweist und in welcher Weise in der Berufsausübung eine Umsetzung begleitet und gefördert wird.

Und ob ein Bewusstsein beim Pflegepersonal besteht sich selbst in einer Weise zu begegnen, dass psychosoziale Bedürfnisse gestillt werden können, um eine stabile Basis für die Berufsausübung zu bieten.

Weiters sind die Rahmenbedingungen der Organisation Krankenhaus des Wiener Krankenanstaltenverbundes zu betrachten. Hier ist abzuklären, wie sich diese gestalten und in welcher Weise sie die Umsetzung einer psychosozialen Zugangsweise beeinflussen können.

Organisatorische Strukturen sind nach wie vor aus der Geschichte heraus stark hierarchiebetont. Des Weiteren steht einem individuellen und personenzentrierten Umgang die Argumentation gegenüber, dass fehlende Zeit- und Personalressourcen und bestimmte scheinbar notwendige Arbeitsabläufe dies nicht ermöglichen.

Es sind unter anderem Leitbilder und das dahinter stehende Menschenbild der Krankenhauseinrichtungen des WKAV zu beleuchten, um daraus ableiten zu können, ob dadurch eine grundlegende Verhinderung einer Umsetzung gegeben ist. Denn die Philosophie einer Organisation stellt einen notwendigen Grundstein für weitere Arbeits- und Entwicklungsschritte dar.

Zuletzt soll der Aspekt „Patient/Patientin“ betrachtet werden. Es soll geklärt werden, ob jeder Patient/jede Patientin einer psychosozialen Betreuung bedarf. Wie sehen die gesellschaftspolitischen Erwartungshaltungen und das Pflegeverständnis eines Patienten/einer Patientin aus?

In einem ersten theoretischen Teil sollen die Themenbereiche analysiert und beleuchtet werden, die eine Kausalität hinsichtlich Forschungsfrage vermuten lassen. In einer ausgiebigen Literaturoseinandersetzung werden die Themenkomplexe erfasst und einer anschließenden Interpretation, die durch ein Vorverständnis der Autorin geprägt sein wird, unterzogen werden. Die „Interpretation bedeutet zunächst, dass vorurteilsfreie Forschung nie ganz möglich ist, dass also das Vorverständnis bezüglich des Forschungsgegenstandes zu explizieren ist. Es bedeutet auch, dass Introspektion, das Zulassen eigener subjektiver Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand ein legitimes Erkenntnismittel ist.“ (Mayring, 2002, S. 25).

In einem zweiten methodischen Teil wird die Forscherin in den Fachbereich Pflege hineingehen und Interviews mit Experten/Expertinnen führen, die im lehrenden, leitenden und praktischen Bereich tätig sind, Erfahrungen zahlreicher Patienten-Personal-Begegnungen erlebt haben und denen eine psychosoziale Begegnung ein Begriff und ein Anliegen ist. „Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 12). Geplant werden zehn Interviews, die eine Dauer von Minimum einer halben Stunde bis Maximum einer Stunde haben sollen.

Die Interviews werden als leitfadenorientierte Experteninterviews geführt werden. Das heißt einerseits, dass eine offene und halbstrukturierte Befragung gegeben ist und den Befragten die Möglichkeit lässt, sehr frei antworten zu können. Andererseits besteht eine Zentrierung auf eine Problemstellung, die von der Interviewerin im Vorfeld analysiert wurde und deren Aspekte sie anhand eines Interviewleitfadens im Gespräch aufgreift (Mayring 2002).

Der Kommunikationsstil ist ein neutraler bis weicher und kann durch Empathie, Wertschätzung, Respekt und aufmerksames Zuhören charakterisiert werden (Mayer 2002).

Durch eine Offenheit in der Beantwortung können die subjektiven Ansichten der Interviewpartner, die Wahrnehmung und Interpretation von Phänomenen, von jedem Einzelnen aufgenommen werden. „Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen.“ (Mayer 2002, S. 72).

Die Interviews werden anschließend transkribiert und nach den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse aufbereitet. Das vorliegende Datenmaterial wird gesichtet und es werden Kategorien festgelegt auf die hin das Material beleuchtet werden soll. Die Aussagen der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen werden durch interpretative Techniken diesen Kategorien zugeordnet, und zuletzt werden die individuellen Einzelfalldarstellungen fallübergreifend generalisiert (Lamnek 2005, S. 531).

Zuletzt werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt und hinsichtlich der Forschungsfrage interpretiert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen Grundlage für eine abschließende Diskussion und für mögliche Empfehlungen sein.

Die Struktur der geplanten Arbeit wird einen theoretischen und einen methodischen Teil aufweisen. Zu Beginn des theoretischen Teiles wird eine

Abklärung erfolgen, was unter personenzentrierten Pflege in dieser Auseinandersetzung bedeutet. Nach Klärung der Begrifflichkeiten ist eine Kompatibilität zwischen eines personenzentrierten Ansatzes und des Pflegefachbereiches zu überprüfen. Es muss geklärt werden, ob überhaupt eine Notwendigkeit einer personenzentrierten Pflege gegeben ist.

Den Hauptteil der Arbeit stellt die Erfassung möglicher Implementierungsschwierigkeiten dar und gliedert sich in fünf Kapitel. Es werden fünf verschiedene Aspekte aufgezeigt, die eine Erschwerung oder Verhinderung einer Umsetzung verursachen könnten. Hierzu gehört 1. das Pflegeparadigma und seine historische Entwicklung, 2. die Gesundheits- und Krankenpflegegrundausbildung, 3. persönliche Ressourcen und psychosoziale Kompetenzen des Pflegepersonals, 4. Rahmenbedingungen der Organisation und 5. die Rolle des Patienten/der Patientin.

Im methodischen Teil wird zu Beginn nochmals die Fragestellung dargestellt und der verwendete Forschungszugang wird erläutert. Für die Auseinandersetzung der vorliegenden Forschungsfrage eignet sich eine qualitative Forschungsmethode. Es werden die Wahl, zentrale Prinzipien und Gütekriterien des Zuganges dargestellt. Weiters wird die Untersuchungsmethode, deren verwendeten Instrumente und die Untersuchungsdurchführung aufgezeigt.

Danach wird das Analyseverfahren der Untersuchung dargestellt und die einzelnen Analyseschritte werden beschrieben. In einem weiteren Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt. Im Anschluss erfolgen eine Diskussion der Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellung. Eine zusammenfassende Darstellung der Auseinandersetzung und mögliche Empfehlungen sollen die Forschungsarbeit abschließen.

I. Theoretischer Teil

1. Darstellung eines personenzentrierten Pflegeparadigmas

Der Gedankenversuch eine personenzentrierte Pflegehaltung darzustellen, um eine psychosoziale Begegnung zu ermöglichen, resultiert einerseits aus einer Unzufriedenheit heraus und andererseits aus einer Überzeugung heraus.

Die Unzufriedenheit bezieht sich auf eine Literaturrecherche, die im Bereich des Pflegefaches stattgefunden hat. Im Rahmen dieser Recherchen fanden sich zwar zahlreiche Pflege-theorien, die eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten/der Patientin einfordern, aber letztendlich immer der Eindruck zurückblieb, dass die Betrachtung des Menschen in der Rolle des Patienten/der Patientin verhaftet bleibt. Das bedeutet, dass ein Mensch, der sich aus gesundheitlicher Notwendigkeit in eine Krankeninstitution begibt, eine Rolle übergestülpt bekommt und gewisse Erwartungen an ihn vorhanden sind. So zitiert Dennis (2001, S. 143) Dorothea Orem, eine Pflege-theoretikerin, folgendermaßen: „Obwohl ein Patient weitestgehend Beteiligter an seiner Selbstpflege bleiben soll, entspricht seine Rolle im Kontakt mit der professionellen Pflege im Wesentlichen der des Rezipienten von professioneller Pflege (d.h. als Patient). Ein wesentliches Charakteristikum besteht darin, dass der Patient offen und bereit ist, professionelle Pflege zu erhalten.“ Diese professionelle Pflege wird von jenen angeboten, die die Rolle der Pflegenden innehaben und einen „spezifischen Status und entsprechende Autorität“ (Dennis 2001, S. 145) vermitteln. Eine solche Rollenverteilung kann die Gefahr in sich bergen einen Menschen mit all seinen Facetten nicht wahrnehmen zu können.

Die Überzeugung, die hinter einer Betrachtung einer personenzentrierten Pflegehaltung steht, bezieht sich auf einen möglichen und notwendigen Paradigmenwechsel im Pflegefachbereich. Nicht nur, dass der herkömmliche Patient aus seiner unmündigen, empfangenden Rolle herausgenommen werden könnte, könnte auch das Pflegepersonal aus seiner traditionellen Rolle heraustreten.

Dem vorherrschenden Rollenideal einer Pflegeperson, von dem/der immer gut gelaunten, freundlichen, verständnisvollen und fachkompetenten und immer zur

Verfügung stehenden Pfleger/Schwester muss ein realistisches Bild entgegengesetzt werden.

Dieses reale Bild könnte folgendermaßen dargestellt werden: Die Pflegeperson als Mensch mit eigenen Bedürfnissen, Erwartungen an deren Umfeld und vorhandenen Schwächen auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Pflegeperson als Fachkraft mit zahlreichen Kompetenzen und Herausforderungen. In diesem Spannungsfeld zwischen Mensch und Fachkraft müsste ein Bogen gespannt werden, durch den ein Widerspruch dieser zwei Positionen keine Berechtigung findet, sondern der eine Verbindung ermöglicht und eine Einigung in einer Person resultieren lässt. Eine derartige Verwobenheit von Menschlichkeit und Fachwissen stellt die Grundlage einer jeden psychosozialen Aufgabe dar.

Um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können, bedarf es einerseits einer Zugangsweise, bei der die Personen, die in diesem Rahmen zu tun haben, im Mittelpunkt stehen und andererseits bedarf es fachlich-technischer Fertigkeiten, auf die aber in dieser Arbeit nicht eingegangen wird. In dieser Auseinandersetzung soll der Fokus ganz bewusst auf die psychosozialen Aspekte in der Pflegearbeit gerichtet werden.

Eine personenzentrierte Umgangsweise kann Pflegepersonen helfen in Pflegesituationen einerseits sich selbst und den Menschen gegenüber wahrzunehmen und Reaktionen und Verhaltensschemen zu verstehen und anzunehmen und gemeinsame Möglichkeiten für einen verständnisvollen und wertschätzenden Umgang zu entwickeln. Aber auch im kollegialen Zusammenarbeiten einen Umgang zu finden, der von Wertschätzung, Kongruenz und Empathie geprägt ist.

Für Pörtner bietet eine personenzentrierte Haltung gerade in sozialen Institutionen „hervorragende Grundlagen“ um „die Lebensqualität der betreuten Personen zu verbessern, ihren Handlungsspielraum zu erweitern, die Arbeit der Betreuerinnen zu erleichtern und befriedigender zu gestalten, negative Auswirkungen häufigen

Mitarbeiterwechsels zu vermindern, Burnout-Erscheinungen entgegenzuwirken.“ (Pörtner 2006, S. 14).

Die Eignung einer personenzentrierten Zugangsweise im Sinne von Carl Rogers wird in diesem Abschnitt überprüft, indem personenzentrierte Komponenten in den Pflegefachbereich hineingetragen werden und deren möglichen Auswirkungen betrachtet werden.

1. 1. Menschenbild

Eine personenzentrierte Pflegehaltung würde sich auf Carl Rogers Philosophie stützen, die einerseits getragen wird von Grundbedingungen wie Kongruenz, positive Wertschätzung und Empathie und sich andererseits auf der Theorie einer Persönlichkeitsentwicklung begründet, die von einer Aktualisierungstendenz, die in jedem Menschen vorhanden ist, geprägt ist.

Rogers geht davon aus, dass jeder eine „...Tendenz, alle Kapazitäten des Organismus oder des Selbst zum Ausdruck zu bringen und zu aktivieren“ (Rogers 2006/1961, S. 340) in sich hat. Das heißt, diese Tendenz kann als Kraft im Menschen betrachtet werden, die einen vorantreibt, um sich weiterzuentwickeln, zu reifen, sich zu vervollständigen. Nach dem humanistischen Menschenbild, das dem personenzentrierten Ansatz zugrunde liegt, hat somit jedes Individuum diesen Motor in sich und strebt danach, sich ständig zu aktualisieren und zu verändern. Folgt man weiter dieser philosophischen Betrachtung, kommt man zu der Hypothese, dass „jedoch immer die Anregung durch etwas oder jemand anderen erforderlich“ ist, und „so besteht Werden (...) darin, dass die Potenz durch Einwirkung eines Anderen zur Wirklichkeit wird. Keine Potenz kann sich selbst aktualisieren.“ (Schmid 2007, S. 41).

Was bedeutet dies für den Pflegefachbereich? Dadurch, dass der Mensch diese Tendenz, sich vorwärts zu bewegen, in sich hat, bedarf es nicht der Anleitung einer Pflegeperson, sich in eine Richtung zu bewegen. Das heißt, es ist nicht notwendig dem Patienten/der Patientin zu sagen, was er/sie zu tun hat. Lediglich ist diese motivations- und entwicklungsfördernde Tendenz zu unterstützen, indem

gemeinsam betrachtet wird, was für Möglichkeiten vorhanden sind und wie Pörtner schreibt „...eigene Wege zu finden, um - innerhalb der begrenzten Möglichkeiten - angemessen mit der Realität umzugehen.“ (Pörtner 2006, S. 20). Der/die Patient/Patientin nimmt die Unterstützung der Pflegeperson wahr und nützt diese für ihre eigene Entwicklung und ihr Wachstum. Das Konzept der Aktualisierung bezieht sich auf die Fähigkeit, dass jeder Mensch in der Lage ist, sein Leben eigenständig zu führen, und Lösungsmöglichkeiten für Probleme finden kann, wenn die notwendige Unterstützung gegeben ist. Für diese Unterstützung ist es notwendig die Patienten in ihrer ganz persönlichen und individuellen Art wahrzunehmen und auf deren Bedürfnisse, Fähigkeiten und Lebenseinstellungen einzugehen. Es ist von großer Bedeutung einen Menschen in seinem ganzen Wesen so wahrzunehmen und anzunehmen wie er ist - mit all seinen Ängsten, Ablehnungen, Erfahrungen und Reaktionen. Hier bedarf es einer Beziehung, die von Wertschätzung, Kongruenz und Empathie geprägt ist.

1. 2. Die Beziehung

Die Komponente der Beziehung stellt in der Pflegetätigkeit ein grundlegendes Element dar. Die Notwendigkeit einen Zugang zu einem Patienten/einer Patientin zu finden um einen gemeinsamen Weg beschreiten zu können, der pflegerische Maßnahmen erfordert, ist aber in der Praxis durchaus nicht selbstverständlich. Oft werden pflegerische Maßnahmen gesetzt, die vom Pflegepersonal als notwendig erachtet werden, ohne ein Mindestmaß an persönlichem Zugang, nämlich sich mit dem eigenen Namen und der Funktion vorzustellen, zu gewährleisten.

Entscheidend ist die Frage, wie eine Beziehung hergestellt werden kann, die einem Patienten/einer Patientin hilfreich ist, um eine krankheitsbedingte Situation bewältigen zu können und Strategien zu entwickeln, die ihm/ihr den weiteren Umgang bestmöglich gewährleistet.

Rogers geht davon aus, dass eine Beziehung, die hilfreich sein soll, bestimmte Bedingungen voraussetzt. Er geht nicht davon aus, dass umfangreiches Wissen und Techniken entscheidend sind, sondern er stellt die Einstellungen und die

Begegnung als Person mit einer Person in den Vordergrund (Rogers 2006/1961, S. 84).

Es bedarf einer menschlichen Grundeinstellung, das heißt einer grundlegenden Haltung einem Menschen gegenüber, die nicht von individuellen menschlichen Erscheinungsformen beeinflusst wird.

Rogers formuliert im Rahmen seiner therapeutischen Tätigkeiten Variablen, die eine solche Beziehung fundieren. Diese können übernommen werden, um eine Beziehung im Pflegefachbereich zu beschreiben. Im folgenden Abschnitt werden Rogers Variablen betrachtet und zum Pflegefachbereich in Bezug gesetzt.

1. 3. Beziehungsbedingungen

Rogers maß der Beziehung, wie vorausgehend beschrieben wurde, in der therapeutischen Situation eine große Bedeutung bei. Diese Beziehung bedarf eines bestimmten Rahmens, der durch Bedingungen, wie sie Rogers sehr ausführlich, basierend auf zahlreichen empirischen Untersuchungen, dargestellt hat, moduliert wird. In diesem Kapitel sollen diese Bedingungen aufgeführt werden und in den Pflegebereich hineingetragen werden.

Im Pflegefachbereich geht es in erster Linie darum Menschen, die aufgrund einer Erkrankung, ihres hohen Alters oder einer Behinderung eingeschränkt sind, zu unterstützen und zu begleiten. Diese Menschen sind mit zahlreichen neuen Situationen und Herausforderungen konfrontiert. Sie müssen einerseits lernen diese Anforderungen anzunehmen und andererseits ist es oft notwendig sich neue Strategien anzueignen, um damit umgehen zu können. Unsicherheit, Ängste und starke emotionale Aufwühlungen begleiten diese Phasen und können oft alleine nicht bewältigt werden.

Eines der Hauptaufgaben von Pflegepersonen sollte darin bestehen, diesem Auftrag der Unterstützung und Begleitung nachzukommen. Einerseits geht es um eine körperliche Unterstützung und andererseits um eine psychosoziale Begleitung. Die Komponente der psychosozialen Begleitung soll hier Gegenstand

der Beleuchtung sein und es bedeutet nicht, dass die körperliche Versorgung keine Relevanz hat. Zugunsten der psychosozialen Betrachtung wird jedoch der physische Aspekt ausgeblendet.

Die Bedeutung einer psychosozialen Betreuung kann in der Notwendigkeit von Verhaltensveränderungen, Einstellungsveränderungen und folgenden Persönlichkeitsveränderungen gesehen werden. Menschen mit Erkrankungen, hohem Alter und Behinderungen befinden sich in Lebenssituationen, in denen massive physische und psychische Veränderungen einhergehen. Die Realisierung dieser Veränderungen und die Integration in das Selbstbild können verzögert stattfinden oder werden verweigert.

Rogers spricht von einem Zustand der Inkongruenz. Das heißt, es besteht zwischen dem Erleben des Organismus und dem Selbstbild des Individuums keine Übereinstimmung. Die Person befindet sich in einem Spannungszustand, der von erhöhter Verletzlichkeit und Leidensdruck geprägt ist (Rogers 2006/1961).

Somit reicht es nicht aus PatientInnen hinsichtlich ihrer körperlichen Leiden zu betreuen, sondern ihnen auch auf einer psychosozialen Ebene zu begegnen und einen Rahmen zu gestalten, in dem notwendige Veränderungen und Anpassungen möglich sind.

Rogers misst einer Beziehung, die geprägt ist von bestimmten Bedingungen und einen solchen Rahmen bieten kann, eine notwendige Bedeutung bei. Charakteristika einer solchen Beziehung sind Kongruenz, positive Wertschätzung und Empathie (Rogers 1957).

Rogers schreibt dazu: „ Wenn ich eine Beziehung herstellen kann, die auf meiner Seite so charakterisiert ist: Authentizität und Transparenz, ich zeige mich in meinen wirklichen Gefühlen; warmes Akzeptieren und Schätzen des anderen als eigenständiges Individuum; Einfühlung, die Fähigkeit, den anderen und seine Welt mit seinen Augen zu sehen. Dann wird der andere in dieser Beziehung: Aspekte seines Selbst, die er bislang unterdrückt hat, erfahren und verstehen; finden, dass er stärker integriert ist und eher in der Lage sein, effektiv zu agieren;

dem Menschen, der er sein möchte, ähnlicher werden; mehr Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein zeigen; mehr Persönlichkeit werden, einzigartiger und fähiger zum Selbstaussdruck; verständiger und annehmbarer gegenüber anderen sein; angemessener und leichter mit den Problemen des Lebens fertig werden können.“ (Rogers 2006/1961, S. 51f).

1. 3. 1. Kongruenz

Kongruenz bedeutet, dass man dem Patienten/der Patientin in einer offenen und ehrlichen Art und Weise begegnen kann. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Pflegeperson selbst in dieser Form begegnen kann. Dass sie sich selbst, ihre Gedanken, ihre Gefühle wahrnehmen kann, akzeptieren kann und identisch ausleben kann. Dieses einheitliche und integrierte Sein ermöglicht dem Patienten/der Patientin sein/ihr Gegenüber als ehrlich und zuverlässig zu erleben und er/sie kann so Vertrauen gewinnen und beginnen, sich frei zu öffnen. In anderen Worten gesagt: Wenn die Pflegeperson zu sich selbst eine Beziehung herstellen kann, ist es ihr möglich, auch zu einer anderen Person eine solche herzustellen.

1. 3. 2. Positive Wertschätzung

Oft kommt es zur Ablehnung der eigenen Person aufgrund einer physischen oder psychischen Veränderung. PatientInnen ziehen sich zurück oder schämen sich ihrer Selbst und glauben, dass sie weniger wert sind aufgrund ihrer Einschränkungen, äußerlicher Entstellungen und verurteilen sich selbst dafür.

Um diese Selbstverurteilungen, Selbstzweifel und der Gefahr sozialer Isolation entgegenzuwirken, bedarf es einer Begegnung, die von positiver Wertschätzung geprägt ist.

Eine unbedingt positive Wertschätzung dem Patienten/der Patientin gegenüber, ist als eine weitere Notwendigkeit in der Begegnung zu sehen. Das Individuum soll in seiner ganzen Individualität mit all seinen Fähigkeiten, Gefühlen, Grenzen usw. akzeptiert und wertgeschätzt werden. Es soll weder eine positive noch eine negative Bewertung stattfinden. „Eine positive Bewertung ist auf Dauer

merkwürdigerweise genauso bedrohlich wie eine negative: sagt man jemandem, dass er gut ist, dann hat man wohl auch das Recht, ihm zu sagen, dass er schlecht ist“ (Rogers 2006/1961, S.69). Die Erfahrung zu machen, dass man sowohl mit seinen guten und schlechten Seiten angenommen, gewürdigt und geschätzt wird, ist eine bedeutende bzgl. Akzeptierung seines Selbst.

Dieser Aspekt, der Annahme seines Selbst mitsamt der physischen und psychischen Veränderungen, Einschränkungen, ist ein sehr wichtiger in allen kurativen und palliativen Prozessen.

1. 3. 3. Empathie

Die Bedeutung einer empathischen Zugangsweise besteht in der Gesundheits- und Krankenpflege darin, dass Phänomenen, die sich beim Patienten/bei der Patientin zeigen, wie z.B. Ablehnung, Widerstand, Aggression, Traurigkeit, Ängste usw., begegnet werden kann. Und zwar in einer Form, die solche Situationen nicht zusätzlich belasten und zu Eskalierungen führen lässt. Sondern in einer Art und Weise, dass der Patient/die Patientin das Gefühl hat, er/sie wird in dem Moment verstanden, seine/ihre Gefühle, Beweggründe, Verhaltensäußerungen werden wahrgenommen, ernst genommen und werden versucht nachzuvollziehen.

Die Konzentration besteht meist auf einer körperlichen Zuwendung und es wird kaum die Aufmerksamkeit und Zeit aufgebracht sich mit psychosozialen Aspekten, die z.B. den Widerstand hinsichtlich einer pflegerisch-technischen Tätigkeit begründen, auseinanderzusetzen. Eine medizinisch gesetzte Maßnahme wie z.B. Beruhigungsmedikation ist oft die Folge.

Wenn jedoch versucht wird, sich auf den Patienten/die Patientin einzulassen, zu versuchen nachzuspüren, nachzuvollziehen was passiert hier, was geht in diesem Menschen vor, was verursacht eine vorliegende Reaktion, dann könnte ein Verstehen der Bedeutung entstehen und Maßnahmen könnten im Sinne des Patienten/der Patientin gesetzt werden.

Empathie bedeutet für Rogers „die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden“, ebenso „ein Gespür...für

sich ändernden gefühlten Bedeutungen...zeitweilig das Leben dieser Person zu leben...sich vorsichtig darin zu bewegen...Bedeutungen zu erraten, deren sie selbst kaum gewahr wird...nicht aber, Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewusst ist, dies wäre zu bedrohlich.“ (Rogers/Rosenberg 2005/1977, S. 79).

Die Pflegeperson soll dem Patienten/der Patientin ein Begleiter in seiner/ihrer Welt sein und ihn/sie auf mögliche Bedeutungen in seinem Erlebnisfluss hinweisen. Dies bedarf Zeit und einer hohen Aufmerksamkeit. Rogers beschreibt, dass „empathisch sein eine komplexe, fordernde, harte, aber zugleich auch subtile und sanfte Art des Umgangs ist“ (Rogers/Rosenberg 2005/1977, S. 79).

1. 4. Expertentum

Die Pflegefachkräfte sind die Experten/Expertinnen für pflegerische Angelegenheiten. Dies ist korrekt und verlangt nach absoluter Zustimmung. Und doch ist dieses Expertentum auch als Hindernis zu betrachten.

Wird es in einer Weise benutzt um andere zu kategorisieren und davon Handlungen abzuleiten, würde es als Hemmnis erscheinen und es würde ein personenzentriertes Arbeiten verunmöglichen. Menschen ein Wissen überzustülpen und danach zu handeln, lässt den Respekt und die Wertschätzung für den Einzelnen vermissen. Es ist dabei kaum möglich, sich in jemand anderen so hineinzuversetzen, um diesen/diese zu begreifen und zu verstehen.

So fordert auch Hildegard Steppe (1989), Begründerin einer zwischenmenschlichen Pflegelehre, „...als Experte auftreten. Dies fordert von der Pflegeperson, dass sie sich dem Patienten gegenüber nicht wie seinesgleichen benimmt, sondern vielmehr als eine Person, die bezüglich Ausbildung, Wissen und Erfahrung in Gesundheitsbelangen dem Patienten überlegen ist.“ (Steppe 1989, S. 60). Weiters schreibt sie: „Die Pflegeperson - als Experte/Expertin - verfügt über spezielle Kenntnisse und spezielles Können, die in den Dienst dessen gestellt werden, was der Klient oder die Klientin benötigen. Was der Klient in die Beziehung einbringt, ist vermutlich ein genau bestimmbares, pflegerischen

Maßnahmen zugängliches Problem, ein Kummer oder ein Bedürfnis bezüglich seiner Gesundheit.“ (Steppe 1989, S. 61).

Man könnte aufgrund dieser Beschreibung davon ausgehen, dass alles was der Patient/die Patientin in die Pflegeperson-Patienten-Beziehung einbringen muss, sein/ihr Problem, sein/ihr Kummer oder ein Bedürfnis ist. Nichts Weiteres sonst bedarf es scheinbar. Der Rest, z.B. wie mit dem Problem umgegangen werden soll, welche Maßnahmen getroffen werden usw., wird sozusagen von den Experten eingebracht.

Eine solche Zugangsweise steht im krassen Gegensatz zu einer personenzentrierten Umgangsform, bei der der Patient/die Patientin als sein/ihr eigener Experte/Expertin betrachtet wird und eine innere Kraft vorausgesetzt wird, die es jedem ermöglicht in einem bestimmten Rahmen selbst Lösungen und Bewältigungsformen zu entwickeln. Pflegepersonen sollten in der Lage sein einen Rahmen zu schaffen, in dem eine solche Förderung und Entwicklung möglich ist.

Wird Expertenwissen als Angebot zur Verfügung gestellt, das heißt, biete ich all die Kenntnisse dem Gegenüber an, so dass gewählt werden kann und selbst entschieden werden kann, dann eröffne ich die Möglichkeit, dass das Individuum für sich das Beste selbst beurteilen kann und danach aufgrund fachlicher Unterstützung entscheiden kann.

Dies bedeutet einen gravierenden Unterschied in der eigenen Wahrnehmung des Patienten/der Patientin und im Entwicklungsprozess, der im Rahmen eines Heilungsprozesses oder Pflegeprozesses stattfindet.

Durch steigende Anforderungen an das Pflegepersonal kommt es oft zu Überlastungen und Überforderungen, vor allem diesen Expertenlevel durchgehend aufrecht zu erhalten. Es führt zu Resignationen und Spannungen im Berufsalltag und zwischenmenschliche Probleme sind die Folge.

Rogers plädiert dafür, dass jedes Individuum in der Lage ist, Verantwortung für sich zu übernehmen und für sich selbst der/die beste Experte/Expertin zu sein.

„Der Nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten.“ (Rogers 2007/1942, S. 119).

Das Pflegepersonal soll sich nach diesem Verständnis nach, nicht in eine übergeordnete Rolle begeben, sondern dem Patienten/der Patientin vielmehr Respekt und Würde entgegenbringen und ihm/ihr einen Rahmen ermöglichen, in dem er/sie das Bewusstsein erlangen kann, dass er/sie in der Lage ist, seinen/ihren Problemen zu begegnen und seine/ihre Ziele selbst festlegen zu können. Jeder Patient/jede Patientin hat das Recht seine/ihre Ziele selbst zu bestimmen, auch wenn es gegen die fachliche Empfehlung des Pflegepersonals entspricht. Pflegende sollten es sich nicht mehr zur Aufgabe machen alleine zu bestimmen, welches Problem behandelt werden soll, wie es aufgegriffen werden soll und vorzugeben, was für ein Ziel zu erreichen ist.

1. 5. Kritische Betrachtung einer personenzentrierten Pflegehaltung

Ein personenzentrierter Ansatz im Sinne von Carl Rogers im Gesundheits- und Krankenpflegebereich soll und kann nicht als therapeutisches Konzept betrachtet werden. Es soll auch nicht als pflegerisches Konzept verstanden werden.

Was mit dieser personenzentrierten Darstellung bezweckt werden soll, ist eine Haltung aufzuzeigen, die im Pflegefachbereich als notwendig und hinreichend angesehen werden kann um einen Zugang zu ermöglichen, der den Menschen über sein körperliches Erscheinen hinaus wahrnehmbar macht. Durch eine kongruente, wertschätzende und empathische Haltung wird eine Begegnung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen geschaffen, die für beide Seiten als hilfreich betrachtet werden kann.

Eine personenzentrierte Haltung würde nicht nur die Grundlage für einen psychosozialen Umgang mit PatientInnen ermöglichen, sondern auch einen kongruenten, wertschätzenden und empathischen Umgang einerseits mit sich selbst und andererseits mit den MitarbeiterInnen zur Folge haben.

Rogers entwickelte seinen Ansatz zunächst um in einem therapeutischen Rahmen diesen zur Anwendung zu bringen. Dieser Aspekt führt zu einem berechtigten Kritikpunkt. Eine Therapiestunde, in der eine personenzentrierte Haltung eingenommen wird, stellt eine hohe Anforderung an den Therapeuten, um diese halten zu können. Bedenken, die sich daraus ergeben sind, dass diese hohen Anforderungen in einem zwölf Stunden Schichtdienst vom Pflegepersonal nicht aufrechterhalten werden können.

Entgegen zu halten ist, dass es sich um eine Haltung handelt, die nicht einfach ein- und ausgeschaltet werden kann. Das heißt, es handelt sich um eine Grundeinstellung, die bewusst gewählt wird und gelebt wird und eine Begegnungsweise charakterisiert. Das heißt aber nicht, dass es immer perfekt umgesetzt werden kann, da menschliches Verhalten von vielen Faktoren beeinflussbar ist. Weiters festigt sich jede Lebenseinstellung durch stetige Anwendung und Übung.

Auch ist entgegen zu halten, dass jene Intensivität eines Therapieprozesses in einer Pflegesituation nicht notwendig und relevant ist, da tiefgehende Persönlichkeitsveränderungen in einem Pflegerahmen primär keiner Anforderung entsprechen. Was aber nicht ausschließt, dass therapeutisches Wirken entstehen kann.

In den nächsten Kapiteln werden Aspekte, die eine oben beschriebene psychosoziale Haltung und Umgangsweise behindern oder verhindern, dargestellt und mögliche Ursachen beschrieben.

2. Die Bedeutung des Pflegeparadigmas

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, ob und in welcher Art und Weise das Pflegeparadigma und dessen geschichtliche Entwicklung Einfluss auf eine psychosoziale Zugangsweise im Rahmen einer allgemeinen Krankeninstitution des WKAV nimmt.

2. 1. Einblick in die geschichtliche Entwicklung

Die ursprüngliche Krankenpflege ist in Ordensgemeinschaften zu finden. Es war ein Akt der Nächstenliebe, die die Angehörigen eines Glaubensordens anhielt, kranke Menschen zu pflegen. Eine besondere Ausbildung gab es dafür nicht. Erfahrungen und Wissen wurden von den älteren Ordensschwestern an deren jüngere Kolleginnen weitergegeben (Steppe 1994).

Im 16./17. Jahrhundert fand Pflege im Rahmen der Familie statt. Angehörige kümmerten sich um kranke Familienmitglieder. Einer der keine Familie hatte und auch keine finanziellen Mittel hatte, um sich jemand einzustellen um gepflegt zu werden, wurde in ein Armenhaus, einem so genannten Hospital eingewiesen. Dort wurde er von Menschen, die aus sehr niedrigen sozialen Schichten stammten und keinerlei Ausbildung hatten versorgt (Engel 2002).

Erst im 19./20. Jahrhundert zeigten sich erste Ansätze eines Krankenpflegeberufes. Vor allem politische und soziale Veränderungen, wie die Entwicklung der Medizin zur Naturwissenschaft, die Entwicklung des Hospitals zum Krankenhaus, die Auswirkungen der Industrialisierung und viele Kriege im 19. Jahrhundert führten dazu, die Krankenpflege zu institutionalisieren. Zunächst hatten so genannte Wärter und Wärterinnen, die keine Ausbildung hatten, die Aufgabe der Pflege über, die sehr mangelhaft betrieben wurde. Pflegepersonen und deren Tätigkeiten hatten keine Berechtigung auf Selbstbestimmung. Unterordnung und Gehorsam gegenüber der Ärzteschaft prägte deren Berufsalltag (Engel 2002).

Ende des 19. Jahrhunderts begann man die Krankenpflege aus den christlichen Organisationen zu lösen und führte sie der bürgerlichen Wohlfahrt zu. Die Pflege entwickelte sich zu einem Beruf für die bürgerliche Frau, dem die Eigenschaften von Selbstaufgabe, Dienen, Gehorsam, Aufopferung als Berufsanforderungen zugeschrieben wurden (Steppe 1994). Diese Fähigkeiten wurden mit fachlichen Anforderungen an die Pflegenden gleich gesetzt. Es entstand eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Der Pflegedienst, das

Hegen, Pflegen, Dienen und Befolgen, war weiblich und die Medizin, das Rationale, Wissenschaftliche und Entscheidungsträchtige, war männlich. Die Krankenschwestern sahen sich selbst nur als Dienerinnen der Ärzte und waren glücklich mit der bestehenden Abhängigkeit (Steppe 1994, S. 46).

Dieser kurze geschichtliche Abriss zeigt zunächst auf, dass pflegerische Tätigkeiten einerseits eine sehr mindere und abwertende Einschätzung hatte und andererseits es nicht als berufliche Leistung, die etwas wert ist und die entlohnt wird, anerkannt wurde. Es galt als Nächstenliebe, die in erster Linie von Frauen zu gewährleisten war. Eine Betrachtung der gesellschaftlichen Gegebenheiten zu dieser Zeit zeigt, dass die Anerkennung der Frauen eine geringschätzig war und somit auch deren Leistungen nicht wertgeschätzt wurden.

Weiters zeigt sich, dass die Notwendigkeit, eine fundierte Ausbildung zu gewährleisten, nicht bestand. Anleitungen durch Kolleginnen und Ärzte reichte aus, um pflegerische Tätigkeiten ausführen zu können. Die Qualität der Ausführung und der Bedarf einer professionellen Ausbildung durften keine bedeutenden Rollen spielen.

Ein weiterer Faktor ist die völlige Unterordnung und Abhängigkeit gegenüber der Ärzteschaft. Nicht nur dass eine körperlich betonte Betrachtungsweise des Patienten/der Patientin in der Medizin vorherrschte, musste sich auch die Pflege diesem körperfokussierten Paradigma unterwerfen. Eigenständigkeit und Selbstbestimmung gab es bis in die jüngste Vergangenheit im Pflegefachbereich nicht zu finden.

Ansätze eines eigenständigen und selbst bestimmten Pflegeberufes zeigten sich erstmals deutlich 1997. Ein neues Krankenpflegegesetz wurde verabschiedet, das gleichzeitig einen Paradigmenwechsel in der Pflegelandschaft festlegte.

Es „werden erstmals Regelungen zur Gesundheits- und Krankenpflege erlassen“ (Engel 2002, S. 33), und es wird die Autonomie der Gesundheits- und Krankenpflege begründet. Die Pflege wird erstmals im deutschsprachigen Raum als eigenständige Berufsgruppe mit eigenständigen Aufgabenfeldern definiert.

Weiters erfolgt eine neue Berufsbezeichnung: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester.

Auch werden drei definierte Tätigkeitsbereiche vorgegeben: der eigenverantwortliche, der mitverantwortliche und der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich. Zum ersten Mal in der Geschichte der Krankenpflege wird den Pflegefachkräften ein eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich zugestanden.

Diese angeführten geschichtlichen Aspekte mögen auf den ersten Blick keine Relevanz bzgl. Umsetzung einer psychosozialen Umgangsweise vermuten lassen. Doch bei genauerer Betrachtung lassen sich davon grundlegende Störfaktoren ableiten.

Nicht nur, dass der Pflegefachbereich von einem bio-medizinischen Menschenbild geprägt ist, das heißt, dass der menschliche Körper von Relevanz ist und die psychosozialen Anteile stark in den Hintergrund gedrängt werden oder gar nicht betrachtet werden. Es kann scheinbar auch nicht der Aufwand aufgebracht werden, um sich davon zu lösen und um die besondere Bedeutung der psychosozialen Komponente im Tätigkeitsfeld der Pflege ausreichend zu erkennen.

Ein weiterer Störfaktor, der in der geschichtlichen Entwicklung zu vermuten ist, ist die Betrachtung der pflegerischen Tätigkeiten, die eine gering einschätzende und wertlose war. Durch diese Wurzeln scheint es, dass auch weitere Verästelungen, sprich Entwicklungen in der Pflege, genährt sind von mangelndem Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein.

Um neue Wege in der Pflege beschreiten zu können, braucht es zunächst ein Bewusstsein in welche Richtung man gehen möchte. Das heißt, welchem Paradigma soll gefolgt werden. Weiters bedarf es an Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit um losgehen zu können. Das bedeutet, sich von einengenden und einschränkenden Bedingungen zu lösen. Und zuletzt ist eine Selbstwertschätzung und ein Selbstbewusstsein notwendig, um auf dem Weg

voranschreiten zu können. Das heißt, ein Bewusstsein und eine Werthaltung für die Bedeutung einer Angelegenheit zu entwickeln.

2. 2. Aufzeigen des Status Präsens

Die Pflege ist nach wie vor sehr geprägt von einem bio-medizinischen Modell, das in der Medizin vorherrscht, obwohl laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jede Krankheit einen biologischen, psychischen und sozialen Anteil hat.

In der WHO Ottawa-Charta ist zu lesen: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“ (WHO/Europa).

Dieses biopsychosoziale Verständnis wird in der Medizin und folglich im Pflegefachbereich vermisst. Folglich deswegen, weil die Pflege von der Medizin vereinnahmt wurde und sie sich bis heute noch nicht vollständig lösen konnte trotz zahlreicher Unternehmungen.

Zahlreiche Entwicklungsvorgänge lassen sich vor allem seit 1997, seit der Umsetzung des neuen Gesunden- und Krankenpflegegesetzes, beobachten und lassen erste Ansätze zu einem Paradigmenwechsel erkennen. Dieses neu aufkommende Paradigma beinhaltet in erster Linie Ansätze zu mehr Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung. Nicht nur, dass ein eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich definiert wurde, sondern es wurde auch eine wissenschaftliche Fundierung forciert, die zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den verschiedensten Thematiken im Pflegefachbereich führten.

Diese Entwicklungen sind ganz klar als positiv und notwendig einzustufen. Zu kritisieren ist, dass es hinsichtlich Maßnahmensetzungen um personenzentrierende Entwicklungen geht. Maßnahmen konzentrieren sich vor allem z.B. auf Abgrenzungskriterien der Pflege, Erstellen von Qualitätsstandards, effizienteres Arbeiten usw. All diese Auseinandersetzungen haben Berechtigung und jahrelange Versäumnisse müssen aufgeholt werden. Kritisch aufzuzeigen ist aber, dass bei all diesen ehrgeizigen Ambitionen die Wahrnehmung des Menschen, das innerste Wesen mit all seinen Facetten, sehr oft vernachlässigt und beiseite gestellt wird.

Hier ergibt sich ein pflegerisches Paradoxon. Der Pflegefachbereich ist einerseits in seinem Aufgabenbereich auf den Menschen ausgerichtet und die Pflegetätigkeiten konzentrieren sich auf den Menschen. Andererseits rückt aber das Wesen Mensch bei all den hochprofessionellen Tätigkeiten sehr in den Hintergrund. Das heißt, der Patient/die Patientin wird zwar nach allen notwendigen pflegerischen und höchst qualitativen Kriterien versorgt, wird aber dabei in seiner/ihrer Persönlichkeit und deren Wahrnehmung vernachlässigt.

Das aktuelle Pflegeverständnis in den Krankeninstitutionen des WKAV richtet sich nach der Pflegetheorie von Dorothea Orem, eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin. Der Fokus dieser Theorie ist gerichtet auf die Bedeutung der Selbstfürsorgefähigkeit eines Patienten/einer Patientin. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, das Ausmaß der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen einer Pflegeanamneseerhebung festzustellen und vorhandene Defizite zu erkennen und auszugleichen. Die Defizite werden anhand von Pflegediagnosen erfasst und daraus Pflegeziele und Maßnahmen abgeleitet.

Dieser Pflegeprozess kann als relativ standardisierter Prozess beurteilt werden. Eine Transparenz und Nachvollziehbarkeit von pflegerischen Interventionen lässt sich dadurch gut darstellen, aber eine psychosoziale Begegnung mit dem Patienten/der Patientin ist kaum gewährleistet.

Pflegeanamnesen werden meist wie das Ausfüllen eines Fragebogens gehandhabt, Punkt für Punkt werden geforderte Informationen erhoben. Abgeleitet von jenen erhaltenen Informationen werden Diagnosen gestellt, die meist physischer Natur sind. Selten werden Pflegediagnosen aus dem Bereich „Alleinsein und soziale Interaktion“ (Stefan, Allmer, Eberl 2003, S. 337) oder „Integrität der Person“ (ebd. S. 533) gestellt. Die Erstellung der Ziele und Maßnahmen werden in erster Linie im eigenverantwortlichen Bereich durch das Pflegepersonal vorgenommen und im mitverantwortlichen Bereich erfolgt dies durch eine ärztliche Anordnung. Der Patient/die Patientin nimmt in der Regel an diesem Pflegeprozess nur bedingt aktiv teil.

Eine weitere hinderliche Komponente, die eine vermehrte Einbeziehung des Patienten/der Patientin verhindert im Rahmen dieses Prozesses, lässt sich in einer bewussten Rollenverteilung vermuten. So formuliert Orem folgende Rollenverteilung: „Bei der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten entsprechen die Handlungen jedes Einzelnen seiner jeweiligen Rolle (d.h. einer handelt in der Rolle des Patienten und der andere handelt in der Rolle des Pflegenden). Die Absicht der professionellen Pflege besteht in solchen Interaktionen darin, den Patienten zu helfen, indem sie unterstützt werden, ihre Selbstpflege- (Dependenzpflege-) Einschränkungen in Verbindung mit den Selbstpflegedefiziten zu überwinden oder sie zu kompensieren (Dennis 2001, S. 146).

Das bedeutet, dass jeder eine Rolle zugeordnet hat, die vorgegeben ist - die helfende Pflegeperson und der/die empfangende Patient/Patientin.

Eine kongruente Begegnung zwischen zwei Menschen, wird durch eine derartige Rollenbestimmung erschwert. Und andererseits wird ein Patient/eine Patientin in eine hilfsbedürftige und empfangende Position gedrängt. Theoretisch werden zwar eine Selbstfürsorglichkeit und eine Ressourcenorientiertheit gefordert, aber in der praktischen Ausführung, nämlich in der aktiven Einbeziehung des Patienten/der Patientin in den Pflegeprozess, erfolgt keine oder bedingte Umsetzung.

Eine Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten/Patientinnen, die im Rahmen des Pflegeprozesses nach Orem beschrieben wird, lautet folgendermaßen: „Damit es zur Ausübung von professioneller Pflege kommen kann, muss eine Beziehung zwischen jenen Personen hergestellt werden, die einerseits die Rolle des Patienten und auf der anderen Seite die Rolle des Pflegenden innehaben. Die Natur dieser Beziehung ist im Zusammenhang mit der sozialen Komponente vertraglicher Art. Die vertragliche Übereinkunft beinhaltet die Bereitschaft und Akzeptanz von Seiten des Patienten, Pflege zu empfangen, sowie von Seiten des Pflegenden, diese zu gewährleisten. Diese Beziehung ist wesentlich, da professionelle Pflege nur in diesem interpersonalen Kontext gewährleistet werden kann. Sind Personen allerdings bewusstlos oder schwerkrank, wird ihre Zustimmung zu einer vertraglichen Beziehung bei der Einlieferung in die Gesundheitspflegeeinrichtung oder -institution als gegeben vorausgesetzt.“ (Dennis 2001, S. 145).

Es wird davon ausgegangen, dass von einem Menschen, in der Rolle als Patient/Patientin, eine Bereitschaft und Akzeptanz erwartet wird, einen Pflegeprozess, der in einer Art und Weise, wie es oben beschrieben wurde, zu empfangen. Das würde bedeuten, dass eine Pflegeperson aufgrund ihres spezifischen Wissens weiß was für den/die Patienten/Patientin gut ist und handelt dementsprechend autoritär. „Eine Anstellung in der Rolle eines professionell Pflegenden vermittelt einen spezifischen Status und entsprechende Autorität (Dennis 2001, S. 145).

Dieser kurze Einblick in das aktuelle Pflegeverständnis zeigt auf, dass strukturierte und organisierte Pflegekonzepte für qualitative Weiterentwicklungen, für die Nachweisbarkeit von Effizienz und pflegerischen Leistungen gut und notwendig sind, aber für zwischenmenschliche Begegnungen nicht unbedingt förderlich sind. Auch deswegen, weil psychosoziale Maßnahmen kaum einen Leistungsstellenwert erfahren und die Nachweisbarkeit erschwert ist.

Menschen werden somit in erster Linie nach physisch orientierten Pflegediagnosen kategorisiert, nachdem Daten punktuell erhoben wurden und danach werden Maßnahmen getroffen, die von Pflegeexperten ausgewählt und

durchgeführt werden. Die Beurteilung, ob Maßnahmen sinnvoll und wirkungsvoll sind, erfolgt ebenso durch das Pflegepersonal.

Diese kritische Betrachtung des bestehenden Pflegeverständnisses soll aufzeigen, dass ein Gefahrenpotential vorliegt, wenn sehr strukturierte und kategorisierende Konzepte angewendet werden. Der Fokus ist zu sehr auf Leistungsnachweis und Transparenz gelegt - wichtige Aspekte, die in keinster Weise zu vernachlässigen sind. Aber diese Fokussierung erfolgt zu Lasten der menschlichen Begegnungen und Beziehungen und verhindert psychosoziale Aspekte ausreichend einzubinden.

2. 3. Ausblick auf Weiterentwicklungen

Die Entwicklung von einem „Heilhilfsberuf zur wissenschaftlich fundierten Berufstätigkeit“ (Bischoff-Wanner 2008, S. 5) ist aktiv im Gange und wird noch zahlreiche Veränderungen bewirken.

Die jüngste Errungenschaft ist die Schaffung eines Bachelorstudiums in einer Fachhochschule, das es seit September 2008 gibt. Das heißt, die Absolventen werden einerseits eine fachspezifische Ausbildung in der Gesunden- und Krankenpflege haben und andererseits eine wissenschaftlich orientierte Grundausbildung.

Die Akademisierung und Professionalisierung ist ein lang ersehntes Ziel des Pflegefachbereiches und wird Schritt für Schritt realisiert. Zunehmende Neuorientierungen bzgl. Berufsverständnis, Pflegeparadigma, pflegerischer Autonomie, Pflege als Dienstleistungsberuf ergeben sich und werden sich weiter entwickeln.

Aufgrund der längst notwendig gewordenen Weiterentwicklungen zeigen sich auf verschiedensten Ebenen sehr intensive und parallel laufende Unternehmungen. Manchmal entsteht der Eindruck, dass ein Entwicklungsschritt einen anderen überholt und dieser nicht zu Ende geführt werden kann. Dadurch ergeben sich oft Irritationen im Pflegefachbereich. Veränderungen und Umstrukturierungen verlaufen oftmals zu rasch, sodass manchmal der Eindruck beim Pflegepersonal

entstehen kann, man verliert den Überblick oder kommt nicht hinterher. Die Beschäftigung mit all den Neuorientierungen verlangen Zeit, Aufmerksamkeit und Energie. Weiters ist die Konzentration sehr stark darauf gerichtet, um diese Entwicklungen nach außen hin zu verteidigen und zu schauen, dass sie weiter geführt werden. Vielleicht aus der Angst heraus diesen sehr lange ersehnten und durchaus trägen Prozess nicht zum Stehen zu bringen oder Kritikern nicht standhalten zu können.

Durch diese sehr intensiven Beschäftigungen, die vor allem das Ansehen, die Autonomie, die wissenschaftliche Fundierung des Pflegefachberufes fokussieren, besteht die Gefahr, dass das Kernelement der Pflege, nämlich die Begegnung zwischen einer Pflegeperson und dem Patienten/der Patientin in den Hintergrund rückt. Die Bedeutung einen Menschen in einem speziellen Setting im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zu begleiten, in einer Form, dass sich dieser angenommen fühlen kann in seiner ganz persönlichen Art und Weise, sich verstanden fühlt und eine offene und ehrliche Begegnung erwarten kann, darf nicht vernachlässigt werden, muss sogar gefördert werden. Ohne diese positive Begegnung sind weitere Maßnahmen nicht sinnvoll und bedürfen deshalb besonderer Aufmerksamkeit. Das Bewusstsein immer wieder darauf zu lenken steht in der Verantwortung aller zukünftigen Entwicklungen.

3. Die Bedeutung der Pflegegrundausbildung

3. 1. Einblick in die geschichtliche Entwicklung

Ärzte ergriffen 1812 aufgrund einer schlechten Pflegesituation die Initiative und hielten erste Schulungen für Krankenwärterinnen ab.

Ein nächster Versuch, die Krankenpflege zu verbessern, lässt sich in der Zeit von 1856 - 1869 (Engel 2002, S. 19) verzeichnen. Es wurde nicht nur ein dreimonatiger Kurs für neue Wärterinnen, die ab nun Praktikantinnen genannt wurden, geschaffen, sondern es wurden zur Überwachung der Wärterinnen so genannte „Präfektinnen“ eingestellt.

Als nächster Schritt ist die Gründung des „ Vereins zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“ 1875 zu erwähnen (Engel 2002, S. 19).

Diesem Verein gehörte Dr. Theodor Billroth an, der für die Berufsentwicklung der Krankenpflege in Österreich eine entscheidende Rolle spielte. Er drängte darauf die Gründung einer Krankenpflegeschule voranzutreiben.

So wurde 1882 die erste Pflegerinnenschule im Rudolfinerhaus gegründet. Die Ausbildung dauerte drei Jahre und war vor allem praktisch orientiert. Der theoretische Unterricht dauerte zu Beginn einige Wochen und steigerte sich dann ab 1903 auf ein halbes Jahr und ab 1909 erfolgte nochmals eine Erweiterung der Theorie. Gegenstände waren Anatomie, Physiologie, Allgemeine Krankenpflege, Bakteriologie und Erste Hilfe. Später kamen Kinderpflege, Infektionskrankheiten, Gynäkologie, Biologie, diätetische Küche und Massagekurse hinzu. Der Unterricht wurde nur von Ärzten abgehalten (Engel 2002).

Die erste staatliche Krankenpflegeschule wurde 1913 im Allgemeinen Krankenhaus installiert. Die Ausbildung an dieser Schule dauerte zunächst nur zwei Jahre.

„Die erste staatliche Regelung der Krankenpflegeausbildung wurde durch Verordnung vom Minister des Inneren mit 25. Juni 1914 (RGB1. Nr. 139/1914), betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, in Kraft gesetzt (Engel 2002, S. 23).

Ab 1920 wurde eine dreijährige Lehrzeit festgelegt. In den ersten vier Monaten erfolgten ein theoretischer Unterricht und pflegetechnische Übungen an Modellen. Danach folgte Praxis und während der nächsten fünf Monate fanden jeden zweiten Tag theoretische Krankenpflegekurse statt.

Bis 1921 existierten sieben Krankenpflegeschulen in Österreich. Fünf davon waren in Wien lokalisiert, eine in Innsbruck und eine weitere in Graz. Der Unterricht in den Krankenpflegeschulen wurde anfangs ausschließlich von Ärzten durchgeführt, die eine Unterordnung des Pflegeberufes stets forderten. Die PflegedirektorInnen der Krankenpflegeschulen sind bis heute einer ärztlichen Leitung unterstellt und auch Prüfungskommissionen werden von ärztlichem Personal geleitet.

„Sowohl von den unterrichtenden Ärzten wie auch von den Oberinnen bzw. Lehrschwestern wurde keine pädagogische Ausbildung vorausgesetzt.“ (Kronberger 2004, S. 45).

Das erste österreichische Krankenpflegegesetz stammt aus dem Jahre 1949 und legte die Ausbildung auf drei Jahre fest. Weitere Krankenpflegegesetze folgten 1961, 1969 und 1973. In all den Jahren dominierten medizinische Fächer die Pflegeausbildung. Im Jahre 1974 beginnt die erste Sonderausbildung für Pflegelehrpersonal.

1997 wird die theoretische Ausbildung angehoben und zum ersten Mal dominieren im Unterricht Pflegefächer. Durch das Bundesgesetz von 1997 sind auch erstmals Lehraufgaben gesetzlich geregelt. Seit 1994 gibt es einen viersemestrigen Universitätslehrgang für die Pflegelehrpersonenausbildung.

Dieser kurze geschichtliche Einblick zeigt, dass das Ausbildungswesen der Gesunden- und Krankenpflege von Beginn an sehr von Ärzten bestimmt war und bis Ende des 20. Jahrhunderts großteils von einem bio-medizinischen Verständnis geprägt war. Unterrichtsgegenstände, die sich mit psychosozialen Aspekten beschäftigten gab es nicht.

Weiters wird aufgezeigt, dass die Bedeutung der Ausbildung für Krankenpflege einen sehr geringen Stellenwert hatte. Zu Beginn war es nur ein Anlernen, das sich dann zu einem Kurs von einigen Monaten steigerte. Erst Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich eine Ausbildung, bei der der theoretische Teil ein sehr geringes Ausmaß in Anspruch nahm. Seit 90 Jahren stagniert die Ausbildungszeit bei drei Jahren, obwohl zunehmend neue und vielfältige Anforderungen an das Pflegepersonal gestellt werden.

Bildungspolitische und berufspädagogische Diskurse wurden in der Pflege lange vermisst, um eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung zu ermöglichen. Dies kann als Auswirkung der geschichtlichen Entwicklung betrachtet werden, da der Unterricht sehr lange in den Händen der Ärzte lag und keine Notwendigkeit gesehen wurde, Pflegepersonal besser auszubilden.

Hinzu kommt, dass das Pflegeausbildungssystem nicht an das öffentlich-rechtliche schulische Berufsbildungssystem angebunden ist, sondern an gemeinnützige Trägerschaften angeschlossen ist. Allgemeine bildungspolitische und berufspädagogische Reformen kamen dadurch in der Pflegeausbildung nicht zum Tragen.

Diese aufgezeigten Wurzeln verhindern bis heute eine berechtigte Anerkennung der Gesunden- und Krankenpflegeausbildung und haben lange Zeit jegliche Weiterentwicklungen verhindert. „Eine Ausbildung im Sinne der Vermittlung beruflicher Qualifikationen erübrigte sich also, da jede Frau die geforderten Voraussetzungen mitbrachte. Ausbildung und Bildung erfuhren dadurch eine berufstypische Abwertung. Der Grundstein zur bildungsfeindlichen Haltung in der Pflege wurde hiermit gelegt. Diese Geringschätzung hatte auch später Auswirkung auf den Lehrkräfteberuf. Auch dieser Beruf, der sich ja mit Bildung und Ausbildung beschäftigt wurde gering geachtet und abgewertet.“ (Mayer 1995, S. 6).

Auch die fehlende Selbstbestimmung und Unterordnung des Pflegepersonals der Ärzteschaft im Schulbereich haben Entwicklungen im Ausbildungswesen verunmöglicht. So konnte auch kaum ein psychosoziales Paradigma entwickelt werden, das mit dem Pflegefachbereich kompatibler erscheint.

3. 2. Aufzeigen des Status Präsens

Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson dauert in den Schulen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege des WKAV drei Jahre und schließt mit dem Diplom ab.

Aufnahmevoraussetzungen werden im Bundesgesetzblatt für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe folgendermaßen beschrieben: „§ 54 (1) Personen, die sich um die Aufnahme in eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bewerben, haben nachzuweisen: 1. die zur Erfüllung der Berufspflichten im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderliche gesundheitliche

Eignung, 2. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit (§ 27 Abs 2) und 3. die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen.“

Im Gesetzesblatt werden keinerlei Aufnahmevoraussetzungen bzgl. psychosozialer Komponenten erwähnt. Eine Aufnahmekommission soll aufgrund vorangegangener Aufnahmegespräche und Aufnahmetests über die Aufnahme entscheiden. „Erstmals wird festgelegt, dass vor Aufnahme in die Schule ein Aufnahmegespräch zu führen ist, dessen Ergebnisse die Entscheidung über die Aufnahme nachhaltig beeinflussen.“ (GuKG §55).

In der Praxis bedeutet das, dass vielfältige Auswahlverfahren, wie z.B. Computertests, Rollenspiele, persönliche Gespräche usw. einerseits stattfinden, aber andererseits durch gesellschaftspolitische Anforderungen an Bedeutung verlieren. Forderungen, dass ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung gestellt wird, zwingt die Ausbildungsstätten auch Personen aufzunehmen, die nicht geeignet sind.

Es kann aufgezeigt werden, dass weder im GuKG die Relevanz psychosozialer Orientierung erfasst wird, noch dass die Bedeutung im Rahmen von Aufnahmeverfahren in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen letztendlich gegeben ist.

Die theoretische Ausbildung umfasst 2000 Stunden und die praktische Ausbildung hat ein Stundenausmaß von 2480. Ein schulautonomer Bereich von 120 Stunden kann individuell von den Schulen als theoretische oder praktische Ausbildung gewählt werden. Von dem theoretischen Anteil werden von dem 2000 Gesamtstundenausmaß 210 Stunden für Fächer wie Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Sozialhygiene, Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining verwendet. Das heißt, ca. 1/10 des Unterrichtsausmaßes wird gezielt für den Erwerb von psychosozialen Fächern aufgewendet.

Wenn davon ausgegangen wird, dass Selbstkompetenzen und sozial-kommunikative Kompetenzen die Basis für psychosoziale Umgangsweisen

bilden, erscheint ein Unterrichtsausmaß, das Kommunikationskompetenzen, Persönlichkeit, Verantwortungsbewusstsein usw. fördern soll, von ca. 1/10 sehr gering.

Die Vermittlung von psychosozialen Kompetenzen erfolgt meist durch Frontalunterricht. Die Inhaltsentscheidung des Unterrichts ist einerseits durch die Curriculumvorgabe gegeben und andererseits bestimmen die Vortragenden jene Inhaltsgestaltung, die ihnen in einem geringen Spielraum bleibt. Das heißt, die Lernenden haben kaum bis gar keine Möglichkeit bei der Lernzielauswahl und Gestaltung mitzuwirken. Die Auseinandersetzung mit eigenen Interessen, Schwächen und Stärken und eine konstruktive Teilnahme am Lernprozess werden nicht ermöglicht. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass Lernende kaum Interesse zeigen, Mitspracherecht oder Gestaltungsaktivitäten einzufordern.

„Es ist viel einfacher sich anzupassen und zu beklagen, als die Verantwortung zu übernehmen, Fehler zu machen und mit den Folgen zu leben. Außerdem sind die Schüler so viele Jahre geleitet worden, dass sie sich weiterhin nach der Sicherheit sehnen, gesagt zu bekommen, was sie machen sollen.“ (Rogers 1984b, S. 145).

Ein Eckpfeiler im Rahmen des Lernprozesses in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung stellt das Lernen durch Erfahrung dar. Lernende erleben in deren Praktika zahlreiche Möglichkeiten in denen sie PatientInnen, Pflegepersonal, Pflegesituationen beobachten können und Phänomene wahrnehmen und beschreiben können. Der Fokus richtet sich meist auf methodisch-technische Tätigkeiten. Zwischenmenschliche Phänomene werden vernachlässigt und Schülern/Schülerinnen fällt es meist schwer diese zu beschreiben.

Im Unterricht sollten die Erfahrungen der Lernenden vermehrt herangezogen werden, um einen gelebten und erfahrungsgerichteten Unterricht gestalten zu können. Auf diese Weise kann sich gut herauskristallisieren wo Schüler/Schülerinnen Unterstützung brauchen und sie werden so zu ihren eigenen Experten/Expertinnen im Unterricht. Rogers geht davon aus, dass nur ein Lernen,

das durch Selbst-Entdecken und Selbst-Aneignen möglich ist, unser Verhalten signifikant verändern kann. Weiters argumentiert er, dass das, was jemand durch eigene Erfahrungen lernt, nicht durch einen anderen gelehrt werden kann (Rogers 2006/1961).

Ein freies und selbstverantwortliches Lernen im Sinne von Rogers Ausführungen ist in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen des WKAV nur in einzelnen Fällen zu finden wie z.B. im AKH im Rahmen des Unterrichtsfaches für Kommunikation. Sonst ist der Unterricht eher geprägt von traditionellen Aspekten, wie z.B. Frontalunterricht.

Durch gesetzliche Vorgaben bleibt nur wenig Spielraum hinsichtlich Beurteilungsformen. Beurteilungen werden gefordert in Form von mündlichen, schriftlichen Prüfungen und schriftlichen Arbeiten. Die Einschätzung und Benotung erfolgt durch Lehrende und der Schüler wird in keiner Form dazu angehalten sich selbst zu reflektieren und einzuschätzen. Die einzige Möglichkeit zur Selbsteinschätzung besteht im Rahmen der Praktika und hier wird sehr oft darauf verzichtet. Aus der erlebten Erfahrung heraus als Praxisanleiterin kann aufgezeigt werden, dass es Lernenden sehr schwer fällt sich selbst einzuschätzen und es gerne vermieden wird. Die Wichtigkeit der eigenen Wahrnehmung und Einschätzung, sich selbst offen und ehrlich zu begegnen wird ignoriert. Diese Ignoranz führt zu einer mangelhaften Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung und eines empathischen Selbstverständnis. Sich selbst offen und empathisch begegnen zu können, stellt im Pflegefachbereich eine grundlegende Notwendigkeit dar, um Patienten/Patientinnen empathisch und kongruent begegnen zu können.

„Diese Art von Bewusstsein, das Verständnis des eigenen Anteils an verschiedenen Arten des Verhaltens von Patienten, kann nicht gelehrt werden. Es kann nur gelernt werden, indem die einzelne Pflegeperson überprüft und sich langsam zum Bewusstsein bringt, was sie fühlt, denkt und tut.“ (Peplau 1989, S. 151).

Pflegelehrpersonen kommt hierbei eine bedeutende Rolle zu. Um bei den Lernenden ein psychosoziales Selbstbewusstsein, das heißt eigene Emotionen und Reaktionen wahrnehmen können, ausdrücken können, benennen können und integrieren können, und in weiterer Folge ein psychosoziales Berufsverständnis hervorzurufen, bedarf es einerseits eines authentischen Vorlebens durch das Lehrpersonal und andererseits einer Lehrerausbildung, die einen kongruenten, wertschätzenden und empathischen Umgang fördert und fokussiert.

„Die Sonderausbildung für Lehraufgaben dauert mindestens ein Jahr und umfasst mindestens 1.600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.“ (§71 GuKG). Sachgebiete wie Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Pflegeforschung, Berufskunde und Ethik, Pädagogik, Psychologie und Soziologie, Unterrichtslehre und Lehrpraxis, Kommunikation, Verhandlungsführung und Konfliktbewältigung, Management, Organisationslehre und Statistik und Rechtskunde sind beinhaltet. Pädagogische und psychosoziale Unterrichtskomponenten werden in einem Stundenausmaß von 580 Stunden angeboten.

Durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wurde erstmals gesetzlich eine verpflichtende Zusatzausbildung, die pädagogische Qualifikationen sichern soll, gefordert. Das heißt, bis zu diesem Zeitpunkt wurde einer pädagogischen Relevanz keine besondere Bedeutung beigemessen.

Um einem Lehrauftrag positiv gerecht werden zu können, bedarf es einer personenzentrierten Umgangsweise und daraus ableitend ein Bewusstsein, dass Lehrpersonen die Entfaltungsmöglichkeiten von Eigeninitiative und Selbstverantwortung der Schüler als vorrangiges Ziel ihrer pädagogischen Absichten vor Augen haben sollten.

Es werden sehr hohe Ansprüche in der Ausbildung vermittelt, aber zu wenig konkrete Mittel um diese umzusetzen, mitgegeben. Die Ursache dafür könnte einerseits in einer zu geringen aktuellen praktischen Orientierung der

Lehrpersonen und andererseits in einer fehlenden wissenschaftlichen Fundierung gesehen werden.

So skizziert Kronberger mögliche Defizite folgendermaßen: „Da jedoch gegebenen Ausbildungsstrukturen für Lehrkräfte im Gesundheitswesen außerhalb der im allgemeinen und berufsbildenden Unterrichts- und Schulwesen geltenden Qualifikationsebenen für Pädagogen situiert sind und deshalb nur eingeschränkte Bezüge zu etablierten Wissenschaften hergestellt werden können, müssen im Hinblick auf die pädagogische Professionalität von Lehrkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege Defizite geortet werden. Diese Defizite wiederum bewirken eine Beeinträchtigung der Ausbildungskompetenz.“ (Kronberger 2004, S. 33). Das bedeutet, dass durch die bestehende Grundausbildung eine Durchlässigkeit zu wissenschaftlichen Qualifikationsebenen nicht gegeben ist und es verhindert wird, notwendige wissenschaftliche Bezüge zu erlangen.

„Gleichzeitig vermisst man aber auch im Hinblick auf die Ausbildungskompetenz von Lehrkräften des Pflegeberufes jegliche Forderung nach einem höheren Bildungsansatz zur Erlangung und Ausübung dieser Funktionen. Offenbar will man sich nicht eingestehen, dass das in diesen Bereichen geforderte kritisch-analytisch und professionell-kreative Denken nur sehr bedingt auf dem Ausbildungsgrad des 10. Schuljahres einer allgemein bildenden Schule aufgebaut werden kann.“ (Kronberger 2004, S. 85).

Das Bildungsbewusstsein des WKAV lässt nicht nur ein psychosoziales Grundbewusstsein vermissen, sondern verhindert bisher jegliche Weiterentwicklungen sowohl hinsichtlich wissenschaftlicher Aspekte als auch persönlicher Aspekte.

3. 3. Ausblick auf Weiterentwicklungen

„Das Konzept der `Ausbildung, die ausschließlich auf dem Erwerb von Fachwissen und manuellen Fertigkeiten basiert, die in kurzer Zeit veraltet sein werden, ist nicht mehr angemessen. Krankenschwestern/Krankenpfleger benötigen auch eine `Bildung, die übertragbare Fähigkeiten wie kritisches Denken

und Entscheidungsbereitschaft fördert und sie in die Lage versetzt, in einem multidisziplinären und berufsübergreifenden Gesundheitsteam einen kompetenten und eigenständigen Beitrag leisten zu können.“ (Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Brüssel, 1997, S. 32). So lautet ein Auszug aus dem beratenden Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege in der Europäischen Kommission und fordert weiters „die Zugangsbedingungen zur Ausbildung als Krankenschwester und Krankenpfleger für allgemeine Pflege auf ein Niveau anzuheben, das den Zulassungsvoraussetzungen für ein Hochschul- oder Universitätsstudium entspricht.“ (ebd. S. 24).

Um dieser Forderung gerecht werden zu können, kam es in der Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflege zu partiellen Erneuerungen. Einerseits ist für angehende Lehrpersonen ein Maturaniveau vereinbart worden und andererseits wurde im September 2008 ein Fachhochschulstudiengang für Gesundheits- und Krankenpflege installiert. Mit diesem Bachelorstudium erwirbt man die Berufsberechtigung als Gesundheits- und Krankenpflegeperson tätig zu sein und die Möglichkeit ein weiterführendes Masterstudium der Pflegewissenschaft zu absolvieren.

Hiermit ist eine Ausbildungsdurchlässigkeit für einen kleinen Teil des angehenden Pflegepersonals ermöglicht worden. Für die Absolventen/Absolventinnen der herkömmlichen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen bleibt eine höher qualifizierte Entwicklung weiterhin verwehrt. Die Forderung die bisherige Ausbildung zu erweitern und mit Matura abzuschließen konnte bisher nicht realisiert werden.

Um ein Selbstbewusstsein und eine anerkennende Wertschätzung des Pflegefachbereiches zu fördern, bedarf es weiterer Unternehmungen, wie z.B. Bildungserweiterung, die das gewährleisten. Bildung, im Sinne von kritischem und verantwortungsvollem Denken und Handeln, aber auch eine tolerante und perspektivenreiche Betrachtungsfähigkeit müssen in der Pflegelandschaft eine selbstverständliche Basis darstellen.

Um dies zu erlangen wären weiters Unterrichtsformen zu wählen, in dem Lernende die Möglichkeit erhalten, Verantwortung, Entscheidungsfähigkeit und Selbstvertrauen zu entwickeln. Rogers schlägt z.B. in seinen Auseinandersetzungen vor, eine Klasse in Gruppen einzuteilen, die in unterschiedlicher Form die Lernziele erarbeiten. Die einen erarbeiten die Ziele in größtmöglicher Eigenregie und andere arbeiten enger mit dem Lehrer zusammen. (Rogers 1984) Jeder muss sich somit zunächst mit sich selbst auseinandersetzen und dann entscheiden, welche Variante für einen selbst die bessere ist. Durch derartige Prozesse lernen Schüler/Schülerinnen sich selbst zu reflektieren, zu entscheiden und Verantwortung für deren Entscheidungen zu übernehmen. Diese Fähigkeiten stellen in der Berufsausübung im Pflegebereich eine bedeutende Rolle dar.

Das direkte Lehren dieser Fähigkeiten ist nicht möglich, sondern es bedarf Selbsterfahrungen bei denen emotionale und kognitive Aspekte erlebt werden können, um diese entwickeln zu können. Aufgabe des Lehrpersonals kann es nur sein, ein Bewusstsein bei den Schülern dafür zu entwickeln und Lernbedingungen zu schaffen, in denen solche ganzheitlichen Lernprozesse möglich sind.

„Und vor allem muss die Frage der Lehrerqualifizierung gelöst werden. Lehrerinnen und Lehrer sind diejenigen, die aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualifikation für den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis sorgen. Ihrer qualifizierten Ausbildung muss deshalb größte Aufmerksamkeit gewidmet werden.“ (Bischoff-Wanner 2008, S. 22).

In Deutschland ist die Ausbildung für Pflegelehrpersonen bereits seit 2004 auf Hochschulniveau gesetzt worden, im Zuge eines neuen Krankenpflegegesetzes (Bischoff-Wanner 2008, S. 26).

Die Forderung die Pflegelehrausbildung auch in Österreich auf Hochschulniveau zu heben, ist eine berechtigte und bedarf einer notwendigen Umsetzung.

Durch veränderte gesellschaftliche und gesundheitspolitische Bedingungen, verändern sich auch die Anforderungen und Aufgabenprofile von Pflegepersonal. Dem kann nur Rechnung getragen werden, wenn auch die Qualifikationsprofile

angepasst werden. Bischoff-Wanner schreibt: „Es gibt darüber hinaus einen Bedarf nach anspruchsvolleren Dienstleistungen im Pflege- und Gesundheitsbereich und daraus abgeleitet einen Bedarf an höheren, auch akademischen Qualifikationsprofilen im Feld der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in den Bereichen Planung, Forschung und Entwicklung, Organisation/Management sowie Ausbildung, Beratung und Information.“ (Bischoff-Wanner 2008, S. 19).

Bei den Forderungen nach Wissenschaftlichkeit und höheren Qualifikationsebenen darf der Fokus auf den Menschen und auf seine psychosoziale Betrachtung, sowohl der Mitarbeiter als auch der Patienten, nicht vernachlässigt werden. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass durch höher ausgebildetes und wissenschaftlich orientiertes Personal automatisch eine qualitativere Betreuung von Patienten gewährleistet ist. Diesem Trugschluss ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen und mit intensiver Bewusstseinsbildung gegen zu steuern. Es stellt eine besondere Herausforderung dar, einer wissenschaftlich fundierten psychosozialen Betreuung im Pflegefachbereich gerecht zu werden.

4. Die Bedeutung persönlicher Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals

4. 1. Die Rolle von Pflegepersonen

Unter Rolle kann „die Summe aller Erwartungen der verschiedenen Gruppen und Personen, die den Betroffenen in einer bestimmten sozialen Position beeinflussen“ (Schaub 2001, S. 20) verstanden werden. Diese Erwartungen sind unter anderem von gesellschaftlichen Forderungen und Ansprüchen geprägt. So sind im Pflegefachbereich vielfältige Rollenerwartungen vorhanden und Pflegepersonen finden sich in einem Rollenfeld wieder in dem unterschiedlichste Rollen zu erfüllen sind. Dazu gehören die Erwartungen von ärztlichen Mitarbeitern Anweisungen korrekt und zügig auszuführen und Unterstützung bei ärztlichen Maßnahmen. Weiters erwarten Patienten Zuwendung, Freundlichkeit, Hilfestellungen usw. Von Kollegen wird z.B. Kooperation, Vertrauen und

Verlässlichkeit gefordert. Die Stationsleitung verlangt Selbständigkeit, Verantwortung, Flexibilität usw. Und dann kommen noch Erwartungen der Organisation hinzu, wie z.B. konformes Verhalten, die Anpassung an die Erfordernisse des Arbeitsplatzes, Loyalität usw. Und PraktikantInnen erwarten Anleitung, Verständnis, Geduld und Zeit.

Wie sich zeigt, handelt es sich um ein Rollenfeld, das sehr weit reichend und vielfältig ist und es eine besondere Herausforderung darstellt, dieses Feld zufrieden stellend zu versorgen und hohe Ansprüche an persönliche Ressourcen von Mitarbeitern stellt.

„Kurz gesagt wirken Pflegende in ihrer Arbeit als Mutterersatz, technische Experten, als persönliche Sachwalter, Vermittler sozialer Kontakte, Gesundheitsinstruktoren und Berater oder Psychotherapeuten.“ (Peplau 1989, S. 188).

Die Rolle des Gesunden- und Krankenpflegepersonals wird im Gesunden- und Krankenpflegegesetz folgendermaßen beschrieben: „§ 11. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten. (2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.“ (GuKG, §11).

Diese Aufgabenbereiche fordern ein sehr hohes Berufsideal. Eine grundlegende Notwendigkeit sich diesem Ideal annähern zu können, sind persönliche Ressourcen, die einerseits jede angehende Pflegeperson im Ansatz mitbringen muss. Andererseits ist es die Aufgabe jeder Grundausbildung ein Bewusstsein für diese notwendigen Ressourcen zu schaffen und diese zu fördern, um darauf

aufbauend Kompetenzen zu erlangen, um letztendlich eine Anwendung in der Praxis zu ermöglichen. In diesem Sinne werden persönliche Ressourcen als Grundlage zur Entwicklung von Kompetenzen betrachtet.

Um eine fortschreitende Entwicklung von Kompetenzen im Berufsalltag zu gewährleisten bedarf es einerseits einem Bewusstsein im Rahmen einer Organisation um die notwendige Bedeutung zu erkennen und andererseits Bedingungen, die diese Entwicklungen zulassen und fördern.

4. 2. Definierte Kompetenzen von Pflegepersonen

Im Zuge des Gesunden- und Krankenpflegegesetzes von 1997 wurde ein Qualifizierungsinstrument entworfen, in dem drei Kompetenzbereiche definiert sind (Kompetenz- und Qualifikationsnachweis 2006, S. 13), die den vielfältigen Anforderungen des Pflegepersonals gerecht werden sollen. Diese umfassen Selbstkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz und Fachkompetenz, die sich in methodische und instrumentell-technische aufspaltet.

In diesem Rahmen wird auf die Fachkompetenzen nicht näher eingegangen. Sie werden lediglich aufgrund der Vollständigkeit angeführt.

4. 2. 1. Selbstkompetenz

„Selbstkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, sich selbst im Rahmen der Arbeitsaufgabe oder der Arbeitsgruppe zu entwickeln und dabei die eigene Begabung, Motivation und Leistungsbereitschaft zu entfalten. Fähigkeiten wie Reflexionsfähigkeit, sich der eigenen Stärken und Schwächen bewusst sein, Fähigkeit zur Mitverantwortung und Mitbestimmung, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung sind diesem Kompetenzbereich zuzuordnen.“ (Kompetenz- und Qualifikationsnachweis 2006, S. 13).

Jene angeführten Kompetenzen sind festgeschrieben und werden auch in Stellenbeschreibungen verlangt, aber sie werden weder ausreichend eingefordert noch gefördert. Weder im Rahmen der Schulausbildung noch im Berufsalltag besteht ein ausreichendes Bewusstsein und Angebot um Selbstkompetenzen entwickeln zu können und kontinuierlich zu fördern und weiter zu entwickeln.

Weiters lässt sich ein Spannungsverhältnis zwischen den neu geforderten Kompetenzen wie z.B. Selbstbestimmung, Mitverantwortung, Mitbestimmung usw. und traditionellen Kompetenzen, die Unterordnung, Fremdbestimmung usw. waren, aufzeigen, das noch lange nicht überwunden ist.

Es bedarf einer intensiven Bewusstmachung und Förderung, die vor allem durch lehrendes und leitendes Personal erfolgen muss, um diese Kompetenzen bewusst zu machen und Entwicklungen positiv voran zutreiben, die gleichzeitig eine wichtige Basis für psychosoziale Umgangsweisen darstellen.

4. 2. 2. Sozial-kommunikative Kompetenz

„Sozial-kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, sich mit anderen unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung usw. verantwortungsbewusst auseinander zu setzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten.

In dieser Kompetenzkategorie sind Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Empathie, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Gesprächs- und Beratungsfähigkeit, Argumentations- und Artikulationsfähigkeit angesiedelt.“ (Kompetenz- und Qualifikationsnachweis 2006, S. 13).

Im Pflegeberuf stellen sozial-kommunikative Kompetenzen ein Kernelement dar, um mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen in Beziehung treten zu können. Aber auch um mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen eine gute Arbeitsbasis gestalten zu können.

Kompetenzen dieser Kategorie werden in der Theorieausbildung theoretisch aufgegriffen, aber praktische Trainingssituationen werden vernachlässigt und in der praktischen Ausbildung wird kaum ein Augenmerk darauf gerichtet. So zeigt sich sehr oft, dass Auszubildende am Ende ihrer Ausbildung weder in konkreten Kommunikationssituationen angeleitet wurden, noch Feedback erhalten haben.

Das bedeutet, dass jene Kompetenzen, die gezielter und kontinuierlicher Übung bedürfen, kaum entwickelt und gefördert werden während der Ausbildung.

In der Literatur ist meist von einer professionellen Kommunikation zu lesen. Diese Formulierung führt oft zu Orientierungslosigkeit, vor allem bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern/-schülerinnen, aber auch bei ausgebildetem Pflegepersonal. Die Bezeichnung lässt sehr viel Spielraum, mit dem kaum umzugehen gewusst wird. Von einer direktiven-befehlenden, über eine sachlich-distanzierte, hin zu einer liebevollen-mütterlichen Kommunikation ist unter dieser Professionalität vieles zusammengefasst.

Eine notwendige und hinreichend definierte Kommunikationshaltung wird vermisst, die eine psychosoziale Begegnung positiv erleben lässt.

4. 2. 3. Fachkompetenz

„Methodische Fachkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, für bestehende Lern- und Arbeitsaufgaben selbständig Lösungswege zu finden und anzuwenden. In der Gesundheits- und Krankenpflege ist man mit Situationen konfrontiert, für die es kein vorgefertigtes Lösungsschema gibt, sondern kreative Lösungen gefordert werden. Fähigkeiten wie Organisations- und Planungsfähigkeit, Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit gehören hier genauso dazu wie die eigenständige Fähigkeit zur Anwendung von Lerntechniken, geistigen Arbeitstechniken sowie die Fähigkeit, sich Zugang zu Informationsquellen zu schaffen, um diese dann auch in Sinne selbstorganisierten und lebenslangen Lernens zu nutzen.

Instrumentell-technische Kompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgaben selbstständig, fachlich und methodisch richtig durchzuführen. In der praktischen Ausbildung stehen zur Entwicklung dieser Fähigkeit die praktischen, manuell ausgeführten Tätigkeiten im Vordergrund.“ (Kompetenz- und Qualifikationsnachweis 2006, S. 13).

4. 3. Eine notwendige und hinreichende Haltung

Pflegepersonal begegnet vielfältigen Persönlichkeiten und findet sich in verschiedensten Pflegesettings wieder. Um diesen Herausforderungen gewachsen sein zu können und eine positive Bewältigung zu erzielen bedarf es einer stabilen Persönlichkeit.

Ein Individuum muss sich seiner selbst bewusst sein, sich selbst wahrnehmen können und sich dabei offen und ehrlich begegnen können. Es muss sich mit all seinen Nuancen akzeptieren und wertschätzen können, um jene Stabilität zu erlangen, die es benötigt.

Das heißt je kongruenter, wertschätzender und empathischer jemand mit sich selbst sein kann, umso leichter fällt es ihm/ihr in Beziehungen zu anderen erfolgreich zu sein. „Jeder Mensch ist in einem sehr realen Sinn eine Insel für sich, und er kann erst dann Brücken zu anderen Inseln bauen, wenn er zuallererst gewillt ist, er selbst zu sein, und wenn ihm das erlaubt wird.“ (Rogers 2006/1961, S. 37).

Das bedeutet, dass sich Personen im Pflegefachbereich bewusst werden müssen, dass eine kongruente, wertschätzende und empathische Grundhaltung sich selbst und den Patienten/Patientinnen gegenüber eine notwendige aber auch hinreichende Basis darstellt. Auf diesem Nährboden können sich weitere Kompetenzen, die vom Rechtsträger definiert sind, weiter heranbilden.

Pflegepersonen überfordern sich sehr oft selbst, indem sie es nicht zulassen offen und ehrlich zu sein mit sich selbst und in Beziehungen mit den Patienten/Patientinnen. Ein hohes Berufsideal, das geprägt ist von immer nett und immer freundlich, wird in der Ausbildung vermittelt und nicht selten kommt es zu herben Enttäuschungen, dass das im Berufsalltag nicht aufrechterhalten werden kann.

„Krankenschwestern erscheinen dem Patienten häufig eher wie Engel, als wie Menschen mit vielfältigen Gefühlen. Und doch ist es unmöglich, dass Pflegefachkräfte nicht auch mal überarbeitet, unausgeglichen, gekränkt oder enttäuscht sind, sodass widersprüchliche Interessen in ihnen zu Konflikten führen und sie gereizt und wütend reagieren lassen.“ (Schaub 2001, S. 86).

Das Aufrechterhalten einer Fassade kann über lange Zeit zu Frustration und Resignation führen und das Missachten von unterdrückten Gefühlen kann zu inneren Überlastungen führen und ein Burnout-Syndrom ist nicht selten eine

Folge davon. Persönliche Ressourcen werden auf diese Weise erschöpft und Pflegekompetenzen können in Folge nur mehr unzureichend erfüllt werden.

„...denn ich bin der Meinung, dass wir in unserem Beruf allzu oft Anspruch darauf erheben, vollkommen über der Sache zu stehen, und dazu neigen, der eigenen Person und denen, die die Pflege erlernen, mit unrealistischen Erwartungen zu begegnen.“ (Peplau 1989, S. 54).

Die Notwendigkeit wäre einen Rahmen zu schaffen, sowohl in den Ausbildungsstätten als auch in den Krankeninstitutionen, in dem eine Grundhaltung von Kongruenz, Wertschätzung und Empathie möglich und selbstverständlich ist, um Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen, die die Grundlage für weitere Kompetenzentwicklungen darstellt und die letztendlich Stabilität gewährleisten, die im Pflegeberuf von großer Bedeutung ist.

5. Die Bedeutung der klinischen Rahmenbedingungen

5. 1. Die Organisation

Unter Organisation kann man ein „Strukturiertes, soziales System, das aus Einzelpersonen und Gruppen besteht, die zusammenarbeiten, um vereinbarte Ziele zu erreichen.“ (Hornung 2006, S. 264) verstehen.

Gesundheits- und Krankeneinrichtungen stellen Organisationen dar, die als gemeinsames Ziel die Versorgung von medizinischen-pflegerischen Tätigkeiten haben.

Einzelne Organisationseinheiten, wie z.B. ärztliches Personal, Pflegepersonal oder der Verwaltungsbereich, weisen aber unterschiedliche Interessen und Wertevorstellungen auf. So haben in der Verwaltung in erster Linie ökonomische Anliegen Priorität, in der Medizin hat einerseits die Wiederherstellung der Gesundheit und andererseits wissenschaftliche Anliegen Priorität. In der Pflege sollten psychosoziale Werte Priorität haben.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Zielverfolgungen sind Konflikte vorprogrammiert und können einer Umsetzung von geplanten Konzepten im Wege stehen.

Im Rahmen einer Organisation gibt es Regelungen, Strukturvorgaben Ablaufbeschreibungen usw. Diese Instrumente sollen den alltäglichen Berufsalltag erleichtern und koordinieren. Ziel dabei ist es, den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen Überlegungen und Entscheidungen in wiederkehrenden Situationen zu erleichtern und so bewältigbar zu machen.

Die Kehrseite ist, dass durch zunehmende Prozessbeschreibungen auch der bürokratische Aufwand steigt, der wiederum Zeit in Anspruch nimmt. Auch wenn einerseits die Handlungsumsetzung verkürzt wird, wird die Dokumentation ausgeweitet, da diese aufgrund rechtlicher Ansprüche und Qualitätssicherung unumgänglich geworden ist.

Das sieht in der Praxis so aus, dass Maßnahmen sehr zeiteffizient durchgeführt werden können, aber gleichzeitig ein zusätzlicher Zeitaufwand für die Verschriftlichung notwendig ist. Das heißt, es kommt zu einer Verschiebung des zeitlichen Aufwandes vom Patienten/von der Patientin zur Dokumentation. Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang zu nennen ist, ist, dass durch eine starre Ausübung von Regelungen und Prozessabläufen eine personenzentrierte Betreuung verunmöglicht wird. Es wird somit jeder Patient/jede Patientin nach einem Schema versorgt ohne dabei auf Individualitäten zu achten. Weiters ist zu erwähnen, dass durch zunehmend vorgegebene Prozessbeschreibungen das Pflegepersonal verleitet wird, routinemäßig und unüberlegt zu handeln und dadurch ein eigenverantwortliches Denken und Handeln verdrängt wird.

Da Prozesse, die psychosoziale Situationen betreffen, nicht so dingfest gemacht werden können und Punkt für Punkt beschrieben werden können wie z.B. administrative oder technisch ausgeführte Pfl egetätigkeiten, geraten auch in diesem Zusammenhang psychosoziale Komponenten in den Hintergrund.

5. 1. 1. Leitbild

Um Ziele, die eine Organisation festlegt und zu erfüllen hat, werden im Rahmen von Gesunden- und Krankeninstitutionen Leitbilder festgelegt. Darin werden unter anderem Ziele und Grundwerte festgeschrieben, die meist von humanistischen Prinzipien geprägt sind.

„Gesundheit ist unser gemeinsames Anliegen. Mit Menschlichkeit sind wir für die Gesundheit unserer PatientInnen tätig. Das Wohlbefinden unserer PatientInnen steht für uns im Mittelpunkt. Wir verstehen uns als DienstleisterIn an der Patientin/dem Patienten.

Wir begegnen einander mit Verständnis, Achtung und Respekt. Wir begegnen MitarbeiterInnen und PatientInnen offen und aufgeschlossen. Wir bekennen uns zur aktiven Umsetzung der PatientInnenrechte. Eigenverantwortliches Handeln ist erwünscht, wird gefördert und gewürdigt.“ (SMZ-Süd, Leitbild).

„Unser Ziel ist die bestmögliche, individuelle Pflege im Einklang mit den Patienten und seinen Vertrauenspersonen. Wünsche und Bedürfnisse werden unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen erfüllt. Das offene Gespräch ist ein wesentlicher Bestandteil des ganzheitlichen Pflegeprozesses. Wir widmen der Kommunikation genügend Zeit, versuchen Sprachbarrieren zu überwinden und begegnen dem einzelnen Menschen tolerant und vorbehaltlos. Wir sind Teil eines multiprofessionellen Teams und unsere Zuständigkeiten ergänzen sich mit denen anderer Berufsgruppen im Sinne einer patientenorientierten Betreuung. Kompetenz, Verantwortung, Flexibilität und Selbstbewusstsein der einzelnen Pflegeperson ermöglichen die Kooperation mit anderen Berufsgruppen unter Wahrung der eigenen Identität.“ (AKH, Pflegeleitbild 2008).

Jene Auszüge aus Leitbildern, die es im Rahmen des WKVA gibt, lassen eine Bedeutung des humanistischen Begriffes erkennen, die geprägt ist von, „...mitmenschlich-gefällig, sozial-hilfsbereit, gemeinnützig, wohlützig, den Nächsten liebend...“ (Hutterer 2004, S. 9).

Diese am Menschen orientierte Auffassung lässt einerseits eine grundlegende Notwendigkeit im Pflegefachbereich erkennen, aber andererseits eine ausreichende Bedeutung im Sinne von „einzigartig-menschlich“ (Hutterer 2004, S. 11) vermissen. Aspekte wie „Kreativität, Bewusstheit, Selbstreflexion, Selbstaktualisierung, Autonomie und Identität“ (Hutterer 2004, S. 11) charakterisieren nur selten Pflegeleitbilder, wie z.B. jenes des AKH-Wien.

„Definierte Grundwerte, Selbstbewusstsein und Kompetenz, verbunden mit der Individualität jeder einzelnen Persönlichkeit, sollen Ihnen Motivation geben, im Rahmen des Pflegeleitbildes bei Ihrer täglichen Arbeit Initiativen zu setzen, sich weiterzuentwickeln und den einmal beschrittenen Weg, fortzusetzen. Mit der Erstellung des Pflegeleitbildes ist jedoch nur der erste Schritt getan. Nun kommt es darauf an, dass jeder Einzelne von uns dieses Leitbild mit Leben erfüllt und als Richtschnur in der täglichen Arbeit annimmt. Nutzen Sie das Pflegeleitbild unseres Hauses und seine Leitsätze, erkenne Sie Ihre Chancen, die sich Ihnen dadurch bieten und unterstützen auch Sie die Gesamthaltung des AKH, im Sinne einer beispielgebenden Organisationsentwicklung.“ (AKH, Pflegeleitbild 2008).

Um diesen humanistischen Ansprüchen gerecht werden zu können, bedarf es einerseits der Betrachtung der gegebenen Bedingungen. Es bedarf eines bestimmten Rahmens um Ziele solcher Leitbilder umsetzen zu können. Wenn dieser, wie z.B. Organisationsstrukturen, Zeit-, Personalressourcen, Fortbildungsmöglichkeiten, nicht gegeben ist, kann eine Umsetzung nicht gewährleistet werden.

Andererseits bedarf es einem Bewusstsein in einer Organisation ein Leitbild zu leben. Das bedeutet, dass zunächst Inhalte eines Leitbildes zu den Mitarbeitern transportiert und kommuniziert werden müssen, um diese letztendlich leben zu können.

Aus eigener Erfahrung kann angemerkt werden, dass Leitbilder selten Gegenstand einer Auseinandersetzung sind und Inhalte eines Leitbildes nicht bewusst sind.

Die Bedeutung dieser Bewusstheit jedes Einzelnen ist eine besondere, da eine Umsetzung der Leitbilder, die auch eine Basis für psychosoziale Umgangsweisen darstellen, nur möglich ist, wenn von allen die Philosophie getragen wird. „Ein grundsätzlich übereinstimmendes Pflegeverständnis der Pflegepersonen in einer Organisation sichert die Umsetzung von Pflegeleitbildern.“ (Ertl, Kratzer 2007, S. 94).

Um die Inhalte eines Leitbildes und somit ein Bewusstsein bei jedem Mitarbeiter zu erlangen, müssen Kommunikationswege geschaffen werden, um diesen Transport zu ermöglichen. Auf diesen Wegen muss auch ein Gegenverkehr stattfinden können, um einen bewussten und lebhaften Austausch zu ermöglichen und die Gefälle dürfen nicht zu steil sein.

Mögliche Hindernisse auf diesen Kommunikationswegen werden im nächsten Kapitel aufgegriffen.

5. 1. 2. Hierarchische Strukturen

Das österreichische Gesundheits- und Krankenwesen ist noch sehr von hierarchischen Strukturen geprägt, die scheinbar nicht aufgegeben werden wollen zu Gunsten einer gleichgestellten und ergänzenden Zusammenarbeit und so ein Hindernis darstellen eine psychosoziale Umgangsweise zu realisieren.

Eine starke Unterordnung der Pflege unter die Medizin konnte bis heute nicht ausgeräumt werden. Einerseits wird diese Unterordnung nach wie vor von der Ärzteschaft eingefordert. Zwar nicht mehr in diesem Ausmaß wie folgender Auszug aus einer Hausordnung und Dienstanweisung für Diakonissen in Kaiserswerth aus dem 19. Jahrhundert beschreibt: „ §18 Die Diakonissen dürfen bei ihrer leiblichen und geistigen Pflege der Kranken, wo die leibliche Pflege stets die Hauptstelle einnehmen und die letztere derselben untergeordnet bleiben muss, nicht vergessen, dass sie, wie ihr Amtsname sagt, nur Dienerinnen sein, nur Handreichungen tun sollen und haben sich mit aller Vorsicht zu hüten, weder in das Amt des Arztes noch des Seelsorgers überzugreifen. „

„§ 19 Die Diakonissen haben bei der leiblichen Krankenpflege in der Diakonissenanstalt die Vorschriften des Hausarztes in Bezug auf Verbinden, Pflegen, Diät des Kranken usw. pünktlich und ohne Widerrede zu befolgen...“ (Seidler 2003, S. 291).

Reste einer derartigen Unterwerfung sind im Pflegealltag immer wieder zu beobachten. Eine Förderung erfolgt dabei auch durch das Pflegepersonal selbst. Die Einforderung einer gleichgestellten Position und somit einer partnerschaftlich gleichberechtigten Beziehung wird zu wenig beansprucht.

Aber auch innerhalb des Pflegebereiches selbst ist eine traditionelle Rangordnung nach wie vor stark vorhanden. Die verschiedensten Ebenen zeichnen sich teilweise durch große Hierarchiegefälle aus und lassen auch hier eine partnerschaftliche Umgangsweise vermissen.

Weiters verhindern derartig viele Hierarchieebenen einen durchlässigen und persönlichen Kommunikationsaustausch und dies verunmöglicht einen psychosozialen Umgang untereinander. Durch fehlende persönliche Begegnungen ist eine psychosoziale Wahrnehmung nicht gegeben und die Besonderheit eines jeden Individuums verliert somit an Bedeutung in einer stark hierarchisch strukturierten Organisation.

Eine bedeutende Auswirkung auf die Tätigkeiten einzelner Berufsgruppen stellen die vorhandenen Status- und Prestigeverhältnisse in einer Organisation dar. Hornung beschreibt folgende Statusmerkmale: Geschlecht, Grad der Professionalisierung, Anteil an therapeutischen und diagnostischen Aktivitäten, Lebensalter und die Position innerhalb der Hierarchie (Hornung 2006, S. 266).

Das bedeutet für den Pflegefachbereich, dass durch den hohen Frauenanteil, durch eine gering geschätzte Ausbildung und durch zu wenig Wertschätzung der pflegerischen Tätigkeiten die Position innerhalb der Hierarchie unten angesiedelt ist.

Im Pflegebereich wird immer wieder gefordert, einerseits von den Mediziner/innen und andererseits von eigenen Mitgliedern des Pflegeberufes, um ein besseres Pflegeimage und mehr Prestige zu erhalten mehr medizinisch-therapeutische Aufgaben zu übernehmen. Die Bedeutung der psychosozialen Komponente wird bei diesen Forderungen ausgeblendet. So werden körperbezogenen medizinisch-technischen Tätigkeiten mehr Ansehen zugestanden als psychosozialen Tätigkeiten.

Dieser Forderung kann nicht zugestimmt werden, da eine Anerkennung und Wertschätzung des Pflegebereiches nicht durch medizinisch-technische Tätigkeiten Rechnung getragen werden kann. Dies entspricht einer oberflächlichen und zu kurz gefassten Wahrnehmung und Auseinandersetzung eines Tätigkeitsbereiches, der eine tiefer gehende Betrachtung verdient hat und dadurch die Bedeutung eines psychosozialen Betreuungsauftrages erkannt wird.

5. 2. Stationsabteilung

5. 2. 1. Führungsperson

Die Rolle einer Führungsperson ist eine bedeutende und entscheidende, hinsichtlich Umsetzung von Neuerungen in einem Team. Ihr kommen dabei zahlreiche Aufgaben zu.

Sie muss die Fähigkeit haben „...die Gruppe zu inspirieren, zu motivieren und zu fördern“ (Hornung 2006, S. 252). Ihre eigene Einstellung und ihr Einsatz zu einem Gruppenziel beeinflusst deutlich das Engagement der Gruppenmitglieder.

„Offene Mitarbeiterdiskussionen sind Grundlage für Entscheidungsprozesse. Mitarbeiterorientierung drückt sich für eine gemeinsame Zielverfolgung mit maximaler Eigenständigkeit in einem klar definierten Verantwortungs- und Kompetenzrahmen aus. Entscheidungen und Vereinbarungen sind transparent und bindend. Die Verantwortung dafür liegt bei der zuständigen Führungsebene. Führung bedeutet für uns, sich in der Pflege und im Management weiterzuentwickeln, sowie patienten-, mitarbeiter- und betriebsorientierte Rahmenbedingungen zu schaffen und zu sichern. Führungsarbeit heißt auch,

Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeiter richtig einzuschätzen, Freiräume sicherzustellen und Selbständigkeit zu fördern.“ (AKH Pflegeleitbild, 2008).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es fundierter Selbstkompetenzen und sozial-kommunikativer Kompetenzen, die eine psychosoziale Umgangsweise im Stationsbereich ermöglichen. Die Stationsleitung hat eine bedeutende Vorbildwirkung, die oft unterschätzt oder nicht wahrgenommen wird.

Das Gelingen von Neuerungen im stationären Bereich hängt zu einem bedeutenden Teil von einer Führungskraft ab. Einerseits kommt ihr dabei die Aufgabe zu klare Vorgaben zu machen und Transparenz und Offenheit zu gewährleisten. Weiters muss sie ein Team dazu motivieren können und einen Zusammenhalt innerhalb des Teams erzielen können, um das Team „...zum Erreichen von Gruppen- und Organisationszielen zu bewegen.“ (Hornung 2006, S. 251).

„§ 72 (1) Die Sonderausbildung für Führungsaufgaben dauert mindestens ein Jahr und umfasst mindestens 1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.“ (GuKG). Inhalte dieser Ausbildung sind Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Pflegeforschung, Berufskunde und Ethik, Psychologie, Soziologie und Pädagogik, Kommunikation, Verhandlungsführung und Konfliktbewältigung, Management, Organisationslehre und Statistik, Betriebswirtschaftliche Grundlagen, Betriebsführung in Einrichtungen des Gesundheitswesens und Rechtskunde und Arbeitnehmerschutz. Das Unterrichtsausmaß von psychosozialen Kompetenzen beträgt 120 Unterrichtseinheiten von insgesamt 260 theoretischen Einheiten. Der Schwerpunkt psychosozialer Komponenten ist zu erkennen. Und dennoch ist die Umsetzung in der Praxis oft eine mangelhafte, aufgrund eines fehlenden Bewusstseins dafür und einer möglichen Nichteignung für diese Qualifikation.

Bei der Besetzung von Führungspositionen kommen oft Aspekte wie Netzwerke und Dienstjahre zum Tragen, die in keinsten Weise notwendige Kompetenzen

gewährleisten. Diese traditionellen Vorgehensweisen müssten durch klare, transparente und kompetenzorientierte Assessments flächendeckend ersetzt werden. Großteils erfolgen bereits Hearings wobei eine Kompetenzorientiertheit und Eignung nicht immer im Vordergrund steht.

5. 2. 2. Teamarbeit

Ein Team kann als eine Gruppe definiert werden, „die eine Tätigkeit verrichten, die Hand in Hand und besonders harmonisch erfolgt“ (Bachmann & Bachmann 1997, S. 234). Als teamfördernde Merkmale werden angeführt: Integrationsfähigkeit, Interaktionsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Partizipationsfähigkeit, Konsensfähigkeit, Kommunikationsbereitschaft, Kritikbereitschaft, Dialogfähigkeit, Soziale Flexibilität, Kreativität, Innovationsbereitschaft, Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen (Bachmann & Bachmann 1997, S. 62).

Hornung beschreibt Team als „Eine Gruppe, deren Mitglieder sich ergänzende Fähigkeiten besitzen und die sich zur Lösung einer bestimmten Aufgabe oder zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles zusammengeschlossen haben“ (Hornung 2006, S. 234).

Die Teamfähigkeit stellt eine notwendige Grundkompetenz im Pflegeberuf dar und ist eine entscheidende Voraussetzung in Bezug auf die Umsetzung eines Konzeptes. Diese Fähigkeit stellt sehr hohe Ansprüche an die Teammitglieder und bedarf einerseits vorhandener Kompetenzen der Mitarbeiter und andererseits einer kontinuierlichen Übung und Reflexion. Weiters bedarf es an zeitlichen, personellen und strukturellen Ressourcen um ein Teamverständnis zu entwickeln und aufrecht zu erhalten.

Entscheidend ist unter anderem die Auswahl der Mitglieder. Diese bedarf einer bewussten und intensiven Auseinandersetzung mit einem Neubewerber/einer Neubewerberin, um zu schauen, ob er/sie einerseits in das Team passt und andererseits ob er/sie mit seinen/ihren Kompetenzen das Team ergänzen kann. Dies kann auch eine Bedingung dafür sein, eine Gruppe konstant zu halten. Eine

hohe Fluktuationsrate destabilisiert Teamarbeit und die Aufrechterhaltung und Ausübung von Haltungen und Konzepten wird damit gefährdet.

In einem gut funktionierenden Team werden Aufgabenbereiche und Ziele klar und transparent festgelegt und alle Mitglieder werden in Lösungs- und Entscheidungstätigkeiten weitestgehend miteinbezogen.

Die Kommunikation und der Umgang in einem Team sollen von positiver Wertschätzung, Kongruenz und Empathie geprägt sein. Denn nur, wenn dies im täglichen Berufsalltag gelebt und geübt werden kann, kann diese Haltung der Patienten/Patientinnen gegenüber eingenommen werden.

Dies bedeutet aber nicht, dass Konflikte nicht ausgetragen werden dürfen oder keine Kritik geübt werden darf. Es bedarf sehr wohl eines Rahmens in dem Konfliktbewältigung und negative und positive Feedbackmöglichkeiten möglich sind.

Aspekte, die Teamarbeit verhindern oder erschweren können sind z.B. ein unterschiedliches Pflegeverständnis, Konkurrenzängste, abweichende Organisationsabläufe und fehlende Transparenz.

5. 2. 3. Praxisbegleitung

Die Implementierung eines neuen Konzeptes sollte nicht mit der Umsetzung enden. Ein weiterer wichtiger Schritt ist das transparent machen und aufzeigen aller notwendigen Schritte, Ergebnisse und Veränderungen und auch Schwierigkeiten, die sich durch die Umsetzung ergeben haben. Um eine Dynamik zu erhalten bedarf es einem kontinuierlichen Aufzeigen der Entwicklungsschritte, des Status quo und Planung weiterer Schritte. Diese Evaluierungsschritte transparent zu machen ist von großer Bedeutung, da diese die Orientierung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen gewährleistet. Diese Transparenz und Orientierung ist für jeden Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin von absoluter Notwendigkeit, um das Bewusstsein zu haben ein aktiver Teil in diesem dynamischen Prozess zu sein und Veränderung möglich zu machen.

Eine solche Ressource stellt die Rolle eines Praxisbegleiters/einer Praxisbegleiterin dar. Die Bedeutung und deren Aufgabe soll im Folgenden charakterisiert werden.

Der Praxisbegleiter/die Praxisbegleiterin soll als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis betrachtet werden. Einerseits muss er/sie ein fundiertes Wissen über ein bestimmtes Konzept, wie in unserem Fall über ein personenzentriertes Konzept, aufweisen können. Andererseits muss er/sie über pädagogisch, didaktische Kenntnisse verfügen, um dieses Wissen auch in die Praxis überleiten zu können und den Praktikern/Praktikerinnen dieses Wissen so aufzubereiten, um diesen eine Anwendung in der Praxis zu ermöglichen. Aber auch die Kenntnis der gegebenen Rahmenbedingungen im praktischen Bereich müssen ihm/ihr bewusst sein, um eine realistische Einschätzung und Umsetzung möglich zu machen. Sehr oft kommt es von Seiten der Praktiker/Praktikerinnen zu ablehnenden Haltungen gegenüber neuen Konzepten und deren Implementierung, da eine realistische Betrachtung der gegebenen Situation nicht oder zu ungenau erhoben wird. Dies führt in weiterer Folge zu Frustration und Scheitern, das als Nährboden für zukünftige Ablehnung von Veränderungen gesehen werden kann.

Der Praxisbegleiter/die Praxisbegleiterin stellt somit einen Spezialisten/eine Spezialistin dar, der/die über ein umfangreiches Wissen eines Kompetenzbereiches verfügt, die dieses Wissen in die Praxis transferieren kann und als Begleitung für die Praktiker/Praktikerinnen fungiert und als Kontaktperson bei Fragen und konkreten Fallbesprechungen zur Verfügung steht. So weist auch Krenn (2009) im Rahmen der Implementierung des Konzeptes der Basalen Stimulation auf einer Station im Krankenhaus Lainz daraufhin, dass „für den erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfer (...) unter anderem die Praxisbegleitungen von großer Bedeutung sind.“ (Krenn 2009, S. 23).

In der Praxis sind kaum PraxisbegleiterInnen zu finden. In erster Linie werden dafür Kostengründe angegeben. Die Frage ist zu stellen inwieweit Kosten, die für Fortbildungen aufgebracht werden und deren Inhalte nicht auf die Station transportiert werden und umgesetzt werden, zu rechtfertigen sind. Wissensinhalte

verlaufen sehr oft im Sand, weil eine Begleitung um dieses neu erworbene Wissen umsetzen zu können fehlt.

5. 2. 4. Fortbildungen

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Erhaltung von Konzeptimplementierungen ist das ständige Präsentmachen eines Themas. Es reicht nicht aus durch Fortbildungen ein Bewusstsein zu schaffen. Es muss im täglichen Pflegealltag präsent gemacht werden und gelebt werden. Dazu bedarf es zunächst an Kompetenzen des ganzen Teams inklusive der Leitung. Nur wenn eine Basis bei allen Mitarbeitern gegeben ist und ein Wissen vorhanden ist worum es eigentlich geht, kann davon ausgegangen werden, dass eine bestimmte Haltung im Alltag gelebt werden kann. Es hat wenig Sinn, wenn nur ein Teil des Teams Kenntnisse eines neuen Konzeptes aufweist, da dieser auf Unverständnis und auch Ablehnung stoßen wird bei dem anderen Teil des Teams. Daher ist eine Basisschulung aller Mitarbeiter unumgänglich.

Die Leitung nimmt hier eine wichtige Schlüsselposition ein. Da diese einerseits eine Vorbildwirkung hat und andererseits aber auch eine Überwachungsfunktion innehat. Daher ist der Bedeutung dieser Position im Rahmen der Umsetzung neuer Konzepte große Aufmerksamkeit beizumessen.

Das Wissen teurer und guter Seminare geht oft verloren, da eine anfängliche Motivation und Begeisterung durch mannigfaltige Aspekte bald zu Nichte gemacht werden. Das Bewusstsein und Wissen muss durch laufende Auffrischung erhalten werden. Dieses Erhalten von einem Bewusstsein muss als Prozess verstanden werden und somit als etwas sehr Dynamisches betrachtet werden. Diese Dynamik zu erhalten bedarf einer grundlegenden Einstellung der Organisation, die mit der Theorie der Aktualisierungstendenz von Carl Rogers verglichen werden kann. Die Bereitschaft und Tendenz eines jeden Mitarbeiters/einer jeden Mitarbeiterin sich weiter zu entwickeln und sich zu aktualisieren besteht, es muss aber ein bestimmter Rahmen möglich gemacht werden um dies zu fördern. Und hier bedarf es ein hohes Verantwortungsbewusstsein einer jeden Organisation den MitarbeiterInnen

gegenüber diesen Rahmen zu ermöglichen und ein solches Bewusstsein zu schaffen um auch in weiterer Folge eine positive Entwicklung der gesamten Organisation möglich zu machen.

„Aus-, Fort- und Weiterbildung ist darauf ausgerichtet, unsere fachliche, soziale und persönliche Kompetenz zu erweitern. Bildungsangebote werden gezielt in Anspruch genommen. Die Auszubildenden setzen im Rahmen des Lernprozesses mit Lehrpersonen und Praxisanleitern Ziele fest und reflektieren ihre Fortschritte und Erfahrungen. Feedback ermöglicht uns, voneinander zu lernen.“ (AKH Pflegeleitbild, 2008).

5. 2. 5. Zeit-Raum-Personal

Ein Merkmal der Tätigkeit von Pflegenden stellt ein permanenter oder immer wieder auftretender Zeitdruck dar. Es handelt sich dabei meist um ein Missverhältnis zwischen Personalressourcen und anfallenden Tätigkeiten. Die Folgen von immer wieder kehrenden oder lang andauernden Zeitdruck „zeigen sich in der Art der zwischenmenschlichen Beziehungen der Pflegenden zu den Patienten, im Mangel der Arbeitsqualität und in der Unzufriedenheit des Personals“ (Hornung 2006, S. 267).

Der Zeitfaktor ist ein häufiges Argument in der Praxis, dass neue Konzepte nicht umgesetzt werden können. Diese Rechtfertigung bedarf einer genauen Betrachtung, da sehr oft starr strukturierte und traditionelle Arbeitsabläufe sehr viel Zeit in Anspruch nehmen und den Blick auf neue und individuellere Arbeitsweisen verstellen.

Um neue Strukturen und Konzepte einbringen zu können, bedarf es zunächst einer genauen Betrachtung der alten Strukturen um diese aufbrechen zu können. Weiters ist eine praxisnahe Argumentationsführung notwendig, um eine Umsetzung in der Praxis realisieren zu können.

Einen weiteren Faktor stellen fehlende Räumlichkeiten dar. Um psychosoziale Begegnungen zu ermöglichen, bedarf es räumlichen Ressourcen, die im Bedarf

genutzt werden können. Ein Sechsbettzimmer stellt sich kaum als ein geeigneter Rahmen dar, der genutzt werden kann, um einen Menschen in seiner Gesamtheit entsprechend begegnen zu können.

Es wird davon ausgegangen, dass psychosoziale Betreuung einerseits mehr Zeit in Anspruch nimmt und andererseits dadurch mehr Personalressourcen zur Verfügung stehen müssten. Da ein erhöhter Personalbedarf mit erhöhten Kosten verbunden ist, kann dem in der Praxis nicht Rechnung getragen werden, da die finanziellen Mittel im Gesundheits- und Krankenpflegebereich beschränkt sind und von der Politik zunehmend Einsparungen gefordert werden.

Ein Bewusstsein zu entwickeln und Rahmenbedingungen zu schaffen, die ermöglichen, Menschen in ihrem bio-psycho-sozialen Sein wahrzunehmen und zu behandeln um die Entwicklung von Wohlbefinden und Gesundheit zu fördern, wird bei diesen aktuellen politischen Forderungen nicht beachtet.

6. Bedeutung des Patienten/der Patientin

6. 1. Die Rolle des Patienten/der Patientin

Die Begrifflichkeit „Patient“ ist von dem lateinischen Wort *patiens* abgeleitet und bedeutet soviel wie geduldig, ertragend und auch genügsam (Der kleine Stowasser 1987, S. 326). Primär bezieht sich jene Bedeutung auf das Erleiden einer Erkrankung und das geduldige Ertragen.

Sekundär könnte diese Bedeutung für die traditionelle Rolle, die ein Patient/eine Patientin im Rahmen einer Patienten-Pflegeperson-Beziehung einnimmt, herangezogen werden. Einerseits erträgt er/sie die pflegerischen Maßnahmen geduldig und andererseits zeigt er/sie sich meist genügsam damit und stellt selten Forderungen. Er/sie ordnet sich der Expertenrolle einer Pflegeperson unter und entspricht deren Anforderungen. Die traditionelle Rolle eines Patienten/einer Patientin kann als unmündig, abhängig, passiv und fremdbestimmt beschrieben werden.

Das bedeutet, dass Pflegefachkräfte sich als Experten/Expertinnen sehen, die über pflegerische Fachkenntnisse und Fertigkeiten verfügen und gegenüber deren Klientel zur Anwendung bringen. Die Expertise bzgl. Fachkenntnisse hat absolute Berechtigung. Doch die Anwendung zeigt sich meist in einer Form von, ich als Pflegefachkraft weiß ganz genau was für dich als Patient/Patientin richtig und gut ist. Entscheidungen und Tätigkeiten werden im Sinne des Patienten/der Patientin getroffen ohne zu beachten, ob dies wirklich für diesen/diese das Beste ist.

Es wird dabei übersehen, dass der Patient/die Patientin für sich selbst der/die beste Experte/Expertin ist und dass das zu berücksichtigen ist. Auch wenn es in vielen Fällen, von der Expertensicht aus gesehen, nicht den Anschein gibt, dass der Patient/die Patientin weiß, was für ihn/sie das Beste ist, ist diese Perspektive mit einzubeziehen.

Das Wissen und all die pflegerischen Fertigkeiten verstellen dem Pflegepersonal sehr oft den Blick auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klienten/Klientinnen. Durch das Einschätzen bestimmter Pflegediagnosen, Einschränkungen oder Defizite, die vorhanden sind, wird der Klient/die Klientin sehr gut erfasst und es wird erhoben wo und wie und mit welchen Maßnahmen angesetzt werden muss, aber eben aus der Sicht der Experten/Expertinnen.

„Patienten werden gemocht, wenn sie sich kooperativ zeigen, tun was ihnen vorgeschlagen oder verordnet wird und akzeptieren, dass die Krankenhausmitarbeiter auf Grund ihrer Erfahrungen wissen, was das Beste ist.“ (Schaub 2001, S. 87).

Einerseits wird eine Infantilisierung von Patienten gefördert durch eine solche Wahrnehmung und einen solchen Umgang. Andererseits begeben sich Patienten selbst in diese kindliche Rolle.

Die Rolle eines Patienten/einer Patientin ist geprägt von psychosozialer Entwurzelung, Entpersönlichung und Infantilisierung (Fischl, 1994). Dies bedeutet, dass ein Mensch, der in eine Krankenanstalt eintritt, aus seiner gewohnten Umgebung austritt, hinein in ein fremdes Umfeld. Weiters erfolgt ein massiver Eintritt in die Privatsphäre und der Patient/die Patientin wird meist

reduziert auf seine/ihre Diagnose. Sich einerseits der Anstaltshausordnung und andererseits den Anweisungen von Pflegepersonal und Ärzten zu unterwerfen, bedeutet ein Versetzen in eine Kindrolle.

Durch jene Infantilisierung von Patienten/Patientinnen sehen sich Pflegepersonen wiederum in eine Rolle gedrängt, die einer Ersatzmutter gleichkommt und die sich den kindlichen Bedürfnissen des Patienten/der Patientin wie emotionale Zuwendung und Umsorgung widmen soll. Dies stellt eine große Herausforderung da. Einerseits ist der Patient/die Patientin mit seinen/ihren persönlichen Bewältigungsstrategien anzunehmen und ernst zu nehmen. Und andererseits soll geholfen werden aus dieser infantilen Haltung herauszukommen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln um den Heilungs- und Genesungsprozess zu gewährleisten.

Es zeigt sich hier ein Kreislauf, der durch verschiedene Rolleneinnahmen und Umgangsweisen zustande kommt und der dringlich durchbrochen werden muss.

6. 2. Forderungen eines Patienten/einer Patientin

Der/die traditionelle Patient/Patientin, der/die noch weit verbreitet ist, zeigt kaum Forderungen bzgl. Versorgung und Mitspracherecht bzgl. geplanter Maßnahmen. Er/sie vertraut den Experten/Expertinnen und verlässt sich auf deren Entscheidungen.

„...die Meinung, dass ältere Menschen (insbesondere Kranke und Geschädigte) gar nicht selbst für ihre Pflege verantwortlich sein wollten, ließen ein System entstehen, in dem der Patient selbst häufig ignoriert wurde.“(Applebaum 2004, S. 23).

„Die Meinung, dass Patienten nicht in der Lage seien, die Qualität der Pflege zu beurteilen, ist unter den professionellen Pflegenden so beherrschend, dass es daraus resultierend kaum Erfahrungen mit der Messung der Patientenzufriedenheit gibt.“ (Applebaum 2004, S. 27). Es wird davon ausgegangen, dass Patienten/Patientinnen nicht genug fachliches Wissen haben um über Pflege

urteilen zu können oder mitreden zu können. „Dies führt zu einer Haltung, in der die Meinung der Patienten nicht erwünscht ist und auch nicht genügend respektiert wird.“ (Applebaum 2004, S. 29/30).

Aus dieser Position heraus ergibt sich, dass Patienten/Patientinnen Bedürfnisse kaum einfordern. Und wenn, beziehen sich diese Forderungen auf körperliche Versorgungsaspekte, weil ein Bewusstsein, psychosoziale Betreuung einfordern zu können nicht vorhanden ist.

Dieses fehlende Bewusstsein, auch psychosoziale Betreuung einzufordern, resultiert unter anderem auch aus dem traditionellen Pflegeparadigma, das sehr körperlich orientiert ist und auf das bereits ausgiebig eingegangen wurde.

PatientInnen auf Allgemeinstationen fühlen sich meist zufrieden, wenn sich das Pflegepersonal mit Tätigkeiten auseinandersetzt wie Essen austeilen, wenn notwendig verabreicht, Hilfestellungen bei der Körperpflege gibt, Medikamente austeilt usw. und zwischendurch einmal Zeit bleibt für einen Small-Talk.

6. 3. Der Zukunftspatient /die Zukunftspatientin

Für den Patienten/die Patientin gibt es mittlerweile sehr vielfältige Bezeichnungen wie z.B. Kunde/Kundin, Klient/Klientin, Pflegebedürftiger/Pflegebedürftige, Hilfsbedürftiger/Hilfsbedürftige usw. „Heute weiß man, dass die verwendeten Begriffe der Ausdruck für die Geisteshaltung in einer Einrichtung sind.“ (Ertl, Kratzer 2007, S. 51). Organisationen, die ihre Haltung, ihre Werte und ihr Pflegeverständnis überprüft und auf eine professionelle Dienstleistungsbasis gestellt haben, verwenden heute die Begriffe „Klientinnen“ und „Kundinnen.“ (Ertl, Kratzer 2007, S. 52).

Auch heute besteht noch ein Pflegeverständnis darüber, abhängige Patienten/Patientinnen zu betreuen, anstatt mündige KundInnen zu unterstützen. Im Rahmen der Hauskrankenpflege ist ein zunehmendes Dienstleistungsverständnis, das ein sehr hohes Maß an KundInnenorientierung beinhaltet, zu beobachten. In Krankenanstalten des WKAV ist eine solche Entwicklung kaum zu erkennen.

Die Förderung zur Selbstbestimmung und die Wahrung der Würde gehören zu den berufsethischen Anforderungen der Pflege. Und doch werden diese Aspekte sehr oft durch Routine und Expertentum ignoriert.

Das Bewusstsein und das Umsetzen einer personenzentrierten Pflegehaltung durch das Pflegepersonal kann einerseits diesen ethischen Ansprüchen gerecht werden und andererseits den Patienten/die Patientin in seiner bio-psycho-sozialen Gesamtheit wahrnehmen.

II. Methodischer Teil

1. Die Fragestellung

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

Welche Aspekte können die Umsetzung von psychosozialen Konzepten im Gesunden- und Krankenpflegebereich erschweren oder verhindern?

Die Anforderung an den Pflegefachbereich, psychosoziale Umgangsweisen zu ermöglichen, besteht in der Theorie und ist festgeschrieben. Zahlreiche Pflegekonzepte beinhalten diese Forderung und betonen deren Wichtigkeit. Das heißt, dass die Bedeutung für eine notwendige psychosoziale Komponente gegeben ist, eine befriedigende Umsetzung ist hingegen kaum zu beobachten.

Die Auseinandersetzung mit der Fragestellung soll zum Ziel haben, mögliche Störfaktoren, die eine Umsetzung von psychosozialen Konzepten verhindern können, zu orten und deren Ursachen benennen zu können.

Weitere theoriegeleitete Fragestellungen dazu sind:

1. In welcher Weise kann das Pflegeparadigma und dessen geschichtliche Entwicklung eine Umsetzung psychosozialer Konzepte beeinflussen?
2. In welcher Weise kann die Grundausbildung für Gesunden- und Krankenpflege eine Umsetzung psychosozialer Konzepte beeinflussen?
3. In welcher Weise können klinische Rahmenbedingungen die Umsetzung psychosozialer Konzepte beeinflussen?
4. In welcher Weise können persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Personals die Umsetzung psychosozialer Konzepte beeinflussen?
5. In welcher Weise kann der Patient/die Patientin die Umsetzung psychosozialer Konzepte beeinflussen?

2. Die qualitative Sozialforschung als Forschungsmethode

2. 1. Grundlagen qualitativen Denkens

Mayring geht davon aus, dass fünf Postulate das Grundgerüst qualitativen Denkens bilden (2002). Das erste davon lautet: „Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein.“ (Mayring 2002, S. 20).

Das heißt, die Bedeutung des Subjektes in der qualitativen Forschung ist eine besondere und steht im Mittelpunkt der Untersuchung.

Als ein weiteres Postulat fordert Mayring die Betonung der Deskription. „Am Anfang einer Analyse muss eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches stehen.“ (Mayring 2002, S. 21). Um erklärende Sachverhalte konstruieren zu können, bedarf es zunächst einer exakten Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes.

„Der Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaften liegt nie völlig offen, er muss immer auch durch Interpretation erschlossen werden.“ (Mayring 2002, S. 22). Dieses dritte Postulat deutet daraufhin, dass alles, was von einer Person hervorgebracht wird, eine persönliche Färbung aufweist und die gleiche Begebenheit zu unterschiedlichsten Bedeutungen führen kann. Durch Interpretation werden diese Bedeutungen erfasst.

Das vierte Postulat qualitativen Denkens ist, dass Realitätsverzerrungen durch natürliche und alltägliche Bedingungen ausgeschalten werden. „Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.“ (Mayring 2002, S. 22). Reaktionen von Menschen sind in künstlich geschaffenen Laborsituationen im Denken und Handeln beeinflusst und stellen somit einen Störfaktor bzgl. der Erfassung humanwissenschaftlicher Phänomene dar.

In der qualitativen Forschung können Forschungsergebnisse nicht einfach verallgemeinert werden. Es bedarf Argumente, um zu begründen, warum die erzielten Ergebnisse eines spezifischen Falles auf andere Situationen umgelegt werden können. „Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her; sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden.“ (Mayring 2002, S. 23).

2. 2. Methodologische Prinzipien

Um konkrete Handlungsweisen in der qualitativen Forschung erzielen zu können, bedarf es Differenzierungen der oben genannten Postulate. Methodische Prinzipien, die die Forderungen qualitativen Denkens spezifizieren sollen sind Einzelfallbezogenheit, Offenheit, Methodenkontrolle, Vorverständnis, Introspektion, Forscher-Gegenstands-Interaktion, Ganzheit, Historizität, Problemorientierung, argumentative Verallgemeinerung, Induktion, Regelbegriff und Quantifizierbarkeit (Mayring 2002).

2. 2. 1. Einzelfallbezogenheit

In einem Forschungsprozess müssen die Ergebnisse und die Verfahrensweisen immer wieder auf Einzelfallanalysen bezogen werden, um die Adäquatheit von Verfahrensweisen und Ergebnisinterpretation überprüfen zu können.

2. 2. 2. Offenheit

Die Offenheit wird als Hauptprinzip betrachtet und richtet sich sowohl an theoretische Konstrukte als auch methodische Verfahren. Das bedeutet, wenn im Forschungsprozess neue wesentliche Aspekte aufgeworfen werden, muss es möglich sein, dass Hypothesen und Methoden erweitert, modifiziert oder revidiert werden. Man muss sich einlassen können auf unerwartete Aspekte und dadurch eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand gewährleisten.

2. 2. 3. Methodenkontrolle

Die Methoden einer Erkenntnisgewinnung müssen einer laufenden Kontrolle unterzogen werden. Das heißt, die Absicherung der Ergebnisse muss durch ein explizites, methodisch kontrolliertes Verfahren gewährleistet sein. Eine genaue Beschreibung und Dokumentation der einzelnen Schritte im Rahmen des Forschungsprozesses muss erfolgen. Weiters muss ein methodisch kontrolliertes Vorgehen durch erstellte und begründete Regeln gewährleistet werden.

2. 2. 4. Vorverständnis

Interpretationsvorgehen im Rahmen humanwissenschaftlicher Forschungsarbeit ist immer von einem Vorverständnis des Forschers/der Forscherin geprägt. Um den Einfluss eines Vorverständnisses in einem Forschungsprozess überprüfbar machen zu können, muss dieses am Anfang offen dargelegt werden und am Gegenstand weiterentwickelt werden.

2. 2. 5. Introspektion

Die Introspektion, das heißt die Betrachtung und Einbeziehung von dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln, stellt einerseits für die Explikation des Vorverständnisses und andererseits für die interpretative Erschließung des Gegenstandes eine Grundlage dar. Die Voraussetzung dafür ist, dass introspektive Daten „als solche ausgewiesen, begründet und überprüft werden.“ (Mayring 2002, S. 31).

2. 2. 6. Forscher-Gegenstands- Interaktion

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsprozesses kommt es zu Veränderungen einerseits auf Seiten des/der Forschers/Forscherin und andererseits auf Seiten des Forschungsgegenstandes. Diese Entwicklungen sind auf vorhandenen Interaktionsprozessen zwischen dem/der Forscher/Forscherin und dem Gegenstand begründet.

2. 2. 7. Ganzheit

Das Prinzip der Ganzheit fordert die Erfassung der Ganzheitlichkeit des Menschen und stellt einen wichtigen Aspekt in der qualitativen Subjektauffassung dar. Betrachtungen von Einzelaspekten müssen immer wieder zusammengeführt werden und in Summe interpretiert und beurteilt werden.

2. 2. 8. Historizität

Die Einbettung des Forschungsgegenstandes in seinen geschichtlichen Kontext muss erfasst werden und historische Zusammenhänge und Veränderungsprozesse müssen beachtet und mitgedacht werden.

2. 2. 9. Problemorientierung

Ein grundlegendes Anliegen qualitativ orientierter Forschung ist, dass direkt an Problemstellungen des Forschungsgegenstandes angesetzt wird und die Ergebnisse wieder auf die Praxis bezogen werden.

2. 2. 10. Argumentative Verallgemeinerung

Die Gültigkeit von Untersuchungsergebnissen in der qualitativen Forschung bezieht sich zunächst ausschließlich auf den ausgewählten Forschungsgegenstand. Um die Ergebnisse auf andere Bereiche umlegen zu können, bedarf es einer expliziten Argumentation um eine Zulässigkeit rechtfertigen zu können. Dabei muss genauestens beurteilt werden, welche Elemente generalisiert werden können.

2. 2. 11. Induktion

Induktives Vorgehen bedeutet, dass von Einzelbeobachtungen ausgehend, Zusammenhänge geschaffen werden und daraus allgemeine Erkenntnisse erschlossen werden können. Eine folgende Kontrolle und Überprüfung stellen eine Bedingung für induktive Verfahren dar.

2. 2. 12. Regelbegriff

Subjekte, die Gegenstand qualitativer Forschung sind, funktionieren nicht nach allgemein gültigen Gesetzen, da sie selbst Veränderungs- und Entwicklungsprozesse bewirken und Einflüssen ausgesetzt sind, die diese mit verursachen. Es können aber Regelmäßigkeiten erfasst und beschrieben werden, diese „mit kontextgebundenen Regeln abgebildet“ werden (Mayring 2002, S. 37).

2. 2. 13. Quantifizierbarkeit

Ein letztes Prinzip der qualitativen Forschung fordert eine sinnvolle Quantifizierung um Ergebnisse absichern und verallgemeinern zu können. Qualitative Analyseschritte werden herangezogen um Ergebnisse quantitativer Analyseschritte zu überprüfen, indem sie eine Rückbeziehung auf den Ausgangspunkt und eine Interpretation ermöglichen.

2. 3. Gütekriterien

Jede qualitative Forschungsarbeit muss ihre Ergebnisse an bestimmten Gütekriterien einschätzen um die Qualität überprüfen zu können. Für die qualitative Forschung reichen die herkömmlichen Gütekriterien, Validität, Reliabilität und Objektivität, nicht aus und es bedarf Gütekriterien, die den qualitativen Methoden angemessen sind. Folgende Gütekriterien stellt Mayring (2002) dar.

2. 3. 1. Verfahrensdokumentation

Ein spezifisches Vorgehen und eigens entwickelte Methoden für einen Forschungsgegenstand bedürfen in der qualitativ orientierten Forschung einer exakten Dokumentation, um die Nachvollziehbarkeit für andere zu gewährleisten. Jeder Aspekt und jeder Forschungsschritt muss genauestens dokumentiert werden.

2. 3. 2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Einen Analyseschritt in der qualitativen Forschung stellen Interpretationen dar. Diese können nicht rechnerisch erfasst werden und müssen trotzdem einer Qualitätseinschätzung unterzogen werden können. Eine Absicherung durch

argumentatives Vorgehen soll dies ermöglichen. Einerseits muss das Vorverständnis einer bestimmten Interpretation adäquat sein und andererseits muss die Interpretation in sich einen Schluss ergeben. Weiters müssen Alternativdeutungen gesucht werden um die Interpretationen zu überprüfen.

2. 3. 3. Regelgeleitetheit

Im qualitativen Vorgehen sind trotz einer Offenheit dem Gegenstand und dem Analyseverfahren gegenüber festgelegte Verfahrensregeln einzuhalten. „Aber Regelgeleitetheit heißt natürlich nicht, dass man sich um jeden Preis sklavisch an die Vorgaben halten muss.“ (Mayring 2002, S. 146). Ein komplett unsystematisches Vorgehen würde jedoch qualitative Forschung wertlos machen.

2. 3. 4. Nähe zum Gegenstand

Um eine Nähe zum Gegenstand gewährleisten zu können, muss in das Umfeld der Beforschten hineingegangen werden. In dieser natürlichen Alltagswelt kann Nähe erzeugt werden und durch eine Interessensannäherung gefördert werden. Qualitative Forschung ist bestrebt, konkrete soziale Probleme aufzugreifen und für die Betroffenen zu forschen.

2. 3. 5. Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit von Interpretationen kann das Lesen der Ergebnisse durch die Beforschten und eine Diskussion mit den Beforschten erzielen. Eine Absicherung der Ergebnisse ist vorhanden, wenn sich die beforschten Subjekte in den Analyseergebnissen und Interpretationen wieder erkennen.

2. 3. 6. Triangulation

Dieses Kriterium bedeutet, dass eine Verwendung verschiedener Erhebungsmethoden oder mehrerer Analysegänge, um ein Phänomen zu beschreiben, eine höhere Qualität der Forschung ermöglicht. Durch verschiedene Herangehensweisen können Ergebnisse verglichen werden und Stärken und Schwächen der einzelnen Analysen geortet werden.

2. 4. Erläuterung zur Auswahl einer qualitativen Methodik

Qualitative Forschung hat zum Ziel, soziale Phänomene aus der Perspektive der Betroffenen heraus wahrzunehmen und daraus Erkenntnisse abzuleiten. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, Menschen, die sich in einem bestimmten Forschungsfeld befinden, zu einem sozialen Phänomen zu befragen und deren subjektiven Wahrnehmungen zu erfassen und mögliche typische oder verallgemeinerbare Erkenntnisse zu erhalten.

Als hilfreich lässt sich dafür die Offenheit, die im qualitativen Vorgehen möglich ist, einstufen. Dadurch kann einerseits die Vielfältigkeit eines untersuchten Gegenstandes erfasst werden und andererseits kann die Einbettung des Gegenstandes in seine natürliche Lebenswelt ermöglicht werden. Man geht in die natürliche Welt der Beforschten, um die Nähe des Gegenstands zu erzielen und zugleich den Befragten eine gewohnte Umgebung zu ermöglichen.

Weiters wird die Offenheit bzgl. Methoden- und Analyseverfahren in der qualitativen Forschung in dieser Auseinandersetzung als notwendig erachtet, um eventuell Anpassungen am Gegenstand vornehmen zu können, wenn der Forschungsprozess dies erfordert. Dies ist deswegen von Bedeutung, weil mögliche unerwartete Komponenten mitbetrachtet werden können.

Durch diese Offenheit und Nähe zum Gegenstand ist es möglich, ein annähernd genaues Abbild der sozialen Wirklichkeit des erforschten Feldes zu erlangen. Dies wird weiters unterstützt durch eine offene Datenerhebung, die durch halb standardisierte oder nicht standardisierte Instrumente erfolgt. Das bedeutet, dass der Beforschte/die Beforschte einen großen Spielraum hat bzgl. seiner Antworten und Darstellungen. Das lässt wiederum eine subjektive und ganzheitliche Erfassung zu.

Für die vorliegende Forschungsfrage sind eine Abbildung der sozialen Wirklichkeit, subjektives Erleben und subjektive Betrachtungen von entscheidendem Wert. Um eine möglichst vielfältige und so gering wie möglich beeinflusste Darstellung zu erhalten, bedarf es dieses Freiraumes.

Weiters ermöglichen qualitative Methoden die Betrachtung sozialer Phänomene aus der Sicht der betroffenen Menschen einzunehmen. Das bedeutet, subjektive Bedeutungen können erfasst werden, die bestimmte Rollen, Handlungsweisen oder Umgangsweisen beschreiben. Qualitative Forschung setzt an konkreten sozialen Problemen an und versucht die Phänomene von innen heraus zu verstehen und letztendlich erzielte Erkenntnisse wiederum in dieses Feld hineinzutragen. Diese Gegenstandsorientierung ist in dieser Arbeit von Bedeutung, um ein möglichst genaues Abbild der sozialen Wirklichkeit zu erhalten, daraus Erkenntnisse zu erlangen und folglich Empfehlungen zu rekonstruieren.

Qualitative Forschung hat nicht den Anspruch Hypothesen bestätigen zu müssen, sondern ausgehend von Einzelfällen können durch Rekonstruktionen Typologien beschrieben werden. Die subjektiven Wirklichkeitswahrnehmungen der Beforschten sind die entscheidende Grundlage für die Forschungsergebnisse. Die Konstruktion der einzelnen Wirklichkeiten ist durch die Kommunikation und Interaktion zwischen den Beforschten und den Forschenden möglich.

Die Datenerhebung durch qualitative Interviews in diesem Fall, stellt einen entscheidenden Aspekt dar, um diese Forscher-Gegenstands-Interaktion, die für den Erhebungsprozess relevant ist, zu ermöglichen.

3. Die Untersuchungsmethode

3. 1. Das leitfadengestützte Experteninterview

3. 1. 1. Methodologische Beschreibung

Als Erhebungsmethode für diese Forschungsarbeit wurde das Leitfadenterview mit Experten ausgewählt. Das Leitfadenterview kann als halb- strukturiertes und offenes Interview charakterisiert werden. Es wird zu einem vorgegebenen Thema eine Frageliste erstellt, die bearbeitet wird im Interview, aber die Reihenfolge und die Formulierungen sind nicht an diese Liste gebunden. Damit kann eine sehr freie Gesprächssituation entstehen und künstliche Unterbrechungen können so minimiert werden, da Interviewpartner nicht ständig zu einer bestimmten Frage zurückgeholt werden müssen. Weiters ist der Freiraum für Nachfragen und

zusätzliche Fragen, die aus dem Erzählten resultieren, gegeben. Der Leitfaden hat die Aufgabe eines roten Fadens für den Interviewer/die Interviewerin. Dieser soll den Forscher/die Forscherin unterstützen zu überblicken, ob der Interviewpartner/die Interviewpartnerin zu allen relevanten Themen Informationen gibt.

„Diese Form des Interviews empfiehlt sich immer dann, wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antworten des Interviewpartners bestimmt werden....“ (Gläser & Laudel 2009, S. 111).

Es wird mit einem bestimmten theoretischen Konzept in das Forschungsfeld gegangen. Dies soll aber nicht bedeuten, dass der Forscher/die Forscherin seine/ihre theoretischen Annahmen den Interviewpartnern mitteilt. Dieses ist ein vorläufiges Wissen und soll im Interview keinen suggestiven Einfluss haben.

Ein leitfadenorientiertes Experteninterview zu führen bedeutet, einen Kommunikationsprozess zu gestalten, in dem einerseits der soziokulturelle Kontext des Interviewten/der Interviewten berücksichtigt ist und andererseits all jene Informationen zu erhalten, die für die Untersuchung notwendig sind.

Durch die Forschungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen entsteht ein Informationsbedürfnis, das „in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt wird“ (Gläser & Laudel 2009, S. 111) um so ein theoriegeleitetes Vorgehen zu realisieren. Dies bedeutet an „...Erfahrungen anzuknüpfen um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen.“ (Mayring 2008, S. 52).

Die Auswahl der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen ist eine bedeutende, um jenen Informationsgewinn zu erlangen, der für die Untersuchung relevant ist. Die Frage wer als Experte/Expertin geltend zu machen ist, bedarf zunächst einer Definition und Begründung, warum jemand als Experte betrachtet wird. „`Experte` beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte.

Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser & Laudel 2009, S. 12).

3. 2. Die Untersuchungsdurchführung

3. 2. 1. Auswahl und Definition der Untersuchungsgruppe

Die Auswahl der Untersuchungspartner ist entscheidend für die Qualität der Informationen, die man erhält. Deswegen war eine klare Beschreibung von Voraussetzungen, die ein Interviewpartner/eine Interviewpartnerin erfüllen musste, zu Beginn unumgänglich.

Ein Kriterium um die Voraussetzungen zu erfüllen, war die Berufstätigkeit im Pflegefachbereich. Um eine Vielfalt an Perspektiven zu erhalten, wurden Teilnehmer/Teilnehmerinnen aus dem leitenden, lehrenden und praktischen Bereich herangezogen. Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen waren ursprünglich im praktischen Bereich tätig und drei davon arbeiten aktuell im praktischen Bereich. Drei Personen sind aktuell im lehrenden Bereich tätig. Vier Gesprächspartner sind zurzeit im leitenden Tätigkeitsbereich, wovon zwei vor der leitenden Funktion im lehrenden Bereich tätig waren.

Weiters musste den Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen eine psychosoziale Umgangsweise ein Begriff sein oder im günstigsten Fall sogar eine spezielle Ausbildung dahingehend haben. Ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer psychosozialen Begegnungsweise musste gegeben sein. Bei diesem Auswahlverfahren kann man von einem so genannten „Theoretical Sampling“ (Lamnek 2005, S. 191) sprechen, das soviel bedeutet, dass Untersuchungseinheiten ausgewählt werden, die miteinander verglichen werden und entweder bedeutende Unterschiede oder große Ähnlichkeiten aufweisen. In diesem Sampling waren die Ähnlichkeiten von Bedeutung.

Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden großteils aufgrund einer persönlichen Begegnung im Rahmen einer Fortbildung oder beruflichen Zusammenarbeit ausgewählt. Teilweise erfolgte die Auswahl aufgrund einer Empfehlung.

Es wurden fünf männliche und fünf weibliche Interviewpartner ausgewählt. Grund für eine geschlechtsspezifische Ausgeglichenheit war, eine einseitige Färbung der Ergebnisse zu vermeiden.

3. 2. 2. Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung

Die Kontaktaufnahme und eine kurze Erstinformation erfolgten telefonisch oder per Mail. Bei positiver Beantwortung, das für alle kontaktierten Personen zutraf, wurde per Mail ein Informationsschreiben (siehe Anhang) übermittelt, das Informationen über die Absicht der Forschungsarbeit, den Zeitrahmen und die Örtlichkeit des Interviewgeschehens und den Hinweis bzgl. Anonymität beinhaltet hat. Persönliche Daten bzgl. Erreichbarkeit der Forscherin waren ebenso beinhaltet.

Die Terminvereinbarung gestaltete sich problemlos. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen zeigten überwiegend eine hohe Flexibilität und die Interviews konnten in einem Zeitrahmen von ca. 1 ½ Monaten durchgeführt werden.

3. 2. 3. Erstellen des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde im Anschluss der Literaturrecherche verfasst. Die Erstellung der Fragen erfolgte somit theoriegeleitet. Dies schränkte aber in keinsten Weise die Offenheit des Interviewprozesses, die im qualitativen Vorgehen von Bedeutung ist, ein. Die Fragen sollten in erster Linie eine Überprüfungshilfe für die Interviewerin darstellen, um alle relevanten Themen zu erfassen.

Es wurden fünf übergeordnete Fragen zu dem Thema Einfluss durch das Pflegeparadigma, die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, klinische Rahmenbedingungen, persönliche Ressourcen und Kompetenzen von Pflegepersonal und den Patienten erstellt. Zu jedem Themenbereich wurden sechs bis zehn Unterfragen erstellt.

Eine zu Beginn einleitende Frage sollte die Gesprächspartner von deren vertrauten Arbeitsalltag abholen und somit einerseits den Einstieg in das Interview erleichtern und andererseits den ersten Impuls zum Erzählen geben.

Eine weitere bestimmte Reihenfolge der Fragen wurde im Leitfaden nicht festgelegt, da die Fragenstellungen nicht starr umgesetzt, sondern dem Gespräch flexibel angepasst wurden.

Der Interviewleitfaden wurde nach den zwei Testinterviews überarbeitet. Teilweise wurden Ergänzungen vorgenommen, wenn sich in vorigen Interviews neue und für die Forschungsfrage relevante Aspekte ergaben.

Weiters wurden die Fragen je nach Tätigkeitsschwerpunkt gewichtet. Das heißt, der Fokus der Fragestellungen wurde dem Interviewpartner/der Interviewpartnerin angepasst. „Die Forderung, den Interviewleitfaden an den jeweiligen Interviewpartner und an die Interviewsituation anzupassen, lässt sich mit dem Prinzip der Offenheit und mit dem Prinzip des Verstehens begründen.“ (Gläser & Laudel 2009, S. 150).

3. 2. 4. Durchführungsort und Interviewdauer

Die Wahl des Durchführungsortes wurde den Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen überlassen. Es wurde das Angebot einer Räumlichkeit durch die Forscherin gegeben. Die Entscheidung wurde aber jedem Teilnehmer/jeder Teilnehmerin überlassen, um eine möglichst gewohnte und angenehme Atmosphäre zu ermöglichen.

Vier Teilnehmer/Teilnehmerinnen entschieden sich für deren Arbeitsplatz als Örtlichkeit, ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin wählte ein öffentliches Lokal und die restlichen fünf nahmen das Angebot der Interviewerin an.

Eine angenehme und lockere Atmosphäre war in allen Fällen sehr gut gegeben. In einem Fall herrschte im Hintergrund eine Geräuschkulisse, die aber keinen negativen Einfluss auf die Gesprächssituation hatte. Erst bei der folgenden Transkription stellte diese Geräuschkulisse einen Störfaktor dar.

Die Interviewdauer wurde auf eine halbe Stunde bis maximal eine Stunde festgelegt. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden bereits im Erstinformationsschreiben darüber informiert, um genügend Zeitressourcen einräumen zu können. In keinem der Interviews stellte Zeitdruck einen Störfaktor dar.

Die durchschnittliche Interviewzeit betrug 46 Minuten, wobei das kürzeste Interview 34 Minuten dauerte und das längste 56 Minuten.

3. 2. 5. Durchführung der Interviews

3. 2. 5. 1. Einstiegsphase

Die Begegnung mit den Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen begann in den Fällen, wo eine persönliche Bekanntschaft bereits zuvor stattgefunden hat, nach der Begrüßung mit einem zwanglosen Plaudern. Eine kurze persönliche Vorstellung von Seite der Forscherin erfolgte bei den anderen Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen.

In der Eingangsphase des Interviews wurde zunächst das Ziel der Forschungsarbeit nochmals kurz umrissen. Weiters wurde eine mündliche Erlaubnis bzgl. Tonbandaufnahme eingeholt und es wurde darauf hingewiesen, dass die Texte anonymisiert werden. Alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen waren mit einer Tonbandaufzeichnung einverstanden.

Das Tonband wurde zu Beginn der einleitenden Frage aufgedreht.

3. 2. 5. 2. Hauptphase

Die einleitende Frage wurde so gestellt, dass die Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen nicht überfordert wurden und der erste Impuls zum Erzählen gegeben wurde.

Die Frage wurde nach den zwei Testinterviews abgeändert, da sich zeigte, dass die ursprüngliche Frage, die Teilnehmer/Teilnehmerinnen nicht von deren vertrauten Umfeld abholte und zu Beginn einen kurzen Bruch entstehen ließ.

Die abgeänderte Einstiegsfrage (siehe Anhang) zeigte sich als gute Brücke in das Forschungsfeld und die Forscherin konnte ausgehend von dem Erzählten relevante Fragen stellen ohne den Leitfaden zu Hilfe zu nehmen. Dennoch konnte dem roten Faden gut gefolgt werden.

Es konnte immer wieder das Gesagte der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen durch passende Fragen erweitert werden, so dass sich keine abrupten Bruchstellen ergaben und es entstanden fließende Übergänge zu weiteren relevanten Themen. Weiters konnten durch diese Vorgehensweise suggestive Beeinflussungen vermieden werden und die Interviewpartner/Interviewpartnerinnen konnten trotz einem theoriegeleiteten Konzept der Forscherin relativ frei und unbeeinflusst antworten.

Manche Themen wurden in bestimmten Interviews ausführlicher behandelt und manche wurden eher kurz gestreift. Die Themenschwerpunkte ergaben sich in erster Linie durch den aktuellen Tätigkeitsbereich.

3. 2. 5. 3. Abschlussphase

Der Abschluss wurde den Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen mit dem Hinweis, alle relevanten Fragen geklärt zu haben, signalisiert und es wurde Raum und Zeit eingeräumt, um den Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen die Möglichkeit zu geben um weitere Aspekte, die im Interview nicht angesprochen wurden, zu ergänzen.

Meist wurde das Interview mit einer kurzen Zusammenfassung abgerundet.

Im Anschluss der Interviews ergaben sich oft interessante weiterführende Gespräche und es wurde das Angebot gemacht, die fertige Forschungsarbeit den Teilnehmern/Teilnehmerinnen zukommen zu lassen.

4. Die Auswertungsmethode

4. 1. Die qualitative Inhaltsanalyse

4. 1. 1. Methodologische Beschreibung

Um das vorliegende Datenmaterial auswerten zu können stellte sich eine inhaltlich-reduktive Vorgehensweise als sinnvoll heraus. Ziel der Auswertung

sollte „der wissenschaftlich kontrollierte Nachvollzug der alltagsweltlichen Handlungsfiguren, die durch kommunikative Akte repräsentiert werden, und die Systematisierung eines Musters aus diesen Figuren“ (Lamnek 2005, S. 511) sein. Eine dafür geeignete Datenauswertung stellte die qualitative Inhaltsanalyse dar, die eine sinnvolle Relation von Aufwand und Erkenntnisgewinn ermöglichen sollte.

Der Ablauf der Auswertung orientierte sich in erster Linie an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Teilschritte wurden von dem Auswertungsverfahren von Jungbauer-Gans (Lamnek 2005, S. 405) übernommen und in das Ablaufmodell von Mayring integriert. Lamnek weist daraufhin, dass „Phasen der Analyse können deshalb auch in Abhängigkeit von Methoden, Gegenstand und Erkenntnisinteresse modifiziert werden.“ (Lamnek 2005, S. 405). Auch Mayring führt an, dass die Inhaltsanalyse „kein Standardinstrument ist, das immer gleich aussieht“ (Mayring 2008, S. 43).

Die qualitative Auswertung erfolgt nach Mayring in neun Schritten, die im folgenden Kapitel genau beschrieben werden, um dem qualitativen Gütekriterium der Verfahrensdokumentation gerecht zu werden.

In einem Ablaufmodell werden die einzelnen Schritte definiert und in ihrer Reihenfolge festgelegt. Weiters müssen Regeln festgelegt werden, um einzelne Analyseschritte und Entscheidungen im Auswertungsprozess darauf beziehen zu können. Die Beschreibung einer Systematik soll in einer Weise beschrieben sein, dass ein anderer Auswerter nach diesen Regeln die Analyse ähnlich durchführen kann (Mayring 2008).

4. 2. Die Auswertungsdurchführung

4. 2. 1. Festlegung des Materials

Zu Beginn der Analyse wurde zunächst festgelegt, welches Material dafür herangezogen wird. Bei dem Ausgangsmaterial handelt es sich um zehn Interviews, inklusive zwei Testinterviews, die mit Experten/Expertinnen

durchgeführt wurden. Die zu Beginn geführten Testinterviews wurden aufgrund wertvoller Inhalte bei der Analyse miteinbezogen.

Es wurden alle Textpassagen ausgewählt, die sich auf den Gegenstand der Forschungsarbeit bezogen haben.

4. 2. 2. Analyse der Entstehungssituation

Die Interviewer/Interviewerinnen wurden persönlich von der Forscherin kontaktiert und die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Bei den Gesprächen handelt es sich um halb- strukturierte und offene Interviews und wurden von der Forscherin selbst durchgeführt. Die Teilnehmer konnten über den Interviewort frei entscheiden. Bei den Interviews waren nur die Forscherin und der/die Interviewpartner/Interviewpartnerin anwesend.

4. 2. 3. Formale Charakterisierung des Materials

Die Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewten mit Tonband aufgenommen und durch eine wörtliche Transkription in eine lesbare Form gebracht. „Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet.“ (Mayring 2002, S. 89).

Da für diese Forschungsarbeit inhaltliche Aspekte im Vordergrund stehen und sprachliche Komponenten keine Rolle spielen, wurden nonverbale Aspekte, Stimmlagen, Sprechgeschwindigkeit und kurze Pausen nicht dokumentiert.

Weiters wurden Dialektformen eingedeutscht und Äußerungen, die im Gespräch wiederholt wurden, wurden nur einmal aufgezeichnet.

Eine Anonymisierung des Datenmaterials wurde gewährleistet, indem Eigennamen und Funktionsbereiche und andere entsprechende Informationen durch XY decodiert wurden.

4. 2. 4. Richtung der Analyse

Um zu klären, was aus dem vorliegenden Material herausinterpretiert werden soll, ist der nächste Schritt die Richtung der Analyse anzugeben. „Ohne spezifische

Fragestellung, ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar.“ (Mayring 2008, S. 50).

Durch die Interviews sollen die Teilnehmer/Teilnehmerinnen dazu angeregt werden Wissen, Einschätzungen und Erfahrungen, bezogen auf den Forschungsgegenstand, aufzuzeigen. Es sollen durch den Text Aussagen über den kognitiven und den Handlungshintergrund der Kommunikatoren gemacht werden können.

4. 2. 5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Der Analyse soll eine theoretische inhaltliche Fragestellung zu Grunde liegen. Mayring definiert Theorie „als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand“ (Mayring 2008, S. 52). Daraus ergibt sich, dass eine Theorie die Darstellung von gewonnenen Erfahrungen anderer über einen Gegenstand ist. Eine theoriegeleitete Interpretation bedeutet, an diesen Erfahrungen anzuknüpfen um neue Erkenntnisse zu erlangen.

Das vorliegende Material enthält Aussagen über Einflussfaktoren, die eine Umsetzung psychosozialer Konzepte und Umgangsweisen in der Gesunden- und Krankenpflege erschweren oder verhindern.

In der bisherigen Literatur lassen sich Einflüsse durch das Pflegeparadigma, durch die Gesunden- und Krankenpflegegrundausbildung, durch klinische Rahmenbedingungen, durch persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals und durch den Patienten aufzeigen.

Von Interesse in der vorliegenden Betrachtung ist, ob Einschätzungen und Erfahrungen der Kommunikatoren mit den theoriegeleiteten Aspekten ähnlich sind.

4. 2. 6. Bestimmung der Analysetechnik

Eine Grundform des Interpretierens stellt die inhaltliche Strukturierung dar. Ziel dieser Technik ist es, Aspekte aus dem vorliegenden Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Durch ein festgelegtes Kategoriensystem werden

Textbestandteile systematisch aus dem Material extrahiert. Die Strukturierungsdimensionen „müssen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden“ (Mayring 2008, S. 83).

Das Erstellen einer Themenmatrix ermöglicht die „Zusammenschau aller in den Interviews angesprochenen Themen“ (Lamnek 2005, S. 405) und stellt sich als geeignetes Instrument dar, das Ergebnis der Zusammenfassungen übersichtlich aufzuzeigen.

Durch Paraphrasierung, Generalisierung und weiteren Reduktionen werden die extrahierten Textstellen zusammengefasst, um „durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen“ (Mayring 2008, S. 85).

4. 2. 7. Definition der Analyseeinheit

In dieser Analysephase werden jene Textstellen der Interviewprotokolle ausgewählt, die ausgewertet werden sollen. Die Auswahl eines Kategoriensystems ist hierbei von Bedeutung und „stellt das zentrale Instrument der Analyse dar...sie ermöglichen das Nachvollziehen der Analyse für andere, die Intersubjektivität des Vorgehens.“ (Mayring 2008, S. 43).

Ausgehend von den theoriegeleiteten Kategorien Pflegeparadigma, Pflegegrundausbildung, klinische Rahmenbedingungen, persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Personals und Patient wurde der Text auf alle darin erhaltenen Themen hin untersucht und markiert. Um einen optischen Überblick zu erhalten, wurde jede Kategorie mit einer anderen Farbe versehen und Textpassagen die einer Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden in gleicher Weise markiert.

4. 2. 8. Analyse des Materials

Ziel dieser Phase ist es, wesentliche Inhalte durch reduzierende Analyseschritte abstrakte Aussagen zu erhalten, die das vorliegende Material umschreiben.

Um eine Nachvollziehbarkeit des Zusammenhangs und eine Überprüfung des interpretierten Materials zu gewährleisten, muss in diesem Analyseschritt eine genaue Aufzeichnung der entnommenen und reduzierten Textstellen erfolgen.

„Das Material wird immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden. Der Interpret muss angeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess er seine Schlussfolgerungen aus der Materialanalyse beziehen will.“ (Mayring 2008, S. 42).

In einem ersten Schritt wurden Textstellen aller Interviewprotokolle, die Aspekte der theoriegeleiteten Kategorien aufwiesen, paraphrasiert. Das bedeutet, die ausgewählten Stellen wurden auf eine „auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben“ (Mayring 2008, S. 61) und Zeile für Zeile in der Matrix eingetragen.

In einem nächsten Schritt wurden die Gegenstände der Paraphrasen auf eine definierte Abstraktionsebene generalisiert und Paraphrasen, die nicht impliziert werden konnten, wurden belassen.

In einem weiteren Reduktionsschritt wurden Paraphrasen mit gleichen oder ähnlichen Aussagen zu einer Paraphrase zusammengefasst. Hierbei erfolgte bei jedem Schritt eine Überprüfung der paraphrasierten Aussagen am Ursprungsmaterial, um Verkürzungen und Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Aussagen, die nur einmalig im gesamten Material genannt wurden, wurden aus der Matrix herausgenommen, finden aber in der Interpretation Beachtung um „keine artifizielle Homogenität entstehen zu lassen, sondern die inhaltlichen Differenzen der Interviews herauszuarbeiten.“ (Lamnek 2005, S. 404).

Die Themenmatrix wurde als Instrument gewählt, um die Nachvollziehbarkeit der Materialanalyse zu gewährleisten. Durch die Angabe der Interviewnummer in der ersten Zeile der Matrix kann einerseits nachvollzogen werden zu welchen Aspekten sich ein Teilnehmer geäußert hat und andererseits wie oft dies erfolgte.

In den Spalten sind die Zeilennummern der jeweiligen Originaltextstellen zu finden, von denen die angeführten Kategorien extrahiert wurden. Auf diese Weise ist eine Überprüfung der Materialanalyse gut möglich.

Weiters lässt eine Themenmatrix die angesprochenen Themen und deren Häufigkeit erkennen. Dadurch kann das Typische des vorliegenden Datenmaterials dargelegt werden und stellt die Grundlage für die nächste Auswertungsphase dar.

„Der Forscher soll die individuellen Darstellungen der Einzelfälle fallübergreifend generalisieren und so zu einer Gesamtdarstellung typischer Fälle anhand der Kategorien gelangen.“ (Lamnek 2005, S. 528).

Das Ergebnis der Materialanalyse ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Interviewpartner	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geschlecht	w	w	m	w	m	w	m	m	w	m
Tätigkeitsbereich:										
Praxis	x/aktuell	x	x/aktuell	x	x	x/aktuell	x/aktuell	x	x	x
Lehre			x/aktuell	x	x/aktuell			x/aktuell	x/aktuell	x/aktuell
Leitung	x/aktuell	x/aktuell	x	x/aktuell		x/aktuell	x/aktuell			
Einfluss durch das Pflegeparadigma										
Körperliche Fokussierung	16-18,27,211-212, 295-297,	246-247, 469,	254,292-293,305,	11-21,30-31, 38-39,114-118,130, 150, 245, 259-260,	425-427, 511, 434-435,438-440	12-14,17,42, 498-500,	225-240, 248-250, 315-320,	353, 373,378, 389-391, 503-505,	142-146, 263-265,	13-16, 408,411, 416-421,
Geringe Anerkennung des Pflegepersonals		505-510, 513-514,	255-258, 585-587,	55,56, 208-209, 211,217, 351-353,	422,	360-365,		356-360, 407, 411-414, 430-436,	281-284, 289,	
Unklare Aufgabenbereiche und fehlende Wahrnehmung von Verantwortung	245-251, 258-262, 266,275-277	345-346, 353-355, 419-420, 430-433,	260-264, 299-303, 308,	153-156, 166-167,	389-395, 404, 408-418,			408-411, 419-421, 426-427, 532-535,	17-18, 131-136, 296-297,	89-91,
Psychosoziale Betreuung ist keine Leistung		225-228, 232-235, 240, 388-389, 435-439,	225, 240-246, 275-277,	68-69, 121-123, 283-284, 297-298, 392,	81-82, 443-444, 448-449, 455-458,	45-52,	10-12, 27-29,	386, 397-399,	166-168, 182-183, 361,363,	
Einfluss durch die Pflegegrundausbildung										
Fehlende Bedeutung bei Aufnahmeverfahren		310-311, 318-319,	56-60, 63-70,77,	75, 81-83,	172-173, 177-178, 144-145,			162-167, 169-170,	105-107, 326-328,	356-362, 364-369,

				331-340,	354-355, 358,			157-160, 181,									376-377,	
Körperliche Aspekte sind Ausbildungsfokus	9, 11, 220-222, 225- 226, 229-232, 338-339,		109,					88-90,									50-52,	
Fehlende authentische und praktische Vermittlung			27-31, 38-39, 47-50, 61-63, 111-114, 118, 485-486, 490-492,	40-50, 591-594,		171-174, 193- 196, 398-399,	81, 100-102,	13-16, 94, 102-103, 124, 127-129,									14-16, 17-20, 34-37,48, 81-83, 329-330, 332-334,	
Einfluss persönlicher Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals																		
Fehlende Bedeutung bei Einstellungsverfahren	33-34, 126-128, 131-132,134, 136-137, 159- 160, 360-363,		90-96, 252, 258-259, 296-298, 410,	97-100, 103-109,112, 319-331, 563-564,		49-50, 59-63, 112, 397,	19, 112-114, 332-336, 339,											19-21, 142, 245, 331-334, 337-339, 344,
Vernachlässigung der eigenen Psychohygiene				483-486, 578- 582,		24, 101-102,	82, 185-186, 198, 204-205, 373-377, 420-423, 454, 396,	206-207, 213, 359-364, 384- 389, 549-550,										414-415,

Psychosoziale Kompetenzen und geeignete Berufsmotivation sind nicht vorhanden	373-375, 378-382,	299, 396-402,	124,161, 493-494, 537- 541, 546-547,	66-67, 251-258, 278,279, 302-312, 315- 319, 372-385,	38-40, 265-267, 273-274,	467-469,	405-419, 160-161, 259-265, 333	192, 315-317,	44-45, 127-130, 133-134, 136-138, 145-146, 239-241, 251-254, 260-262, 265-266, 384, 387-388,
Einfluss durch klinische Rahmenbedingungen									
Stellenwert und Vorbildwirkung durch Organisation und Führungsebenen sind nicht vorhanden	55-56, 72-77, 344-345,	131-135, 137- 141, 151-154, 156-158, 199-202, 253-260, 264, 280-283, 289- 290, 410,	351-353, 496- 497, 405-408, 504-505, 511- 513, 529-530, 550-553,	83-84,	17-18, 223-231, 529-531,	27, 128-129, 137- 139, 146-149, 114, 168-170, 174- 176, 392-396, 401- 403, 408-410, 416-417, 480, 500-501,503	98-100, 104-105, 108- 114, 131-132, 167- 168, 171-173, 177, 239-246, 253- 256, 281,	171-172, 218-222, 292-293, 298-299, 501-502,	278-286, 293-303, 312-313,
Führungsaufgaben werden nicht wahrgenommen		146-150, 163, 165-171, 177- 178,	136, 143-146, 149- 157, 206-217, 566-568,	291-294,	237-238,	429-430,		188-191, 206-210,	317-320, 160-162, 166-169,
Bestehende hierarchische Strukturen	304-308,	179-180, 186- 187, 189-192,		68, 108-110, 194,	279-288,	426-429, 431-434,		253-256, 258-259, 268-269, 270-278,	

										446-448, 516-517, 546-547,		
Ressourcen von Zeit-Raum- Personal sind nicht gewährleistet	359,	215-218, 411- 412,	191, 237-238, 310.450,	29,90, 141-143, 284-286,	91-92, 95,100,	197-208,	155-157, 159-160, 162-165,					
Fehlendes Teambewusstsein	47-50,66, 364-365,		221, 230-231, 236, 287-288,	17-18, 46, 254-255, 258, 524-525, 554- 561, 569-572,	211-232, 246- 251, 254-255, 258- 259, 272-284, 292- 307, 350, 436,	146-149, 152- 154, 161-162, 179-181, 184- 188, 284-288, 334- 336, 424,	237-243,				149-155,	
Stellenwert von psychosozialen Fortbildungen und Praxisbegleitung auf der Station ist nicht gegeben	176-179,	74-79,	32-33,38-39, 121-123, 130-134, 139-140, 179, 327-330, 367-369, 379-384, 391-392, 397, 410-415, 603-605, 616,	333,	323-325, 334, 336-342,		200-201, 224,					
Einfluss durch den Patienten												
Psychosoziale Betreuung wird nicht erwartet			433-437, 440- 448, 458, 471-475,	505-506,	60-62,	357-358, 376- 377,	307-309,				111-113, 385-386, 389-392,	
Bedürfnis nach psychosozialer			34-37,	30-32,	20-22,	364-369,	301-302,					

Betreuung ist vorhanden wird aber nicht eingefordert				339-341, 350,353, 358, 363-365,	54-57, 473-480, 484- 485,	75-77, 78-79,	214-216, 220-222, 224-225, 393-395,	
---	--	--	--	--	---------------------------------	------------------	--	--

4. 2. 9. Interpretation

Im letzten Schritt der Auswertungsphase werden typische Aussagen und Einschätzungen der Interviewteilnehmer/Interviewteilnehmerinnen in Richtung der Hauptfragestellung von der Forscherin interpretiert. „Der Prozess der Interpretation ist durch die persönliche Deutungskomponente des Forschers und durch seine Eindrücke von den jeweiligen Interviews beeinflusst.“ (Lamnek 2005, S. 406).

Die Untersuchungsergebnisse und deren Interpretation werden im nächsten Kapitel beschrieben.

5. Die Untersuchungsergebnisse

Nach der Materialanalyse wurden für jede Kategorie Dimensionen definiert, die die generalisierten Interviewinhalte auf einer abstrakten Ebene beschreiben. Um diese Darstellungsmuster exemplarisch zu verdeutlichen, werden im folgenden Abschnitt Beispiele von Interviewausschnitten angeführt. Diese sind in Kursivschrift gefasst und um eine Zuordnung zu ermöglichen, zeigt die erste Zahl in der Klammer den/die InterviewpartnerIn an und die Zahlen nach dem Beistrich geben die Zeilennummer des jeweiligen Interviews an.

5. 1. Einfluss durch das Pflegeparadigma

5. 1. 1. Körperliche Fokussierung

Der Einfluss durch das traditionelle medizinische Paradigma, das den Menschen als physisches Wesen betrachtet und versorgt, wurde von allen zehn Interviewteilnehmern als Faktor gesehen, der eine Entwicklung eines psychosozialen Pflegeparadigmas, das den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit wahrnimmt, hemmt.

...einem Versorgungscharakter nachzukommen...das heißt warm, satt sauber...(1, 9).

...als Menschen wahrgenommen werden...kommt meiner Meinung nach an zweiter Stelle...(1, 16-18).

Weil da auch wieder eigentlich die körperliche Versorgung des Patienten mehr Stellenwert hat oder den größten Stellenwert hat. (2, 388-389).

Aber es ist halt noch immer die Pflege sehr traditionell. (3, 292-293).

...also ich kann es nur von meiner Sichtweise her sagen aus dem Langzeitbereich, dass psychosoziale Bedürfnisse kaum wahrgenommen werden...(4, 10-11).

...in den wenigsten Einrichtungen...wo wirklich auf das Psychosoziale großen Wert gelegt wird...(4, 121-123).

...dass man dem eine PEG- Sonde setzt...weil man kann ihn nicht verhungern lassen ...aber wie viele Menschen in Langzeiteinrichtungen verhungern emotionell...(4, 258-260).

Aber es hat diesen geschichtlichen traditionellen Hintergrund, dass es tatsächlich so gelebt wurde über Jahre hinweg. (5, 425-427).

...darauf ist im Alltag kaum eingegangen worden...(6, 13).

...Ursache...dass das eine sehr körperbetonte Angelegenheit ist...(7, 229).

...die Gesundheits- und Krankenpflege steht im Spannungsfeld zweier Paradigmen...Natürlich ist das medizinische Paradigma sehr stark vertreten...(9, 131-132).

...dass die traditionelle Gesundheits- und Krankenpflege...nach wie vor ...unter dem medizinischen Paradigma steht...(9, 142-144).

...wie dem Arzt helfen, und füttern und waschen...das was Pflege ist, ist schon noch sehr reduktiv. (10, 408-411).

Eine Aussage eines/einer Interviewpartnerin wich von den typischen Einschätzungen ab und sah eher eine psychosoziale Fokussierung und betonte eine notwendige Koexistenz.

...dass man wirklich aufpassen muss, dass Körperlichkeiten und körperliche Befindlichkeiten ...nicht zu kurz kommen...also ich sehe das teilweise schon in das andere Extrem wieder umpendeln. (10, 67-69).

Nicht das Medizinische ist zu wenig betont, sondern das Verständnis vom Körper...wie funktioniert ein Körper. (10, 102-103)

Ich denke mir, ein Ziel muss es sein, dass sie zumindest nebeneinander koexistieren...weil sie sich zwangsläufig aufeinander beziehen müssen. (10, 417-418).

5. 1. 2. Geringe Anerkennung des Pflegepersonals

Der Aspekt einer geringen Anerkennung des Pflegepersonals wurde einerseits durch die traditionelle Rolle als Hilfspersonal und Unterordnung der Ärzteschaft gesehen.

...das war aber dann eine Entscheidung, die dann die Ärzte getroffen haben...mitentscheiden konnten wir das nicht...(6, 360-365).

...wir waren über Jahrzehnte diese Hilfspersonen...(8, 407).

Wir haben nie gelernt...einen gesunden Selbstwert in unserer Berufsrolle zu haben... wir haben uns immer an den Ärzten orientiert... (8, 408-414)

Warum schaffen wir es nicht, die Ärzte endlich einmal von diesem hohen Ross herunter zu holen...(8, 503-504).

...wenn ich zum Arzt gehe und von vornherein schon die Einstellung habe, bitte Herr Doktor...dann wird das anders sein... wenn ich hingehe und sage, wir müssen gemeinsam jetzt etwas unternehmen und eine Entscheidung treffen...(8, 532-534)

Also es ist die Geschichte hier sehr stark Einfluss nehmend...die traditionelle Ärzterolle, die traditionelle Pflegepersonenrolle...(9, 263-265).

Andererseits wurde der Pflegeberuf als traditioneller Frauenberuf als Ursache dafür eingeschätzt, dass eine geringe Anerkennung besteht.

...dieses sich aufopfern, sich einbringen, helfen müssen...das Pflegen, so als ihr geschlechtseingeimpftes Verhalten...selbstloses Handeln wäre, wenn mehr Männer wären in der Pflege nicht der Fall. (2, 508-514).

...weil man den Frauen immer wieder die Qualifikation abspricht, die pflegerische...man sagt, das kann eh jede Hausfrau,, das sind Hausfrauen-Tätigkeiten...(8, 430-432).

Wir sind ein traditioneller Frauenberuf, das heißt, Frauen...sind in hierarchischen Strukturen leichter zuzuordnen gewesen...heute nicht mehr in diesem Maße...aber in einem viel zu großem Maße. (9, 270-273).

...Frauen sind einfach verhaltener im Einfordern von Rechten...Frauen sind verhaltener im Einfordern von Umgangsformen...und Frauen sind vor allem

verhaltener im Einfordern von Karriereplanungen und Frauen sind weniger offensiv. (9, 281-284).

5. 1. 3. Unklare Aufgabenbereiche und fehlende Wahrnehmung von Verantwortung

Fehlende klar abgegrenzte Aufgabenbereiche und nicht berufsspezifische Tätigkeiten wurden als Aspekte aufgezeigt, die eine psychosoziale Betreuung im Pflegefachbereich behindern.

*Ich glaube, das ist einfach das Selbstverständnis der Pflege, für alles zuständig zu sein was den Patienten betrifft...und da gar keine Zeit hat wirklich darauf zu achten, was sind eigentlich die Kernkompetenzen, die ...rein die Pflege ausmachen...Kernkompetenzen der Pflege können sich einfach nicht entwickeln, weil noch so viel Beschäftigung damit da ist...von den Ärzten abzugrenzen, aber sich auch gegen alle anderen Berufsgruppen abzugrenzen...(1, 245-262)
...vergisst, was macht Pflege eigentlich aus...die ganzen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind nicht Pflege... (1, 275-277).*

...grundpflegerische Sachen wie Betten machen oder Essen austeilen...das könnte sehr wohl von einem anderen Personal abgedeckt werden...(2, 354-355).

...in der Gesundheits- und Krankenpflege ist gewisse wirtschaftbezogene Tätigkeit, Hausarbeit bezogene Tätigkeit noch immer vorhanden. (9, 296-297).

Das fehlende Bewusstsein/Selbstbewusstsein und die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen von Seiten des Pflegepersonals wurden angeführt, um notwendige psychosoziale Umgangsformen umzusetzen.

...weil früher hat der Arzt alles entschieden...und jetzt müssen sie das machen...sind sich aber zum Teil nicht bewusst, was jetzt wirklich Eigenverantwortung des gehobenen Dienstes ist. (4, 153-156).

...wo bleibt das Selbstbewusstsein der Berufsgruppe...(4, 167).

...der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich wird von Pflegenden nicht wahrgenommen... Pflege hat immer noch diesen Aspekt die rechte Hand ...vom Arzt zu sein und der Arzt befiehlt und die Schwester oder der Pfleger läuft nach...(5, 344-346).

...keine Klarheit und keine Stabilität...(5, 412).

...dann müssen wir auch Verantwortung übernehmen...und Verantwortung übernehmen heißt auch, ...Bereiche nicht leichtfertig abzugeben und da zähle ich medizinische Verantwortung mit dazu. (10, 89-91).

5. 1. 4. Psychosoziale Betreuung ist keine Leistung

Der Faktor, dass eine psychosoziale Betreuung im Pflegebereich nicht als Leistung betrachtet wird und somit nicht erfasst wird, wird als grundlegendes Hindernis eingeschätzt.

Die Gesprächsführung an und für sich wird in der PPR nicht honoriert, hat keinen Stellenwert als Leistung, als pflegerische Leistung. (2, 227-228)

Und in der allgemeinen Pflege wird das nicht honoriert. (2, 435-436).

...diese alten Muster durchbrechen...mit einem Patienten einmal zehn Minuten reden...irgendwie mit einem schlechten Gewissen behaftet ist...weil das ist ja keine produktive Arbeit...(3, 240-243).

Und was ich oft höre...ich kann mich doch nicht hinsetzen und mit dem reden und die anderen arbeiten lassen...(4, 68-69).

...der Fokus ist auf das Körperliche, dies ist eine Leistung, die man sieht...(4, 118).

Das Gespräch als solches wird ja nicht als Leistung empfunden. (5, 455-456).

...das Gespräch mit dem Patienten wird größtenteils noch nicht als Arbeit gesehen...(6, 45-46).

...es hat keinen aktuellen Stellenwert...(8, 358).

Also innerhalb der Berufsgruppe, würde ich meinen, ist der Stellenwert zu gering...Gespräche sind quasi oft gar nicht dokumentiert, dass sie stattgefunden haben. (9, 361-364).

5. 1. 5. Interpretation

Hinsichtlich Pflegeparadigma und dessen geschichtlichen Entwicklung kann der Einfluss dahingehend beurteilt werden, dass durch das langjährige Vorherrschen der medizinisch, körperlich betonten Betrachtung des Menschen eine

überwiegend psychosoziale Wahrnehmung sich in der Pflege noch nicht durchsetzen konnte.

Bezüglich abweichender Aussage kann gesagt werden, dass die Vernachlässigung eines medizinischen Wissens über den Körper, das als Basis für medizinisch-pflegerische Tätigkeiten notwendig ist, nicht zu Gunsten einer psychosozialen Fokussierung erfolgen darf. Eine gleichwertige Koexistenz wird gefordert.

Weiters ist der Pflegefachbereich einerseits als traditioneller Frauenberuf und andererseits als Hilfsberuf zu betrachten. Daraus resultiert, einhergehend mit einer fehlenden wertschätzenden Anerkennung der Frauenrolle, eine geringe Einschätzung der Berufsgruppe.

Durch ein fehlendes Bewusstsein/Selbstbewusstsein Pflegekompetenzen zu definieren und die fehlende Bereitschaft dafür Verantwortung zu übernehmen, lassen klare Aufgabenbereiche und Abgrenzungen zu berufsunspezifischen Tätigkeiten vermissen.

Psychosoziale Betreuung findet auf Allgemeinstationen kaum Berechtigung, weil es nicht als Tätigkeit anerkannt wird und somit wird es weder erfasst noch als Leistung honoriert.

5. 2. Einfluss durch die Pflegegrundausbildung

5. 2. 1. Fehlende Bedeutung bei Aufnahmeverfahren

Aufgezeigt wurde, dass es zwar Auswahlverfahren gibt, aber dabei zu wenig auf psychosoziale Kompetenzen eingegangen wird und eine zu geringe effiziente Erfassung gegeben ist.

Ich denke mir, es gibt schon sehr gute Auswahlverfahren... (2, 310).

...man müsste schon im Auswahlverfahren...man müsste schon viel stärker darauf eingehen...(3, 56).

Sie haben zwar alle diese Testungen, die einheitlich sind, aber du kannst ja zigmal antreten...wenn die schon sechsmal antreten, wissen die genau was gefragt wird...(5, 156-160).

...wir haben sozial-kommunikative Testings...längere, aufwendigere Testverfahren...zu viel Aufwand...das können wir uns nicht leisten im Sinne von Zeitressourcen. (8, 162-170).

Andererseits verhindern politische Anforderungen, ausreichend Pflegepersonal auszubilden, eine qualitative Selektion.

...ein Politikum...um abzudecken den Pflegebedarf in der Bevölkerung...wird sicherlich mehr Durchgängigkeit sein...(2, 331-334).

...einen politischen Auftrag hat...die Versorgung sicher zu stellen...also die Klassen, die Abgängerinnenzahlen hoch genug zu halten...dann muss man halt Leute nehmen, wo man sich denkt, na ja, schaffen wir schon. (3, 63-70).

...aus politischer Sicht...Auftrag wir brauchen das Pflegepersonal...ich kann nicht einfach mit ungeeigneten Leuten auffüllen...passiert aber dennoch...(5, 177-181).

5. 2. 2. Körperliche Aspekte sind Ausbildungsfokus

Laut Einschätzungen der InterviewpartnerInnen ist nach wie vor in der Ausbildung eine körperliche Fokussierung wahrzunehmen.

...warm, sauber, satt...in der Schule und in der Ausbildung stark vermittelt wird...(1, 9-11).

...so dass man die psychosozialen Kompetenzen trainiert...das hätte es bei uns überhaupt nicht gegeben...(1, 220-222).

...an der körperorientierten Ausbildung in der allgemeinen...(2, 109).

Also es ist sicher immer noch sehr viel Medizinisches drinnen. (5, 97).

...dass unser Ausbildung eine sehr gute, eine sehr fundierte war, aber dass dieser Aspekt (psychosozialer Aspekt; Anmerkung der Verfasserin) unter den Tisch gefallen lassen worden ist. (7, 38-39).

...wir würden an und für sich mehr Stunden brauchen...(8, 48).

...dass sehr viel Zeit aufgewendet wird für Methodisch-technisches...das beklagen die Schüler auch im Feedback und sie kriegen irgendwie ein bisschen zu wenig im sozial-kommunikativen Bereich...(8, 113-115).

Ich glaube, da gibt es Optimierungsbedarf...zusätzlich Lehrveranstaltungen einzuplanen, die den Fokus auf psychosoziale Themen haben. Also die sind meines Erachtens schon noch wesentlich erweiterbar. (9, 328-334).

Andererseits bringen aber auch die Schüler/Schülerinnen eine vorwiegend körperlich Orientierung mit und können zu Beginn der Ausbildung wenig mit psychosozialen Aspekten anfangen.

Aber die Schüler sind wenig begeistert von dieser Kommunikation...da tun wir eh nichts außer reden...(5, 99-101).

...ich persönlich habe zum damaligen Zeitpunkt...nicht viel damit anfangen können...weil man einfach ganz stark somatisch sozialisiert war...(10, 50-52).

...die schon überfordert sind mit der Ausbildung, die überfordert sind mit dem was sie hier auf der Station sehen...(7, 60-61).

Das war in den ersten zwei Jahren meiner beruflichen Tätigkeit ein Nullthema. (10, 133).

Ein Interviewteilnehmer/eine Interviewteilnehmerin beurteilt eine Vernachlässigung medizinischer Aspekte in der Ausbildung.

...mein Eindruck von der Ausbildung...dass das medizinische Fachwissen...eine zeitlang unterrepräsentiert war in der Ausbildung. (10, 72-74).

5. 2. 3. Fehlende authentische und praktische Vermittlung

Es wird aufgezeigt, dass psychosoziale Kompetenzen zu theoretisch vermittelt werden und eine praktische Umsetzung vermisst wird.

...wobei es in der allgemeinen zu theorielastig ist...(2, 27)

Die Umsetzung ist ein Unterschied, ob ich es im Rahmen der Ausbildung praktisch umsetzen kann...was in der allgemeinen Pflege absolut fehlt...(2, 31-39).

...in dem Bereich sind in der Allgemeinpflege die Schülerinnen oder Auszubildenden nicht bei Teamgesprächen oder sonstigen Gesprächen zugegen. (2, 62-63).

Ich kann es nicht unterrichten im Sinne von Stoff vermitteln, sondern ich muss einfach mit Rollenspielen...diese Haltungen trainieren. (8, 23-26).

Eine fehlende authentische Vermittlung von Seiten der Lehrkräfte wird einerseits durch einen fehlenden praktischen Bezug und andererseits durch defizitäre Kompetenzen und Haltungen beurteilt.

...die Lehrerinnen...denen fehlen praktische Kompetenzen...somit vermitteln sie rein theoretisch, was sie nicht authentisch, aus der Selbsterfahrung her vermitteln können. (2, 111-114).

...dass man da vielleicht einen Schwerpunkt legt, nicht nur Inhalte zu vermitteln, sondern auch Haltungen...(4, 398-399).

...das muss man einfach vorleben...(5, 16).

...Kommunikation wird von außen unterrichtet...keine Leute, die direkt in der Pflege tätig sind...der Bezug fehlt...(5, 124; 128-129).

...Lehrkräfte...mit so einem Thema auch nichts anfangen können...nur sehr schwer vermitteln können...(7, 83-85).

...dass das in der Lehrerausbildung zu kurz kommt...dass sie Selbsterfahrung haben...(8, 129-133).

...wenn du es auftrainiert kriegst, dann wird es fassadenhaft...wenn ich das intuitiv habe, wenn ich das dauernd bin, dann ist das für die Schüler klar. (8, 144-147).

5. 2. 4. Interpretation

Eine qualitative Auswahl von Personen, die sich als geeignet für die Pflegeausbildung darstellen, wird auf der einen Seite von defizitären Auswahlverfahren und auf der anderen Seite durch politische Anforderungen beeinträchtigt.

Vor allem finanzielle und wirtschaftspolitische Faktoren lassen eine Qualität zu Gunsten einer Quantität hinten anstehen.

Die vermehrte Einbindung psychosozialer Komponenten in der Pflegegrundausbildung wird einerseits durch einen körperlich fokussierten Unterricht verhindert. Andererseits bringen Schüler/Schülerinnen eine somatisch

orientierte Einstellung mit und sind im Laufe der Ausbildung mit körperlichen Aspekten und stationären Gegebenheiten beschäftigt und teilweise überfordert, sodass die Aufmerksamkeit bzgl. einer Bewusstseinsentwicklung für psychosoziale Aspekte reduziert ist.

Durch das fehlende Angebot praktischer Umsetzungsmöglichkeiten des Gelernten, werden psychosoziale Kompetenzen in erster Linie theoretisch vermittelt und so können ein praktischer Bezug und eine Festigung nicht erfolgen.

Lehrpersonen, die eine psychosoziale Umgangsweise und Haltung nicht vorleben, sondern Inhalte nur theoretisch vermitteln, werden bei den Schülern/Schülerinnen kaum Wirkung erzielen, um eine psychosoziale Umgangsweise umzusetzen zu können.

5. 3. Einfluss durch persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals

5. 3. 1. Fehlende Bedeutung bei Einstellungsverfahren

Im Rahmen von Einstellungsverfahren spielen in erster Linie Sympathiefaktoren eine Rolle. Die Frage, ob jemand in ein Team passt hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmale, ist entscheidend für eine Aufnahme.

...passt sie in das Team... nicht passt sie von den Ressourcen zu den Patienten, sondern passt die Person ins Team (1, 127-128)...eine Spur weit Sympathiefaktor (1, 134).

Aber was weniger bei der Einstellung geachtet wird...was für Ressourcen bringt die mit. (1, 136-137).

...dass da eher auf das geachtet wird als auf die psychosozialen Kompetenzen. (1, 159-160).

Also da wäre es eher so, ob das Team von der Persönlichkeit miteinander kann...aber nicht, dass ich psychosoziale Kompetenzen irgendwie darstellen muss, damit ich wo aufgenommen werde. (2, 93-94).

...passt jemand dazu...passt die Chemie oder passt es nicht. (3, 112).

...letztendlich läuft es weniger auf die fachliche Kompetenzen hinaus, sondern ...passt der ins Team rein oder nicht...(10, 333-334).

5. 3. 2. Vernachlässigung der eigenen Psychohygiene

Persönliche Belastungen können im beruflichen Alltag nicht ausgeschaltet werden und nehmen Einfluss auf psychosoziale Umgangsweisen.

...wenn sie ausgebrannt sind... können sie das nicht...dass ich mich dann noch hinsetze...freundlich bin zu jemandem, wenn es mir selber gerade ...furchtbar geht...(3, 483-487).

...wenn jemand dauernd Schmerzen hat, dann kann er auch nicht mehr dauernd freundlich sein...wenn es daheim auch noch irgendetwas gibt...das ist dieses soziale Umfeld, das die Leute auch in ihrem Privatleben haben...das spielt eine ganz wesentliche Rolle, wie gut die hier im Haus agieren können. (3, 578-582).

Eigene psychosoziale Bedürfnisse werden einerseits nicht wahrgenommen durch eine fehlende Bewusstseinsbildung in der persönlichen Entwicklung. Andererseits werden eigene Bedürfnisse zu Gunsten anderer vernachlässigt oder negiert.

...ich muss schauen, dass es mir gut geht, dass ich meine eigene Psychohygiene pflege und wenn ich weiß und verinnerlicht habe, dass ich okay bin, dann kann ein dementer Mensch mich ohne weiteres schimpfen und ich nehme es nicht persönlich...aber zumeist nehmen sich Kollegen nur mit ihren Defiziten wahr...vorwiegend mit ihren Defiziten...das hat auch mit der Prägung zu tun...(4, 59-63).

...eine Verpflichtung mit mir einen liebevollen Umgang zu pflegen...(4, 397).

Und sehr vieles was unserer Generation vom Elternhaus mitgegeben wurde, ist heute nicht mehr wirklich drinnen...(5, 206-207)...psychosoziale Kompetenzen...die können nicht entwickelt werden...(5, 213).

Die Pflegenden fordern ja nicht ein, wir haben auch Bedürfnisse...(5, 388-389).

...es wird immer so getan...wir haben keine Probleme, weil wir sind für die Probleme der anderen da. (5, 548-550).

Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen zeigen zu wenig Initiative um psychosoziale Hilfe und Unterstützung einzufordern und in Anspruch zu nehmen.

Ich habe viel mit nach Hause genommen...ich habe für mich selber im privaten Bereich Fortbildungen, Kurse gemacht ...viel gelesen...am meisten geholfen hat es mir, wenn ich mit jemanden reden konnte darüber. (6, 374-377).

...dass das auch eine Holschuld ist...es können Mitarbeiter von selber initiativ werden und sagen, da gehe ich jetzt hin, da hole ich mir jetzt etwas...da hole ich mir Unterstützung, da brauche ich etwas...(6, 420-423).

...worauf ich hinaus will ist, dass ich eine Therapie, einen Therapeuten auch selber suchen muss. (7, 292-293).

Und man muss sich selber...oder wir sollten uns eigentlich selber reflektieren. (7, 333).

...zu sagen, so und jetzt nehme ich mir einmal zwei Stunden Auszeit...(7, 415-416).

5. 3. 3. Psychosoziale Kompetenzen und geeignete Berufsmotivation sind nicht vorhanden

Ein fehlendes Bewusstsein hinsichtlich einer psychosozialen Grundhaltung und eine notwendige Reflexion bzgl. Weiterentwicklung können einen psychosozialen Umgang verhindern.

Erstens muss ich persönlich die Überzeugung haben von diesen Modellen...(2, 252).

...meine Grundhaltung der menschlichen Begegnung, das hängt sehr viel mit meiner Persönlichkeitsentwicklung sicherlich zusammen...ob ich ein reflektierender Mensch bin...(2, 297-299).

...wo eine psychosoziale Kompetenz, sehr viel Eigenreflexion...Selbsterfahrung auch dazu gehört...(3, 124).

Sie hat...während sie gearbeitet hat, mit den Patienten ununterbrochen geredet...viel gefragt und sich viel erzählen lassen von ihnen...es hat andere Kolleginnen gegeben...da war das nicht so...(3, 322-325).

...die einzelnen Leute müssen selbst dazu bereit sein und das einfach leben...(5, 19).

...es kommt natürlich auch sehr stark auf den Einzelnen an. Wenn der strukturiert ist...und was da sehr hinein spielt ist das Selbstbewusstsein, der

Unsicherheitsfaktor. Weil je unsicherer jemand ist, desto weniger lässt er solche Aspekte in seiner Arbeit zu. (7, 42-45).

Es braucht Grundhaltungen, die sind so etwas wie eine zentrale Wirkkraft, aber es braucht auch darüber hinaus dann Kompetenzen. (9, 47-48).

Und auf der anderen Seite sind Pflegepersonen in psychosozialen Themen auch nicht ganz so ausreichend ausgebildet. (9, 192).

Letztendlich ist es sehr, sehr von Einzelpersonen abhängig...wie sehr auf psychosoziale Probleme, Fragestellungen...eingegangen wird. (10, 19-21).

Eine fehlende oder ungeeignete Berufsmotivation stellt ein Hindernis dar, Menschen in einer psychosozialen Art und Weise zu begegnen.

...die die Motivation haben, na ja mache ich das halt, das ich ein Gehalt kriege...und gar nicht die Voraussetzungen mitbringen...(4, 277-279).

...ich bin zwar da und mache halt meine Pflege, aber der Mensch dahinter, wie es dem geht oder was der braucht...das haken wir einfach ab oder das blenden wir einfach aus.(5, 38-40)

Und Pflegepersonen haben zu einem großen Teil die Einstellung, nun gehe ich in meine Arbeit, das ist meine Arbeit, da bekomme ich am Ende des Monats mein Geld und am Abend gehe ich halt wieder heim. (5, 265-267).

Und man hat auch sehr oft das Gefühl, na ja die Leute gehen halt einfach hin, weil es ihre Arbeit ist und etwas Besseres habe ich halt noch nicht gefunden. (5, 273-274).

...primär muss natürlich einmal die Bereitschaft vorhanden sein...(6, 112).

...der diesen Beruf aus einer falschen Motivation heraus ergriffen hat...dann darf ich mich nicht wundern, dass psychosoziale Aspekte bei seiner Arbeit nicht einmal zweitrangig sind. (7, 260-262).

5. 3. 4. Interpretation

Die Erhebung psychosozialer Kompetenzen und Umgangsweisen ist bei Einstellungsverfahren von geringer Bedeutung. Durch diese fehlende Aufmerksamkeit wird kaum ein Bewusstsein für positive Patienten/Patientinnen-

Personal- Beziehungen geschaffen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen konzentrieren sich in erster Linie darauf, von Begegnungen mit Teammitgliedern zu profitieren.

Eine stabile bio-psycho-soziale Basis im Pflegeberuf wäre eine notwendige Voraussetzung um psychosoziale Umgangsweisen umsetzen zu können. Ein Fehlen dieser Stabilität führt zu distanzierten und körperlich fokussierten Begegnungen.

Eine mangelnde Bewusstseinsentwicklung für eigene psychosoziale Bedürfnisse und das fehlende Einfordern von Unterstützungsmassnahmen können in weiterer Folge zu Burnout- Symptomatiken führen und eine psychosoziale Begegnungsform mit Patienten/Patientinnen verunmöglichen.

Fehlende psychosoziale Kompetenzen und eine ungeeignete Berufsmotivation lassen die Bedeutung und die Notwendigkeit für psychosoziale Begegnungsformen nicht erkennen und verhindern somit eine Umsetzung.

5. 4. Einfluss durch klinische Rahmenbedingungen

5. 4. 1. Stellenwert und Vorbildfunktion durch die Organisation sind nicht vorhanden

Der Stellenwert psychosozialer Komponenten hat in der Organisation Krankenhaus keine Bedeutung. Dies zeigt sich dadurch, dass einerseits Rahmenbedingungen, die für eine Umsetzung notwendig wären, nicht angeboten werden und andererseits wird eine psychosoziale Umgangsweise weder gelebt noch gefördert.

...ist es einfach sehr schwer, wenn man nicht den Rückenwind von der Organisation hat. (1, 55-56).

Ich muss...gewisse Rahmenbedingungen haben...den Stellenwert...(2, 256-257).

...das was es wirklich beeinflussen kann, ist einfach der organisatorische Rahmen, der Raum und Zeit gibt...die handelnden Personen in der Organisation...was für eine Wertehaltung haben die...was für ein Menschenbild verfolgen die. (1, 358-362).

Wenn ich sage, psychosoziale Aspekte haben einen gewissen Stellenwert...einen gleichwertigen gegenüber körperlichen...hat es nicht...in der Allgemeinpflege...wird das topdown nicht vermittelt und auch nicht gewünscht. (2, 280-283).

...es kommt immer darauf an, ob es jemand von oben definiert als wichtig...(2, 384-385).

...man muss Rahmenbedingungen schaffen...da gehören eben Räumlichkeiten, Zeitressourcen, Gesundheitsförderungsprogramme...dazu. (3, 566-568).

...dass das psychosoziale Paradigma nicht den Rahmen hat in diesem Beruf...weil er nicht zugestanden wird...weder von der Gesetzeslage noch von den Krankenanstaltenträgern, noch vom Berufsbild...(9, 166-168).

...von den Pflegenden an der Basis wird ...ein sehr wenig wertschätzender Umgang...seitens der höheren Ebenen geortet. (10, 283-284).

Leitbilder, die von Organisationen erstellt werden und die psychosozial ausgerichtet sind, haben keine Bedeutung, weil sie einerseits nicht gelebt werden und andererseits die Bedingungen dafür nicht vorhanden sind.

...Leitbilder...wenn die nicht wirklich gelebt werden...die einfach nicht dorthin kommen, wo sich die Leute damit identifizieren können...und somit werden die Leute oder das ganze unglaubwürdig...und somit identifiziert sich auch keiner damit...(2, 133-141).

...nicht die Kultur wie sie in den Leitbildern steht...(2, 199).

...wenn dafür keine Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, können diese Leitbilder nicht umgesetzt werden. (2, 292-293).

...ein Leitbild wird entwickelt und wird im günstigsten Fall kommuniziert aber nicht gelebt. (8, 292-293).

Weiters ist der Stellenwert psychosozialer Komponenten nicht gegeben, da es keine Anlaufstellen gibt, die im Bedarf bzgl. psychosozialer Angelegenheiten kontaktiert werden könnten.

...wenn so akut eine belastende Situation ist, hast du oft niemanden wo du hingehen kannst und reden...so wie gehe ich jetzt damit um...der Stellenwert ist nicht so groß...(6, 392-396).

...es ist auch niemand da, den du rufen kannst und den du holen kannst...da sehe ich irgendwo niemanden, der das abdeckt. (6, 500-503).

Also ich habe keine Psychotherapeuten hier im Haus abrufbar...(7, 281).

5. 4. 2. Führungsaufgaben werden nicht wahrgenommen

Die Aufgabe als Personalentwickler und somit auch die Förderung psychosozialer Kompetenzen jedes Mitarbeiters/jeder Mitarbeiterin wird von den Führungskräften nicht wahrgenommen und von organisatorischen Tätigkeiten verdrängt.

...Führungskräfte...sind sehr maßgeblich daran beteiligt, dass sich ein Team dementsprechend entwickelt...wenn die Führungskraft nicht sehr gut ist, dann spiegelt sich das Team wieder. (2, 151-154).

...es ist natürlich jede Führungskraft für ihr Team der erste Personalentwickler...(3, 136).

...ich bin Führungskraft, ich bin Personalentwickler...(3, 212).

...Führungskräfte sehen sich aber sehr...als Organisationsspezialisten an der Station...(3, 199-201).

...die übernehmen das nicht...die haben das auch nicht gelernt...die nehmen ihre Rollen nicht wahr...(8, 343-345).

...die Leitungsstrukturen irgendwo unter gewissen Zugzwängen steht, bestimmte organisatorische Notwendigkeiten eher leisten zu wollen, zu müssen. (9, 189-191)

...dass den führenden, leitenden Personen eine große Rolle zukommt...dass man die Leute auffängt oder sieht, dass sie nicht zu Recht kommen. (6, 408-410).

Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildwirkung nicht bewusst und vernachlässigen eine authentische psychosoziale Umgangsweise.

Vorbildwirkung in dem Sinn, wenn ich mit meinem Team wie umgehe, dann lebe ich das vor...oder wenn ich gewisse Spielregeln auch selbst einhalte...wie authentisch bin ich, wie kompetent bin ich als Führungskraft. (2, 156-158).

Auch mit ihren Mitarbeitern ganz offen zu reden. (3, 530)

Wenn von einer Leitung...wenig psychosoziale Kompetenz gelebt wird, dann werden die Leute es auch nicht nachleben...(5, 225-226).

...den Leitenden...eine sehr große Rolle zukommt...dieses Vermitteln, dass das Gespräch mit dem Patienten wichtig ist...(6, 137-139).

...ein wichtiger Punkt, der sehr oft unterschätzt wird, dass man die Leute fragt, wie geht es dir eigentlich, wie schaut es mit deinem persönlichen Befinden im Moment aus...(7, 171-173).

...dass die Stationsschwwestern das Wichtigste sind in diesem Zusammenhang...wie die auf den Patienten zugehen...das überträgt sich...(8, 253-256).

Führungskräfte nehmen nicht die Verantwortung wahr, notwendige Ressourcen von übergeordneten Dienststellen einzufordern, um Rahmenbedingungen für eine psychosoziale Betreuung schaffen zu können.

...dann muss die Stationsleitung an die Pflegedienstleitung eine Meldeanzeige machen...um die erforderlichen Maßnahmen durchführen zu können...brauchen wir so viele Pflegeminuten zusätzlich. (4, 292-294).

...das hängt ab ...von der Einstellung der Leitung, dass die sich auf die Füße stellt und sagt, wir brauchen das, sonst geht es uns schlecht, meine Leute brennen aus. (8, 280-281).

Der Führungsrolle kommt natürlich eine große Bedeutung zu, weil die die Rahmenbedingungen gewährleisten müssen. (9, 206-207).

5. 4. 3. Bestehende hierarchische Strukturen

Traditionelle hierarchische Strukturen nehmen einerseits Einfluss auf Personalbesetzungen, die nicht aufgrund von geeigneten Kompetenzen erfolgen. Andererseits wird dadurch ein psychosozialer Umgang durch fehlende Partnerschaftlichkeit und Kommunikationsbarrieren verhindert.

...gemachte Positionen...das Hearing nur mehr die formale Sachen erfüllt...schauen wir was uns am besten zum Gesicht passt...(2, 165-171).

...kommt die Zeit kommt der Posten für eine Führungskraft...nicht mehr in dem Ausmaß ist, aber trotzdem noch immer so...in der Pflegelandschaft sehr militant

strukturierten Hierarchie, noch immer nicht sehr anders gelebt wird. (2, 177-180).

...die Struktur des Unternehmens...schwer hierarchisch strukturiert...die Kultur die dahinter steckt...nicht offen, nicht fehlerorientiert...es wird etwas vermittelt...wenn es darauf ankommt nicht so gelebt wird. (2, 196-202).

Aber in der Regel sprechen die auch eine unterschiedliche Sprache...die obere Führungsebene und die untere Ebene...(4, 108-110).

...auch in einer sehr hierarchisch oberen Organisation tätig ist...(4, 194-195).

...diese Kommunikation von ganz oben bis an die Basis nicht stattfindet, weil die Mittelschicht nicht durchlässig ist...wo die Kommunikation von ganz oben nach unten blockiert wird...und auch der Fluss von unten nach oben...(5, 282-287).

...jeder schaut irgendwie auf die starren hierarchischen Abfolgen und Systemen, wie richte ich es mir selber am besten. (8, 417).

...da wird nur auf Erhalten der Strukturen geachtet...von der Machtposition her...und benachteiligen oder verhindern ein gutes Kommunizieren miteinander...da geht es um Partnerschaftlichkeit... (8, 440-443)...die in unseren Strukturen nicht vorhanden ist...(8, 448).

Tatsache ist, dass die Hierarchisierung sehr stark nach wie vor ist...in einer Hierarchie gibt es einfach Brüchigkeiten...die einen psychosozialen Umgang nicht wirklich gewährleisten...(9, 253-255).

5. 4. 4. Ressourcen von Zeit- Raum- Personal sind nicht gewährleistet

Fehlende Zeit-Raum-Personal Ressourcen, die für eine psychosoziale Betreuung vermehrt notwendig sind, sind nicht gewährleistet und verhindern eine Umsetzung.

... das braucht natürlich mehr Zeit...(1, 82).

...wenn ich Personalmangel habe permanent...werde ich nicht...Arbeitsbedingungen haben, wo ich sage, ich habe ausreichend Zeit für Gesprächsführung...(2, 215-217).

Wenn ich dazu nicht die Ressourcen habe, werde ich es nicht umsetzen können. (2, 274-275).

...das größte Problem was wir haben...(Zeit und Personal; Anmerkung der Verfasserin) (3, 191).

...Wirklichkeit ist natürlich die, dass Leute unterbesetzt sind...Stationen wirklich schlecht ausgestattet sind mit Personal teilweise. (3, 237-238).

Aber da braucht es einfach mehr Personalressourcen, damit die Leute nicht ausbrennen. (3, 482-483).

...was sollen sie tun, wenn sie zu wenig Personal kriegen...(4, 29).

...es wird das Frühstück ausgeteilt...der will vielleicht lange schlafen und das geht nicht. (4, 143).

...wenn einer im Nachtdienst für 50 Leute verantwortlich ist...wie sollen die das machen...(4, 285-286).

...ein Faktor...das ist einfach der Zeitfaktor...psychosoziale Agenden brauchen einen Rahmen und brauchen Zeit. (9, 155-157).

...dann bleiben Dinge, die einen großen Zeitrahmen erfordern...auf der Strecke. (9, 164-165).

Und man kann sich kaum irgendwo zurückziehen und ein heikleres Gespräch führen. (3, 450).

...du hast ja nicht einmal einen Raum, wo du sprechen kannst mit jemandem. (6, 92).

Zwei Aussagen dementieren, dass Zeit-Raum-Personal-Ressourcen eine Umsetzung einer psychosozialen Betreuung verhindern.

...also es hapert vieles an den zeitlichen und personellen Ressourcen...nur die psychosoziale Seite scheitert nie an der Zeit und das scheitert auch nicht an der Räumlichkeit...(7, 193/198-199).

...das Argument mit der Zeit, das glaube ich nicht mehr. (8, 248).

...ich habe wenig Zeit und gerade deswegen muss ich mir diese zehn Minuten aktiv einplanen...(8, 259-260).

5. 4. 5. Fehlendes Teambewusstsein

Eine fehlende Solidarität im Team und fehlendes Interesse an Neueinbringungen von Kollegen/Kolleginnen stellen weitere Hemmnisse hinsichtlich Umsetzung einer psychosozialen Begegnung dar.

...entweder es treten auf der Basis mehrere Personen zusammen und die sind so stark und die sind wirklich so präsent, dass sie es...durchführen. (1, 47-49).

Nur wenn die restlichen fünfzehn nicht danach leben, dann werden vier, drei...es relativ schwierig haben. (1, 364).

...die fehlende Solidarität in unserer Berufsgruppe...es gibt kaum eine Solidarität und ich denke, das ist auch von den leitenden Personen gewünscht....wenn man eine Solidarität ist, dann kann man eher Kritik üben an oberen Hierarchien. (4, 221-225).

...dass Teile vom Team ...sich damit nicht identifizieren können...und das sind Bremsfalten. (4, 231/234).

...weil keiner da ist, der sich wirklich dafür interessiert...(5, 258).

Wenn Leute auf Fortbildung gegangen sind, wurde das nicht wirklich eingefordert. (6, 272).

Dann braucht er ein Team, zwei, drei Leute, die mitziehen...die nicht sagen der Depperte hat wieder etwas Neues erfunden...(8, 334-335).

...das ist ja immer so eine Konkurrenzgeschichte...wenn das geprägt ist von...Feindseligkeiten, Streitereien, Stress, Belastung...dann bringst du es nicht rüber...(8, 336-342).

...keine Solidarität unter den Pflegern...überhaupt nicht...(8, 416).

Ein Team, das untereinander keine psychosoziale Umgangsweise leben kann, wird mit Patienten/Patientinnen keine psychosoziale Begegnung umsetzen können.

...die Offenheit...offen auch seinen Kollegen gegenüber...das ist ein ganz großes Problem...(1, 378).

...die Gesprächsführung innerhalb des Teams...wie geht das Team mit sich um...was war schwierig, was möchten wir anders machen...das wird ja nicht getan. (5, 554-561).

...zu wenig Transparenz ist da untereinander...(5, 569).

...in den Kleingruppen...da funktioniert die Offenheit und der Austausch sehr gut...in der großen Runde wollte dann niemand sagen, ich habe da ein Problem...(6, 247-251).

...ein Team, das nicht gut miteinander umgeht...ist nicht in der Lage psychosozial mit Patienten und Patientinnen umzugehen...(9, 241-242).

...es wichtig, dass man Personen hat, die einem das vorleben...(10, 150).

Wenn teamfördernde Aktivitäten nicht möglich sind, werden psychosoziale Umgangsweisen im Team nicht gefördert.

...wenn man sich regelmäßig die Zeit nimmt und sagt, da besprechen wir jetzt was. (6, 258-259).

...dass ein gutes Team sehr viel ausgleichen kann...(7, 146-147).

Sich zu fragen, was habe ich richtig gemacht, was habe ich falsch gemacht...ein Team das dir solche Dinge beibringt, etwas Wichtigeres gibt es gar nicht. (7, 161-162).

...was ganz wichtig ist...diese rituellen Sitzungen...(7, 179)

...das gemeinsame Sitzen, das gemeinsame Blödeln...bei einem gemeinsamen Essen lockern sich teilweise auch Distanzen zwischen den Personen. (7, 184-187).

Wichtig ist auch, dass ich Spaß im Team habe. (7, 424).

5. 4. 6. Stellenwert von psychosozialen Fortbildungen und Praxisbegleitung auf der Station ist nicht gegeben

Durch fehlende finanzielle Mittel und organisatorischen Hürden, ist die Möglichkeit an psychosozialen Fortbildungen teilzunehmen und in der Praxis durch professionelle Unterstützung umzusetzen, eingeschränkt.

...wenn man das personenzentrierte Konzept...umsetzen möchte, dann müsste man...Schulungen anbieten und das ganze Team danach ausrichten. (3, 38-39).

...Praxisanleiter brauchen definierte Zeiträume...brauchen auch ein Tätigkeitsprofil...(3, 379-380)

...was wir nicht haben sind finanzielle Ressourcen. (3, 397).

...ich muss eine komplette Station ausbilden...jemanden zur Verfügung stellen, der...ihnen hilft...(3, 602-604).

...die Möglichkeit zu haben zu reflektieren, wie konnte ich das Gehörte in die Praxis umsetzen...(4, 327)

...eine flächenhafte Übung und Auseinandersetzung, die notwendig ist...(4, 333).

...da gibt es interessierte Mitarbeiter...dann kommen sie auf eine Warteliste...in drei, vier Jahren interessiert es sie nicht mehr. (5, 323-325).

...und wir hatten direkt auf der Station keine Betreuung...(6, 27).

...Fortbildungen gab es...zu 90 Prozent...waren rein auf die Pflege und auf dem medizinischen Gebiet...(6, 177-179)

5. 4. 7. Interpretation

Um psychosoziale Konzepte umsetzen zu können bedarf es einerseits einer psychosozialen Haltung in einer Organisation, die von allen getragen und gelebt werden muss. Weiters muss ein Rahmen geschaffen werden, der Bedingungen ermöglicht, die eine Umsetzung gewährleisten können.

Die Bedeutung von Führungskräften hat in diesem Rahmen einen besonderen Stellenwert, da diesen auf der einen Seite eine Vorbildwirkung und auf der anderen Seite eine Rolle als Personalentwickler zukommt. Diese Aufgaben müssen wahrgenommen werden, um psychosoziale Umgangsweisen zu fördern. Weiters haben sie die Verantwortung zu übernehmen, den fehlenden Bedarf an Ressourcen aufzuzeigen und an entsprechender Stelle einzufordern.

Bestehende hierarchische Strukturen verursachen steile Gefälle zwischen einzelnen Ebenen, die kaum zu überwinden sind, um psychosoziale Begegnungen zu ermöglichen. Aspekte der Macht und Kontrolle haben einen hohen Stellenwert und blockieren einen partnerschaftlichen Umgang.

Fehlende Ressourcen wie Zeit, Raum und Personal erschweren zwar eine Umsetzung von psychosozialen Konzepten, können aber durch die Bereitschaft der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen nach Alternativen zu suchen, teilweise ausgeglichen werden.

Die Basis für Neuimplementierungen stellt ein funktionierendes Team dar und die Bereitschaft für eine gemeinsame Umsetzung. Fehlende Solidarität und mangelndes Interesse blockieren positive Entwicklungen.

Weiters bedarf es einem psychosozialen Umgang untereinander, der bei fehlenden gemeinsamen Aktivitäten nicht entwickelt werden kann.

Die Bedeutung einer psychosozialen Betreuung kann nicht gefördert werden, wenn das Angebot an Fortbildungen dahingehend nicht oder zu gering vorhanden ist.

Gelernte Inhalte werden nicht angewendet oder vergessen, weil eine gezielte Begleitung und Reflexion in der Praxis nicht gegeben ist.

5. 5. Einfluss durch den Patienten/die Patientin

5. 5. 1. Psychosoziale Betreuung wird nicht erwartet

Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes steht die körperliche Versorgung im Vordergrund und Aspekte, die ein körperliches Wohlbefinden fördern. Freundliches und nettes Pflegepersonal sind ausreichend.

Ich glaube, dass es schon sehr viele Patienten gibt, die sich das nicht von vornherein erwarten...dass es doch viele Patienten gibt, die gehen ins Krankenhaus um ihren Körper heilen zu lassen. (3, 433-437)

...wichtig ist, dass der Doktor gut ist...das Essen soll schmecken...die Schwester sollen freundlich sein. (3, 439-440).

...den meisten genügt es, wenn du freundlich bist...ein bisschen ein Scherzler auf Lager hast und ab und zu mal mit ihnen plauderst. (3, 444-445).

Also ich denke schon, dass Patienten von uns eher erwarten primär einmal die Linderung der körperlichen und die Behandlung der körperlichen Beschwerden. (6, 61-62).

Die Erwartung einer psychosozialen Betreuung ist abhängig von Patientenklientel und der vorliegenden Krankensituation.

...bei jüngeren Patienten, die nur ein paar Tage im Spital sind...wird das gar nicht so der Fakt sein. (5, 505-506).

Das ist wirklich sehr Individuum bezogen...der Bedarf ist grundsätzlich unendlich groß...aber er kann auch gleich null sein. (10, 386).

Ich wollte einfach meine Ruhe haben...ich bin ja grundsätzlich gesund, ich kann ja läuten wenn mir etwas fehlt. (10, 391-392).

Psychosoziale Bedürfnisse werden von Angehörigen und von Laiensystemen abgedeckt.

Weil wie ich im Krankenhaus war, hat mich meine Frau sehr oft besucht, sie war fast immer da. (7, 357-358).

...holt sich derartige Unterstützung im Laiensystem oder im professionellen System...durch Selbsthilfegruppen oder sonstige Quellen. (9, 308-309).

5. 5. 2. Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung ist vorhanden wird aber nicht eingefordert

Das Bedürfnis einer psychosozialen Betreuung ist vorhanden, wegen Rücksichtnahme auf das Personal wird darauf verzichtet.

...viele sagen sie haben keine Zeit, die haben so viel Arbeit, dass darf man sich gar nicht erwarten. Aber hinter der Aussage steckt doch der Wunsch, das Bedürfnis, als Mensch wahrgenommen zu werden und nicht als krankes Organ oder Diagnose. (4, 363-365).

...die Erwartungshaltung ist da...Patienten oder Patientinnen erkennen sehr rasch, dass eigentlich der Rahmen im Krankenhaus kaum vorhanden ist...(9, 301-302)

Patienten/Patientinnen fällt es schwer über psychosoziale Belange zu sprechen und stellen die Anforderung, selbst damit umgehen zu können, um nicht die Kontrolle oder das Gesicht zu verlieren.

...der hat nie das Bedürfnis geäußert, ich hätte ab und zu jemand gehabt, der sich zu mir setzt und mit dem ich jetzt eine Stunde reden kann über meine Sorgen...das gestehen sich die wenigsten auch ein, dass sie Sorgen haben. (3, 471-474).

...es ist ja nicht jedermanns Sache...sozusagen...ich will mit dem nichts zu tun haben...Ich habe zwar jetzt mein Gipsbein und kann Gewisses nicht tun, aber dann kriege ich halt meine Unterstützung und den Rest mache ich mir schon selber. (5, 54-57).

Sie wird zu einem großen Teil (die Erwartung; Anmerkung der Verfasserin) wahrscheinlich gar nicht hier sein...halten die mich für deppert...der glaubt, ich habe mein Leben nicht im Griff. (5, 473-480).

Also jeder sagt dir, der Blutdruck war hoch oder das hat mir wehgetan. Aber nicht, ich war gestern so fertig, so traurig. (6, 21-22).

Ich habe den Eindruck, dass Patienten oft körperliche Beschwerden angeben, obwohl etwas anderes dahinter steckt, weil sie nicht abgestempelt werden wollen. (6, 75-77).

...dass es natürlich sehr viele Menschen gibt, die sagen, sobald ich mich da ein bisschen öffne zum Pflegepersonal, dass sie dann schlicht und ergreifend Angst davor haben die Kontrolle zu verlieren...(7, 364-366)

...wenn ich sage, mir geht es psychisch schlecht...dann habe ich damit signalisiert, dass ich die Kontrolle verloren habe und das kann ich mir nicht leisten. (7, 367-369).

5. 5. 3. Interpretation

Die Bedeutung einer psychosozialen Betreuung steht für den Patienten/die Patientin nicht im Vordergrund. Eine gute Versorgung seiner körperlichen Beschwerden und eine wertschätzende Begegnung von Seiten des Personals reichen aus. Angehörige und Laiensysteme stehen zur Verfügung, um bei Bedarf psychosoziale Bedürfnisse abzudecken. Eine generelle psychosoziale Begegnung zwischen Patient/Patientin und Pflegepersonal ist nicht notwendig.

Patienten/Patientinnen fällt es schwer psychosoziale Angelegenheiten anzusprechen aus der Angst heraus sich bloß zu stellen oder die Kontrolle über sich zu verlieren. Es wird eine psychosoziale Stabilität erwartet, die aus einer gesellschaftlich bedingten Erwartungshaltung abgeleitet werden kann.

Weiters wollen Patienten/Patientinnen nicht als lästig oder anstrengend empfunden werden und stellen aus Rücksicht auf das Personal ihre Bedürfnisse in den Hintergrund.

6. Zusammenfassende Darstellung und Empfehlungen

Die Auseinandersetzung zeigte auf, dass das Pflegeparadigma und dessen geschichtliche Entwicklung, die Pflegegrundausbildung, persönliche Ressourcen und Kompetenzen des Pflegepersonals, klinische Rahmenbedingungen und der Patient/die Patientin in den verschiedensten Ausprägungen einen blockierenden Einfluss auf eine Umsetzung psychosozialer Konzepte haben.

Einerseits ist die Verhaftung in einer medizinisch-körperlichen Betrachtung des Menschen vorhanden. Andererseits werden die Bedeutung und die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung als Aufgabenbereich vom Pflegepersonal kaum wahrgenommen und stellt auf Allgemeinstationen des WKAV keine Leistung dar. Ein fehlendes Selbstbewusstsein des Pflegepersonals und die eigene mangelnde Wertschätzung von pflegerischen Tätigkeiten lassen klare Definitionen und Abgrenzungen von Pflegeaufgaben vermissen. Eine geringe Wertschätzung von Seiten anderer Berufsgruppen unterstützt jene negative Eigenwahrnehmung.

Pflegepersonal müsste endlich den Mut und die Bereitschaft aufbringen selbständiges Denken und Handeln zu verantworten und dies auch einzufordern, um autonome Entwicklungen voranzutreiben. Manchmal entsteht der Eindruck, als würde es sich in dessen entmündigten Rolle wohl und sicher fühlen und die Berechtigung für zunehmend autonomes Agieren nicht vermissen. Ein selbstbewusstes und verantwortungsvolles Rollenverständnis stellt eine Grundlage dar, um der Berechtigung eines psychosozialen Paradigmas in der Pflege Rechnung tragen zu können und um das damit verbundene weit reichende Aufgabenfeld betreten und versorgen zu können.

Eine weitere Notwendigkeit dafür wäre eine erneute Überarbeitung des Gesunden- und Krankenpflegegesetzes, das die gesetzliche Basis für eine zunehmende Selbstbestimmtheit des Pflegepersonals sein müsste.

Das Bild einer selbstbewussten, verantwortungsbewussten, unabhängigen und am Menschen, in seiner Gesamtheit betrachtet, orientierten Pflegeperson wäre

erstrebenswert. Eine psychosoziale Betreuung müsste an Stellenwert gewinnen, eine physische Betreuung dürfte jedoch nicht vernachlässigt werden.

Eine weitere Einfluss nehmende Komponente stellt die Grundausbildung dar. Nicht nur, dass eine körperliche Fokussierung besteht, werden psychosoziale Kompetenzen auch theoretisch vermittelt. Lehrpersonen lassen ein authentisches Vorleben einer psychosozialen Haltung vermissen und verhindern dadurch einen Umgang, der geprägt ist von einer förderlichen Beziehung.

Eine Beziehung zwischen Lehrpersonen und Schülern/Schülerinnen, die getragen ist von Wertschätzung, Empathie und Kongruenz schafft einerseits ein positives Lernklima und andererseits unterstützt es die Schüler/die Schülerinnen in deren Persönlichkeitsentwicklung.

Neben Untersuchungen von Aspy und Roebuck in den USA (1984) zeigten auch Untersuchungen von Reinhard und Anne-Marie Tausch (1998) in Deutschland, dass eine Atmosphäre im Unterricht, die von Echtheit, Wertschätzung und Empathie geprägt ist sehr positive Auswirkungen auf die persönliche und kognitive Entwicklung wie z.B. Selbstachtung, Kommunikationskompetenz, soziale Kompetenzen usw. von Lernenden haben.

Um dies zu erlangen ist es notwendig, dass Lehrpersonen eine Haltung einnehmen, die jeden einzelnen Schüler in seinem Wesen akzeptieren und wertschätzen, die diesem offen und ehrlich begegnen und versuchen sich in ihn hineinzusetzen und ihn zu verstehen. Lernende, die wahrnehmen können, dass ihre Lehrpersonen es ehrlich und aufrichtig mit ihnen meinen, und erkennen, dass es nicht notwendig ist Fassaden aufzubauen um sich schützen zu müssen, können im Umgang mit anderen zunehmend kongruenter sein.

Es bedarf in Pflegeschulen Gesprächstechniken zu lernen und zu üben um eine Grundlage für den Hauptteil der Tätigkeiten, nämlich Kommunikation, zu haben. Dies müsste über die ganze Ausbildungszeit erfolgen und im direkten Kontakt mit dem Patienten. So beschreibt auch Peplau (1989) „...dass eine Gelegenheit für

Lernende, direkt mit einem Patienten zu arbeiten- vielleicht in einstündigen, zweimal pro Woche stattfindenden Sitzungen über einen Zeitraum von zehn Wochen hinweg- sehr lehrreich sei.“ (S. 193). Durch eine aktive Teilnahme von Lehrpersonen kann dieser Prozess begleitet werden und gemeinsam mit den Lernenden evaluiert werden. Weiters sollen sich die SchülerInnen gegenseitig unterstützen und in Lerngruppen sich gegenseitig beobachten und Rückmeldungen ermöglichen.

Rogers sieht die Aufgabe einer Lehrperson vielmehr als einen Förderer – in seinen Originalausführungen spricht er von einem „Facilitator“ – der zunächst verantwortlich ist, ein positives und förderliches Lernklima zu schaffen. Er ist Teil der Lerngruppe, sieht sich selbst als Lernenden und begegnet den anderen Mitgliedern in einer akzeptierenden, empathischen und ehrlichen Art.

Gemeinsam mit den Schülern/Schülerinnen sind Lernziele zu erstellen, bei deren Erreichung der Facilitator eine unterstützende und Hilfe anbietende Rolle übernimmt. Er geht davon aus, dass ein Vertrauen in die Lernmotivation und in die Selbstverantwortung der Lernenden einen Lernprozess ermöglicht, in dem das eigene Potential mobilisiert wird und so dieser Prozess zu einem persönlichen, sinnvollen Erlebnis werden kann (Rogers 1974).

Weiters führt er das Erstellen von Lernverträgen an, um mit einem neuen sehr freien Lernen umgehen zu lernen. Diese Verträge werden zwischen Lernenden und Lehrenden geschlossen und beinhalten zeitliche Grenzen, Lernziele, Hilfsmittel, Gesprächstermine und Beurteilungsformen (Rogers 1984a/1969).

Lernen ist nicht nur ein mechanischer Vorgang im Sinne von Wissensaneignung. Gerade im Pflegebereich spielen selbst gemachte Lernerfahrungen eine bedeutende Rolle, um Gefühle und persönliche Wahrnehmungen zu erleben.

Rogers spricht von einem ganzheitlichen bzw. signifikanten Lernen: „ Es schließt persönliches Engagement ein- die ganze Person steht sowohl mit ihren Gefühlen als auch mit ihren kognitiven Aspekten im Lebensvorgang. Es ist selbst- initiiert - sogar dann, wenn der Antrieb oder der Reiz von außen herrührt, kommt das Gefühl des Entdeckens, des Hinausgreifens, Ergreifens und Begreifens von innen.

Es durchdringt den ganzen Menschen – es verändert das Verhalten, die Einstellungen, vielleicht sogar die Persönlichkeit des Lernenden. Es wird vom Lernenden selbst bewertet- er weiß, ob es sein Bedürfnis trifft, ob es zu dem führt, was er wissen will, ob es auf den von ihm erlebten dunklen Fleck der Unwissenheit ein Licht wirft. ...Sein wesentlichstes Merkmal ist Sinn- wenn derartiges Lernen stattfindet, dann ist in der gesamten Erfahrung enthalten, dass der Lernenden Sinn darin sieht.“ (Rogers 1984a/1969, S. 13).

Diese Art von Lernen ist geprägt von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung. Es handelt sich um einen Prozess, in dem sowohl emotionale und kognitive Teile des Lernenden beachtet werden und in dem ein persönlicher Sinn gesehen werden kann.

All diese Aspekte spielen in einer Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege und die berufliche Ausübung eine bedeutende Rolle und finden aber in der aktuellen Ausbildung zu wenig Aufmerksamkeit.

Die Samen eines psychosozialen Bewusstseins müssen zu Beginn der Ausbildung gesät werden, um über die Dauer der Ausbildung keimen zu können und um eine Weiterentwicklung im Berufsalltag zu gewährleisten. Lehrpersonen kommt bei dieser Bewusstseinsbildung eine bedeutende Rolle zu, die erkannt werden muss.

Durch spezielles Training kann personenzentriertes Lehrverhalten verbessert werden. Zu diesem Ergebnis kamen Aspy und Roebuck in einer Untersuchung (1984).

In Deutschland bietet die GwG- Akademie (2010) Fort- und Weiterbildungen an zu Themen wie personenzentrierte Kommunikation und Kooperation, personenzentrierte Methoden des Unterrichts, personenzentriertes Leiten von Schulen und Supervision und Entlastung. Ein solches Angebot wäre für den Gesundheits- und Krankenpflegebereich hilfreich und erstrebenswert.

Der Einfluss persönlicher Ressourcen und psychosozialer Kompetenzen von diplomiertem Personal gestaltet sich in der Weise, dass eine zu geringe Erhebung im Rahmen von Einstellungsverfahren erfolgt und andere Komponenten, wie z. B.

Sympathiefaktoren einen höheren Stellenwert einnehmen. Fehlende Kompetenzen und eine oftmals ungeeignete Berufsmotivation, lassen psychosoziale Umgangsweisen kaum aufkommen.

Das fehlende Bewusstsein mit sich selbst einen psychosozialen Umgang zu pflegen führt zur Vernachlässigung der eigenen Psychohygiene und verhindert in weiterer Folge eine personenzentrierte Begegnung mit Patienten/Patientinnen.

In einem neuen Verständnis von Pflege ist den psychosozialen Aufgaben zunehmend an Bedeutung einzuräumen. Es ist nicht zu verantworten, dass in einem Arbeitsfeld in dem Menschen betreut werden, ein physischer Fokus zu Lasten von psychosozialen Komponenten gerechtfertigt wird.

Es muss ein Bewusstsein geschaffen werden, dass die Wahrnehmung psychischer und sozialer Folgen einer körperlichen Erkrankung große Bedeutung für die Entwicklung eines Patienten/einer Patientin haben kann. Und diese Entwicklungen können positiv unterstützt werden von Seiten der Pflegeperson.

Um dies zu ermöglichen bedarf es an Kompetenzen die eingefordert werden müssen und einer stetigen Weiterentwicklung und Reflexion bedürfen.

Dabei kommt jedem/jeder einzelnen Mitarbeiter/Mitarbeiterin die Verantwortung zu, diesen Entwicklungsprozess bewusst zu gestalten und Unterstützung einzufordern.

Pflegepersonen müssen sich bewusst machen, dass sie mündige, selbstbestimmte und unabhängige Wesen sind, die ihre eigene Entwicklung lenken können. Wenn dieses Bewusstsein vorhanden ist, wird es ihnen möglich sein ein Pflegeverständnis zu entwickeln, das den Auftrag hat „...Menschen auf ihrem Weg zu Mündigkeit, Autonomie und Unabhängigkeit zu unterstützen und ihnen zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen.“ (Ertl, Kratzer 2007, S. 110).

Weiters wird es ihnen mit diesem Bewusstsein leichter fallen für ihre eigene Psychohygiene zu sorgen. Nur wenn ein wertschätzender, kongruenter und

empathischer Umgang mit sich selbst möglich ist, wird ein positives Selbstempfinden und Zufriedenheit resultieren.

Dieses Bewusstsein zu schaffen und dieses immer wieder zu reflektieren, das heißt, seine eigenen psychosozialen Anliegen zu erkennen und zu befriedigen, macht es erst möglich anderen Menschen eine psychosoziale Betreuung zu kommen zu lassen.

Entscheidend für die Umsetzung eines psychosozialen Konzeptes sind die Philosophie und das Menschenbild, die von einer Organisation getragen und gelebt werden. In den Krankenanstalten des WKAV gibt es festgeschriebene psychosozial orientierte Leitbilder, die aber nicht ausreichend kommuniziert und gelebt werden. Durch starre hierarchische Strukturen ist eine psychosoziale Umgangsweise innerhalb der Organisation stark eingeschränkt und wird auch im Stationsbetrieb vermisst. „Die einzige Möglichkeit, diese starren Ordnungen für alle Beteiligte erträglicher zu gestalten, entsteht dadurch, dass das gegenseitige Verständnis durch offene Gespräche größer wird und Eigenverantwortlichkeit und Autonomie positiv gesehen und unterstützt werden. Kritische, selbständige und selbstverantwortliche Mitarbeiter können helfen, Missstände im Krankenhaus zu beheben.“ (Schaub 2001, S. 109)

Ein geringer Stellenwert psychosozialer Komponenten lässt sich durch mangelnde Unterstützungsmassnahmen und Anlaufstellen aufzeigen. Auch das reduzierte Angebot von psychosozialen Fortbildungen und das Fehlen von Praxisbegleitern/Praxisbegleiterinnen auf Stationen weisen auf einen geringen Stellenwert einer psychosozialen Bedeutung hin.

Fehlende Solidarität im Team und zu wenig teamfördernde Aktivitäten lassen einerseits psychosoziale Begegnungen kaum zu und andererseits kann eine Basis, die für die Umsetzung eines neuen Konzeptes notwendig ist, nicht geschaffen werden.

Zusätzliche Aspekte wie fehlende Zeit-, Raum-, Personalressourcen können weiters hinderlich sein für neue Konzeptionen. Durch ein funktionierendes und

stabiles Team könnten diese Faktoren bis zu einem gewisse Maße ausgeglichen werden.

Die Rahmenbedingungen einer Organisation sind eine Voraussetzung zur Produktion von Qualität. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, eingebettet in diesen Rahmenbedingungen, können nur dann bio-psycho-sozial arbeiten, wenn deren eigenen bio-psycho-sozialen Bedürfnisse gestillt sind. Dazu sind zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen und Bedingungen zu schaffen, die das gewährleisten können.

Belastende und behindernde Arbeitssituationen und Abläufe bedürfen einer bewussten Wahrnehmung, Analyse und Bereitschaft Maßnahmen zu setzen um diese zu verändern. Dazu sind Fragen zu stellen wie: Wie sehen die äußeren Arbeitsbedingungen aus? (zu wenig Personal, zu wenig technische/pflegerische Hilfsmittel, lange Wege, umständliche Organisation) Ist ein ständiger Zeitdruck vorhanden? Wie hoch ist die Überstundenbelastung? Sind fehlende Pausen die Regel? Fühlen sich Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unter- oder überfordert? Sind Aufgabenverteilungen unklar verteilt? Gibt es Rivalitäten im Team oder mit der Stationsleitung? Kann offen kommuniziert werden? Welchen Stellenwert hat Anerkennung und Lob?

Solche und weitere Fragen müssen offen in einem Team kommuniziert werden, um Veränderungen herbeiführen zu können. Hierbei müsste die Führungskraft ihrer Aufgabe als Vorbild und Personalentwickler wahrnehmen und einen Rahmen ermöglichen, in dem sowohl einzelne Persönlichkeitsentwicklungen und eine positive Teamentwicklung stattfinden können.

Es sollten zeitliche und räumliche Fixpunkte, die sich der Psychohygiene widmen, gewährleistet werden. Das können Supervisionssitzungen, gemeinsames Frühstück usw. sein. Wichtig dabei ist, dass diese Fixpunkte durch Zeit, Personalmangel usw. nicht an Bedeutung verlieren und storniert werden. Der Raum und die Zeit für regelmäßige Reflexion in der Praxis muss gewährleistet werden und eine Ergänzung kann durch Aus- und Fortbildungen erfolgen.

Um mit seine eigenen psychosozialen Bedürfnisse befriedigen zu können, gehört auch eine Arbeitsplatzgestaltung, die eine Zufriedenheit, Bedürfnisbefriedigung, Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsfindung für Personal möglich macht, dazu. Diese Aspekte sind eingeschränkt von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zu beeinflussen, da organisatorische Vorgaben und Einschränkungen eine positive und kreative Gestaltung oftmals verhindern.

Trotzdem muss von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen selbst erkannt werden in welcher Hinsicht in den vorgegebenem Rahmen Möglichkeiten bestehen um dem Zeitdruck, der oft als Hindernis betrachtet wird, so zu begegnen, dass ein personenzentrierter Umgang ermöglicht wird. Schaub führt dazu neun hilfreiche Punkte auf: „ 1. Prioritäten setzen, d.h. Wichtiges von Unwichtigen unterscheiden. 2. `Nein` sagen lernen. 3. Nie zwei Dinge auf einmal tun. 4. Komplexe Aufgaben in bewältigbare Einzelschritte zerlegen. 4. Ähnliche Tätigkeiten bündeln und zusammen erledigen. 5. Nicht alles selbst erledigen, sondern richtig delegieren. 6. Durch Fixpunkte (Mahlzeiten, Termine etc.) den Tag strukturieren. (Pufferzonen einbauen, um Zeitdruck zu vermeiden. 9. Genügend pausen machen.“ (Schaub 2001, S. 29).

Es ist zu überlegen ob die zunehmenden administrativen Tätigkeiten von diplomiertem Pflegepersonal durchzuführen sind. Neben den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie z. B. Bettenmachen, Essen austeilen usw. stellen die administrativen Tätigkeiten eine große Zeitressource dar, die das Fachpersonal vom Kontakt mit dem Patienten/der Patientin abhalten. Es bedarf eines grundsätzlichen Umdenkens bzgl. Aufteilung von Tätigkeiten und Arbeitsabläufen. Doch diese eingefahrenen und starren Strukturen lassen sich nur schwer aufbrechen. Die Lösung von traditionellen Aufgaben wie z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten müsste gelingen um neue Ressourcen zu pflegenahen Tätigkeiten entstehen lassen zu können.

„Hierzu soll auch die Akademisierung der Krankenpflege beitragen. Sie soll der anstehenden Veränderung in der Pflege Rechnung tragen, dass die sekundären Dienstleistungen wie z. B. betreuen, beraten, planen, organisieren, leiten, forschen, und entwickeln zunehmen, hingegen die primären Dienstleistungen wie

z.B. reinigen, bewirten, transportieren und verwalten, zurückgehen werden.“ (Schaub 2001, S. 105).

Der Bedarf einer Wissenschaftsperspektive kommt jene Bedeutung zu, Pflege aus einer Distanz betrachten zu können und eine objektive Betrachtung zu gewährleisten und notwendige Änderungen aufzuzeigen.

Eine personenzentrierte Umgangsweise bedarf es an kontinuierlicher Übung. Um dies zu ermöglichen wären die Gründung von Arbeitsgruppen innerhalb eines Teams sinnvoll in dessen Rahmen Erfahrungssituationen eingebracht werden beschrieben, analysiert werden und durch eine gemeinsame Verifizierung ein laufender Erkenntnisgewinn gewährleistet ist. Hilfreich wäre dabei eine Praxisbegleitung die diese Gruppenprozesse unterstützt.

Um die Vermittlung von Konzepten breit gefächert zu erlangen sollten multidisziplinäre Veranstaltungen erfolgen und somit die Einbindung aller beteiligten Berufsgruppen gewährleisten.

Ein Einfluss durch den Patienten/die Patientin ist dahingehend gegeben, dass er/sie entweder keine psychosoziale Betreuung erwartet und nicht braucht. Oder es besteht zwar das Bedürfnis aber er/sie fordert es nicht ein.

Das Pflegeverständnis, das im eigenen Fachbereich besteht, wird auch in die Gesellschaft transportiert und wird als solches anerkannt. Demzufolge haben körperliche Aspekte auch bei Patienten/Patientinnen Priorität und sehen keinen Anlass weitere Betreuung zu erwarten. Das geringe Bewusstsein hinsichtlich psychosozialer Bedürfnisse stellt durchaus ein gesellschaftsparadigmatisches Phänomen dar und erlaubt es nicht Bedürfnisse dahingehend zu äußern.

„Ob Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sich als Berufsgruppe sehen, die die Pflege als eigenständige Aufgabe definiert oder ob sie sich als ausführende Gehilfinnen und Gehilfen der Ärzte verstehen, bestimmt langfristig, welches Bild sich andere von einer Pflegeperson machen“ (Hornung 2006, S. 171).

Es wird davon ausgegangen, dass für eine gesundheitserhaltende und -fördernde Entwicklung die Betrachtung und Erfassung des Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Gesamtheit notwendig ist. Die Einschränkung und Veränderung in einem Bereich beeinflusst die anderen menschlichen Komponenten. „Der Mensch und sein Menschsein können nicht als `Summe` oder als das Ergebnis einer Addition seiner `Bestandteile` zu einem `Gesamt` verstanden werden. Von seinem Wesen her ist der Mensch eine Ganzheit.“ (Juchli 1991, S. 26).

Im Rahmen von currativen und palliativen Prozessen muss dies wahrgenommen werden und dem Rechnung getragen werden. Eine zunehmende psychosoziale Betreuung würde einerseits den Patienten/die Patientin bzgl. einer notwendigen und hilfreichen Entwicklung unterstützen und für den Pflegefachbereich würde sich ein autonomer und bedeutender Aufgabenbereich eröffnen.

7. Bibliografie

- Applebaum, R. A.** (2004). Patientenzufriedenheit: benennen, bestimmen, beurteilen. Bern. Huber Verlag.
- Arets, J. et al** (1999). Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten. Bern. Eicanos-Huber.
- Aspy, D./ Roebuck, F.** (1984). Unsere Forschungsarbeit und unsere Ergebnisse. In: Rogers, C. R.: Freiheit und Engagement: Personenzentriertes Lehren und Lernen. München. Kösel. (S. 153-173)
- Bachmann, W. & Bachmann, B.** (1997). Im Team zum Ziel. Paderborn. Junfermann.
- Bischoff-Wanner, C.** (2002). Empathie in der Pflege. Bern. Huber.
- Bischoff-Wanner, C., Reiber, K.** (2008). Lehrerbildung in der Pflege. Weinheim. Juventa-Verlag.
- Bauer, R.** (2004). Beziehungspflege. Professionelle Beziehungsarbeit für Gesundheitsberufe. Unterostendorf. Ibicura - Verlag.
- Der kleine Stowasser,** (1987). Latein-Deutsches Schulwörterbuch. 2. Auflage. Wien-München. Hölder- Pichler- Tempsky.
- Dennis, C. M.** (2001). Dorothea Orem. Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern. Huber.
- Draxler- Wernbacher, W., Monitzer, M.** (1999). Personenzentrierter Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kozon, V., Fortner, N. (Hrsg.). Bildung und Professionalisierung in der Pflege. Wien: ÖGVP. S. 39-50.
- Engel, R.** (2002). Qualifizierungsentwicklung von Pflege-Lehrpersonen. Frankfurt/Main. Lang.
- Engel, R.** (2005). Beratung in der Pflege. Expertenevaluiertes Curriculum für die Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen. Dissertationsarbeit. Wien.
- Ertl, R., Kratzer, U.** (2007) Hauskrankenpflege. 2. Auflage. Wien. Facultas.
- Europäische Kommission.** Generaldirektion XV, Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege, 17. und 18. April 1997, 34. Rue de la Loi 200, B-1049 Bruxelles/Wetstraat 200, B-1049 Brüssel –Belgien- Büro: C100 03/062.

- Gläser, J. & Laudel, G.** (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Auflage. Wiesbaden. Springer.
- Fischl, B.** (1994). Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen (stationär). In F.-W. Wilker, C. Bischoff & P. Novak (Hrsg.) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (S. 255- 266). München. Urban & Schwarzenberg.
- Fürstler, G.** (1992). Die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung in Österreich. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Gläser, J. & Laudel, G.** (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Auflage. Wiesbaden. Springer.
- Görres, S.** (2002). Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Wissenstransfer in der Pflege. Bern. Huber.
- Gutzwiller, F. & Jeanneret, O.** (1996). Konzepte und Definitionen. In: F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.). Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. (S. 23-29). Bern. Huber.
- Harm, A.** (2007). Die Würde wahren - was bedeutet personzentrierte Pflege in der Betreuung von Menschen mit Demenz? Diplomarbeit. Universität Wien.
- Hochfellner, R.** (2004). Zur Implementierung von therapeutischen Konzepten der Pflege in den Arbeitsalltag im Akutpflegebereich am Beispiel von Kinästhetik und Basaler Stimulation. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Hornung, R.** (2006). Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. 9. Auflage. Weinheim. Basel. Beltz.
- Hutterer, R.** (2004). Das Paradigma der humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung. Wien. Springer.
- Juchli, L.** (1991). Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 6. Auflage. Stuttgart/New York. Thieme.
- Karmasin, M., Ribing, R.** (2002). Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten. 3. Auflage. Wien. Facultas.
- Keil, W./Stölzl, N.** (2001). Beziehung, Methodik und Technik in der Klientenzentrierten Therapie. S. 226-271. In: Frenzel, P. et al. (Hrsg.). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Wien. Facultas

- Kompetenz- und Qualifikationsnachweis** in der praktischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. (2006). Wien. WKAV.
- Krenn, R.** (2009, Juli-August). Basale Stimulation in der Pflege. *Procure*, S. 22-24.
- Kronberger, J.** (2004). Pädagogische Professionalität, die Ausbildungskompetenz der Lehrkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Kühne-Ponesch, S.** (2004). Modelle und Theorien in der Pflege. Wien. Facultas.
- Lamnek, S.** (2005). Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage. Weinheim, Basel. Beltz Verlag.
- Landenberger M., Stöcker G., Filkins J., Jong de A., Them C., et al.** (2005). Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.
- Mayer, H.** (1995). Berufsmotivation und berufliches Selbstverständnis von Lehrschwestern und Lehrpflegern. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Mayer, H.** (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien. Facultas.
- Mayring, P.** (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim/ Basel. Beltz.
- Mayring, P.** (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. 10. Auflage. Weinheim/ Basel. Beltz.
- Miller, R.** (1999). Lehrer lernen. Ein pädagogisches Arbeitsbuch. 2. Auflage. Weinheim/Basel. Beltz.
- ÖBIG**, Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. (November 2003). Wien.
- Pörtner, M.** (2006). Ernstnehmen. Zutrauen. Verstehen. 5. Auflage. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Peplau, H. E.** (1997). Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege. Bern. Huber.
- Rogers, C. R.** (1940). The process of therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.4. p.161-164. In [Dt. Übersetzung]: Hutterer, R. (1997): Carl Ransom Rogers. 10 Jahre nach seinem Tode. *Psychotherapieforum* (5). S.175-187

- Rogers, C. R.** (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. Vol.21 (No.2). p.95-103. In [Dt. Übersetzung]: Hutterer, R. (1997): Carl Ransom Rogers. 10 Jahre nach seinem Tode. *Psychotherapie-forum* (5). S.175-187
- Rogers, C. R.** (1984a). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. 4. Auflage. München. Kösel. [Original: 1969, Freedom to learn]
- Rogers, C. R.** (1984b). *Freiheit und Engagement: Personenzentriertes Lehren und Lernen*. München. Kösel. [Original: 1983, Freedom to learn for the eighties]
- Rogers, C. R.** (2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 17. Auflage. Frankfurt/Main. Fischer. [Original: 1951, Client-Centered Therapy]
- Rogers, C. R., Rosenberg, R. L.** (2005). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. 2. Auflage. Stuttgart. Klett-Cotta. [Original: 1977, A Pessoa como Centro]
- Rogers, C. R.** (2006) *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 16. Auflage. Donauwörth. Klett-Cotta. [Original: 1961, On Becoming a Person. A Therapist`s View of Psychotherapy]
- Rogers, C. R.** (2007). *Die nicht- direktive Beratung*. 12. Auflage. Frankfurt/Main: Fischer. [Original: 1942, Counseling and Psychotherapy]
- Scharb, B.** (2005). *Spezielle validierende Pflege*. 3. Auflage. Wien. Springer.
- Schaub, M.** (2001). *Psychologie, Soziologie und Pädagogik für die Pflegeberufe* . 2. Auflage. Berlin. Springer.
- Scheibenreiter, D.** (2003). *Das personenzentrierte Konzept in der Krankenpflege*. Diplomarbeit. Universität. Wien.
- Schmid, P. F., Rogers C. R.** (2004). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. 4. Auflage. Mainz. Matthias-Grünwald.
- Schmid, P. F.** (2007): *Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie*. In: Kriz, J./Slunecko, T.: *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes*. Wien. Facultas
- Schnürer-Amstler, C.** (2003). *Zur Bewertung und Umsetzung der "Basalen Stimulation® in der Pflege"*. Diplomarbeit. Universität Wien.

- Siegrist, J.** (1977). Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 3/4 , 6-15.
- Stefan, H./Allmer, F. / Eberl, J. et al.** (2003). Praxis der Pflegediagnosen. 3. Auflage. WienNewYork. Springer.
- Steppe, H.** (1994). Caritas oder öffentliche Ordnung? Zur historischen Entwicklung der Pflege. In D. Schaeffer (Hrsg.) Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. (S. 42-51). Berlin. Edition Sigma.
- Stevens, B./Rogers C.R.** (2005). Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten sich und anderen zu begegnen. 2. Auflage. Köln. Peter Hammer.
- Tausch, R.** (1989). Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere Psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit. In: Behr, M. et al. (Hrsg.). Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, S.257-269. Salzburg. Müller
- Tausch, R. / Tausch, A.-M.** (1998). Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person. 11. Auflage. Göttingen. Hogrefe.
- Tausch, A.-M.** (2004). Gespräche gegen die Angst. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.
- Toplak, H.** (1994). Persönlichkeitsspezifische Faktoren, sowie Motivations- und Einstellungsänderungen im Rahmen der Krankenpflegeausbildung. Diplomarbeit. Universität Wien.

Internetangaben:

AKH. Pflegeleitbild. (2008). Wien. <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=92>
[11.03.2010]

Bundesgesetzblatt über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe/GuKG.
(BGBl I 108/1997 idgFBGBl I 95/1998, BGBl I 65/2002, BGBl I 6/2004, BGBl I 69/2005 und BGBl I 90/2006 und BGBl I 57/2008)
www.oegkv.at/index.php?id=2986&L=0onf [06.03.2010]

GwG- Akademie. (2010) Fortbildungsprogramm Schule. Köln.

<http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?pageid=45> [21.01.2010]

Hutterer, R. (2005). Expose- Konzept- Synopsis.
<http://homepage.univie.ac.at/robert.hutterer/php/service/?q=Diplomarbeit>
[06.06.2007]

SMZ-Süd. Leitbild. Wien.
http://www.wienkav.at/kav/kfj/texte_anzeigen.asp?id=223 [11.03.2010]

WHO/Europa.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [18.
03. 2010]

8. Abkürzungsliste

AKH = Allgemeines Krankenhaus

bzgl. = bezüglich

ebd. = ebenda

EBN = Evidence based nursing

FSW = Fonds Soziales Wien

GwG = Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

KA = Krankenanstalt

Pat. = Patient/Patientin

PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie

PPR = Pflegepersonalregelung

WKVA = Wiener Krankenanstaltenverbund

z. B. = zum Beispiel

9. Anhang

Infoblatt

Liebe InterviewteilnehmerInnen!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit mit dem Titel „Personenzentrierte Pflege. Implementierungsschwierigkeiten psychosozialer Konzepte.“ habe ich mögliche Aspekte, die eine Umsetzung von psychosozialen Konzepten in die Pflegepraxis erschweren oder verhindern, herausgearbeitet.

Um diese Auseinandersetzung zu ergänzen, werde ich zehn Interviews führen mit Personen, die einerseits im Pflegebereich tätig sind und andererseits eine psychosoziale Zugangsweise in der Pflege für wichtig und notwendig erachten. Um eine Perspektivenvielfalt zu erlangen, werde ich Personen aus dem praktischen, lehrenden und leitenden Bereich interviewen.

Die Interviews werden in einem Zeitrahmen von min. 30 Min. und max. 60 Min. stattfinden. Die Örtlichkeit kann von jeder/jedem InterviewpartnerIn gewählt werden. Die Möglichkeit das Interview in meiner Wohnung zu machen, wird von meiner Seite angeboten.

Ich weise daraufhin, dass die Anonymität jeder/jedes InterviewpartnerIn gewährleistet wird.

Für Ihre Offenheit und Bereitschaft im Voraus herzlichen Dank!

Mit lieben Grüßen

Monika Mayer :)

Interviewleitfaden

Das Ziel der Untersuchung besteht darin herauszufinden welche Aspekte eine Umsetzung von einem psychosozialen Konzept in die Pflegepraxis erschweren oder verhindern.

Das Ziel des Interviews ist es, aus einer spezifischen Perspektive heraus mögliche Aspekte zu betrachten.

Die Ergebnisse werden anonymisiert. Sind Sie mit einer Tonbandaufzeichnung einverstanden?

Welche Bedeutung hat eine personenzentrierte Umgangsweise/eine psychosoziale Betrachtungsweise in Ihrem Berufsalltag?

I. Inwieweit würden sie im Pflegeparadigma und in der historischen Entwicklung der Pflege einen Einfluss sehen?

1. Wie hoch würden sie den Einfluss des bio-medizinischen Modells auf die Pflege einschätzen?
2. Wie schätzen sie die momentane Entwicklung/Status der Pflegelandschaft ein?
3. Verliert der Mensch in der Fülle aller Pflegeentwicklungen an Bedeutung?
4. Ist die Konzentration zu sehr auf die Weiterentwicklung/ Emanzipation des Pflegefachbereiches gerichtet?
5. Wie würden sie das Verhältnis von physischer und psychosozialer Betreuung in der Pflege einschätzen?
6. Inwieweit hat der hohe Frauenanteil im Pflegeberuf einen Einfluss?

II. Inwieweit würden sie in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einen Einflussfaktor sehen?

1. Inwieweit schätzen sie das Ausbildungsausmaß bzgl. psychosozialer Kompetenzen ein?
2. Wie werden im Rahmen des Aufnahmeverfahrens psychosoziale Kompetenzen ermittelt?

3. Wie kommentieren sie die Aussage: Quantität vor Qualität bzgl. Aufnahmeverfahren in Krankenpflegeschulen?
4. Sind Lehrpersonen ausreichend geschult bzgl. psychosozialer Kompetenzen um diese auch vermitteln zu können?
5. Sind sozial-kommunikative und Selbstkompetenzen schwerer zu vermitteln als fachliche Kompetenzen?
6. Wie werden psychosoziale Kompetenzen vermittelt?

III. In welcher Weise können klinische Rahmenbedingungen einen psychosozialen Zugang erschweren oder verhindern?

1. Welchen Stellenwert hat eine psychosoziale Betreuung in Ihrer Organisation? (Gesprächsführung, Beratung)
2. Wird psychosoziale Betreuung als Leistung betrachtet?
3. Wie hoch schätzen sie den Einfluss eines Leitbildes/Menschenbildes auf die Arbeit der MitarbeiterInnen ein?
4. Wie wird den Mitarbeitern das Leitbild/Menschenbild vermittelt?
5. Welchen Einfluss hat die Führungsebene auf die Umsetzung eines Pflegekonzeptes?
6. Wie beurteilen sie die zeitlichen Ressourcen?
7. Wie beurteilen sie die personellen Ressourcen?
8. Welchen Stellenwert messen sie Fortbildungen zu bzgl. psychosozialer Kompetenzen?
9. Gibt es Pflichtveranstaltungen bzgl. psychosozialer Kompetenzen?
10. Welche Maßnahmen werden getroffen, um psychosoziale Konzepte umzusetzen?
11. Gibt es PraxisanleiterInnen auf der Station um neue Konzepte umzusetzen und die das Team begleiten?
12. Gibt es regelmäßige Arbeitsgruppen bzgl. Reflexion, Supervision?
13. Welche Bedeutung hat ein psychosozialer Umgang unter den MitarbeiterInnen?
14. Welche Bedeutung messen Sie Teamarbeit zu?

IV. Welche Bedeutung haben die persönlichen Ressourcen der MitarbeiterInnen um ein psychosozialen Umgang zu ermöglichen?

1. Bringen NeubewerberInnen die nötigen psychosozialen Ressourcen mit?
2. Wie werden die persönlichen Ressourcen erfasst bei Neueinstellungen?
3. Gibt es ausreichend Möglichkeiten um seine psychosozialen Kompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln/zu reflektieren?
4. Welche Unterstützungsmassnahmen gibt es um neu erworbene Kompetenzen im Pflegealltag umzusetzen?
5. Wie wird mit psychosozialen Defiziten bei MitarbeiterInnen umgegangen?

V. Welchen Einfluss hat der Patient/die Patientin auf einen psychosozialen Umgang?

1. Braucht/möchte/erwartet jeder Patient/jede Patientin eine psychosoziale Betreuung?
2. Ist es notwendig auf jeder Station die psychosozialen Komponenten im gleichen Ausmaß zu beachten?
3. Welches Pflegeverständnis vermuten sie in der Gesellschaft/beim Patienten/bei der Patientin?

Sind aus Ihrer Sicht noch Aspekte zu nennen, die Sie in diesem Zusammenhang nennen wollen, die in diesem Interview zu wenig berücksichtigt wurden?

1 **Interview 1** am 25.11.2009/ 18.00 – 18. 34

2 I: Also ich möchte noch einmal herzlichen Dank sagen, dass du dich
3 da zur Verfügung stellst und würde am Anfang bitten, dass du für dich
4 einmal definierst, was für dich überhaupt psychosozialer Zugang
5 bedeutet psychosoziale Umgangsweise und eben personenzentriert.
6 Der Umgang mit einem Menschen in der Pflege. Was dir dazu jetzt
7 einfach spontan dazu einfallen würde.
8 IP: Okay. Mhm. Spontan fällt mir dazu ein (3 Sekunden), dass der
9 Bereich... also wir sind in der Pflege sehr stark darauf aus, Patienten
10 sehr humanistisch zu versorgen, einem Versorgungscharakter nach zu
11 kommen. Das heißt warm, sauber satt, so diese...
12 I: Ja.
13 IP: ...das in der Schule und in der Ausbildung stark vermittelt wird.
14 Wofür dann auch, wenn man dann weiterschaut, die notwendigen
15 Gelder bei der Personalbereitstellung einmal zur Verfügung gestellt
16 werden und der Teil der dann auch noch wichtig ist, in den Bereichen,
17 gerade so in den Bereich Geriatrie hinein, dass man den Menschen in
18 den Mittelpunkt stellt, mit seinen jeglichen Bedürfnissen. Und da
19 gehört nicht nur warm, sauber, satt dazu, sondern da gehören auch

20 andere Bedürfnisse dazu, wie als Mensch wahrgenommen werden, (I:
21 Mhm) als Mann, als Frau wahrgenommen werden. Diese Dinge
22 kommen meiner Meinung nach an zweiter Stelle. (I: Mhm) Und das
23 ist etwas, wo ich sage, da ist der psychosoziale Zugang derjenige, der
24 noch ein bisschen zu dem Krisenbereich zählt. (I: Mhm) In gewissen
25 Konzepten schon vorgegeben ist, nur durchgängig so im heutigen
26 Alltag, kann es sich nicht wirklich...nicht überall durchsetzen lässt
27 und kann. (I: Mhm) Gewisse Bereiche, Spezialbereiche, die darauf
28 bedingen... wenn ich auf die Appalikerstation denke...(I: Ja.) Die
29 arbeiten sehr personenzentriert, sehr ressourcenorientiert mit den
30 Personen. Wo ich schon das Gefühl habe, dass die psychosozialen
31 Aspekte sehr gefördert werden und auch das Einbinden der
32 Familienmitglieder. (I: Mhm) Und diese Bereiche... wenn ich da aber
33 auf eine Interne schaue, in irgendeinem Versorgungs Krankenhaus, da
34 schaut die Sache ganz anders aus. Da ist wirklich das System warm-
35 sauber-satt (I: Ja) und die psychosozialen Bedürfnisse werden
36 maximal im Rahmen des Entlassungsmanagement, (I: Mhm) wo man
37 einen Fragebogen hat und den durchgeht, (I: Ja. Ja.) und alles bedacht.
38 (I: Ja. Ja.)

39 I: Das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, diese eine Station,
40 die du da kennst, wo da so ein psychosozialer Umgang möglich
41 ist...das heißt die Möglichkeit besteht schon auf manchen Stationen.
42 Was macht es aber dann aus. Sind das diese Rahmenbedingungen...
43 IP: Nein. Die handelnden Personen, die oft mit (I: Mhm) sehr viel mit
44 Engagement, mit sehr viel Enthusiasmus... (I: Mhm) denen diese
45 Sachen einfach sehr wichtig sind. (I: Ja) Ich sage einmal, wenn man
46 im geriatrischen Bereich schaut, wo es auch führende Personen gibt,
47 wenn ich da an das XY-Spital denke, die da sehr personenzentriert
48 arbeiten und einfach für einen geriatrischen Patienten das Wichtigste
49 herausholen möchten. (I: Ja) Einfach dass er noch möglichst seine
50 Ressourcen optimal nutzen kann. (I: Mhm) Und da gehört halt nicht
51 nur dazu dass er sich bewegen kann, sondern dass es ihm... dass
52 andere Bedürfnisse auch gedeckt werden, wie (I: Mhm) einfach
53 einmal mit jemanden reden können. (I: Ja) Dass er sich einfach bei
54 jemanden anlehnen kann, (I: Ja) weinen kann, (I: Ja) dass er wirklich
55 als Person wahrgenommen wird. (I: Ja. Mhm) Wo er im Alltag ein
56 bisschen fallen gelassen wird. (I: Ja.)

57 I: Das heißt, was du jetzt gesagt hast, dass es sehr wohl von den
58 persönlichen Ressourcen von der einzelnen Person abhängt (IP: Ja.
59 Mhm) und auch was du gesagt hast, von der Führungskraft auch. (IP:
60 Und auch) Das heißt, die spielt da eine Rolle die, um so etwas auch zu
61 implementieren... (IP: Genau) so eine Philosophie sage ich jetzt
62 einmal. (IP: Genau)
63 IP: Ich habe zwei... ich sehe es zweierlei. Entweder es treten auf der
64 Basis mehrere Personen zusammen und die sind so stark (I: Ja. ja) und
65 die sind wirklich so präsent, dass sie es halt einfach durchführen. (I:
66 Ja.) Oft sieht man das, im Bereich der Praxisanleiter ganz gut, (I:
67 Mhm) die da vom Gefühl her sehr eng zusammenarbeiten. Dass die
68 dann über diese Schiene das Führungspersonal dazu drängen, dass sie
69 das Konzept (I: Mhm) unterstützen. Alleine daran zu arbeiten, dass
70 man wirklich personenzentriert arbeitet, tätig ist und für die Person da
71 ist, dass dann... also das ist etwas wo man relativ stark mit dem
72 heutigen System... und ich kenne fast nur den XY. (I: Mhm) Ich kenne
73 es eine Spur weit auch wie es in XY ist. Aber ich kenne im Prinzip
74 den XY sehr gut und dort ist es einfach sehr schwer, wenn man nicht
75 den Rückenwind (I: Mhm. Mhm) von der Organisation hat. Dass das

76 dann auch wichtig und notwendig ist (I: Ja.) ... dass man z.B. nicht 94 auch da sind, die diesen Prozess auch begleiten (IP: Mhm) und das
77 zehn Patienten in einer Stunde versorgt, (I: Mhm) sondern nur 2 95 zusammenhalten?
78 Patienten, aber die dafür ganzheitlich. (I: Mhm) Und so wie es ist... 96 IP: Mhm. Im XY habe ich das schon sehr oft erlebt. (I: Ja) Gerade auf
79 (I: Ja) Weil auf der anderen Seite doch die anderen acht Personen ja 97 meiner ersten Station da war eine Krankenschwester, eben eine
80 auch warten müssen... (I: Ja. Ja.) das ist einfach so dass... (I: Ja. Ja.) 98 Kollegin von mir, eine Praxisanleiterin (I: Ja) und die war... für die
81 I: Also das heißt, einerseits ist es sehr wohl die Organisation, die 99 war es schon wichtig auch die Person, also schon die ganzen Patienten
82 einfach eine gewisse Philosophie (IP: Genau) auch anbietet oder sagt, 100 zu versorgen und das alles. (I: Ja) Aber für die war es auch wichtig
83 ja wir stehen da dahinter. (IP: Mhm) Dann die nächste Ebene wäre 101 wie geht es den Patienten dabei, bei (I: Mhm) der Versorgung. (I: Ja)
84 dann eben die Führungskraft, die da auch jetzt, sagen wir, 102 Was mich schon eine Spur weit immer geprägt hat. Weil, die hat
85 Vorbildwirkung hat, (IP: Mhm. Kann haben oder nicht.) die diese 103 einfach auch immer im alltäglichen Tun... hat die die Leute trotzdem
86 Philosophie auch wirklich mitträgt. Und dann eben die Mitarbeiter, 104 in ihrer Würde, in (I: Mhm) allem was denen wichtig ist, so betreut,
87 die, wie du jetzt auch gesagt hast, ein einzelner funktioniert nicht (IP: 105 dass es ihnen gut gegangen ist. Was natürlich auch wieder... sie hat
88 Mhm) es bedarf wirklich einer... (IP: Eines Netzwerkes) genau. Dass 106 immer so den Ruf gehabt, die brodeln (braucht soviel Zeit)... die
89 es wirklich von... in der Basis verbreitet ist auch. (IP: Mhm) Du hast 107 brodeln soviel bei den Patienten (I: Mhm) ... sie ist halt nicht die
90 erwähnt, dass Praxisanleiter... sind da oft gut, die, die auch begleiten. 108 Schnellste, die funktioniert nicht so wie wir alle. (I: Das heißt, es
91 (IP: Mhm) Hast du es selber erlebt in deiner praktischen Ausführung 109 braucht einen Zeitaufwand) Das braucht natürlich mehr Zeit. (I: Ja, ja)
92 von deinem Beruf, dass es da wirklich so... wenn da etwas neu 110 Langfristig gesehen, wenn man das ein bisschen ansetzt, und sich ein
93 eingeführt werden sollte, dass dann Menschen, sprich Praxisanleiter 111 bisschen um die Leute kümmert... Ich kann mich erinnern, meine
112 Nacht, in meinen Abendrunden, die haben wir geteilt gehabt. (I:

113 Mhm) Da haben wir auch einen Kollegen gehabt, der sehr schnell 132 Station (IP: Mhm) und überhaupt auf das Wohlbefinden des Patienten
114 durch war. (I: Ja) Im Endeffekt ist er aber dann die halbe Nacht auf 133 (IP: Genau) was ja im Vordergrund stehen soll. (IP: Ja)
115 die Glocke gegangen. (I: Ja. Ja) Meine Runden haben sehr lange 134 IP: Genau. Eben. Ich bin auch fix davon überzeugt, dass das sehr viel
116 gedauert, (lachen) weil ich dann auch immer wieder geratscht 135 bringt. (I: Mhm) Natürlich, das muss ich auch sagen, im XY wo ich da
117 (gesprächen) habe mit den Leuten. (I: Mhm) Da sind wir dann am 136 vorher, wo meine erste Station war, da waren wir schon so ein
118 Abend... am Abend hat man oft die Zeit, dass gewisse Sachen, 137 bisschen auf der Insel der Seeligen. (I: Mhm) Da hat es keine Not-
119 gewisse Ängste auch angesprochen werden, da ist der Besuch weg, (I: 138 und Gangbetten gegeben, (I: Ja) keine Zwischenaufnahmen und wenn
120 Mhm) da ist der ganze hektische Betrieb weg. (I: Mhm) Da war dann 139 es Aufnahmen waren, dann waren es Aufnahmen, die für
121 schon vermehrt auch Ruhe. (I: Mhm) Man hat auch... was war 140 Transplantationsvorbereitung und dergleichen waren. (I: Mhm) Es
122 wirklich so, was braucht er noch ... Ich glaube, da gibt es auch schon 141 waren zwar schwere chirurgische Fälle, die dort gelegen sind, (I:
123 mehr als genug Ergebnisse dazu. Man braucht auch durch ein 142 Mhm) aber das war schon etwas anderes, als wie wenn man jetzt eine
124 bisschen mehr persönliche Zuwendung weniger Schlafmittel dann 143 Interne hat (I: Mhm) wo man, wo der... Dass man in der Nacht
125 auch (I: Ja) und auch weniger Schmerzmittel langfristig gesehen und 144 einfach, was weiß ich, drei, fünf Aufnahmen dazu kriegt, (I: Mhm) die
126 die Leute sind einfach ruhiger (I: Mhm) und läuten auch nicht so viel. 145 man dann auch noch zu versorgen hat und für den man oft nicht
127 I: Also das heißt, wenn ich jetzt nicht nur die Tätigkeit durchführe, 146 einmal ein Bett in einem Zimmer hat. (I: Mhm. Ja) Das mag ich... das
128 sagen wir Blutdruckmessen, sondern dass ich wirklich einfach auch 147 muss ich dann schon ein bisschen differenzieren. Ich wüsste nicht, wie
129 den Menschen da wahrnehme, (IP: Mhm) und mit ihm plaudere 148 weit man da dann sich auch Zeit lassen kann, (I: Mhm) wenn man
130 (spreche), so dass mir der auch von seinen Sorgen erzählen kann... 149 weiß, dass man im Schnitt jede Nacht so und soviel Zusatzaufnahmen
131 (IP: Mhm) dass sich das auch auf die Atmosphäre auswirkt...auf einer 150 kriegen wird. (I: Mhm. Mhm.) Weil für die ist das...

151 I: Also das heißt, wenn da erhöhte Belastungen sind, und dann einfach 170 I: Ja. Das heißt,...

152 diese personellen Ressourcen einfach nicht da sind, dass jetzt gerade 171 IP: Wo schon geschaut wird, kann die Person etwas...aber ich habe

153 für solche Belastungen... einfach das möglich ist auch (IP: Genau. 172 genügend Leute mitbekommen, (IP: Ja) wo bei mir dann nachgefragt

154 Mhm) diese umfangreiche Betreuung. Umfangreich, damit meine ich 173 wurde, hast du das Gefühl, dass sie zu uns passen könnte.

155 psychosoziale Betreuung, die einfach mehr Zeit in Anspruch nimmt. 174 I: Das heißt, das beruht so auf Sympathiefaktor in erster Linie.

156 (IP: Genau) Ich würde jetzt gerne noch einmal auf die persönlichen 175 IP: Eine Spur weit Sympathiefaktor ...(I: Ja.) weil, dass sie

157 Ressourcen von den Mitarbeitern zurückkommen, wo ich mir die 176 ausgezeichnete Zeugnisse hat... mit ausgezeichnet meine ich eine

158 Frage auch stelle, wird bei einer Einstellung darauf geachtet, ob die 177 Diplomkraft, (I: Ja.) wir reden jetzt von diplomierten Personal... (I:

159 persönlichen Ressourcen mitgebracht werden und in welcher Weise 178 Ja. Ja.) davon gehen wir ja aus. (I: Mhm) Aber was schon weniger bei

160 wird darauf geachtet, wenn jetzt eine Kollegin sich vorstellen kommt, 179 der Einstellung geachtet wird, ist so... dass eben auch... was für

161 ich weiß nicht, wenn du dich erinnern kannst vielleicht an deine 180 Ressourcen bringt die mit. Es passiert aber sehr wohl, mittlerweile

162 Einstellung. Ist da etwas angeschaut worden oder ein Tag mit dir 181 auch ein bisschen verstärkt diese... bis die einmal auf die Station

163 verbracht worden, dass man sich einfach so vergewissert, du bringst 182 schnuppern kommt, muss ja die Person schon einige Einstellungstests

164 diese persönlichen Ressourcen, die einfach notwendig sind, mit. 183 durchmachen. Das heißt, sie muss beweisen, dass sie ein Diplom hat.

165 IP: Also auf was am meisten geschaut worden ist, und das traue ich 184 (I: Mhm) Bei den jungen Krankenschwestern, die direkt von der

166 mir sagen, dass das heute noch so ist, passt sie in das Team. (I: Mhm) 185 Diplomschule kommen, ist das ein bisschen leichter. (I: Ja.) Die sind

167 Nicht, passt sie von den Ressourcen zu den Patienten, sondern passt 186 oft stark geprägt von der Ausbildung. Bei den Personen, die sich von

168 die Person ins Team, (I: Mhm) glauben wir, dass wir mit der Person 187 Fremd anmelden, die melden sich meistens zentral an, haben die und

169 dann zusammen arbeiten können. (I: Mhm) Also das ist das was ich... 188 die Vorfragen, sagen sie möchten gerne in dem Bereich arbeiten, dann

189 werden sie dort zur zuständigen Oberschwester, zur Bereichsleitung 207 IP: Das ist mein Gefühl, dass da eher auf die... auf das geachtet wird
190 hingeschickt und von der Bereichsleitung her, geht es dann schon, 208 (I: Ja.) als auf die psychosozialen Kompetenzen. (I: Mhm) So... da
191 wenn dort schon das Gefühl passt (I: Mhm), dass sie dort passen 209 muss ich jetzt einmal definieren was sind überhaupt die
192 könnten, also sie könnten ins Team passen... 210 psychosozialen Kompetenzen. (I: Ja.) Und wie kann ich die in einem
193 I: Ja. Also das heißt, da wird nach Gefühl beurteilt. 211 Einstellungsgespräch auch abfragen. (I: Mhm) Da gibt es einfach zu
194 IP: Das weiß ich nicht, ob es überall so ist. Es gibt schon eine 212 wenig. (I: Ja.) Das heißt, ich werde in so einem persönlichen
195 Checkliste, wo man schaut wegen Voraussetzungen wo sie dann... 213 Gespräch... werde ich nie so mit kriegen, außer ich frage ihn nach
196 aber ein Gutteil der Einstellung ist einfach... auch wenn ich jetzt da 214 seiner Haltung, was er für Gefühle hat oder wie der Umgang mit
197 herkommen würde und es wäre eine Stelle zu vergeben, wo es mir 215 andere Menschen ist... was selbst Eigenverständnis ist, das
198 super gefallen täte als Bewerber. Aber die Person ist mir schwer 216 Einfühlungsvermögen und dergleichen... (I: Mhm. Mhm) Ich kann
199 unsympathisch, (I: Ja. Ja.) mit der ich zu tun haben werde, oder 217 diese... diese Sachen kann er mir zwar erzählen nach Lehrbuch... (I:
200 umgekehrt... da kommt ein Bewerber, der tollste Zeugnisse hat, der 218 Ja.) überhaupt das Psychosoziale deckt das alles ab. (I: Ja.) Aber so
201 kommt herein und ich denke mir, nein das kann mit dem einfach 219 richtig kann ich das eigentlich erst überprüfen im tatsächlichen Tun.
202 nichts werden. (I: Mhm) Ich bin überzeugt davon, dass dann die 220 (I: Mhm) Ob er dann wirklich über die sozialen Kompetenzen
203 Entscheidung dagegen ausfallen wird. 221 wirklich verfügt. (I: Ja.) Das dann ...
204 I: Ja. Also das heißt, auch hier, wenn ich das jetzt so richtig 222 I: Und wenn du jetzt selber zurückdenkst, wie du selber tätig warst im
205 wahrnehme, sind psychosoziale Kompetenzen... werden jetzt nicht so 223 praktischen Bereich, war es da Thema, dass man sich diese
206 angeschaut, sind die vorhanden, sondern da wird wirklich eher die... 224 psychosozialen Kompetenzen angeschaut hat? Hat es Fortbildungen
225 gegeben? Ist das auch immer wieder angeboten geworden? Oder war

226 eine Bedeutung da, für eben Fortbildungen, die eben gerade diese 245 zeitlich, sondern in Prozent ausgedrückt. (IP: Mhm) Wenn du jetzt
227 Kompetenzen fördern? 246 einen Patienten, den du betreust, wie wäre das Verhältnis...diese
228 IP: Also was es generell gegeben hat, wie wird umgegangen mit 247 körperliche Versorgung, wo deine Fachkompetenzen eher zu tragen
229 schwierigen Patienten. (I: Mhm) Das ist so der Umgang mit 248 kommen, und eben diese psychosoziale Kompetenz, wo eben
230 sterbenden Patienten, (I: Ja.) das verlangt auch sehr viel ab. (I: Ja.) Es 249 Gesprächsführung, Beratung... wie würdest du das Verhältnis
231 hat schon einen Teilbereich gegeben, den gibt es auch heute noch, der 250 ansetzen vom Gefühl her? Jetzt ganz spontan.
232 da gefördert wird. Ich kann mich nicht erinnern... wenn ich das aktiv 251 IP: Wie es zurzeit ist, oder wie es sein soll?
233 gewollt habe, habe ich mich für diese Sachen anmelden können... (I: 252 I: Wie du es selber empfindest.
234 Mhm) ein einziges Mal habe ich es erlebt, dass eine Kollegin in einen 253 IP: Ich für mich... hat das immer zusammen gehört, fifty-fifty. (I:
235 Kurs geschickt wurde, die Schwierigkeiten hatte ... mit einem 254 Aha. 50 zu 50) Es hat das eine nicht ohne das andere können, meiner
236 gewissen Patientengut ... mit einem schwierigen Patienten. (I: Ja.) Da 255 Meinung nach. (I: Ja.) Weil da immer, wenn man die psychosozialen
237 habe ich es das einzige Mal erlebt, dass das von der Führungskraft 256 Sachen weglässt, geht ein Teil vom Ganzheitlichen ab. (I: Mhm) Und
238 gekommen ist, aber dass es so standardmäßig vorgesehen ist... eher 257 wenn du (lachen) nur körperliche Sachen machst, dann geht dir halt
239 vom Personal ausgehend. (I: Mhm. Mhm) 258 der andere Teil ab. Weil du kannst auch wenn du körperlich jemanden
240 I: Und welche Bedeutung würdest du jetzt selber dem beimessen, 259 mit Schmerzen immer wieder einstellst, (I: Ja.) aber du kommst nicht
241 wenn man vergleicht das Verhältnis zwischen der psychosozialen 260 auf die Wurzeln zurück. (I: Ja.) Wird der Patient immer wieder
242 Betreuung und der physischen Betreuung. (IP: Mhm) Wenn man in 261 Schmerzen haben. Und das kann oft ein ganz banaler Grund sein, den
243 unserem Beruf... wie würdest du das Verhältnis aufteilen, was nimmt 262 man über Gespräche, über den Patienten herauskriegt. (I: Mhm. Mhm)
244 mehr Platz ein? Und wenn es dir gelingt, (I: Zeitlich?)... nein nicht 263 Das ist auch genau das Gleiche, wie wenn ich...wenn ich einen

264 Patienten habe, der nie mit tut. Da wird der körperliche oder der 283 war ausreichend Angebot da auch diese Kompetenzen zu erreichen,
265 Versorgungsauftrag ungemein schwieriger. Als wie wenn ich 284 jetzt auch gerade zur Selbstkompetenz, sozialkommunikative
266 herausfinde, warum will der eigentlich nicht. Dass ich einen Zugang 285 Kompetenzen, war das ausreichend?
267 zu ihm finde. (I: Mhm) Und deswegen muss man fifty-fifty, das muss 286 IP: Bei mir damals noch nicht. (3 Sekunden) Ich kann mich gar nicht
268 Hand- in- Hand gehen. (I: Mhm) 287 erinnern. Wir haben im letzten Lehrgang Ethik gehabt. (I: Mhm) Aber
269 I: Und aus der Erfahrung heraus? Wie hast du das erlebt? 288 so dass man da die psychosozialen Kompetenzen trainiert... dass wir
270 IP: Also ich für mich ist das auch heute noch. 289 darauf hingewiesen werden, (I: Mhm) aber ... hingewiesen... das hätte
271 I: Mhm. Aber so jetzt in Summe vom Team betrachtet. 290 es bei uns überhaupt nicht gegeben (I: Mhm)
272 IP: Im Team betrachtet, da war es schon eher so, dass ich sage, naja 291 I: Also Gesprächsführung, denke ich jetzt, also so pädagogische
273 70/30. Weil alle kannst ja auch nicht... es hat schon ein paar gegeben, 292 Unterrichtsfächer? (IP: Nein.)
274 (I: Ja.) für die war es total wichtig. Wir haben Mitarbeiter gehabt, die 293 IP: Nein, also an so etwas... oder ich habe es verdrängt. Aber ich
275 haben das Körperliche ein wenig vernachlässigt. (I: Ja. Und was 294 kann mich nicht wirklich erinnern... (I: Mhm) es war in Anteilen
276 würde jetzt 70 Prozent treffen?) 70 der Versorgungscharakter und 30 295 vorhanden, (I: Ja.) wir haben eine Lehrschwester gehabt, die war sehr
277 den psychosozialen. (I: Ja. Mhm) So spontan. (I: Ja. Ja. Mhm) 296 authentisch. Das war die einzige... (I: Ja. Ja.) (IP hustet) Also ich
278 I: Ein Punkt wäre, was jetzt auch diese persönlichen Ressourcen noch 297 denke, dass sich das Curriculum jetzt ein bisschen gebessert hat, (I:
279 einmal angeht, also diese Kompetenzen. Wenn man jetzt die 298 Mhm) aber noch immer fehlerhaft ist. Man probiert zwar diesen
280 Ausbildung sich anschaut. Würdest du, wenn du jetzt auch an deine 299 ganzheitlichen Aspekt in der Pflege zu machen, nur dadurch dass man
281 eigene Ausbildung zurück denkst und dann eine langjährige Erfahrung 300 jetzt... ich sage immer die Organbetrachtung hat, sieht man einfach
282 im praktischen Bereich erlebt hast, (IP: Mhm) würdest du sagen, es 301 immer nur einen Teilaspekt und lernt das Ganzheitliche zu vergessen,

302 eine Spur weit. (I: Mhm. Mhm) Sagt mir mein Gefühl, wo die Pflege 321 Selbstverständnis der Pflege, zwar für alles zuständig zu sein was den
303 hin tendiert. So Richtung Spezialisierung und ganz zu vergessen den 322 Patienten betrifft. Und dass wir auch jeden Bereich gleich mitmachen,
304 gesamten Patienten (I: Mhm) und das ist das, wo ich jetzt sage, ist 323 von den physiotherapeutischen Aspekten der Mobilisierung bis hin zu
305 gefährlich (I: Ja.) für die Zukunft. Der einzige Bereich wo es wirklich 324 den Beratungsaspekten bei Diabetes, wo man ja total in den Bereich
306 ganzheitlich gesehen wird, ist der Hospiz Bereich. (I: Mhm) Da 325 der Diätologen hineingehen kann. Ich glaube einfach, dass die Pflege
307 probiert man das zu machen, und der ganze Hauskrankenpflege 326 so mit sich beschäftigt ist, mit dem alles mehr oder weniger an sich zu
308 Bereich. Da muss man auch alles ganzheitlich betrachten. (I: Mhm. 327 reißen, und da gar keine Zeit hat wirklich darauf zu achten, was sind
309 Mhm) 328 eigentlich die Kernkompetenzen, die wirklich rein die Pflege
310 I: Also das heißt, wenn ich das jetzt auch so richtig wahrgenommen... 329 ausmachen. (I: Mhm) Das ist so eher das was ich, was mein
311 verstanden habe, dass (IP hustet) diese... dieser psychosoziale Zugang 330 Verständnis ist, also was ich... ich so das Gefühl habe. Aber wie
312 in einzelnen Bereichen schon stattfindet, aber doch noch sehr 331 gesagt das ist nur meine persönliche Einstellung.
313 nachhinkt und es einfach noch nicht so möglich ist. Da stelle ich jetzt 332 I: Ja. Ja. Also dass die Entwicklung der Pflege sehr wohl sehr
314 auch die Frage, hat das mit der historischen Entwicklung auch zu tun? 333 dynamisch ist, es tut sich sehr viel, aber das jetzt... du hast es genannt
315 Dass jetzt die Pflege, doch auch sehr von der Medizin lange Zeit 334 Kernaspekte, so würde ich das jetzt verstehen, der Mensch, einfach ...
316 geprägt war, wo eben das biomedizinische Modell sehr dominant war. 335 (IP fällt I ins Wort)
317 Hängt das der Pflege, beeinflusst das noch immer, dass sie sich da 336 IP: ...Kernkompetenzen... die der Pflege können sich einfach nicht
318 noch nicht ganz lösen kann? 337 entwickeln, weil einfach noch so viel Beschäftigung damit da ist (I:
319 IP: (5 Sekunden) Ich weiß nicht, ob es davon abhängig ist. Ob es 338 Ja.) irgendwie sich von... einerseits schon von den Ärzten
320 wirklich rein nur davon abhängig ist. Ich glaube, das ist einfach das 339 abzugrenzen, aber sich auch gegen alle anderen Berufsgruppen

340 abzugrenzen. (I: Mhm) In dem Sinn aber nicht die Abgrenzung, zu 359 diese hauswirtschaftlichen Aspekte, die auch noch dabei sind. Und
341 sagen, halt das ist meine Kernkompetenz, (I: Ja.) sondern vieles an 360 ganz darüber vergisst, was macht Pflege eigentlich aus. (I: Mhm)
342 sich reißend (I: Ja.) und darüber auch so beschäftigt zu sein, und nicht 361 Pflege ist ja, mehr als... oder weniger als das Gesamte gesehen wird.
343 mehr handlungsfähig zu werden (I: Mhm) 362 Weil die ganzen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind nicht
344 I: Heißt das jetzt auch handlungsfähig zu werden in Bezug auf den 363 Pflegeeteil. Es ist natürlich klar, dass wenn ein Patient Durst hat, und
345 Patienten, (IP: in Bezug auf den Patienten.) der da auch ein bisschen 364 er kann es sich nicht selber nehmen, dass ich es ihm gebe. (I: Mhm)
346 ins Eck gerückt wird, (IP: Genau.) weil die Beschäftigung mit dem 365 Aber es kann nicht sein, dass ich ihm das Essen Tag täglich serviere.
347 darum herum so vorhanden ist. (IP: Genau.) Mhm. 366 (I: Mhm. Mhm) Ich muss aber sehr wohl dafür da sein, und dazu
348 IP: Weil, man möchte für den Patienten auf der einen Seite alles tun. 367 sollte ich die Zeit haben als Pflegeperson, dass ich entweder
349 (I: Ja.) Man möchte für den Patienten... die Pflegeperson sein, die die 368 Hilfspersonal anleite dazu, das Essen einzugeben dem Patienten. (I:
350 Intimpflege macht. (I: Ja.) Man möchte die Pflegeperson sein, die 369 Mhm) Das heißt, dass ich darauf achte, dass er es nicht zu schnell
351 beratend, ernhrungstherapeutisch tätig ist, bis hin zu der, die 370 kriegt oder zu langsam kriegt oder dass ich ihn soweit unterstütze,
352 bewegungstherapeutisch tätig ist, bis hin zu dem, der sich über das 371 dass er das Essen dann so gibt, wie der Patient es braucht.
353 ganze Sozialarbeiterische kümmert mit der Entlassung und das 372 I: Ja. Das heißt, dass dann jetzt auch... es kommt so der zeitliche
354 Organisatorische für zu Hause. Bis zur speziellen Wundpflege bis zu 373 Aspekt auch herein... (IP: Mhm) dass die Pflege... will einerseits
355 dem, dass man ihm Medikamente eigenverantwortlich verabreicht 374 doch so... sieht sich so in ihrem Verständnis viel einfach zu machen,
356 oder mitverantwortlich verabreicht, Blutabnahmen, Blutbild und, und, 375 zu belassen. (IP: Ja.) So wie es auch im traditionellen
357 und. (I: Mhm) Also sehr viele Kompetenzen, wo man schon, glaube 376 Tätigkeitsbereich da war. Jetzt kommen da aber neue Kompetenzen
358 ich, einen Gutteil dessen bis hin na ja... was auch noch sehr oft ist, 377 hinzu, (IP: Mhm) die sie einfach beansprucht auch. Das heißt, es wird

378 aber auch nichts abgeben, und, jetzt dann... (IP: Es wird immer
379 mehr) da ist dann diese zeitliche Ressource... vorhin haben wir ja
380 gesagt, dass einfach ein psychosozialer Umgang... bedarf einfach
381 mehr Zeitaufwand. (IP: Mhm) Das heißt, es hakt da einfach, dass
382 diese (IP: Mhm) Zeitressource einfach nicht über bleibt. (IP: Genau.
383 Mhm) 402 (I: Mhm) Und das auch so weitergeben können. (I: Ja.) Weil, ich
384 IP: Und gepaart dann noch mit Vorgaben von den meisten
385 Arbeitgeber, die sagen okay wir müssen gewährleisten dass sich der
386 Patient nicht verletzt, dass er keine Zusatzschäden... solange er (I:
387 Mhm) halt in einem Betreuungsverhältnis mit einer Institution ist, (I:
388 Ja.) mit sich trägt. Und gepaart ist es damit... mit einer
389 Personalbedarfsplanung, die brav ausgerechnet...aufgelegt ist, mehr
390 oder weniger eine sichere Pflege zu gewährleisten, (I: Mhm. Mhm)
391 aber nicht die optimale Pflege. (I: Mhm) Aber sicher nie so weit, dass
392 der Patient noch mehr Schaden davon (I: Mhm) trägt. (I: Mhm)
393 I: Mhm. Mhm. (4 Sekunden) Ja, also das heißt, da sind auch so diese
394 traditionellen Strukturen, (IP: Strukturen) die da schwer... auch zu
395 durchbrechen sind. (IP: Genau.) An denen man doch auch noch so
396 festhält und sie... 415 und zweitens einmal ist es, dass ich auf den Patienten Rücksicht

416 nehme darauf wie er ist. Er wird wahrgenommen, ernst genommen 435 Computer, die nur nach einem gewissen Schema funktionieren.
417 und angenommen auch. Und auf der anderen Seite da komme ich auf 436 Sondern wir arbeiten mit ganz individuellen Personen.
418 meine Seite, auf Seiten der Pflege... im organisatorischen Konzept 437 I: Ja. Ja. Und man kann jetzt auch daraus schließen... weil du vorher
419 auch wieder gut kommunizieren. (I: Mhm. Mhm) Aber das braucht 438 gesagt hast, du kannst dich jetzt eigentlich gar nicht erinnern an
420 schon Erfahrungswerte auch. Die jeder für sich auch sammeln darf. 439 Unterrichtsfächer, oder dass das jetzt so Priorität hatte. Dass da
421 I: Mhm. Mhm. Es war jetzt auch vorher die Bemerkung, dass das von 440 scheinbar zu wenig im... (IP: Na ja, meine Diplomierung ist jetzt
422 der Ausbildung her... dass hier auch dann dieser Einfluss, einerseits 441 schon 13 Jahre aus) Mhm.
423 jetzt auch Strukturen im Bestehenden... (IP: Mhm) die zu 442 IP: Da sollte ich es eigentlich schon noch wissen.
424 durchbrechen, braucht Zeit und Aufwand. (IP: Mhm) Und auf der 443 I: Ja. Vor allem das Bewusstsein ist eigentlich jetzt dann gar nicht so
425 anderen Seite eben diese Neubildungen von Mitarbeitern, (IP: Mhm) 444 dann da, das jetzt (IP: Aber...) diese Fokussierung auf den Bereich
426 die neuen Kolleginnen, die da (IP: Mhm) jetzt herangebildet werden, 445 war.
427 dass da ein großes Potenzial steckt auch, (IP: Genau.) hier ein 446 IP: Was mir aber sehr wohl in Erinnerung geblieben, aber das ist jetzt
428 Bewusstsein zu schaffen... 447 einfach nur meine Erinnerung, gewisse Personen, die mir auf meinem
429 IP: Die da dann ein bisschen einen Schneeball-Effekt auch haben. 448 Weg begegnet sind, in meiner Berufslaufbahn.
430 I: Mhm. Mhm. Das heißt, es müsste hier auch in der Ausbildung 449 I: Das heißt Vorbildwirkungen...
431 einfach eine andere Fokussierung erfolgen? 450 IP: Die eine Spur weit Vorbildwirkung gehabt haben (I: Ja.) oder
432 IP: Mhm. Mhm. Da können die besten Pflegekonzepte hilfreich sein. 451 irgendetwas an sich gehabt haben, was so prägend war, was für mich
433 Aber im individuellen Umgang... und wir arbeiten halt nicht mit 452 hängen geblieben ist.
434 Maschinen, Autos...wie auch immer... (I: Ja.) mit Roboter oder 453 I: Mhm. Mhm.

454 IP: Und das waren sehr oft Personen, die also etwas gelebt haben, mit 473 die (I: Ja. Ja.) und was für ein Menschenbild verfolgen die. (I: Mhm.
455 dem auch ich gut konnte. 474 Mhm) Es können auf einer Abteilung drei Personen das Menschenbild
456 I: Mhm. Mhm. Das heißt, diese Vorbildwirkung bleibt da hängen und 475 verfolgen, das ich verfolge oder nach dem ich lebe. Nur wenn die
457 könnte dann, wie wir vorher gesprochen haben... Praxisanleiter, wenn 476 restlichen fünfzehn nicht nach dem leben, dann werden vier, drei oder
458 das solche Personen, die so Prozesse auch begleiten, dass die solche 477 vier es relativ schwierig haben (I: Mhm)
459 Vorbildwirkung... oder Führungskräfte (IP: Mhm) diese 478 I: Das heißt, es müsste einfach von... in einer Organisation müsste das
460 Vorbildwirkung übernehmen könnten, müssten... (IP: Mhm) wenn sie 479 so gut auch in die Teams transferiert werden, dass da auch wirklich
461 aber auch einfach die Kompetenzen dafür hätten auch von der 480 ein breit gefächerter Konsens da sein sollte.
462 Ausbildung her. (IP: Genau) Das heißt, die sollten diese Aufgaben 481 IP: Genau.
463 übernehmen können. (IP: Mhm) Mhm. Mhm. Ja. Ja. Sehr spannend. (I 482 I: ...dass das funktioniert.
464 lacht) Also von meiner Seite wäre es das jetzt... auch so von den 483 IP: Genau. Und ein bisschen reflektieren über die eigenen
465 Fragen was ich... ich weiß nicht, ob dir noch was einfällt, so Aspekte, 484 Verhaltensweisen. (I: Mhm) Schaffen wir es vielleicht eine... ja eine
466 die wir jetzt noch nicht hatten, die auch noch vielleicht zu erwähnen 485 Spur weit wird es schon mit den Pflegevisiten... dass man
467 wären? 486 hinterfragen kann ein wenig. Supervision, wird schwer angenommen.
468 IP: Nein, also ich glaube, das Wichtigste ist es, das was es wirklich 487 Das ist ja auch ein Teil, dass man das eigene Verhalten ja auch
469 beeinflussen kann, ist einfach der organisatorische Rahmen, (I: Ja.) 488 hinterfragen könnte. (I: Ja.) In einem offenen Rahmen, aber da ist die
470 der Zeit und Raum gibt. (I: Ja.) Die Fort- und 489 Kultur der Pflege noch nicht so darauf ausgerichtet, dass man da gut
471 Weiterbildungsmaßnahmen (I: Ja.) und die handelnden Personen in 490 Supervision annehmen kann. Und das Instrument verwenden kann, für
472 der Organisation (I: Mhm) und auch was für eine Werterhaltung haben 491 das es auch gedacht ist.

492 I: Mhm. Mhm. Woran kann das liegen, dass das in der Pflege... die
493 Pflege sich so schwer tut?

494 IP: Die Offenheit. Die Offenheit für... offen auch seinen Kollegen
495 gegenüber. (I: Mhm) Ich glaube, das ist ein ganz großes Problem, dass
496 man anderer gegenüber offen ist. Weil man spricht zwar jetzt in einem
497 geschützten Rahmen Probleme an, die man hat im Alltag. (I: Ja.) Aber
498 man muss immer wieder Angst haben, dass der offene Rahmen, der da
499 für die zwei Stunden oder eine Stunde gilt, dann da auch weiter
500 gemacht wird im Alltagsleben (I: Mhm. Mhm)

501 I: Wenn das dann eigentlich so zurückfällt, (IP: Genau.) dann
502 Probleme eher bereiten kann...

503 IP: Ja genau, das das eher Probleme macht als...

504 I: Mhm. Mhm. Ja fein. Ja dann sage ich Dankeschön.

505 IP: Bitte.

1 **Interview 2** am 25. 11. 2010/ 18.00 – 18.44

2 I: Ich möchte zuerst einmal herzlichen Dank sagen, dass du dich bereit
3 erklärst für dieses Interview zur Verfügung zu stehen. Und ich würde
4 dich zuerst einmal bitten, für dich einmal den Begriff psychosozialen
5 Zugang, personenzentrierte Umgangsweise zu definieren. Was das für
6 dich bedeutet.
7 IP: Oh. Das ist wirklich viel und schwer.
8 I: Also aus der eigenen praktischen Erfahrung ... du hast ja auch auf
9 der Station gearbeitet... was einfach im Umgang für dich im Umgang
10 mit einem Patienten, was da für dich entscheidend war.
11 IP: (4 Sekunden) Für mich ist sowieso klar, dass ich den Menschen als
12 Ganzes wahrnehme und somit kommt die psychische und soziale
13 Komponente automatisch für mich zum Tragen. (I: Mhm) Das ist
14 einmal Punkt eins. Das heißt, es ist nichts was ich explizit hervor
15 kehren muss, sondern ich nehme den Menschen oder den Patienten
16 oder die Patientin sowieso grundsätzlich...aber wahrscheinlich aus
17 meiner Ausbildung her, aus der Psychiatrie her, grundsätzlich immer
18 unter den körperlich-psychischen-sozialen (I: Mhm)
19 Betrachtungsweisen wahr. Sie fließen unmittelbar ein in alle Bereiche.

20 Und personenzentriert, jetzt einfach der persönliche individualistische
21 Ansatz für mich, dass ich einfach den einzelnen Menschen
22 wahrnehme in seinem momentanen Lebensbereich (I: Mhm) und
23 seiner momentanen Situation...dass ich ad Person (3 Sekunden)
24 agiere, reagiere. (I: Ja. ja.)
25 I: Das heißt, du hast angesprochen eben die Ausbildung, dass das von
26 deiner Ausbildung her... darauf schauen... einfach diese Betrachtung
27 da ist. Vom Ausbildungsausmaß... wie würdest du es einschätzen
28 diese Fächer oder den Umfang vom Unterricht, von der Ausbildung,
29 die eben diese psychosozialen Kompetenzen fördern, entwickeln. In
30 der psychiatrischen Ausbildung... hast du gemacht oder? Wie würdest
31 du da...

32 IP: Ich habe beide Ausbildungen gemacht. (I: Beide hast du gemacht.)
33 Es kommt in beiden Ausbildungen vor- in der allgemeinen Pflege und
34 in der psychiatrischen. Wobei es in der allgemeinen zu theorie-lastig
35 ist und in der psychiatrischen der Vorteil ist, dass ich unmittelbar
36 einfach... durch das, dass ich eben gerade auf der psychiatrischen
37 Schiene sehr aktiv arbeite, (I: Ja) das auch sofort in der Praxis, also im
38 Alltagsleben umsetzen darf. (I: Mhm) Das ist für mich ein

39 Unterschied. Ich würde sagen vom Lernangebot oder Lehrangebot ist
40 ausreichend da. Die Umsetzung ist ein Unterschied, ob ich es sofort
41 im Rahmen der Ausbildung praktisch umsetzen kann oder nicht, und
42 da ist sicherlich die Psychiatrie im Vorteil gegenüber der allgemeinen
43 Pflege.
44 I: Mhm. Das heißt, vom Unterricht her, von der Theorie her, wäre das
45 Angebot vorhanden. (IP: Ja) Dass das Ausmaß ausreicht.
46 IP: Für das, wo ich sage zur Basisausbildung, würde ich sagen, es
47 wäre ausreichend. (I: Mhm) Und der Vorteil, dass du einfach auf der
48 Psychiatrie die Bereiche hast, dass du ja bei Anamnesegesprächen,
49 ärztlichen oder sonstigen Gesprächen dabei bist. Was in der
50 allgemeinen Pflege absolut fehlt. (I: Ja) Da sind einfach die
51 Auszubildenden nicht präsent bei Gesprächsführungen, (I: Mhm) bei
52 Erhebungen oder sonstigen. Ob jetzt Sozialarbeiter oder Psychologin,
53 ärztliche Anamnesen oder sonstiges. Sind die Auszubildenden aber
54 auch Pflegenden eigentlich nicht zugegen. Was in der Psychiatrie nicht
55 der Fall ist. (I: Mhm) Da bin ich eigentlich, also in die ganze
56 Gesprächsschiene total involviert.

57 I: Mhm. Das heißt, da ist es einfach viel aktiver... wird das da
58 betrieben, gefördert auch. (IP: Genau) Dadurch entwickelt man das
59 jetzt auch mehr.
60 IP: ... erstens kann ich auch sehr viel beobachten. (I: Ja) Dadurch dass
61 ich bei Gesprächen dabei bin zum Beispiel in der Ausbildung. (I: Ja.
62 Ja.) Und ich kann einfach, in der Psychiatrie... tut man sehr viele
63 Gesprächsführungen durchführen und einfach auf Grund dessen, weil
64 man es dann schon in der Ausbildung lernt, und anschließend
65 permanent tut, (I: Mhm) hat man viele andere Kompetenzen.
66 I: Mhm. Also das heißt, wenn ich das jetzt richtig verstehe, in der
67 Ausbildung war das schon im Rahmen der Praktika, dass man da (IP:
68 Mhm) einfach so involviert ist in diese ganzen Gespräche... (IP:
69 Genau. Ja) diese Fallbesprechungen oder...
70 IP: Ja genau. Oder Anamnesegespräche ...(I: Interdisziplinären
71 Gesprächen.) alle. (I: Ja) Bei allen Gesprächen hat man die
72 Möglichkeit gehabt, dass man dabei ist. (I: Mhm. Mhm)
73 I: Und jetzt im Vergleich dazu... das allgemeine Diplom (IP:
74 Mhm)...da hat das gefehlt?

75 IP: Ja. Also das nehme ich wahr, dass die Schüler eigentlich nicht bei 94 auswählen können... hast du es machen können oder nicht oder wurde
76 berufsbezogenen... ob jetzt Sozialarbeiterin oder Psychologin oder 95 das schon auch gefördert? Jetzt auch...
77 Psychologe oder ärztliche Gespräche, das ist eher zufällig...oder 96 IP: Also explizit... Fortbildung ist eher so im psychiatrischen Bereich.
78 explizit müssen sie es erwähnen falls es dazu überhaupt... auch dann 97 Also im allgemeinen merke ich es nicht. (I: Mhm) Integrativ sind die
79 dürfen. (I: Mhm) Das sind so Sachen, die schon ganz unterschiedlich 98 Aspekte sowieso in vielen Fortbildungen drinnen. (I: Mhm) Also
80 sind. (I: Ja) Genauso wie Teamgespräche, was für mich auch relevant 99 psychosoziale Betrachtungsweisen oder sonstiges... ja es sind in
81 ist für Entwicklung von Kompetenzen in dem Bereich, (I: Mhm) sind 100 vielen Sachen drinnen einfach, die mit Kommunikation,
82 in der Allgemeinpflege die Schülerinnen oder Auszubildenden nicht 101 Gesprächsführung oder Sonstigem zu tun haben oder verschiedenste
83 bei Teamgesprächen oder sonstigen so Besprechungen zugehen. Was 102 multikulturelle Pflege oder egal was, (I: Ja) sind eigentlich dabei,
84 in der Psychiatrie zum Beispiel nicht der Fall ist. (I: Mhm, mhm) Aber 103 ansatzweise... vertieft nicht, ansatzweise. (3 Sekunden) Mhm.
85 da entwickle ich schon Kompetenzen. (I: Ja. Ja.) 104 I: Mhm. Und jetzt wenn du so zurück denkst an deine Einstellung,
86 I: Also es ist ein Entwicklungsprozess. Das heißt, es ist nicht begrenzt, 105 also wie du begonnen hast zum Arbeiten. Sind diese Kompetenzen
87 dass ich jetzt wirklich sage, einen Kurs macht man, das beherrscht 106 irgendwie erfasst worden? Hat man sich da ein Bild gemacht oder
88 man dann sozusagen diese Kompetenzen. Sondern es ist einfach ein 107 wirst du da von einer Station...hast du da eine Zusage gehabt du
89 immer während der Prozess. Da ist jetzt meine Frage. Wird das im 108 kannst da anfangen und hast einfach vom Typ vielleicht da rein
90 Rahmen der beruflichen Tätigkeit, in Fortbildungen...dass es auch 109 gepasst in das Team? Oder hat man sich schon angeschaut jetzt auch
91 gefördert wird im... also explizit, psychosoziale Kompetenzen. Dass 110 was du da mitbringst an Kompetenzen.
92 die Priorität auch haben? Wird das auch... oder kann man sich das 111 IP: Nach der Ausbildung? (I: Ja, also bei deiner Einstellung) Also
93 jetzt einfach, wenn du an deine Praxis denkst, hast du dir das 112 nach der Ausbildung haben sich die Schüler sowieso oder die

113 Frischdiplomierten schon während der Ausbildung beim Abschluss 132 allgemeinen... eigentlich kann man sagen beides, weil defizitär ist
114 überlegen können wo sie hingehen wollen. Und ich denke mir, dass in 133 absolut in der allgemeinen... (I: Mhm) weil es eben miteinander
115 der Psychiatrieausbildung sowieso hohe Kompetenzen diesbezüglich 134 psychosoziale Aspekte nicht in dem Sinn so intensiv betrachten, was
116 sind, weil einfach mit einer dreijährigen Psychiatrieausbildung man 135 die Teamarbeit zum Beispiel bereichern würde. Weil sie ja
117 permanent mit psychosozialen Aspekten konfrontiert (I: Mhm) ist. (I: 136 untereinander, miteinander einfach eine bessere Umgangsform haben.
118 Mhm) Da sage ich einmal, kommt es darauf an, was für eine 137 (I: Ja) Ich sage immer, dieses therapeutische Milieu... und das wäre
119 Teamstruktur da ist, welche Persönlichkeiten da sind, wie die 138 etwas, wo ich sage, das ist viel schneller in der Psychiatrie da, wo du
120 zusammenpassen. (I: Mhm) Aber nicht unbedingt von der... von 139 dich auch viel schneller wohl fühlen kannst, wenn du als Mensch ganz
121 solchen Kompetenzen. Da ich sage, ich müsste mir jetzt diesbezüglich 140 anders wahrgenommen wirst. (I: Ja) (I: Woran liegt das? Woran
122 irgendetwas jetzt erst aneignen. (I: Ja) Also da wäre es eher so, ob das 141 könnte es liegen? Dass das da einfach leichter ist, jetzt im
123 Team jetzt von der Persönlichkeit miteinander kann. (I: Mhm) Aber 142 Psychiatrien.) An der körperorientierten Ausbildung in der
124 nicht, dass ich jetzt fachspezifisch erst psychosoziale Kompetenzen 143 allgemeinen (I: In der allgemeinen...) An der somatischen
125 irgendwie darstellen muss, damit ich wo aufgenommen werde. 144 Ausbildungsschiene. Die zwar in der Theorie das erwähnen... aber die
126 I: Mhm. Also das heißt, was du jetzt genannt hast, die Teamstruktur, 145 das erwähnen und ausbilden... die Lehrerinnen haben keine Ahnung
127 einfach auch die Bereitschaft vom Team, oder die Zusammenarbeit, 146 von dem, weil sie in diesem Bereich nie tätig waren. Das heißt, denen
128 dass auch psychosoziale Umgangsweisen möglich sind, ist 147 fehlen schon praktische Kompetenzen (I: Mhm) von dem, dass sie
129 entscheidend? 148 einmal wirklich in dem Bereich gearbeitet haben. (I: Mhm) Somit
130 IP: (3 Sekunden) Also ich denke mir, wir müssen jetzt immer, wenn 149 vermitteln sie es rein theoretisch, was sie nicht authentisch, aus
131 ich jetzt rede von meiner Psychiatrieerfahrung oder von meiner 150 Selbsterfahrung her vermitteln können. (I: Mhm. Mhm)

151 I: Also auf einer Seite eben die somatische Orientierung und 169 das einfließen und kann das an Mitarbeiter herangetragen werden?
152 andererseits jetzt auch Defizite bei der Lehrerinnenausbildung... dass 170 Dass das zum Tragen kommt.
153 die Vermittlung da gar nicht so stattfinden kann. 171 IP: Schwer. (lachen) Schwer. Weil alles was von oben kommt, sage
154 IP: Na die einfach auf der theoretischen Schiene ist. (I: Mhm) Das ist 172 ich jetzt einmal, muss selbst vorgelebt werden. (I: Mhm) Und in
155 aber das Gleiche, wenn ich etwas anderes unterrichte. (I: Ja) Aber da 173 Organisationen, in so großen Organisationen, sage ich einmal,
156 spürt man es eben, weil ich mir denke, da gehört auch viel ...das ist 174 Leitbilder und sonstiges, wenn die nicht wirklich gelebt werden,
157 eine Mischkulanz... wie authentisch bringe ich das hinüber weil es 175 gerade dann sind es irgendwelche verschriftlichten Darstellungen, (I:
158 eben etwas mit dem Menschenbild zu tun hat. (I: Mhm) Mit meinem 176 Ja) die einfach nicht dorthin kommen, wo sich die Leute damit
159 persönlichen Ansatz der Begegnung (I: Ja) oder egal was (I: Ja) und 177 identifizieren können. Weil sie vorgelebt werden. (I: Mhm)
160 da denke ich mir, da merkt man das, hat jemand da wirklich schon 178 I: (3 Sekunden) Also es wirkt zu theoretisch einfach, das ist so ein...
161 Erfahrung damit, (I: Mhm) hat er so etwas kennen gelernt oder gar 179 IP: Eher unecht. (I: unecht) Weil die Vorgesetzten oder... die müssten
162 nicht kennen gelernt, sondern tut er wirklich rein theoretisch etwas 180 was da drinnen steht auch leben. Und wenn der zwischenmenschliche
163 vermitteln (I: Mhm) und das ist eine komplett andere Ausstrahlung 181 Alltag so gestaltet ist, dass er genau nicht das wieder spiegelt was da
164 dann. (I: Mhm.Mhm) 182 drinnen ist, dann brauche ich das nicht. (I: Mhm) Und somit werden
165 I: Du hast jetzt gerade das Menschenbild erwähnt. Das heißt, jeder hat 183 die Leute oder das ganze unglaubwürdig (I: Ja) und somit identifiziert
166 sein eigenes Menschenbild, jede Organisation, jedes Krankenhaus hat 184 sich auch keiner damit, oder wenig. (I: Mhm.mhm)
167 auch ihr Leitbild, das sich auf ein Menschenbild begründet. Wie weit 185 I: Das heißt, eine besondere Bedeutung haben Führungskräfte da
168 siehst du den Einfluss von so einem Menschenbild und wie weit kann 186 auch. (IP: Oder auch die Organisation) Ja (IP: Dockt an auf jeden
187 Fall.) ja. Wie würdest du da dann die Ausbildung beurteilen von

188 Führungskräften. Du hast ja selber auch viel mit Führungskräften zu 207 ich (I: Ja, ja.) als Führungskraft. (I: Mhm) Und da denke ich mir, da
189 tun. Glaube ich. 208 sind noch immer die Vorgehensweisen, wie kommt man zu einer
190 IP: Mehr Stellenwert bei der Kompetenzentwicklung bei 209 Führungsposition, defizitär.
191 Führungskräften geben, (I: Mhm) gezielter Entwicklung von 210 I: Mhm. Sprich, ein Auswahlverfahren meinst du damit?
192 Führungskräften, mit standardisierten Ausbildungen (I: Mhm) mehr 211 IP: Genau Auswahlverfahren.
193 Zielorientiertheit. Das heißt mit einer Zielsetzung Führungskräfte 212 I: Wie würdest du die einschätzen, wie es momentan ist? Oder wie du
194 entwickeln, (I: Mhm) die auch reflektieren, evaluieren und schauen ob 213 es erlebst?
195 es auch erreicht wurde (I: Ja) mit Konsequenzen. Weil die 214 IP: Netzwerke entscheiden.
196 Führungskräfte gerade in solchen Organisationen, wo sie auch große 215 I: Mhm. Mhm.
197 Teams leiten, auch sehr viel anstellen können, wenn sie inkompetent 216 IP: Das sind bereits gemachte Positionen, ja. (I: Ja) Das sind bereits
198 sind. Die sind sehr maßgeblich daran beteiligt, dass sich ein Team 217 gemachte Sachen, weil Hearings formal erfüllt werden, aber nicht
199 dementsprechend entwickelt oder nicht entsprechend entwickelt. (I: 218 mehr. Weil nicht wirklich die Entscheidung nach einem Hearing
200 Mhm) Und wenn die Führungskraft schon nicht sehr gut ist, dann 219 getroffen wird, sondern das Hearing nur mehr die formalen Sachen
201 spiegelt sich das im Team wieder. 220 sozusagen erfüllt (I: Mhm) damit das stattgefunden hat. In der
202 I: Mhm. Das heißt, da ist eine Vorbildwirkung von den 221 Privatwirtschaft sind sie teilweise so, wo man sagt, Hearings nein,
203 Führungskräften da. 222 sondern wirklich so, wo haben wir ein Potenzial. Und das entwickel
204 IP: Vorbildwirkung eben in dem Sinn, wenn ich mit meinem Team 223 wir und das ist gut, das ist Führungskraft. Und nicht (I: Mhm) schauen
205 wie umgehe, dann lebe ich das vor, oder wenn ich gewisse Spielregeln 224 wir mal und dann schauen wir was uns am besten zum Gesicht passt.
206 auch selbst einhalte, dann, wie authentisch bin ich, wie kompetent bin 225 (I: Ja. Mhm)

226 I: Das heißt, da entscheiden nicht so die Kompetenzen, sondern da
227 sind ganz andere Aspekte die da...

228 IP: Nicht immer, aber die Möglichkeit besteht.

229 I: Ja. Mhm.

230 IP: Es hat sich gegen die Geschichte schon so ein bisschen mehr
231 entwickelt. Weil früher war es eher so, kommt die Zeit kommt der
232 Posten (I: Mhm) für eine Führungskraft. (I: Ja) Was jetzt dann Gott
233 sei Dank nicht mehr in dem Ausmaß ist, aber trotzdem noch immer
234 so, in einer leider wie in der Pflegelandschaft sehr militant
235 strukturierten Hierarchie, noch immer nicht sehr anders gelebt wird.

236 I: Mhm. Also das heißt Tradition wird da noch sehr gelebt.

237 IP: Die Tradition beziehungsweise ist es auch... es kommt auch auf
238 die Organisation drauf an, aber wie im XY ist es auch ein Politikum
239 dahinter.

240 I: Mhm. Und was kann die Ursache sein, dass man diese Strukturen
241 hier einfach nicht hinaus bekommt? Jetzt ist es ja wirklich schon...

242 IP: Weil der Bedarf nicht da ist von oben. Weil, somit kann ich ja
243 steuern, wenn ich diese Strukturen habe... ist ja eine politische
244 Entscheidung.

245 I: Den Bedarf... das habe ich jetzt nicht verstanden?

246 IP: Der Bedarf ist insofern nicht da, wenn das System erhalten ist (I:
247 Ja) und in dem System lenken kann, indem ich ja hierarchisch
248 strukturiert agiere. (I: Mhm) Damit habe ich eine viel bessere
249 Steuerbarkeit, weil ja immer nur ein Informationsweg, ein bestimmter
250 stattfinden kann (I: Mhm. Mhm) in einer Hierarchie. (I: Ja. ja. Mhm.)

251 I: Also das heißt, Strukturen sind da, die da auch mitwirken, dass da
252 jetzt, ja bestimmte Haltungen nicht gelebt werden können.

253 IP: Ja Unternehmenskultur... also da fallen viele Schlagwörter hinein.

254 (I: Ja) (3 Sekunden) Aufbau überhaupt... also die Struktur des
255 Unternehmens, schwer hierarchisch strukturiert, genau, die Kultur die
256 dahinter steckt... (I: Mhm)

257 I: Was ist das für eine Kultur, wie würdest du diese beschreiben?

258 IP: (3 Sekunden) Nicht die Kultur wie sie in den Leitbildern steht. Sie
259 ist nicht offen, (I: Mhm) sie ist nicht fehlerorientiert, im Sinne von
260 dass Fehler transparent gemacht werden und kein Schuldiger gesucht
261 wird. Also es sind eigentlich Sachen dahinter, wo ich sage, es wird
262 etwas vermittelt, was dann im Endeffekt wenn es darauf ankommt
263 nicht so gelebt wird. Die Menschen können nicht einfach ihre

264 Meinung sagen, sie müssen ihren Dienstweg einhalten, (I: Mhm) um 283 ich habe ausreichend Zeit für Gesprächsführung (I: Mhm) oder für die
265 gewisse Sachen irgendwo deponieren zu können. (I: Mhm) Was 284 mitarbeiterorientierte Haltung. (I: Ja) Dass ich mir Zeit nehmen kann
266 natürlich schon wieder hindert, dass sie es überhaupt tun. Und so 285 für Mitarbeiter oder sonstiges. (I: Ja. ja) Also es sind verschiedene
267 gewisse Wege... (I: Mhm) 286 Aspekte auch...

268 I: Also das zeigt, wenn ich das jetzt so verstehe, dass es oft einfach 287 I: Also das heißt, dass der patientenorientierte Umgang und überhaupt
269 Strukturen... oder auch der Umgang in Organisationen, da sehr viel 288 psychosozialer Umgang, bedarf einfach mehr Zeit. (I: Mhm) Du hast
270 auch an Potenzial wegnimmt, sage ich jetzt einmal, um sich da jetzt 289 jetzt vorher beschrieben von deiner eigenen Praxis im psychiatrischen
271 auch oft was Leitbilder ausdrücken... weil in den Leitbildern, die ich 290 Bereich war das eher möglich. Hat es da mehr Zeiresourcen
272 jetzt kenne, die sind doch immer sehr orientiert an Menschen, an 291 gegeben, oder warum war es da mehr möglich, als auf einer
273 Patienten (IP: Mhm) und das was du auch sagst, dass die oft nicht so 292 Allgemeinstation?

274 gelebt werden. Das ist diese Theorie aber es wird nicht umgesetzt, 293 IP: In der Allgemeinstation ist noch immer so mein Schwerpunkt,
275 dass es da sehr oft scheidert einfach an diesen Rundum - Strukturen, 294 oder eben... also der Schwerpunkt der Pflege... Leistung ist, wenn ich
276 an diesem Rahmen der da gegeben ist. 295 etwas tue, im Sinne mit versorgen von Patienten. Ich muss eine
277 IP: An den Strukturen und natürlich auch teilweise an verschiedenen 296 Leistung erbringen. Ob ich ihn jetzt wasche, füttere, bette oder sonst
278 anderen Bedingungen, wo ich sage, okay, wenn gewisse 297 irgendetwas. Die Gesprächsführung an und für sich wird in der PPR
279 Arbeitsbedingungen da sind, werden gewisse Sachen auch nicht 298 nicht honoriert, hat keinen Stellenwert (I: Mhm) als Leistung, als
280 eingehalten werden können. Zum Beispiel wenn ich Personalmangel 299 pflegerische Leistung. (I: Mhm. Ja) Und in der Psychiatrie ist
281 habe permanent, weil ich Einsparungen machen muss, (I: Mhm. Ja) 300 natürlich das Gespräch eine Leistung. (I: Mhm) Also da handelt es
282 werde ich nicht unbedingt Arbeitsbedingungen haben, wo ich sage, 301 sich einfach bei 80 Prozent der Tätigkeiten um Gesprächsführungen

302 (I: Mhm) und da ist einfach der Stellenwert. Wo ich sage, klar ist 321 immer... ist das noch immer auch noch die somatische Orientierung
303 waschen, essen, betten und so weiter genau so dabei, aber das ist 322 in der Allgemeinpflege, noch immer beeinflusst dadurch?
304 einfach integrativer Bestandteil. In der Allgemeinpflege ist 323 IP: Sicherlich. Weil die Ärzte da in dem Bereich auch noch nicht so
305 Gesprächsführung und psychosoziale Aspekte da explizit 324 weit sind, dass sie psychosoziale Betrachtungen da hätten in dem
306 herauszuarbeiten, zu betrachten und so weiter im Berufsalltag hat 325 Ausmaß (I: Mhm) Ja, sicherlich.
307 nicht den Stellenwert, dass das jetzt so wichtig wäre und auch 326 I: Mhm. Also die Lösung davon, die Ablösung von diesem Modell ist
308 berechnet wird von der Personalplanung her. (I: Mhm. Mhm) 327 noch nicht gegeben. (IP: Nein) Es gibt aber doch zahlreiche
309 I: Also das findet gar keinen Platz jetzt auch in der PPR 328 Pflege theorien, Pflegemodelle, die sehr psychosozial orientiert sind
310 Berechnung... (IP: Mhm) hat man das eigentlich... grenzt man das 329 und es gibt ja auch sehr viel Entwicklung jetzt im Pflegefachbereich.
311 schon aus diese... 330 Und jetzt ist es noch nicht geschafft worden sich da wirklich komplett
312 IP: Genau. Wenn ich jetzt zum Beispiel eine Stunde mit einem 331 abzulösen.
313 Patienten, was in der Psychiatrie möglich wäre ein (I: Ja) 332 IP: Erstens muss ich persönlich die Überzeugung haben von diesen
314 Entlassungsgespräch führe, (I: Ja) fehlt mir das komplett in der PPR in 333 Modellen und sie müssen (I: Mhm) als einzelner, wenn ich ein
315 der Allgemeinpflege. (I: Ja) Das wird nicht honoriert. (I: Mhm) Wenn 334 Konzept umsetzen will, habe ich überhaupt keinen Auftrag. Wenn
316 ich dafür 20 Patienten wasche oder sonstige Sachen mache, kriege ich 335 dann muss ein System dahinter stecken. (I: Mhm) Das ist einmal
317 dafür die Leistung. 336 Faktum eins. Und Faktum zwei sind die Rahmenbedingungen. Ich
318 I: Mhm. Mhm. Und würdest du jetzt auch noch einschätzen, wenn 337 muss auch, wenn ich das Konzept umsetzen will, gewisse
319 man jetzt die historische Entwicklung betrachtet, die ja sehr auf dem 338 Rahmenbedingungen haben, und da sind wir bei dem was wir zuerst
320 biomedizinischen Modell der Medizin orientiert ist, hängt das noch 339 gesagt haben. (I: Ja) Hat das den Stellenwert überhaupt, dass ich das

340 mache, habe ich dafür die Zeitressourcen, habe ich dazu die 358 IP: Das geht nicht, wenn die Rahmenbedingungen nicht gegeben sind.
341 fachlichen persönlichen Kompetenzen. (I: Mhm) Und das scheitert 359 Ich kann ein 17 Personenteam schulen auf Gesprächsführung (I: Ja)
342 teilweise schon in diesem Bereich. (I: Mhm) Hat es auch seitens der 360 oder psychosozialen Qualifikationen oder irgendwelchen Konzepten.
343 Medizin einen Stellenwert oder ist es wichtiger andere Sachen zu tun. 361 Wenn ich dazu nicht die Ressourcen habe, werde ich es nicht
344 I: Ja. Mhm. Und das System, was du gesagt hast, das haben wir vorher 362 umsetzen können. Dann werde ich es nur punktuell aber nicht
345 schon erwähnt... also diese Teamgestaltung, die 363 systematisch umsetzen können.
346 Teamzusammenarbeit, (IP: Mhm) die Führungskräfte... meinst du das 364 I: Mhm. Also du sagst jetzt auch, dass es von diesen Ressourcen
347 damit, das System muss dahinter stehen? 365 abhängig ist. (IP: Mhm) Personelle Ressourcen, (IP: Mhm) zeitliche
348 IP: Eben Stations- oder Organisationseinheit, aber übergeordnet 366 Ressourcen... Führungskraft war da vorher auch jetzt eine Ressource.
349 eigentlich alles, ja. 367 IP: Aber es wird da topdown gespielt. Wenn der Stellenwert von
350 I: Mhm. 368 solchen... es geht um den Stellenwert. Wenn ich sage, psychosoziale
351 IP: Übergeordnet geht nach oben hin weiter. 369 Aspekte haben einen gewissen Stellenwert, nämlich welchen
352 I: Mhm. Und was könnte man jetzt in einer Teamarbeit machen, dass 370 Fragezeichen. (I: Ja) Einen gleichwertigen zum Beispiel gegenüber
353 ein breit gefächertes Konzept auch umgesetzt werden kann? Was 371 körperlichen oder sonstigen. (I: Mhm) Hat es nicht, sage ich, in der
354 könnte man da für Möglichkeiten schaffen, die es jetzt vielleicht noch 372 Allgemeinpflege. Dann wird das topdown nicht vermittelt und auch
355 nicht gibt... wenn es oft nicht möglich ist wie du vorher gesagt hast, 373 nicht gewünscht. Dann wird noch immer die Versorgung mit anderen
356 auf Allgemeinstationen. Was gäbe es für Möglichkeiten diese 374 Sachen einen anderen Stellenwert haben (I: Mhm) als eine
357 Umsetzungen im Team zu erleichtern? 375 Gesprächsführung zum Beispiel.
376 I: Mhm. Mhm.

377 IP: Und wenn ihnen nicht wichtig ist, dass die Personen, die Patienten 396 gewisse Situationen so lenken wie ich es mir wünsche. (I: Mhm.)
378 versorgt werden und dass die Besetzung einfach da ist und nicht wie 397 Weil ich dem Patienten nicht so zeitlich begegnen kann wie es jetzt
379 es den Menschen geht miteinander, ob sie gut miteinander arbeiten... 398 vielleicht brauchen würde, weil ich einfach nicht die Ressourcen dazu
380 wenn das nicht mein Stellenwert ist, dann werde ich auch dort nicht 399 habe.

381 psychosoziale Aspekte in der Teamarbeit zum Beispiel finden. (I: 400 I: Mhm. Und wenn wir jetzt auf die Persönlichkeitsstrukturen, noch
382 Mhm) (5 Sekunden) Also es sind die Rahmenbedingungen für mich, 401 einmal... auf den Einzelnen schauen. Das beginnt ja schon eigentlich
383 immer wieder das gleiche. (I: Mhm) Und da können Leitbilder sein 402 vor der Ausbildung, bei der Aufnahme jetzt für die
384 was sie wollen, wenn dafür keine Ressourcen zur Verfügung gestellt 403 Krankenpflegeausbildung, bei der Erfassung in diesen
385 werden, (I: Ja) können diese Leitbilder nicht umgesetzt werden. 404 Aufnahmeverfahren. Ich weiß nicht, ob du da auch Einblick hast...

386 I: Mhm. Also das heißt, für dich haben diese Rahmenbedingungen den 405 wie die stattfinden. Wenn ja, wie würdest du die einschätzen diese
387 Hauptaspekt, (IP: Mhm) wenn ich das jetzt so richtig verstanden habe. 406 Aufnahmeverfahren?

388 IP: Obwohl ich nicht den Einzelnen aus seiner eigenen Verantwortung 407 IP: Ich glaube, die sind sowieso schwer, also insofern dass... dass ich
389 ziehe, wo ich sage, meine Grundhaltung der menschlichen 408 da jetzt eine Meinung dazu abgebe. Ich denke mir, es gibt schon sehr
390 Begegnung, das hat hängt sehr viel mit meiner 409 gute Auswahlverfahren und wirklich (I: Mhm) Entwicklungspotenzial
391 Persönlichkeitsentwicklung sicherlich auch zusammen. Da kann ich 410 sehe ich erst nachher. Weil das ist wirklich eine Momentaufnahme (I:
392 Basics in der Ausbildung kriegen, aber es hängt sehr viel daran ob ich 411 Mhm) trotzdem.

393 ein reflektierender Mensch bin (I: Ja. ja) und so weiter, ja. Also das 412 I: Ja.

394 kann ich sehr wohl einfließen lassen. Aber ich kann unter gewissen 413 IP: Diese Tests sind einfach eine gewisse Aufnahme, in einem
395 Arbeitsbedingungen, gewisse Umstände nicht so machen, oder 414 bestimmten...in einer bestimmten Zeiteinheit und ich kann nicht

415 davon ausgehen, dass weil der gut abscheidet, sich auch dann gut 434 IP: Ist absolut wieder ein Politikum. Weil wenn ich bestücken muss,
416 entwickeln wird. (I: Mhm) Es gibt sicherlich ein paar 435 weil die Pflege einfach...so wie die demokratischen Verhältnisse sind,
417 Auswertungskriterien wo man schon sagt, hopppla, der liegt vielleicht 436 präsent sein muss, (I: Mhm) um abzudecken den Pflegebedarf in der
418 komplett falsch. Aber (I: Mhm) ich denke mir, es sind sehr viele 437 Bevölkerung, (I: Mhm) wird sicherlich mehr Durchgängigkeit sein,
419 Entwicklungspotenziale da, wo ich sage, im Rahmen der Ausbildung 438 als so, wie das zu anderen Zeiten nicht war. (I: Mhm) Das merkt man
420 erwerbe ich dann wahrscheinlich gewisse Kompetenzen oder 439 auch in der Ausbildung, wo man sagt, okay manche haben
421 Festigkeiten. (I: Mhm) 440 Anforderungskriterien, so wie das XY mit einem gewissen
422 I: Wie war das bei deiner eigenen Ausbildung? Hat es da 441 Notendurchschnitt (I: Mhm) bei der Aufnahme. (I: Ja) Wo andere
423 Auswahlverfahren gegeben? 442 sagen, okay den Notendurchschnitt nehmen wir nicht, weil wir sind
424 IP: Das weiß ich nicht. 443 froh, dass wir überhaupt eine Klasse zu Stande bringen und überhaupt.
425 I: Weißt nicht mehr. 444 (I: Mhm) Das wird auch politisch, sage ich, gesteuert, um einfach den
426 IP: Wenn ich aufgenommen worden bin, nach was für Kriterien ... (I: 445 Bedarf an Pflegekräften auch anbieten zu können, (I: Mhm) abdecken
427 Also du hast jetzt keinen...wie es jetzt ist in der Ausbildung... 446 zu können.
428 Computertest, ein Gespräch... hat es nicht gegeben?) Nein, nein, nein. 447 I: Mhm. Also das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe,
429 I: Und wie würdest du jetzt beurteilen... ich habe jetzt eine Aussage, 448 bestätigst auch du, das die Quantität da oft doch im Vordergrund
430 die sagt, dass die Quantität vor der Qualität steht. Das heißt, beim 449 steht, als die Qualität, die die Kompetenzen und die Ausbildung (IP:
431 Aufnahmeverfahren, wenn jetzt Bewerber eigentlich nicht geeignet 450 Mhm) der Bewerber betrifft. (IP: Mhm)
432 sind, aber um doch sozusagen eine Klasse zu füllen, werden sie 451 IP: Wobei man wieder sagen kann, das könnte man in der
433 aufgenommen. (IP: Mhm) Wie würdest du das beurteilen? 452 Ausbildungsschiene ändern, insofern dass man sagt, man würde mehr

453 Augenmerk darauf legen, dass die Diplomierten nicht so in der so 472 IP: Obwohl dann wieder die... es kommt dann wieder darauf an, wie
454 genannten Grundpflege so präsent sein müssten. (I: Mhm) Sondern 473 die Zielrichtung ist. Weil wenn man sagt, okay die Diplomierten sind
455 dass sich das mehr aufsplittern könnte in Pflegehelfer, in Diplomierte 474 dann wieder hauptsächlich die Mitverantwortlichen, wenn nicht
456 und dann weitere kompetenten Funktionsträgerinnen. Das weiß ich 475 definiert wird, dass zum Beispiel dafür Gesprächsführungen und
457 jetzt nicht... (I: Mhm) aber so ist eine Mischkulanz drinnen. 476 sonstiges reinfallen. Muss man dann auch... (I: Mhm) also ich denke
458 I: Also das heißt, zu wenig differenziert einfach die Ausbildung auch. 477 mir dann auch, es muss ja die Zielsetzung muss da sein. (I: Mhm)
459 (IP: Ja. Ja.) Es ist jetzt noch so, vieles was immer bis jetzt der Pflege 478 Will ich das, oder will ich das nicht.
460 zu getan war... kommen aber doch neue Kompetenzen... 479 I: Mhm. Das heißt, jetzt ist sie noch nicht da... jetzt zumindest im
461 IP: Also ich denke mir, ich könnte mir vorstellen, dass die so genannte 480 allgemeinen Bereich. Also du hast da differenziert, (IP: Mhm) dass
462 grundpflegerischen Sachen wie Betten machen (I: Ja) oder Essen 481 eben im psychiatrischen Bereich und im allgemeinen Bereich... (IP:
463 austeilen und so weiter, das könnte sehr wohl von einem anderen 482 Mhm) im allgemeinen Bereich ist einfach diese Zielvorgabe auch gar
464 Personal abgedeckt werden und damit ich mich als Diplomierte um 483 nicht da, dass man jetzt diese psychosozialen Aspekte, da mehr hinein
465 andere (I: Mhm) Sachen kümmern könnte. Also da könnte man viel 484 nimmt.
466 differenzierter herangehen. 485 IP: Die werden nicht leistungsmäßig honoriert. (I: Ja) Alles... nur was
467 I: Also da wäre die zeitliche Ressource, diesen Zeitrahmen könnte 486 wirklich Handlungsorientiertes ist wird honoriert mit der PPR... (I:
468 man da verlagern (IP: Ja zum Beispiel und auch Kostenrahmen.) 487 Mhm) als Leistung definiert explizit.
469 Mhm. Mhm. (IP: Mhm) Ja, also das wäre auch eine Möglichkeit, da 488 I: Ja. Und somit sind Maßnahmen dann eigentlich auch gar nicht
470 schon einmal grundlegend diese Aufgabenbereiche anders zu 489 gefragt, dann wenn ich ... (IP: Somit definiere ich mich dadurch.
471 beschreiben auch oder zu verlagern eben. 490 Genau. Dass es eigentlich den Stellenwert nicht gibt.) Mhm. Mhm.

491 Und jetzt auf Stationen wo es doch möglich ist... (IP: Mhm) also es 509 Versorgung des Patienten mehr Stellenwert hat (I: Mhm) oder den
492 gibt ja zahlreiche Stationen, die man selber aus eigener Praxis auch 510 größten Stellenwert hat.
493 doch erfahren hat, oder psychosomatische Stationen, die jetzt 511 I: Mhm. Mhm. Es ist einfach dieses Körperliche.
494 auch...wo doch ein anderer Umgang möglich ist... da ist es... die 512 IP: Mhm und der Stellenwert (I: Mhm) und die Leistung, wo ich sage,
495 diese Rahmenbedingungen von oben her einfach anders gestalten, 513 okay, die und die Leistung, das ist Leistung, das definiere ich so. (I:
496 dass es, umgesetzt werden kann? 514 Mhm) Genauso, dass alte Menschen jetzt eigentlich im Akutspital,
497 IP: Bei einer Psychosomatischen habe ich schon eine andere 515 sage ich jetzt einmal, fahrlässig aus unserer, aus meiner Sicht,
498 Auslegung... hat ja schon eine andere Zielorientierung. Da fällt ja das 516 hospitalisiert werden. Sie werden ins Bett hinein gepflegt, weil
499 schon hinein das Psychosomatische. (I: Mhm) Das ist ja schon in 517 sämtliche Sachen die sie eigentlich zur Verfügung bräuchten, (I:
500 dieser Schiene drinnen, dass ich da einen Schwerpunkt setze auf die 518 Mhm) nämlich wenn sie in irgendeiner Form dementiell erkrankt sind
501 psychosomatische (I: Mhm) Schiene. In anderen Bereichen, so wie 519 oder sonstiges... das nicht vorfinden, und wenn die länger im
502 eine Neurologie zum Beispiel, ja... da tue ich mir schwer. Es kommt 520 Akutspital sind, und somit immer mehr von der psychosozialen
503 darauf an, es kommt immer darauf an, ob jemand von oben es 521 Versorgung abkoppeln, (I: Mhm) weil das ja im Akutspital nicht zur
504 definiert als wichtig... weil es ist genau so, dass eine Neurologie, wo 522 Verfügung gestellt wird... (I: Mhm) haben sie immer mehr
505 ich sagen kann, ich kann es anders machen oder Gerontologiebereich 523 Orientierungslosigkeit und so weiter (I: Mhm) und kommen in einem
506 oder Interner Bereich wo auch andere Möglichkeiten da wären, 524 viel schlechteren Zustand, wenn sie ein Proc- Fall sind in ein
507 psychosoziale Sachen einfließen zu lassen... einfach nicht den 525 Pflegeheim, als sie es bei der Aufnahme ins Akutspital waren. (I:
508 Stellenwert haben. Weil da auch wieder eigentlich die körperliche 526 Mhm) Weil eben diese ganzen psychosozialen Schienen überhaupt
527 nicht abgedeckt werden.

528 I: Mhm. Das heißt, es geht der Mensch da mit seinen Ressourcen, 545 I: Also die Kontinuität ist einfach (IP: Nein) nicht möglich (IP: Nein)
529 seinen Bedürfnissen, geht da jetzt eher unter. Obwohl es doch auch so 546 aufgrund der Bedingungen (IP: Mhm) auch wieder. Wieder, schließt
530 viele... ich meine, jede Station ist doch auch heute... dass sie ihr 547 sich der Kreis dann einfach wieder.
531 Konzept hat und ihre Theorie dahinter auch... die ja in der Theorie 548 IP: Dann wird wieder ein Psychologe oder ein Psychiater oder eine
532 doch auch sehr psychosozial formuliert sind auch. Aber in der Praxis 549 Sozialarbeiterin hergeholt. Aber die Pflege fühlt sich auch teilweise
533 ist das nicht möglich. Da ist jetzt meine Frage wie kommt es dazu, 550 nicht zuständig dafür, weil sie es ja auch nicht abdeckt. (I: Mhm)
534 dass es doch soviel an Theorieentwicklung, Auseinandersetzung gibt 551 Dann wird zum Beispiel, was auf der Psychiatrie nicht so der Fall ist,
535 und es aber dann in der Praxis... (IP: Ja weil es ganz logisch ist, wenn 552 dass ich jetzt gleich unbedingt den Psychologen hole. Sondern auch
536 ich...) Ist es nur von den Rahmenbedingungen... 553 die Gesprächskompetenz habe, dass ich momentan ein Gespräch
537 IP: Es kommt erstens drauf an, ist es mir persönlich wichtig, ist es der 554 führen kann. (I: Mhm) Was im Allgemeinen sofort ein Konsiliarzettel
538 Institution wichtig und trotzdem sage ich weiterhin, mit einer 555 ist Richtung Psychologen (I: Mhm) oder Sozialarbeiter. Wo ich aber
539 Personalpräsenz von zwei bis drei Leuten, kann ich gewisse Sachen 556 in der Psychiatrie die Kompetenzen habe, dass ich mit externen
540 nicht umsetzen. (I: Mhm) Kann ich nicht. Dann kann ich sagen, es ist 557 Einrichtungen einfach zusammenarbeite (I: Ja) selber... (I: Mhm)
541 punktuell möglich, es ist zufällig möglich, weil die Ressourcen gerade 558 unabhängig dass ich jetzt jemanden sofort mit einschalten muss.
542 an diesem Tag oder in der und der Zeit (I: Mhm) Zeit habe. (I: Ja) 559 I: Mhm. Also das heißt, das kann ganz anders abgedeckt werden. (IP:
543 Aber es ist nicht systematisch so, dass man sagt, grundsätzlich arbeitet 560 Mhm) Jetzt eine Frage dann zur Psychiatrie auch noch, zu
544 man so... (I: Mhm) ist es nicht. 561 psychiatrischen Stationen. Hat da jetzt das Körperliche weniger
562 Stellenwert?

563 IP: Nein. Weil ich nämlich sage... den gleichwertigen Stellenwert. 582 I: Und wie würdest du jetzt, wenn du jetzt nach dieser Differenzierung
564 Und ich behaupte einmal, dass in der allgemeinen Pflege viel mehr 583 – Allgemeinstationen, psychiatrische Stationen, wie würdest du jetzt
565 gemacht wird, was vielleicht gar nicht notwendig ist. (I: Mhm) Weil 584 das Verhältnis von der psychosozialen Betreuung und der somatischen
566 die Ressourcenorientiertheit nicht gelebt wird. (I: Mhm) Ich meine 585 Betreuung einschätzen? So ganz spontan einfach, jetzt einmal im
567 natürlich... wieder der Zeitfaktor ist... aber in der Psychiatrie, wenn 586 psychiatrischen Bereich.
568 sich ein Patient waschen kann, dann kann ich mir die Zeit nehmen... 587 IP: Wie meinst du das? Weiß ich jetzt nicht?
569 wenn er sich nur teilweise waschen kann... dass er Hilfe zur 588 I: Dass.. also dass auf einer psychiatrischen Station... (IP: Mhm)
570 Selbsthilfe machen kann (I: Mhm) oder ich. (I: Mhm) Und in der 589 welches Ausmaß, Zeitausmaß nimmt jetzt sozusagen die
571 allgemeinen Pflege wird das nicht honoriert. Weil ich kann mir nicht 590 psychosoziale Betreuung in Anspruch?
572 Zeit nehmen, dass ich ihm jetzt zuschaue, (I: Mhm) dass er sich 591 IP: Das kann ich mir nicht mehr heraus nehmen, weil ich schon so
573 vielleicht das Gesicht langsam wäscht eine Viertelstunde oder zehn 592 lange nicht mehr dort bin. (I: Vom Gefühl her jetzt so?) Aber im
574 Minuten und ja diese Zeit fehlt dann. (I: Mhm) Weil eben die 593 Verhältnis zum Körperlichen 70 zu 30, 60 zu 40 wahrscheinlich. (I:
575 Ausrichtung nicht ist, dass jetzt die Hilfe zur Selbsthilfe zum Beispiel 594 Mhm) Kommt darauf an ob es Akutpsychiatrie ist mit einem
576 den Stellenwert kriegt. (I: Ja. Mhm) Das muss man dann umgehen, 595 momentan akuten Schub wo ich sehr wohl (I: Ja) körperlich versorgen
577 wenn man es in irgendeiner Form integrieren kann in die PPR über 596 muss. (I: Mhm) Und aber relativ schnell dann der Ressourcenansatz
578 irgendwelche anderen Methodiken. Weil sonst verliert man das, wenn 597 zu tragen kommt. Das heißt, es wird sofort schneller agiert als in der
579 man so arbeitet. Man verliert den Leistungspart (I: Ja) und hat dann 598 Allgemeinpflege, was vielleicht der Patient selber machen kann. (I:
580 einen schlechteren Ausstieg in der PPR und das Personal wird wieder 599 Mhm) Wo das in der Allgemeinpflege viel verspäteter zu tragen
581 reduziert. (I: Mhm) 600 kommt (I: Mhm) ja. Also ich würde sagen, es kommt jetzt darauf an.

601 Das kann man nicht so sagen, weil Gerontologiepsychiatrie ist zum 619 IP: (3 Sekunden) Sollwert wäre... (6 Sekunden) kommt jetzt auch
602 Beispiel... ich kann nicht sagen die Psychiatrie. Die fächert sich auch 620 darauf an natürlich, wenn das eine Intensiv ist, ist das ein Unterschied
603 unheimlich auf. (I: Ist sehr individuell) Oder eine 621 ja... (I: Mhm) oder eine sonstige... (5 Sekunden) Mhm, 50/50...
604 Drogenentzugsstation gehört auch zur Psychiatrie und macht sich 622 würde ich mal sagen.
605 alles selber... (I: Ja) nur Gesprächsführung... Gerontologiepsychiatrie 623 I: Mhm (3 Sekunden)
606 habe ich viel körperliche Versorgung auch dabei. (I: Mhm) 624 IP: 50/50? 60/40 vielleicht? Und in der Psychiatrie würde ich eher...
607 Akutpsychiatrie, in einem akuten Schub, der momentan total nieder 625 eben kommt der Aspekt sicher 70- 80/20 zu tragen wahrscheinlich. (I:
608 gespritzt ist, wird liegen... werde ich körperlich wohl versorgen 626 Mhm)
609 müssen, ja. (I: Mhm. Mhm) Nur der Ressourcenansatz ist sofort in der 627 I: (3 Sekunden) Und jetzt noch einmal zurück auf die Ausbildung,
610 Psychiatrie da... jetzt in der Allgemeinen ist nicht der 628 jetzt vom Ausbildungsausmaß... ich meine, du wirst ja, weiß ich
611 Ressourcenansatz da. (I: Mhm) Das ist vielleicht ein Unterschied, ja... 629 nicht, ob du dich noch erinnern kannst, von den Fächern her... wie
612 (I: Mhm) für mich. 630 würdest du da dieses Ausmaß einschätzen in der allgemeinen
613 I: Und würdest du da jetzt auch einschätzen können, jetzt vom 631 Ausbildung... eben psychosoziale Ausbildung und somatische
614 Verhältnis, jetzt zahlenmäßig im allgemeinen Bereich? 632 Ausbildung... dieses Verhältnis.
615 IP: Also im allgemeinen Bereich 80/20. 80 körperorientiert... (I: 633 IP: Also ich weiß es jetzt nicht... vom Curriculum her... glaube ich,
616 Mhm) 80 bis 90 wahrscheinlich. 634 wäre es nicht so, dass ich sage, dass die nicht auch was
617 I: Ja. Und wie würdest du von deinem eigenen Empfinden jetzt sagen, 635 vermitteln...rein theoretisch vermitteln würden, wo ich sage, würde
618 das wäre auch im allgemeinen Bereich Soll-Wert? 636 einen großen Bedarf abdecken ja. (I: Mhm) Nur ist das rein
637 theoretisch. (I: Mhm) Das heißt, wenn ich da mit nichts zu tun habe,

638 dann ist das nur Theorie. (I: Mhm) Und dann wird das nicht so sein, 657 nicht, würde ich sagen das Geschlechtsspezifische vielleicht auch
639 wenn ich keine Gespräche begleite oder sonstiges. (I: Ja) Dann sind 658 interessant zu betrachten. (I: Mhm) Und warum sind da jetzt
640 wir genau dort wie beim Eingang, (I: Ja) dann ist das nur so... (I: Ja) 659 eigentlich so wenige Männer.
641 Ich glaube, inhaltlich wünscht man es sich und es ist auch gedacht 660 I: Und wie würdest du das jetzt einschätzen, was... welchen Einfluss
642 geworden darauf, aber die Umsetzung dann... (I: Mhm) das ist für 661 das haben könnte, wenn das jetzt ausgewogener wäre im allgemeinen
643 mich ein Unterschied. (I: Mhm. Mhm) Und die erwerbe ich nur, die 662 Bereich?
644 Kompetenzen, indem ich Gespräche führe und nicht über Gespräche 663 IP: Ich glaube zum Beispiel, aber das ist jetzt rein hypothetisch ja,
645 rede. (I: Ja. Ja) 664 dass Männer sich nicht so wie manche Frauen, die voraus eilende
646 I: Also das heißt, selber einfach aktiv (IP: Mhm) wirklich da gefördert 665 Fürsorge und Übernahme von gewissen Tätigkeiten machen würden.
647 sein auch. (IP: Mhm) Mhm. Ja spannend. (lachen) Ja ich glaube, von 666 Sondern (I: Mhm) zuerst einmal schauen und einschätzen vielleicht
648 meiner Seite wäre es jetzt soweit...meine Fragen... wäre für dich jetzt 667 täte, und erst dann gewisse Handlungen durchführen. Wo die Frauen
649 noch etwas, wo du sagst, Aspekte, die dir jetzt noch einfallen, die da 668 so irgendwie... vielleicht, das ist jetzt mal nur so hypothetisch, dieses
650 im Rahmen der Fragen da nicht dabei waren. Wo du sagst, das wäre 669 sich aufopfern, sich einbringen, sie helfen müssen und so weiter... (I:
651 für dich auch noch ein Aspekt. (IP: Gendern würde ich vielleicht noch 670 Ja) das Pflegen so als ihr geschlechtseingepflegtes Verhalten...
652 betrachten) Mhm. 671 vielleicht spielt das auch mit. Ja. (I: Mhm. Mhm.) Wäre interessant.
653 IP: Vielleicht könntest du das auch noch betrachten. (I: Ja) 672 I: Ja. Also das heißt, dass da auch so diese... aus der Historie heraus
654 Allgemeinpflege... 80 Prozent Frauen wahrscheinlich im Verhältnis, 673 (I: Mhm) dieses Bild was auch (Räuspern) noch in der Gesellschaft ist
655 (I: Ja) wenn nicht mehr. Und Psychiatrie 50/50 würde ich mal sagen... 674 noch... (IP: ...selbstloses Handeln, wäre zum Beispiel wahrscheinlich,
656 (I: Mhm) mindestens. Ich denke mir, da ist auch schon... weiß ich 675 wenn mehr Männer wären in der Pflege, nicht der Fall. Was jetzt auch

676 interessant wäre, wie würden die Pflegenden, die Männer in der
677 allgemeinen Pflege agieren.) Mhm. Mhm. Wäre ein interessanter
678 Denkanstoß. (IP: Mhm)
679 IP: Wie würden die damit umgehen.
680 I: Mhm. Mhm.
681 IP: (3 Sekunden) Ja.
682 I: Ja. Dann sage ich Dankeschön (lachen)
683 IP: Bitte.
684 I: Für das Interview... das spannende.

1 **Interview 3** am 3.12.2009/ 15.30 – 16.24

2 I: Gut, ja. Also wie gesagt, herzlichen Dank, dass sie sich die Zeit
3 nehmen dafür...und einfach auch das Interesse da ist und ich würde
4 sie gerne als erstes einmal fragen, welche Bedeutung ein
5 personenzentrierter Umgang... psychosoziale Komponenten in ihrem
6 Berufsalltag zu tragen kommen, ahm ob sich die... wie zeigen sich
7 die?
8 IP: Also ich glaube, das kommt jetzt einmal darauf an wie man
9 personenzentriert definieren würde. Würde man es wirklich nach dem
10 Personenzentrierten Ansatz nach Rogers definieren (I: Mhm) oder
11 würde man sagen, und da findet sich auch häufig der Umgang mit
12 dem Patienten sollte personenzentriert sein. Also an dem einzelnen
13 Patienten orientiert. (I: Mhm) Ahm, so wird es auch häufig gesehen
14 und auch bezeichnet. (I: Ja) Also die Leute sagen ja patientenzentriert,
15 patientenorientiert. Das sind so die Schlagwörter, (I: Mhm) die im
16 Spital sowieso häufig anzutreffen sind und die als Ziel immer wieder
17 genannt werden. (I: Mhm) Ahm, der echte Personenzentrierte Ansatz,
18 glaube ich, kann... könnte nur in Form eines, eines Konzeptes
19 umgesetzt werden, das heißt (I: Mhm) ich habe mich in meiner

20 Abschlussarbeit damals für die Psychotherapieausbildung... (I: Ja)
21 habe ich mich ein bisschen umgeschaut, ah, bei den Pflegemodellen
22 (I: Mhm) und habe also einmal begonnen zu suchen nach
23 Literaturhinweisen bei den Pflegemodellen, (I: Mhm) wo der Rogers
24 vorkommt. (I: Ja) Und da gibt es ein Modell, wo, ahm, und das ist von
25 der Lydia Hall (I: Mhm), das ist eine Pflege theoretikerin aus Amerika
26 gewesen, die in New York ein Krankenhaus übernommen hat, die
27 Leitung eines Krankenhauses übernommen hat. Das ist so eine
28 Rehabilitative Einrichtung gewesen scheinbar (I: Mhm) nach so
29 orthopädisch... weiß ich jetzt nicht mehr so genau. Und die hat ein
30 Pflegekonzept entwickelt, wo sie sagt es gibt zwei Stufen (I: Mhm),
31 die wir Pflegendе abzudecken haben. Die eine Stufe ist so diese
32 assistierende Stufe, wo wir, ahm mitverantwortlich einfach
33 Anordnungen des Arztes auch ausführen und (I: Ja.) auch
34 therapeutisch tätig sind, medizinisch-therapeutisch tätig sind, ah und
35 halt pflegerisch den Schwerpunkt haben auf Unterstützung
36 körperlicher Fähigkeiten. Und es gibt diese zweite Stufe die in diesem
37 zweiten Teil des Krankenhausaufenthaltes eines Menschen, ahm, wo
38 wir, wo wir verstärkt eine psychosoziale Aufgabe übernehmen, wo

39 wir edukativ sind, wo wir, ahm, auch pädagogisch arbeiten und, und
40 wo wir einfach personenzentriert arbeiten und sagen und jetzt schauen
41 wir mit dem Patienten gemeinsam, wie geht es ihm mit seiner
42 Erkrankung, wie geht es ihm mit seinem Gesundwerden, was braucht
43 er für die Zukunft (I: Mhm) und wie kann er das erreichen. Die hat
44 damals die Pflegepersonen ausbilden lassen (I: Mhm) und die haben
45 alle so eine Beratungsausbildung gekriegt, eine kurze. Ahm, und das
46 Konzept war äußerst erfolgreich. Da hat es eine
47 Versicherungsgesellschaft gegeben, eine große, die hat das
48 nachgemessen und verglichen mit anderen ähnlichen Einrichtungen
49 und die sind eben darauf gekommen, dass die Patienten dort um bis zu
50 einem Drittel, ahm, kürzer im Krankenhaus gewesen sind. (I: Mhm)
51 Also das war eine sehr erfolgreiche Geschichte. Ahm, also, wenn man
52 das personenzentrierte Konzept wirklich so umsetzen möchte, dann
53 müsste man schon wirklich Schulungen anbieten und das ganze Team
54 (I: Ja.) danach ausrichten. (I: Mhm) Ansonsten denke ich mir, schon
55 in meiner Ausbildung, ah, ja, auch, auch die... gelernt dass es so
56 wichtig ist, psychosoziale Betreuung. (I: Mhm) Das war immer das
57 Schlagwort, na, wo man also den Hinweis gegeben hat. Wenn man bei

58 der Prüfung... wenn man...in einem Artikel habe ich das einmal
59 geschrieben. Wenn man bei der Prüfung, ganz überspitzt formuliert,
60 gesagt hat, man braucht beim Cavakatheter- Setzen zum Beispiel den
61 Katheter und ein Desinfektionsmittel und Tupfer und, und eine
62 Nierentasse und halt ein bisschen und ein steriles Tuch. (I: Mhm) Und
63 ganz wichtig gute Information des Patienten und psychosoziale
64 Betreuung, Angst nehmen. Da war man dann schon auf der sicheren
65 Seite. (lachen) (I: Mhm. Mhm.) Weil dort die Standardausrüstung, die
66 man quasi für alles gebraucht hat... das war psychosoziale
67 Betreuung... war so irgendwie ganz wichtig. Wenn man das erwähnt
68 hat, dann war man schon, hat man schon einmal einen Vierer gehabt.
69 (I: Mhm) (lachen) Aber...
70 I: Da würde ich dann vielleicht gleich einhacken, wenn sie sagen, es
71 ist so ein Schlagwort (IP: Ja.) psychosoziale Betreuung. Kann ja sehr
72 viel dahinter stecken. Wenn wir da jetzt auf die Ausbildung eingehen,
73 (IP: Ja.) ist es möglich oder in welcher Art und Weise wird es, werden
74 diese psychosozialen Komponenten, die doch so wichtig sind... (IP:
75 Ja.) wird es ausreichend behandelt, auf welche Weise wird es
76 behandelt?

77 IP: Also ich glaube, man müsste schon im Auswahlverfahren... 95 schauen... dann muss man halt auch Leute nehmen, wo man sich
78 müsste man schon viel stärker darauf eingehen. (I: Mhm) Ich meine, 96 denkt, naja, schaffen wir schon.
79 es wird jetzt schon ein bisschen etwas gemacht. Die Schulen, ahm, 97 I: Ja. Das heißt, da würde jetzt die Quantität im Vordergrund stehen
80 machen ja Auswahlverfahren mittlerweile schon Rollenspiele. (I: 98 vor der Qualität, wenn man sagt, der wäre eigentlich nicht so geeignet,
81 Mhm) Beobachten die Leute wie sie agieren in der Gruppe, und wie 99 aber weil ich einfach das Personal brauche, (IP: Mhm.) nehme ich ihn
82 sie im Rollenspiel agieren und das ist ja auch so ein wichtiges 100 dazu.
83 Bewertungskriterium. (I: Mhm) Das ist ein Punkt. Der andere Punkt 101 IP: Spielt manchmal eine Rolle. (I: Mhm) Gott sei Dank nicht immer.
84 ist natürlich, dass man jetzt gerade in einer öffentlichen Institution, in 102 (I: Ja.) Wie gesagt, es ist wechselnd, aber ich glaube, es ist einfach...
85 einer großen öffentlichen Institution, in einem großen Träger, wie es 103 der wesentliche Punkt ist eigentlich der, dass ich mir denke, es gibt
86 die Stadt XY ist, natürlich auch bis zu einem gewissen Grad einen 104 gewisse Dinge, die kann man nicht schulen, kann man nicht lernen.
87 politischen Auftrag hat. (I: Mhm) Einerseits die Versorgung sicher zu 105 Die kann man ein bisschen üben und sie ausfeilen (I: Mhm. Ja.), aber
88 stellen, also entsprechend die Klassen, die Abgängerinnenzahlen hoch 106 die müssen da sein. (I: Mhm.) Also ich habe einmal mit einem
89 genug zu haben. (I: Ja.) Und andererseits natürlich auch einen Beitrag 107 Bekannten geredet, der ist, der ist, also... den habe ich kennengelernt
90 zu leisten gegen die Jugendarbeitslosigkeit (I: Ja.) und genug Leute 108 über meinen Schwiegervater, der ist der Chef von BMW Kärnten.
91 aufzunehmen. (I: Ja. Ja.) Jetzt ist es aber so, dass die Bewerbungen... 109 Und (I: Mhm) und ich habe mit dem geredet, weil ich mich eine
92 das wechselt, die Bewerbungslage (I: Mhm.) Manchmal hat man sehr 110 zeitlang damit beschäftigt habe wie könnten wir, ahm, was könnten
93 viel und man kann es sich wirklich sehr gut aussuchen (I: Ja.) und 111 wir anbieten an Fortbildungsaktivitäten zum Thema professionelle
94 manchmal hat man eher wenig Bewerbungen und man muss halt 112 Freundlichkeit, so als Schlagwort. (I: Ja. Ja.) Wie kann man so etwas
113 sensibilisieren oder schulen oder kann man das (I: Mhm) überhaupt.

114 Und da habe ich mir gedacht, der weiß ja eigentlich so als 133 Kolleginnen, die schon hunderte Aufnahmegespräche geführt haben
115 Autohändler... da ist professionelle Freundlichkeit sicherlich ein 134 (I: Mhm) und einfach ein sehr feines Gespür haben für Leute (I: Ja.)
116 wesentlicher Aspekt. (I: Ja.) Und da habe ich den dann gefragt, was 135 und, und, und auch von den Fragestellungen her in den Interviews,
117 tust du da eigentlich, welche Art von Fortbildung bietest du da an (I: 136 ahm, bestimmte soziale Kompetenzen erspüren, erfragen, (I: Mhm)
118 Mhm) oder, ah, holst du dir da... hat er mich angeschaut, als ob ich 137 und hinterfragen. Wenn sie merken, hoppala da muss man jetzt etwas
119 von einem anderen Stern wäre. Dann hat er gesagt, wie kommst du 138 nachhacken... Die andere Geschichte ist natürlich, dass wir
120 auf die seltsame Idee, dass ich da Leute fortbilde. Sagt er, wenn der 139 versuchen und das wird auch von den Leuten in Anspruch genommen,
121 diese Sozialkompetenzen nicht hat, (I: Ja.) um ordentlich mit Kunden 140 das wir einen Schnuppertag zu organisieren (I: Mhm) in der, ahm, auf
122 umzugehen, dann erstens einmal wird er dann nicht viel verkaufen 141 der Station, wo sie sich interessieren. Und da haben wir eigentlich
123 und schnell weg sein (I: Mhm) und zweitens wenn mir das auffällt 142 ganz gute Erfahrungen, weil, die zeigen ja dann ein gewisses
124 beim Bewerbungsgespräch nimm ich ihn gar nicht. 143 Verhalten an dieser Station. (I: Mhm) Einerseits was die Integration
125 I: Mhm. Das heißt eigentlich, dass schon bei der Einstellung, dass 144 ins Team betrifft, wie gehen die auf die Leute zu. (I: Mhm)
126 diese Ressource (IP: Ja. Ja.) von den Mitarbeitern schon getestet wird 145 Andererseits wenn die natürlich mitgehen und mithelfen beim
127 oder geschaut wird. (IP: Ja.) Wie erfolgt das dann in ihrer 146 Arbeiten ein bisschen (I: Mhm)... wie gehen sie auf die Patienten
128 Organisation bei Einstellungsgesprächen? Wie findet das statt, wie 147 zu... (I: Ja.) wie benehmen sie sich, wenn sie da über den Gang gehen
129 werden die getestet, sozusagen diese Ressourcen, ob die vorhanden 148 und es kommt ihnen jemand entgegen. (I: Mhm) Also alle diese
130 sind. 149 Dinge, wo man sie einfach im Umgang im Alltag erlebt... (I: Ja.)
131 IP: Naja, getestet in dem Sinne... muss man dazu sagen... Einerseits 150 natürlich in einer, in einem kurzen Ausschnitt... das ist ein Tag und
132 habe ich hier in der Direktion des Pflegedienstes sehr versierte 151 ganz eine eigene Situation. (I: Mhm) Aber trotzdem kann man sich ein

152 bisschen ein Bild machen davon. (I: Mhm) Hat jemand... passt 171 quasi Selbsterfahrung auch dazu gehört. (I: Ja.) Ahm, das ist ein
153 jemand da dazu, (I: Ja.) passt die Chemie oder passt es nicht. (I: Ja.) 172 Punkt, wo wir versuchen ein bisschen einmal zumindest, so 3
154 Also das sind so die zwei, zwei wesentlichen Punkte auf die wir da 173 Tagesseminare sind das mindeste und, und es gibt aber auch
155 achten. 174 einwöchige Seminare und so Nachfasstage, wo wir versuchen da
156 I: Und so in weiterer Folge, wenn da jetzt ein neuer Mitarbeiter 175 zumindest einmal einen Grundstock anzubieten. (I: Mhm) Das wird
157 eingestellt ist... sie haben ja vorher auch gesagt, das ist eine 176 auch schon in der Schule gemacht... (I: Mhm) also das findet auch
158 Übungssache jetzt auch, dass man das einfach nicht so nach einem 177 schon in der Ausbildung statt teilweise. Und, und wir bieten es dann
159 Konzept lernen kann. (IP: Mhm.) Sondern das ist einfach im Alltag... 178 noch einmal an. Dann gibt es sehr viele Seminare zu
160 (IP: Mhm) dass sich das entwickelt. Werden da bei ihnen, ah, auch 179 Gesprächsführung (I: Mhm) in unterschiedlichen Settings. (I: Mhm)
161 speziell Fortbildungen angeboten, die sich da jetzt konkret auf 180 Also es gibt viele verschiedene Themen, Konfliktbearbeitung,
162 psychosoziale Betreuung auch beziehen? (IP: Mhm) Hat es einen 181 Deeskalation, (I: Ja.) und solche Dinge. Ahm, oder das schwierige
163 höheren Stellenwert, einen gleichen Stellenwert oder einen 182 Gespräch oder der schwierige Patient (I: Mhm) oder für
164 niedrigeren Stellenwert gegenüber fachspezifischen, ahm, 183 Führungskräfte der schwierige Mitarbeiter oder so. Also wir
165 Fortbildungen? 184 versuchen da recht viel in Richtung Gesprächsführungskompetenz
166 IP: Also wir würden es jetzt einreihen unter die fachspezifischen 185 anzubieten. (I: Mhm) Die andere Geschichte ist... und da versuche ich
167 Fortbildungen. (I: Mhm) Das gehört da eigentlich dazu. Und das hat 186 gerade die Führungskräfte im Haus zu sensibilisieren darauf, es ist
168 einen sehr hohen Stellenwert und wir bieten da relativ viel an zum 187 natürlich jede Führungskraft für ihr Team der erste Personalentwickler
169 Thema Schwerstkranken und Sterbende. (I: Mhm) Das ist ein Punkt wo 188 (I: Mhm.) Und wenn ich bei einem Mitarbeiter bemerke, er ist in
170 eine psychosoziale Kompetenz, sehr viel Eigenreflexion, (I: Mhm) 189 Konfliktsituationen halt nicht so taff, ja (I: Ja.), ahm, dann war es bis

190 jetzt manchmal so... die Idee den schicke ich in ein Konfliktseminar, 209 Erste. Dann kann man Ziele vereinbaren, dann kann man Maßnahmen
191 (I: Mhm) und da wird er es schon lernen. (lachen) (I: Mhm.) Nur in 210 vereinbaren und dann muss man aber auch als Führungskraft schauen,
192 einem dreitägigen Konfliktseminar lerne ich nicht mit Konflikten 211 dass es irgendeine Maßnahme gibt, die längerfristig den Mitarbeiter
193 umzugehen. (I: Mhm) Da bekomme ich eine Idee davon. (I: Mhm) 212 begleitet. (I: Mhm) Nicht, weil, wie gesagt, ich kann sie ja nicht
194 Und da kann ich einmal darüber reden, dass ich da ein Problem habe 213 abgeben die Verantwortung. Ich kann ja nicht sagen, ich schicke ihn
195 und kann da mich mal ein bisschen öffnen. (I: Ja.) Aber es muss dann 214 jetzt in ein Seminar, dort werden sie ihn schon herrichten. (I: Ja.)
196 irgendwas weiter kommen. (I: Mhm) Und da versuche ich jetzt 215 Sondern ich muss dann mit dem vereinbaren, du wenn es dir recht ist,
197 gerade, ich mache mittlerweile Fortbildungen was 216 dann gebe ich dir regelmäßig Feedback, wenn ich wieder eine
198 Mitarbeiterbeurteilungen und Mitarbeiterorientierungsgespräche 217 Situation beobachte. (I: Mhm) Dann piep ich dich einfach an, frage
199 betrifft. Mit unseren Führungskräften im Haus mache ich es selber (I: 218 dich, wann du Zeit und Gelegenheit hast, dann setzen wir uns hin und
200 Mhm.) und versuche ihnen genau das zu vermitteln, so diese 219 reden wir kurz darüber was ich beobachtet habe (I: Mhm) und wie es
201 Personalentwicklungsschiene. (I: Ja.) Und da gehört für mich dazu, 220 dir in der Situation gegangen ist. (I: Ja.) Einfach um den Leuten
202 dass ich sage, ja ich kann als Grundstock meinetwegen einmal auch 221 anbieten sich zu reflektieren (I: Mhm) und von jemand anderen
203 jemanden in ein Konfliktseminar schicken. (I: Mhm.) Das ist sicher 222 auch mit reflektiert zu werden. Und dass sie sich auf einen
204 nicht falsch. Aber ich muss im Mitarbeiterorientierungsgespräch 223 Entwicklungsprozess einlassen (I: Mhm) wollen.
205 Feedback geben, ich muss sagen, mir ist aufgefallen in 224 I: Ja. Ja. Also das heißt, dass diese Entwicklung, jetzt um auch den
206 Konfliktsituationen ist dein Verhalten so und so... (I: Ja.) das ist 225 Fokus auf die psychosozialen Komponenten... ist einerseits eben
207 meine Beobachtung, wie geht es dir da. Was können wir miteinander 226 einmal ein Grundstock von Ausbildung notwendig. (IP: Ja.) Aber
208 unternehmen, (I: Mhm) dass es sich verändert. Das ist einmal das 227 ganz eine wichtige Position, wenn ich das richtig verstanden habe, ist

228 die Führungskraft, (IP: Ja.) die da immer wieder auch diesen Prozess 247 dieses Mitarbeiter-Orientierungs-Gespräch gibt es eben auf der einen
229 einfach begleitet, auch rückmeldet (IP: Ja.), dass man selber sich dann 248 Seite die Auseinandersetzung mit dem Tool, man sagt, für was
230 auch reflektiert. Und die Ausbildung jetzt der Führungskräfte eben für 249 braucht man das überhaupt, (I: Mhm) was ist das für ein
231 diese Mitarbeitergespräche, gibt es da spezielle Ausbildungen, auch 250 Führungsinstrument, was ist Führung überhaupt. (I: Ja.) Und
232 kontinuierliche Ausbildungen? 251 andererseits eben auch, wieder ein Teil wo wir wirklich
233 IP: Also wir bieten auch für die Führungskräfte natürlich immer 252 Gesprächssituationen üben... teilweise haben wir sie sogar mit
234 wieder Gesprächsführungsseminare an. (I: Ja.) Gerade jetzt eben so in 253 Videokamera aufgenommen und analysiert (I: Mhm) und so etwas. (I:
235 Bezug auf Umgang mit schwierigeren Situationen, mit schwierigeren 254 Ja.) Also auch da kommt dieser Aspekt hinein, Gesprächsführung
236 Mitarbeitern, mit Konfliktsituationen, (I: Mhm) solche Dinge. Ahm, 255 üben und, und darüber reden (I: Mhm) und thematisieren. (I: Mhm.
237 ich denke, dass das wichtig ist. Und eben, also es gibt diese 256 Ja.)

17

238 sogenannten MOG -Schulungen, das so genannte Mitarbeiter- 257 I: Zu diesem Komplex würde ich gerne auch noch so diese, ahm,
239 Orientierungs-Gespräch... ist ja ein, ein, eine, eine kompakte, 258 Ressourcen von Zeit und Personal hinzunehmen. Was ich jetzt auch
240 komplexe Sache, ah, mit Unterlagen, die sehr zielorientiert sind. (I: 259 noch so zu den Rahmenbedingungen zählen würde. Wie schätzen sie
241 Mhm.) Ahm, und, und auch mit einem vorgegebenen Rhythmus, also 260 das ein, dass das einen Einfluss nimmt, jetzt gerade im psychosozialen
242 man sollte das mindesten einmal im Jahr strukturiert durchführen 261 Umgang?

243 dieses Mitarbeiter-Orientierungs-Gespräch (I: Mhm.) und auch 262 IP: Ja ich glaube, dass ist das größte Problem das wir haben... (I:
244 dokumentieren. (I: Mhm) Und ein Teil geht an die Direktion, wenn es 263 Mhm) generell. Das beginnt bei den Führungskräften, die haben im
245 um wünschenswerte Entwicklungsmaßnahmen geht, damit wir 264 Moment... sind die zugeschüttet mit organisatorischen Dingen (I: Ja.)
246 Bildungsplanung machen können. (I: Ja.) Und in der Schulung für 265 und administrativen Dingen. Und wie wir begonnen haben das

266 Mitarbeiter-Orientierungs-Gespräch einzuführen, da hat es dann 285 abgeben, die kann wer anderer auch machen. Die neuen
267 einmal ein großes Seufzen gegeben, na wann soll ich denn das jetzt 286 Führungskräfte werden auch schon in diese Richtung hin informiert
268 auch noch machen. (I: Mhm) Nicht so... diese einmal im Jahr 287 und da versuchen wir auch schon klar zu machen, was wir uns
269 eineinhalb Stunden... damals war es ja nur alle zwei Jahre (I: Mhm) 288 erwarten. Jetzt seitens des mittleren und oberen Managements von
270 vorgeschrieben... diese eineinhalb Stunden oder zwei Stunden, die 289 Führungskräften. (I: Mhm.) So dass sie auch wissen, aha Moment,
271 man einplanen muss, um ein strukturiertes Mitarbeitergespräch zu 290 ahm, ich habe eine Managementfunktion, ich bin Führungs-, ich bin
272 führen. (I: Mhm) Da habe ich mir damals schon gedacht, irgendetwas 291 Personalentwickler, das ist meine Hauptaufgabe. (I: Mhm) Die
273 stimmt jetzt nicht. Weil im Prinzip sind das Führungskräfte (I: Ja.) 292 Organisation macht wer anderer. Das versuche ich jetzt auch dadurch
274 und sehen sich aber sehr stark und sind auch so mitten drinnen... weil 293 zu unterstützen, dass wir schauen dass wir Stationssekretärinnen
275 das ist auch unser Werdegang, das hat sich einfach so entwickelt, 294 kriegen (I: Mhm), die der Stationsschwester den administrativen
276 ahm, als Organisationsspezialisten an der Station oder die, die den 295 Kram abnehmen können (I: Mhm. Mhm.) und dadurch die
277 Laden schupfen müssen (I: Mhm) und Mitarbeiter führen... ja, aha.... 296 Stationsschwester frei spielen für echte Führungsaufgaben. (I: Mhm.
278 (lachen) (I: Mhm. Mhm. Ja.) gehört halt auch...nicht? (I: Ja.) Mit 297 Mhm.) Also eine gute Stationsschwester, mit der steht es und fällt es.
279 einem Mitarbeiter, auch noch dazu ... (I: Das heißt es ist gar nicht so 298 (I: Ja. Ja.) Das ist eine Schlüsselperson. (I: Mhm) Und, und da
280 als Aufgabe zunächst betrachtet geworden.) ... das war irgendwie am 299 investieren wir momentan wirklich sehr viel Zeit und sehr, sehr viel
281 Anfang ganz, ah, zusätzliche Arbeit kommt auf mich zu... (I: Ja. Ja.) 300 Geld und schauen dass wir die Leute da auf Vordermann bringen.
282 viele Stunden. (I: Mhm) Also es gelingt uns jetzt langsam aber sicher, 301 I: Aber das heißt, dass da einfach Aufgaben abgegeben werden, dass
283 klar zu machen, dass Führen die Hauptaufgabe ist (I: Ja.) und die 302 da auch Zeit geschaffen wird, (IP: Ja.) um eben sich damit
284 Administration kann man delegieren. Das sind Dinge die kann man 303 auseinander zu setzen mit den Mitarbeitern. (IP: Ja.) Jetzt im Rahmen

304 der Mitarbeiter, jetzt im Umgang mit den Patienten, ah, bedarf es ja 323 Patienten zu widmen. (I: Mhm. Mhm.) Ich kann die Zeiteinheiten pro
305 sehr viel Zeit auch (IP: Ja.) gibt es da Maßnahmen (IP: Also ich ...) 324 Patienten zusammen ziehen für einen. Also das sind jetzt so (I: Ja.)
306 wie gehen sie damit um? 325 rechnerische Überlegungen. Die Wirklichkeit ist natürlich die, dass
307 IP: Was jetzt Aufgabe der Führungskräfte ist und da jetzt auch meine 326 Leute unterbesetzt sind. Dass die Stationen wirklich schlecht
308 Aufgabe ist im Haus oder generell im Pflegeberuf auch klar zu 327 ausgestattet sind mit Personal teilweise. Dass sie in
309 machen, Gespräche zu führen ist Arbeit. 328 Krankenstandsphasen ohne Ersatz sich irgendwie durchwurschteln
310 I: Mhm. Wird es erfasst (IP: Naja.) in der täglichen Arbeit oder wird 329 müssen. (I: Mhm. Ja.) Und dass sie das nicht darennen (schaffen).
311 es sogar als Leistung betrachtet? (IP: ... die PPR...) wenn man, ja... 330 Und dann aber diese alten Muster durchbrechen (I: Mhm) und dieses
312 (beide lachen) 331 sich hinstellen mit einem Patienten einmal zehn Minuten reden... weil
313 IP: ... als Personal Berechnungsgrundlage... und da gibt es schon 332 es ihm gerade schlecht geht, ahm irgendwie mit einem schlechten
314 diese, diese, ahm, diese Zeiteinheiten die, ah, unter dem Titel 333 Gewissen behaftet ist. (I: Mhm) Weil das ist ja keine produktive
315 Gespräch (I: Mhm) laufen und da ist pro Patient, glaube ich, also ein 334 Arbeit. (I: Mhm. Ja.) Früher keine produktive Arbeit war. (I: Ja.)
316 bestimmter Minutenwert pro Patient, (I: Mhm) der festgelegt ist. (I: 335 Wenn jemand geredet hat mit einem Patienten, ist er schief
317 Ja.) Unter anderem auch bei Begleitung Sterbender, der hat, jeder 336 angeschaut worden. (I: Mhm) Ahm, und das, das schlägt manchmal
318 Patient jeden Tag, weiß ich nicht, ich glaube, fünf Minuten (I: Mhm) 337 noch durch. (I: Mhm) Die Leute haben einfach ein schlechtes
319 nicht, die da mit eingerechnet werden. (I: Ja.) Jetzt kann man 338 Gewissen einfach, (I: Ja.) wenn sie nur Reden, (I: Mhm) nur unter
320 natürlich sagen, es sterben Gott sei Dank nicht jeden Tag 28 339 Anführungszeichen, ah, und das muss man aus den Köpfen kriegen (I:
321 Patienten, sondern vielleicht einmal in der Woche einer. Aber, aber 340 Ja.)... (lachen)
322 ich habe zumindest 28-mal fünf Minuten Zeit, um mich diesem einen

341 I: Also das heißt, da hängen noch so traditionelle Komponenten (IP: 360 wirklich größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen auch ganz klar zu
342 Ja. Ja.) einfach noch drinnen. Das ist jetzt ein gutes Schlagwort eben 361 positionieren als Leistungserbringer. (I: Mhm) Bis jetzt sind wir ja ein
343 so auch zur Geschichte auch ein bisschen zur Pflege überzugehen. So 362 Kostenfaktor. (I: Ja.) Die Pflege ist eben auch da und kostet Geld,
344 welche, ahm, ja ob diese historische Entwicklung eben von Pflege... 363 ahm, der klassische Leistungserbringer ist der Arzt. (I: Ja.) Weil das
345 was hat die eben noch für einen Einfluss jetzt auch auf den heutigen 364 sind ja auch die abrechenbaren Leistungen, nicht. (I: Mhm) Im LKF
346 Alltag? Jetzt ausgehend so an der Medizin sehr verhaftet... ist diese 365 gibt es keine Pflege (I: Ja.) aus dem eigenverantwortlichen Bereich,
347 Verhaftung noch sehr... (IP: Ja.) welchen Einfluss gibt es da? 366 die irgendwie abrechenbar ist. Sondern da ist es eben die Operation,
348 IP: Also ich glaube, dass ist noch sehr stark da. Ich meine es bricht 367 die Untersuchung, die und die Therapie oder, oder. (I: Mhm) Also es
349 jetzt langsam auf. (I: Mhm) Es entwickelt sich die Pflege, es ist 368 wird nach Diagnosen abgerechnet. (I: Mhm) Also Pflege ist kein
350 wahrnehmbar... ich glaube einen starken Ruck gibt es jetzt durch die 369 Leistungsfaktor, sondern ein Kostenfaktor (I: Mhm) und dort fängt
351 Erneuerung der Ausbildung. (I: Mhm) Es kommt... es wird die Pflege 370 man am ehesten zum Sparen an. (I: Mhm) Wenn es um Einsparen im
352 akademisiert, (I: Mhm) es kommen, ahm, jetzt in XY hat jetzt letztes 371 Gesundheitswesen geht, (I: Ja.) was kostet am meisten: das Personal.
353 Jahr der erste Bachelor-Lehrgang an der Fachhochschule begonnen. 372 Wo gibt es das meiste Personal: bei der Pflege. Was macht die Pflege:
354 (I: Mhm) Es gibt vom Gesetzgeber Überlegungen, die Pflegehilfen ein 373 die kostet ein Geld, (lachen) (I: Ja.) die tun wir weg. Das ist so ein
355 bisschen aufzuwerten (I: Mhm) und dafür aber von den Trägern die 374 bisschen der Mechanismus, den wir durchbrechen müssen (I: Mhm)
356 Überlegungen mehr Pflegehilfen einzusetzen (I: Ja.) und ein bisschen 375 und das gelingt uns auch mittlerweile halbwegs. Ah, aber es muss
357 den Stand an Diplombierten zurück zu nehmen. (I: Mhm) Ahm, also 376 irgendwie ganz klar werden, welche Rolle spielt die Pflege im
358 da... es bewegt sich hier etwas, und es gibt viele, viele Bemühungen 377 Spital. (I: Ja.) Wie ist das messbar, (I: Mhm) als Leistung auch
359 jetzt diesen Schwung mitzunehmen. (I: Mhm) Und die Pflege als, als 378 definierbar und da gehört für mich auch das Gespräch dazu. (I: Ja.)

379 Diese psychosoziale Komponente ist eine ganz wesentliche Leistung, 398 auch gut fertig zu werden. (I: Mhm) Also da tut sich, glaube ich,
380 die im Spital erbracht wird und die auch dem Menschen hilft leichter 399 schon ein bisschen was. Aber es ist halt noch immer die Pflege sehr
381 fertig zu werden mit ihrer Situation, und damit vielleicht auch hilft, 400 traditionell. Also wenn ich mir denke, die Ärzte versuchen jetzt
382 und bin ich einigermaßen überzeugt davon sogar, ahm, 401 gerade uns auch Aufgaben zu übergeben... also auch der ganze
383 Krankenhausaufenthalte durchaus zu verkürzen. (I: Mhm) Also, da 402 mitverantwortliche Bereich, (I: Mhm) der ja im Gesundheits- und
384 bin ich mir ziemlich sicher, dass das, wenn man da mehr Augenmerk 403 Krankenpflegegesetz verankert ist, wurde ja bis jetzt teilweise
385 darauf legen will, noch besser gelingen würde. (I: Mhm) Nämlich, 404 wahrgenommen. Auf der Internen weniger, auf der Chirurgie mehr. (I:
386 nämlich nicht so wie jetzt... jetzt sind ja die Krankenhausaufenthalte 405 Mhm) Bevor man dem Doktor nach läuft, hängt man sich die Infusion
387 auch schon recht kurz. Aber die Leute sind sehr schnell wieder her 406 selber an (I: Ja.) und solche Dinge. Der Generaldirektor will, dass das
388 innen. (I: Ja.) Das ist der Drehtüreffekteffekt. Den könnte man 407 Gesetz, was das Gesetz plakativ aufzählt, möglichst voll ausgeschöpft
389 eventuell reduzieren, wenn man die Leute ordentlich entlässt. (I: 408 wird. (I: Mhm) Also die Pflege soll diese Dinge möglichst weitgehend
390 Mhm) Auch ausgestattet mit einem Selbstvertrauen (I: Ja.) die 409 übernehmen (I: Mhm) aus dem mitverantwortlichen Bereich. Jetzt
391 Krankheit gut zu bewältigen. (I: Ja.) Das wäre so meine Idee. 410 denke ich mir, ja warum nicht, das lernen wir auch, gehört auch zu
392 I: Das heißt, hier auch ein Entlassungsmanagement ... 411 unserem Tätigkeitsprofil. Warum sollen wir es nicht tun. Ich bin dabei
393 IP: Entlassungsmanagement in einer Richtung wo man sagt, also 412 jetzt die Leute aber dann wenigsten von anderen berufsfremden
394 Patienten, die es brauchen, kriegen also wirklich Schulung, 413 Tätigkeiten, zum Beispiel hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, eher zu
395 Information, (I: Mhm) ausreichend Zuwendung um ganz klar hier 414 entlasten. (I: Ja.) Damit sie mehr Kapazitäten für solche Sachen
396 wirklich gut ausgestattet aus dem Spital raus zu können und (I: Mhm) 415 haben, die meinetwegen dazu gehören sollen. Aber da gibt es immer
397 mit der Erkrankung oder mit den Folgewirkungen der Erkrankung 416 noch so diese tradierte Ansicht der Ärzte, das ist ja für die Pflege eine

417 Aufwertung. (I: Mhm) Wo ich also letztes Mal einem Vertreter, der 436 Hauskrankenpflege gearbeitet und hat mir da sehr, sehr viel erzählt (I:
418 bei mir war und der gesagt hat, wann fangen wir denn jetzt an mit der 437 Ja.) wie sie dort... und die Patienten haben sie sehr gerne gehabt... (I:
419 Übernahme der ärztlichen Tätigkeit. (I: Mhm) Da habe ich gesagt, 438 Mhm) Weil meine Frau hat, während sie gearbeitet hat, mit den
420 wenn andere berufsfremde Tätigkeiten entlastet sind (I: Mhm) und die 439 Patienten ununterbrochen geredet (I: Mhm) und hat halt viel gefragt
421 Pflege mehr Kapazität wieder frei hat. Weil ich kann jetzt nicht noch 440 und sich viel erzählen lassen von ihnen. (I: Ja.) Also da war immer ein
422 etwas dazu geben. (I: Ja.) Weil, wir sind unterbesetzt und jetzt noch 441 Gespräch. (I: Ja. Mhm) Und sie hat auch gesagt, es hat andere
423 eine Aufgabe dazu...und das sind ja keine Kleinigkeiten, (I: Mhm) 442 Kolleginnen gegeben... da war das nicht ganz so. Die haben, die sind
424 von denen wir hier reden. Das geht im Moment gar nicht. (I: Ja. 443 hingekommen, haben schnell ihre Geschichte herunter geradelt (I:
425 Besteht ...) Aber immerhin ist das eine Aufwertung für die Pflege. Da 444 Mhm) und sind dann wieder gefahren. (I: Mhm) Ich denke mir, das ist
426 habe ich gesagt, die Pflege ist wertvoll, (I: Ja) die braucht keine 445 ein wichtiger Punkt. Man kann zu einem Patienten reingehen... (I: Ja,
427 Aufwertung mehr. (lachen) 446 das heißt, da sind wir jetzt bei persönlichen Ressourcen. Es kommt
428 I: Ja. Ja. Und besteht dann nicht die Gefahr, wenn man jetzt sagt, man 447 auf den einzelnen Mitarbeiter auch an.) Genau. Man kann schon zu
429 gibt zwar einige Tätigkeiten ab, jetzt kommen andere dazu... (IP: 448 einem Patienten reingehen und mit ihm reden (I: Mhm) und man kann
430 Mhm) wenn wir jetzt wieder die psychosoziale Betreuung hernehmen, 449 zu einem Patienten reingehen und arbeiten. (I: Mhm. Mhm) Und man
431 (IP: Mhm) die einfach an Zeit braucht, die bis jetzt doch ein bisschen 450 kann aber auch beides machen, (I: Ja.) man kann das gut verknüpfen
432 vernachlässigt wurde, dass das jetzt wieder ein bisschen auf der 451 miteinander. (I: Mhm) Ein Beispiel: auf einer Station gibt es in einem
433 Strecke bleibt? Besteht die Gefahr? 452 Zimmer zwei Patientinnen. Beiden geht es nicht besonders gut. (I:
434 IP: Jein. Das kommt wahrscheinlich auch immer darauf an wie man es 453 Mhm) Der einen geht es aber viel schlechter und da geht immer
435 macht. Also ich kenne es von meiner Frau, die hat zehn Jahre in der 454 wieder jemand rein und dreht sie ein wenig und lagert sie wieder und

455 tupft die Stirn oder was halt zu tun ist und geht wieder hinaus. (I: 474 Ausbildung gar nicht lernen. Ich kann sensibilisieren, (I: Mhm) ich
456 Mhm) Die andere Patientin läutet ununterbrochen und wird als lästig 475 kann sagen, wenn du schon da bist, dann schaut da vorbei und dann
457 empfunden. Bis irgendwann eine versiertere Pflegeperson, auf die 476 geht alles viel leichter. (I: Mhm) Das sind Dinge die lernt man dann
458 Idee kommt und sagt, bei mir läutet die nicht. (I: Mhm) Bei der 477 halt mit. Das kriegt man auch von einem guten vorbildlichen
459 Teambesprechung wird das diskutiert und dann sagt sie, also bei mir 478 Praxisanleiter mit. Oder eine Bezugsperson (I: Mhm. Mhm) kann
460 läutet die nicht so oft. Und dann ist irgendwie aha. Und dann sagt sie, 479 einem das beibringen und dann übernimmt man das halt. Dann würde
461 ich mache es halt so, wenn ich zu der anderen Frau gehe und sie 480 es schon auch funktionieren. (I: Mhm) Aber es gehört eine gewisse
462 lagere und mich kümmere um sie...bevor ich hinaus gehe, gehe ich zu 481 Grundkompetenz dazu, dass man solche Ideen einfach automatisch
463 der und frage sie, wie es ihr geht und ob ich etwas für sie tun kann. 482 macht.
464 Und manchmal gibt es etwas zu tun, manchmal bedankt sie sich und 483 I: Mhm. Also das sollte sozusagen in den Auswahlverfahren schon in
465 sagt, nein danke es geht gerade recht gut. (I: Mhm) Und die 484 der Ausbildung getestet werden.
466 Geschichte hat sich. (I: Mhm) Die braucht keine extra Zuwendung. 485 IP: In Auswahlverfahren und es gehört in der Praxis viel stärker gelebt
467 Die ist eifersüchtig, wenn ich mich nur um die andere kümmere (I: 486 auch. (I: Ja. Ja.)
468 Ja.) und dann wieder hinaus bei der Türe. (: Ja. Ja.) Das sind so 487 I: Sie haben das Stichwort Praxisanleiter jetzt genannt. (IP: Ja.) Der
469 Kleinigkeiten, das fällt manchen Leuten nicht auf. (I: Mhm) 488 Stellenwert von einem Praxisanleiter... welchen Stellenwert hat es in
470 I: Aber es würden Kompetenzen sein, die bei einer Pflegeperson als 489 ihrer Organisation? Und vor allem jetzt auch dahin gehend, wenn jetzt
471 Basis (IP: Na klar.) da sein sollten. 490 Ausbildungen gemacht werden... Gesprächsseminare... es ist ja dann
472 IP: Ja und das ist eine Kleinigkeit, das ist Hausverstand. (I: Mhm. Ja.) 491 oft so ein großes Wissen da, was man dann mit auf die Station
473 Da brauche ich keine Ausbildung dazu. (I: Ja.) Das kann ich in einer 492 nehmen will, und oft verkümmert das dann bald wieder. Welche

493 Maßnahmen gibt es bei ihnen, dass man dieses Wissen einfach, oder 512 zwischen der Schule und der Oberschwester und so, und die Station,
494 dieses Umsetzen, dass das möglich ist? Gibt es da so Praxisbegleiter, 513 wie sie es macht - wurscht (im Sinne von egal). (I: Mhm) Und wie
495 die da wirklich... das wirklich mit begleiten, die eine Vorbildwirkung 514 gesagt, das kann es nicht sein. Also dass muss irgendwie eine
496 haben? 515 gesteuerte Geschichte sein. Die Praxisanleiter brauchen definierte
497 IP: Mhm. Ja. Also Praxisanleitung hat bei uns einen sehr hohen 516 Zeiträume (I: Mhm), um das ein bisschen besser erfüllen zu
498 Stellenwert. (I: Mhm) Also wir haben ein Praxisanleiter Netzwerk. 517 können... brauchen auch ein Tätigkeitsprofil, das man ähnlich einer
499 Das war so das erste echt gut strukturierte und wirklich gut aufgebaute 518 Stellenbeschreibung festlegt, (I: Ja.) und sagt, das ist Aufgabe der
500 Netzwerk, das eine Kollegin vor einigen Jahren begonnen hat 519 Praxisanleiter, dafür gibt es dann aber auch entsprechende
501 aufzubauen. [Name] hat sich da mächtig ins Zeug geworfen (I: Mhm) 520 Zeittressourcen und die muss man im Stationsalltag unterbringen. (I:
502 und hat geschaut, dass... sie hat gesagt, es ist die Rolle überhaupt 521 Mhm) Und es ist ganz wichtig, dass wir sagen, die Praxisanleiter
503 nicht definiert. (I: Mhm) Die Schulen setzen voraus, die 522 müssen sich auch vernetzen, müssen miteinander reden, müssen sich
504 Fortbildungsakademie setzt voraus, dass die Praxisanleiter bestimmte 523 austauschen. Und bei der Größe dieses Hauses war es dann auch so,
505 Fähigkeiten und Fertigkeiten haben und die Praktikanten optimal 524 dass wir gesagt haben, wir müssen Bereichspraxisanleiter schaffen. (I:
506 betreuen und ihnen etwas beibringen und ihnen etwas vortragen und 525 Mhm) Also wir haben 21 Klinische Bereiche. (I: Mhm) Und die sind
507 ihnen etwas zeigen und, und. Und dann auch noch einen 526 verteilt auf 15 Pflegebereichsleitungen und jede Pflegebereichsleiterin
508 Praktikumskatalog ausfüllen und dann auch noch ein 527 hat also eine Bereichspraxisanleiterin, (I: Mhm) die sozusagen die
509 Beurteilungsgespräch machen und, und. Also das wird als ganz 528 Sprecherin der Praxisanleiter in diesem Bereich ist. (I: Mhm) Die
510 normal angenommen. Und die Schulen schicken die Schüler quer 529 Chirurgie, weiß ich nicht, hat neun Stationen und damit auch neun
511 durch den Gemüsegarten und das ist immer so eine Vereinbarung 530 Praxisanleiter und einer davon ist der Sprecher, ist gleich der

531 Bereichspraxisanleiter. (I: Mhm) Und die vernetzen sich noch einmal 550 das sind diejenigen, die sich kümmern um die Einschulung der neuen
532 extra, indem sie die Interessen der Bereiche in ein Forum 551 Mitarbeiter... (I: Mhm) der ist das wichtigste Vorbild (I: Mhm) auf
533 hineinbringen. In dem Forum sitzen aber auch Vertreter von den 552 einer Station. Oder eines der wichtigsten. Weil eine Stationsschwester
534 Ausbildungseinrichtungen (I: Mhm) und von der Direktion. Und so 553 ist auch ganz wesentlich. Aber der ist derjenige, der auch mit ihnen
535 kann man wirklich gemeinsam die Ausbildung planen, diskutieren, 554 ans Krankenbett geht. (I: Mhm) Und da vorzeigt und vorlebt (I: Ja.)
536 verbessern. 555 wie es funktioniert. Und von daher hat er eine ganz, ganz wesentliche
537 I: Mhm. Das heißt, da sind zeitliche Ressourcen da (IP: Ja.) für diese 556 Rolle. Und das versuchen wir ihnen natürlich auch bewusst zu
538 Vernetzung, (IP: Ja.) für diese Auseinandersetzung, (IP: Ja.) dass man 557 machen. Es gibt eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin, die aber sehr
539 sich da kontaktiert. (IP: Ganz wichtig.) 558 umfangreich ist. (I: Mhm) Und wir haben jetzt auch, nachdem wir uns
540 IP: Was wir nicht haben sind finanzielle Ressourcen. Also wir können 559 Österreichweit mit Praxisanleitern oder mit Institutionen auch
541 den Praxisanleitern keine Zulage zahlen oder kein anderes Gehalt. (I: 560 getroffen haben, die das unterschiedlich organisiert haben... haben
542 Mhm) Die sind in Ihrer Einstufung drinnen (I: Ja.) und leider lässt 561 wir jetzt einmal begonnen mit einer kleineren Fortbildung. (I: Mhm)
543 sich das nicht ändern. Aber was wir dann versuchen ist, sie dann zu 562 Wo wir gesagt haben, wir versuchen jetzt einmal für Praxisanleiter so
544 motivieren eben über... damit das wir sie wertschätzen, dass wir sie 563 eine erste Stufe zu schaffen, wo sie 40 Stunden kriegen. Wieder mit
545 vernetzen, dass wir ihnen Zeit und Raum zur Verfügung stellen. Und 564 Gesprächskompetenz, Beratungskompetenz (I: Ja.)... also solche
546 ihnen damit zu verstehen geben, ihr seid wichtig. (I: Mhm) Das heißt, 565 Inhalte eigentlich. (I: Mhm. Mhm) Damit sie im
547 ich habe da eine besondere Rolle. (I: Mhm) Und die haben eine 566 Praxisanleitungsalltag sich ein bisschen leichter tun. (I: Ja.) Und auch
548 besondere Rolle. Die Praxisanleiter sind ja die Visitenkarte einer 567 ein bisschen mehr schauen können worum es geht.
549 Station. Das sind ja auch diejenigen, die den Schülern was beibringen,

568 I: Also dass die da auch wirklich Vorbildwirkung haben können (IP: 587 in ein Krankenhaus gehen, ich kann es jetzt nicht prozentuell nennen.
569 Ja.) und einfach die Mitarbeiter begleiten können (IP: Genau. Genau) 588 Das traue ich mich nicht. (I: Ja.) Aber ich bin mir... ich bin überzeugt
570 und dass auch immer wieder fokussieren, halt auch. 589 davon, dass es doch viele Patienten gibt, die gehen ins Krankenhaus
571 IP: Und wir können damit, mit dieser kleineren Fortbildung, können 590 um ihren Körper heilen zu lassen. (I: Mhm) (3 Sekunden) Es ist auch
572 wir mehr Leute (I: Ja.) ausstatten mit besserem Know-How und mit 591 klar, dass es im Krankenhaus auch Schmerzen geben darf und muss.
573 besseren Skills. (I: Mhm. Mhm) Also dass es so... 592 Das ist halt so, (I: Mhm) wenn man operiert wird. Das tut halt weh. (I:
574 I: Ja. Einen Punkt würde ich noch gerne ansprechen. (IP: Ja.) Und 593 Mhm) Also jetzt aus der Sicht des Patienten. (I: Mhm) Und wichtig
575 zwar, in den ganzen Entwicklungen oder überhaupt jetzt in den 594 ist, dass der Doktor gut ist (I: Ja.) und das Essen soll schmecken und
576 Aspekten, die wir jetzt so beleuchtet haben, wo also der Patient, der 595 die Schwestern sollen freundlich sein. (I: Mhm) Freundlich sein...
577 Mensch so im Mittelpunkt steht. Ist jetzt meine Frage, ist es...erwartet 596 was noch nicht heißt, sozial kompetent (I: Mhm) und psychosozial
578 jeder Patient eigentlich auch eine psychosoziale Betreuung? Braucht 597 betreuend und beratend. (I: Ja. Ja.) Das glaube ich... diesen hohen
579 jeder eine psychosoziale Betreuung? Und wie schaut so, oder wie 598 Anspruch... weil das ist ein hoher Anspruch... glaube ich
580 vermuten, oder schätzen sie eben dieses Pflegeverständnis von einem 599 manchmal... (I: Mhm) haben, glaube ich, nicht so viele Patienten. Ich
581 Menschen, von einem Patienten ein? 600 glaube, den meisten genügt es, wenn du einfach freundlich bist. (I:
582 IP: (lachen) Schwierig. Ah... (3 Sekunden) ich... (3 Sekunden) ganz 601 Mhm) Und auch ein bisschen ein Scherzerl (Witz) auf Lager hast und
583 eine schwere Frage. (lachen) 602 ab und zu mal mit ihnen plauderst. Die wenigsten würden diesen
584 I: Darum habe ich sie als letztes genommen. (beide lachen) 603 Raum... du liegst mit zwei, drei Patienten in einem Zimmer... auch
585 IP: Ahm, ja. Ich glaube, dass es schon sehr viele Patienten gibt, die 604 nutzen um hier persönlicher irgendwelche Sorgen loszuwerden. (I:
586 sich das nicht von vornherein erwarten. (I: Mhm) Ich glaube, viele die 605 Mhm) Es gibt wenige Rückzugsmöglichkeiten im Spital. Also gerade

606 das [Name des Spitals] ist ja doch ziemlich angeräumt, und gibt keine 625 schwierig oder. (I: Mhm) Und das war genau richtig, das hat genau
607 Räume, wenig Räume und die sind belegt. Und man kann sich kaum 626 gepasst. (I: Mhm) Und der hat gesagt, ja ich weiß es eh, aber es ist...
608 irgendwo zurückziehen (I: Mhm) und ein heikleres Gespräch führen. 627 und schon wieder geht das nicht... und war ganz verzagt. (I: Mhm)
609 I: Das heißt, wenn ich das jetzt richtig verstehe, fehlen auch räumliche 628 Und da braucht es nicht viel, da braucht es einfach nur das bisschen
610 Ressourcen. (IP: Ja.) Das jetzt also wirklich dieser Rückzug in 629 Zuwendung, diese drei Minuten Zeit. Die war in drei Minuten wieder
611 Räumen (IP: Ja.) möglich ist. 630 weg. (I: Mhm) Drei Minuten Zeit nehmen, diese drei Minuten
612 IP: Weil ich bin... wenn ich mich jetzt hinein versetze in einen 631 ausfüllen mit Nähe, mit Fragen, mit Zuhören (I: Mhm) mit einmal um
613 Patienten... ich hab jetzt vor kurzem... ein Freund von mir war sehr 632 die Schultern nehmen (I: Mhm) und sagen wir schaffen das. (I: Mhm)
614 lange hier im Haus aufgenommen (I: Mhm) und hat eine sehr schwere 633 Werden sie sehen, sie haben schon ganz andere Sachen geschafft. Und
615 Erkrankung gehabt, ist operiert geworden, hat sich nach der Operation 634 der war begeistert. (I: Mhm) Der hat mir nachher noch
616 ganz, ganz langsam erfangen, (im Sinne von erholt) (I: Mhm) war 635 vorgeschwärmt, wie toll die Leute da oben sind und wie sich die um
617 ziemlich auch psychisch am Boden. Und die Kolleginnen auf der 636 ihn gekümmert haben und auf ihn geschaut haben. Aber der wäre
618 Chirurgie haben sich wahnsinnig bemüht um ihn (I: Mhm) und waren 637 nie... der hat nie das Bedürfnis geäußert, ich hätte ab und zu gerne
619 einfach lieb zu ihm. (I: Mhm) Waren freundlich, waren nett. Einmal 638 jemanden gehabt, der sich zu mir setzt und mit dem ich jetzt eine
620 bin ich dabei gewesen wie da etwas war... mit dem Drehen ist 639 Stunde reden kann über meine Sorgen. (I: Mhm) Das gestehen sich
621 irgendetwas nicht in Ordnung gewesen. Und die Kollegin ist 640 die wenigsten auch ein, dass sie Sorgen haben. Oder manche können
622 gekommen und hat sich neben ihn gesetzt... weil er ist so am Betrand 641 es vielleicht in der Situation oft noch gar nicht artikulieren die Sorgen,
623 gesessen (I: Mhm) und sie hat sich neben ihn gesetzt und gesagt, Herr 642 die sie haben. (I: Mhm) Weil sie sich es erst nach und nach bewusst
624 [Name] was ist, was machen wir, wir zwei. Das ist heute wieder 643 (I: Ja.) werden. Also, ich (4 Sekunden)... dieser hohe Anspruch, wo

644 ich vorher gesagt habe, da gibt es dieses Konzept von der [Name] mit 663 I: Wie geht man da um mit solchen Mitarbeitern?
645 dem personenzentrierten Ansatz (I: Mhm) als konzeptuelle Arbeit und 664 IP: Also es gibt Supervision. (I: Mhm) Die wird auch in Anspruch
646 professionelle Beratungsschiene, das wäre sicher toll. Aber die Frage 665 genommen... langsam mehr. (I: Mhm) Also die Leute trauen sich. Ich
647 ist, ob man es auch wirklich immer und überall auch wirklich braucht. 666 versuche auch immer wieder zu ermutigen, wenn jemand zu mir
648 (I: Mhm) Weil meine Erfahrung ist so dieses Gefühl haben, auf die 667 kommt und sagt mir geht es schlecht und das und das passt nicht und
649 Leute zugehen, zuhören und mit ihnen halbwegs freundlich reden, ist 668 so. Wenn ich merke, die Leute sind nahe am ausbrennen oder sind
650 schon... da ist schon viel geschafft. (I: Mhm) Und das gelingt 669 schon ausgebrannt, dann empfehle ich ihnen auch Einzelsupervision.
651 durchgehend. Dann passt es schon. (I: Mhm) Aber da braucht es 670 (I: Mhm) Stelle auch sofort den Kontakt her mit unserer
652 einfach mehr Personalressourcen damit die Leute nicht ausbrennen. (I: 671 Personalabteilung...dort wird das organisiert. Wir arbeiten mit dem
653 Mhm) Weil wenn sie ausgebrannt sind, dann sind sie erst wieder... 672 XY zusammen und das ist relativ problemlos und geht relativ flott. (I:
654 können sie das nicht. (I: Ja.) Da habe ich den ... nicht, dass ich mich 673 Mhm) Also unser Personalchef da im Haus... da habe ich ihm einmal
655 dann auch noch hinsetze (I: Mhm) und mir... jetzt auch noch 674 eine Stationschwester ans Herz gelegt. Da habe ich gesagt, du der
656 freundlich bin zu jemanden, wenn es mir selber gerade (I: Heißt, die 675 geht es wirklich schlecht und die ist dann in den Krankenstand... und
657 Psychohygiene, jetzt der Mitarbeiter, die muss man auch hegen und 676 die bräuchte aber auch eine Einzelsupervision. (I: Mhm) Und die
658 pflegen.) furchtbar geht. Ja. Ja. Ganz wichtig. 677 Frage ist jetzt, kann sie obwohl sie im Krankenstand ist, in die
659 I: Mhm. Und was werden für Maßnahmen oder was für Angebote gibt 678 Supervision gehen. Weil das ist ja eigentlich eine Dienstzeit. (I: Ja.)
660 es, wenn Mitarbeiter die ausgebrannt sind...die jetzt auch (IP lacht) 679 Dann hat er gesagt, das muss natürlich möglich sein, wenn die Leute
661 Unterstützung bräuchten. (Telefon des IP läutet) 680 die in der Institution krank geworden sind, dann müssen wir auch
662 IP: Der hat gespürt, dass wir von ihm reden. (lachen) 681 schauen, dass sie wieder gesund werden. (I: Mhm. Mhm) Also, finde

682 ich eine ganz großartige Einstellung und hat mich (I: Mhm) sehr 701 sage ich ja okay. (I: Mhm) Dann müssen wir reden. Aber (I: Mhm)
683 beeindruckt. Hätte ich mir von einem Beamten der Stadt XY (beide 702 wenn sie anstrengend ist, (lachen) kann ich sie nicht wegbeamen. (I:
684 lachen) so nicht immer vorgestellt. Also auch da ist (I: Mhm) die 703 Ja.) Das geht nicht. Aber da fühlt sie sich wiederum in ihrem
685 Institution durchaus lernfähig. (I: Ja.) Und natürlich auch die 704 ausgebrannt Sein... also die ist wirklich am Ende mit ihrer Weisheit...
686 einzelnen Menschen tragen solche Dinge. (I: Mhm) Das war nicht 705 sitzt sie dann da mit Tränen in den Augen und sagt, ja da fühle ich
687 immer so. Seine Vorgängerin war nicht ganz so (lachen) auf der 706 mich jetzt von dir schon im Stich gelassen. (I: Mhm. Mhm)
688 Schiene (I: Mhm) unterwegs. Das wäre da sicherlich gar nicht 707 I: Also das heißt, sie versuchen die Philosophie, die sie auch ihren
689 gegangen. Aber wir versuchen schon den Leuten etwas anzubieten 708 Mitarbeitern mitgeben wollen... einfach das Gespräch zu suchen. (IP:
690 und wenn zu mir jemand kommt dann sage ich ihm auch, steige runter 709 Ja.) Im offenen Gespräch und immer wieder, dass man das auch so...
691 vom Gas und notfalls Krankenstand. Wir haben erst jetzt wieder eine 710 (IP: Ja.) diese Philosophie sozusagen an Frau und Mann bringen kann.
692 Stationsschwester gehabt. Da gibt es zwar ein bisschen einen Konflikt 711 IP: Also ich versuche schon auch die Leute zu ermutigen. Einfach
693 zwischen uns beiden (I: Mhm), weil sie ein wenig seltsame 712 auch ganz offen zu sein. (I: Mhm) Auch mit ihren Mitarbeitern ganz
694 Vorstellungen hat manchmal von dem was ich tun kann. (I: Ja.) Also 713 offen zu reden. (I: Ja.) Oft tun sie da so herum, und dann kommen
695 sie wünscht sich ganz konkret... es gibt eine Mitarbeiterin mit der 714 sie... (I: Ja.) sie kennen wahrscheinlich solche Situationen. Da gibt es
696 kommt sie überhaupt nicht zurecht und mit der Vertretung kommt sie 715 zwischen der Führungskraft und irgendeiner Mitarbeiterin... das rennt
697 auch nicht zurecht. Und ich habe eben gesagt, ich kann eine 716 einfach nicht so rund (im Sinne von es stimmt die Chemie nicht)...
698 Mitarbeiterin nur weil sie schwierig ist, kann ich sie nicht versetzen 717 aber die Mitarbeiterin ist vielleicht auch einmal ein bisschen ein
699 oder (I: Mhm) kündigen, das geht nicht. Wenn sie einen schweren 718 komplizierterer Mensch (I: Mhm) und es gibt auch manchmal so diese
700 Fehler macht oder wenn sie irgendein ganz schlimmes Vergehen... 719 Lauten (I: Mhm)... passiert immer wieder... die Führungskraft

720 kommt damit nicht zurecht. Es gibt einen Konflikt... mehr oder
721 weniger deutlich ausgetragen. (I: Ja.) Dann kommt es zu Gesprächen,
722 wo die Führungskraft zwar anspricht, du das Verhalten und ich weiß
723 es nicht... und das.... (I: Mhm) da hätte ich gerne... aber das
724 kommt so bei der Mitarbeiterin nicht an. (I: Mhm) Die spürt schon,
725 aha, da stimmt etwas nicht, aha, die will mich nicht. (I: Mhm) Da gibt
726 es dann so komische Phantasien dazu. Und ändert ihr Verhalten auch
727 nicht, weil sie nicht mitkriegt was sie will von ihr, (I: Ja.) die
728 Führungskraft. Und irgendwann ist es der Führungskraft dann da... (I:
729 Mhm) oder dann kommen noch andere Mitarbeiter, die sich beklagen
730 und sagen, bitte schau dir das an, wie die wieder mit dir geredet hat
731 und dann explodiert die Führungskraft (I: Mhm) und dann geht sie
732 zum Oberpfleger. Das ist vielleicht auch ein Impulsiver (I: Mhm) und
733 der sagt dann, na gut dann werden wir sie weg versetzen. (I: Mhm)
734 Wenn sie mit den Patienten nicht ordentlich reden, dann werden sie
735 weg versetzt. (I: Mhm) Die weiß überhaupt nicht wie es mit ihr
736 geschieht. (I: Ja.)
737 I: Also das heißt, da fehlt es so an klarer Kommunikation, direkter
738 Kommunikation (IP: Genau.) dass man das wirklich offen anspricht.
739 (IP: Genau. Ja. Genau.)
740 IP: Und ich denke mir, dieser Führungsstil und diese soziale
741 Kompetenz, die man im Führen auch äußert und lebt, (I: Ja.) dass setzt
742 sich auch fort in der Kommunikation von den Mitarbeitern mit den
743 Patienten. (I: Mhm. Ja. Ja.) Da spürt man, Offenheit ist möglich... (I:
744 Ja.) dann macht man Offenheit auch möglich. (I: Ja.)
745 I: Das ist jetzt... eine schöne Kette dargestellt. Ja. Ja. Fein. Also von
746 meiner Seite wäre es... mein Wissen, was ich (lachen) wissen
747 wollte... Fallen ihnen noch irgendwelche Aspekte ein, die wir jetzt
748 noch nicht genannt haben... so spontan ein. Dass sie sagen, das
749 würden sie da auch noch hineinnehmen oder vermuten, dass es auch
750 daran liegen könnte, dass es schwierig ist die Umsetzung? Also wir
751 haben jetzt gehabt die Rahmenbedingungen, (IP: Mhm. Mhm) wir
752 haben jetzt so ein bisschen die historische Entwicklung gehabt, dann
753 persönliche Ressourcen von Mitarbeitern (IP: Mhm), Ausbildung
754 haben wir drinnen gehabt und der Patient.

755 IP: (3 Sekunden) Ja. (3 Sekunden) Also ich denke mir, die 774 von Mitarbeiterinnen dar im Haus, in Österreich. (I: Ja.) Aber in
756 Rahmenbedingungen sind einer der wichtigsten Aspekte. Also das 775 einem großen Spital wie diesem, habe ich dann eine riesen Anzahl an
757 Ausschauen von vorneherein, Leute zu finden, die diese soziale 776 45 bis 55 Jährigen, die Kreuzweh haben und weiß ich nicht was für
758 Kompetenz mitbringen, (I: Mhm) die zumindest ausbaufähig ist, und 777 Leiden... (I: Mhm) die Schultern kaputt, die Knie kaputt und weiß
759 wo man noch etwas tun kann damit. Und dann ganz wichtig ist die 778 nicht was alles. Natürlich wenn jemand dauernd Schmerzen hat, dann
760 Rahmenbedingung. Man muss letztlich Rahmenbedingungen 779 kann er auch nicht mehr dauernd freundlich sein. (I: Mhm. Mhm)
761 schaffen, die eine Eigenmotivation ermöglichen... (I: Mhm) das ist so 780 Wenn es dann daheim auch noch irgendetwas gibt, das ist dieses
762 die Grundidee. Und da gehört viel dazu. Da gehören eben 781 soziale Umfeld, das die Leute auch in ihrem Privatleben auch haben.
763 Räumlichkeiten, Zeitressourcen, Gesundheitsförderungsprogramme 782 (I: Mhm) Das spielt ja auch eine ganz wesentliche Rolle, wie gut die
764 (I: Mhm) und solche Dinge gehören da dazu. (I: Ja.) Es wird 783 hier im Haus agieren können... (I: Mhm) und die gut drauf sind. Und
765 zunehmend ein Problem werden mit älter werdenden 784 wenn es dann auch noch irgendwie schief geht, dann (lachen) kommt
766 Mitarbeiterinnen. (I: Mhm) Auch hier Lösungen zu finden. Weil es 785 da eine Herausforderung auf uns zu, wo ich noch nicht genau weiß
767 kommt jetzt dieses Kebab mit der Altersverteilung. Es sagen immer 786 wie wir tun sollen. Und was man tun müsste, wäre, dass man schon
768 alle Alterspyramide dazu. (I: Mhm) Aber es schaut aus wie ein Kebab. 787 bei den Jungen anfängt gesundheitsfördernd zu arbeiten. (I: Mhm.
769 Und diese 45 Jährigen, (I: Mhm) die sind jetzt wirklich die stärkste 788 Mhm) Und da ist... also ich versuche das jetzt über eine andere
770 Bevölkerungsgruppe (I: Mhm) jetzt gerade. (I: Mhm) Und rundherum, 789 Schiene. Ich versuche jetzt über den Ansatz der Kinästhetik (I: Mhm)
771 das ist wirklich so eine deutliche Ausbuchtung, und die sind jetzt 790 da auch Gesundheitsförderung zu betreiben. Also dass die Leute
772 gerade da. (I: Mhm) Und es kommen in den nächsten Jahren eben... 791 zumindest ihr Kreuz schonen (I: Mhm) beim Heben.
773 werden diese 45 Jährigen 50 und 55... und stellen eine große Gruppe

792 I: Das wäre aber schon in der Ausbildung anzuesiedeln. (IP: Das gibt 811 dann auch jemanden zur Verfügung stellen, der ab und zu einmal
793 es schon.) Ganz verstärkt (IP: Das gibt es schon.) auch noch. 812 vorbeischaue und ihnen helfe (I: Mhm) und sagt, mhm, aha, warte jetzt
794 IP: Das Problem ist, dass die Leute das in der Ausbildung lernen im 813 schau ich dir zu oder jetzt machen wir es miteinander. (I: Mhm) Zeige
795 Trockentraining, (I: Ja.) im Hörsaal, im Übungsbett mit Kolleginnen. 814 mir einmal wie du die Patientin in die Höhe bekommst, und, und... (I:
796 (I: Mhm) Und dann auf die Station kommen und dort wird es aber 815 Ja.) ja schaut gut aus, aber da und da...den und den Tipp hätte ich
797 nicht gemacht. (I: Mhm) Und dann vergessen sie es auch gleich 816 noch für dich. (I: Mhm. Mhm) Oder der abrufbar ist... und wo man
798 wieder. (I: Ja.) Und deswegen muss ich jetzt darauf schauen... 817 sagt, also ich habe da ein sehr schwieriges Lagerungsproblem, kannst
799 I: Das heißt jetzt, es muss breit gefächerter (IP: Genau.) die 818 du einmal kommen und mir zuschauen. (I: Mhm) Und über diese
800 Umsetzungsmöglichkeit (IP: Das müsste man im Spital einfach 819 Schiene versuchen wir das jetzt. (I: Ja.) Also die Neurochirurgie ist
801 umsetzen. Und das ist trotzdem... wahnsinniges Geld... also wie man 820 fast durch. (I: Mhm) Also da haben fast alle, also ich glaube, 95
802 das...) Eine Idee dazu wie das möglich sein könnte? 821 Prozent haben jetzt mittlerweile schon (I: Mhm) den Grundkurs und
803 IP: Naja wir müssen Trainer ausbilden. (I: Trainer.) Und schauen, 822 wir haben dort zwei Trainer, (I: Mhm) die schauen da ein bisschen
804 dass wir Trainer auch zur Verfügung stellen können. Weil, es ist ja 823 darauf und das funktioniert dort recht gut. (I: Mhm) Und so werden
805 nicht damit getan... da sind wir wieder bei dem, was ich vorher zum 824 wir jetzt schön langsam, Klinikweise schauen, dass wir das
806 Thema Konflikte gesagt habe. Es genügt ja nicht die Leute in ein 825 irgendwie... (I: Mhm) auf der Internen haben wir schon angefangen
807 Kinästhetik Grundseminar zu schicken (I: Mhm) und darauf zu 826 damit, auf der Unfallchirurgie haben wir schon angefangen damit,
808 hoffen, dass sie das dann super gut umsetzen können, wenn sie wieder 827 also es beginnt jetzt langsam. Wie gesagt es ist halt eine Kostenfrage.
809 zurückkommen auf die Station. Sondern ich muss wirklich eine 828 I: Na dann wünsche ich ihnen viel Erfolg dafür.
810 komplette Station (I: Mhm. Mhm) Und ich muss 829 IP: Na, wird werden, wird werden. (beide lachen)

830 I: Gut. Dann sage ich ganz herzlichen Dank für das Interview.

831 IP: Sehr gerne.

1 **Interview 4** am 7.12.2009/ 11.00-11.45

2 I: Also zuerst herzlichen Dank, dass du dir die Zeit genommen hast
3 und einfach dass das Interesse da ist.
4 IP: Es ist mir eine Freude.
5 I: Danke.
6 IP: Eine große Freude.
7 I: Danke. Ich würde dich gerne gleich am Anfang fragen, was sind
8 für dich psychosoziale Umgangsweisen, was bedeutet das in deinem
9 Beruf und in welcher Art und Weise sich das bei dir gestaltet hat, und
10 noch immer gestaltet.
11 IP: Ja, also ich kann es nur von meiner Sichtweise her sagen aus dem
12 Langzeitbereich, dass psychosoziale Bedürfnisse kaum
13 wahrgenommen werden, dass sie zum Beispiel... Menschen, die ein
14 Verlegungsstresssyndrom haben, deren psychosoziales Bedürfnis nach
15 Geborgenheit und Sicherheit unbefriedigt ist, demente Menschen...
16 nicht das Problem bewohner - oder klientenorientiert erfasst wird,
17 sondern zielorientiert. (I: Ja.) Also der ist stationsflüchtig, ein
18 Wegläufer (I: Mhm) und die Maßnahmen, die gibt es deswegen, um
19 das Ziel zu erreichen, dass er nicht mehr weglaufen kann, dass alle

20 möglichen Maßnahmen gesetzt werden, dass der Mensch nicht bei der
21 Tür raus kommt. (I: Mhm) Und er selber erlebt sich sehr in der
22 Unsicherheit. (I: Mhm) Statt dass man versucht, was vermisst der, wo
23 will er hin, was geht ihm ab (I: Ja.) und dahin gehend einen
24 Handlungsbedarf gibt, dass man ihm das dort bietet nach Möglichkeit,
25 damit er seltener das Bedürfnis hat weglaufen zu müssen, damit er in
26 seiner Geborgenheit, in seiner Sicherheit besser befriedigt ist.
27 I: Ja. Das heißt, da ist, wenn ich das richtig verstanden habe, einfach
28 die Wahrnehmung vom Pflegepersonal gar nicht da, wo setze ich an,
29 dass ich das anders gestalte, dass das nicht passiert.
30 IP: Ich sehe es... ich sehe es so, dass das gar nicht bewusst wird. (I:
31 Mhm) Der ist, ich drücke das jetzt brutal aus, der ist lästig, auf den
32 muss man aufpassen, den muss man dauernd nachlaufen, weil der haut
33 immer ab. (I: Ja.) Und ich erlebe es oft, wenn ich eben als
34 Gutachterin, wenn es geht um freiheitsbeschränkende Maßnahmen, (I:
35 Ja.) wenn ich vom Gericht beauftragt bin, dass ich dann sehr oft das
36 Feedback höre, ich in meiner Rolle, rede es mir leicht. Denn was
37 sollen sie tun, wenn sie zu wenig Personal kriegen, so viele Leute
38 haben und demente Leute sind anstrengend, da ist das einfachste, sie

39 mit Medikamenten ruhig zu stellen, beziehungsweise
40 freiheitsbeschränkende, physikalisch-freiheitsbeschränkende
41 Maßnahmen durchzuführen. (I: Mhm) Also es ist gar nicht so das
42 bewusst machen, (I: Mhm) oder wenn jemand nicht mehr in der Lage
43 ist, weil der Wortschatz verloren gegangen ist, die beeinträchtigte
44 verbale Kommunikation. Er kann sich nicht ausdrücken (I: Mhm) was
45 ihn stört, er kann es nicht verbalisieren (I: Ja.) was ihn stört, was er
46 braucht, was er vermisst, und er versucht mit den Mitteln
47 auszudrücken was ihm noch verblieben sind. (I: Mhm) Indem er
48 schreit, indem er vielleicht körperliche Abwehrreaktionen zeigt, und
49 da kommt es dann zur Symptombehandlung. Also der schlägt, der
50 schimpft, der ist aggressiv, da müssen wir wieder etwas tun. Entweder
51 medikamentös oder in einer anderen Form der Gewalt, (I: Mhm.
52 Mhm) was ich als Gewaltakt sehe. Anstatt der
53 Ursachenerforschung...dass eine Ursachenanalyse gemacht wird. Ich
54 finde es eine ganz tolle Ressource, wenn der sich noch wehrt, der
55 demente Mensch, lässt sich nicht fremdbestimmen, also drückt noch
56 Gefühle aus.

57 I: Ja. Also du hast jetzt einerseits genannt, dass da oft das Argument
58 kommt die personelle Situation, (IP: Mhm) dass einfach nicht genug
59 Personal da ist. Auch der zeitliche Faktor und dieses Bewusstsein.
60 Meine Frage ist jetzt, wie kann ich so ein Bewusstsein schaffen? Wie
61 schätzt du da auch die Grundausbildung für Gesundheits- und
62 Krankenpflege ein?
63 IP: Mhm.
64 I: Kann ich das Bewusstsein schaffen überhaupt?
65 IP: Sicher kann man es schaffen. Aber dazu muss die betreffende
66 Person, gerade bei der Arbeit mit dementen Menschen, sehr viel
67 Empathie besitzen. Früher hat man gesagt Empathie kann man lernen.
68 Aber in den letzten Jahren ist man darauf gekommen, dass die
69 Spiegelneurone dafür verantwortlich sind und ein Mensch, der wenig
70 oder gar keine Spiegelneurone hat, sowie bei den Autisten. Die sind
71 nicht fähig sich in die innere Erlebniswelt eines anderen Menschen
72 einzufühlen. (I: Mhm) Und was ich glaube, was auch sicherlich
73 mitspielt, gerade in der Altenpflege oder in der Betreuung dementer
74 Menschen, dass ist eine nicht besonders angesehene Arbeit. (I: Mhm)
75 Politiker sind ja auch der Meinung, jede Frau hat ein Pflegegen (I:

76 Mhm) und kann alte, demente Leute pflegen. Man tut ja nur füttern
77 und Hintern auswischen. Oft hört man von Kollegen, die sagen, sie
78 hören die Rückmeldungen, du bist in die Altenpflege gegangen, wofür
79 hast du so eine langwierige Ausbildung gemacht. Und ich sage halt,
80 ich muss schauen, dass es mir gut geht, dass ich meine eigene
81 Psychohygiene pflege und wenn ich weiß und verinnerlicht habe, dass
82 ich okay bin, dann kann ein dementer Mensch mich ohne weiteres
83 schimpfen und ich nehme es nicht persönlich. (I: Mhm) Aber zumeist
84 nehmen sich Kollegen, nur mit ihren Defiziten wahr...vorwiegend mit
85 ihren Defiziten. Das hat auch etwas mit der Prägung zu tun. Kleine
86 Kinder, die sind die Größten, die Schönsten, die Besten. (I: Mhm)
87 Und dann lassen wir uns jahrelang, Jahrzehnte lang einreden, so gut
88 bist du nicht, und mache dich nicht so wichtig und nimm dir ein
89 Beispiel an dem. Bis man dann soweit ist, wenn man nicht reflektiert
90 und an sich arbeitet, (I: Mhm) dass man sich mit den Defiziten
91 wahrnimmt. (I: Mhm) Sicherlich spielen auch die zwölf Stunden
92 Dienste eine Rolle. Und was ich oft höre, ist die Rückmeldung, ich
93 kann mich doch nicht hinsetzen und mit dem reden, und die anderen
94 arbeiten lassen.

95 I: Mhm. Das heißt, das wird gar nicht als Leistung betrachtet. (IP: Ja.
96 Mhm. Mhm.) Mhm. Und was du auch angesprochen hast, die
97 persönlichen Ressourcen. Das heißt, jeder Mitarbeiter bringt
98 persönliche Ressourcen mit (IP: Mhm) oder nicht. Das heißt, die sind
99 auch entscheidend. (IP: Mhm) Wie erfolgt diese Auswahl? Wenn ein
100 diplomierter Pfleger oder Pflegerin eingestellt wird, werden die
101 getestet diese Ressourcen?
102 IP: Nein. Nein. Also mir ist das nicht bekannt. Mir ist es nicht
103 bekannt. Mir ist sogar,...also dass wenn Pflegedienstleitungen in den
104 Bundesländern, finden dass der Mitarbeiter nicht die nötigen
105 Ressourcen und Fähigkeiten mitbringt, mit dementen Menschen zu
106 arbeiten, der keine Möglichkeit hat sich von den Mitarbeiter zu
107 verabschieden und dem sein, der soll dort hingehen wo er seine
108 Stärken einbringen kann. (I: Mhm) Der hat sicher auch Stärken. Aber
109 gerade in der pflegenden Betreuung dementer Menschen... das sind
110 besondere Eigenschaften. Das Anforderungsprofil ist sehr hoch (I:
111 Mhm) und das ist den wenigsten Leuten, die an den
112 Schlüsselqualifikationen, also die dort sitzen wo was entschieden
113 wird, das ist den wenigsten bekannt. (I: Mhm) Und wenn du dir

114 anschaut die Leit..., ich sage immer die Leitbilder (I: Ja.) und die
115 tatsächliche Praxis, da glaubst du es handelt sich um zwei
116 verschiedene Häuser.

117 I: Mhm. Also das heißt, es gibt diese Leitbilder, die eine gewisse
118 Philosophie zwar vorgeben, (IP: Mhm) aber die Umsetzung oder das
119 Voranbringen an den Mitarbeitern... (IP: Das geht nicht.) Mhm.

120 IP: Und was mich so betroffen macht und so erschüttert ist, dass (IP
121 räuspert sich) unsere Berufsgruppen sind oft die Stärksten in einem
122 Haus. (I: Mhm) Dass die auf die Bewohner, auf die Patienten, sauer
123 sind, wenn sie nicht Rücksicht nehmen, dass sie so eng mit Personal
124 besetzt sind. Aber die Bewohner und die Angehörigen fordern ja nur
125 das ein, was in den Leitgedanken angeboten wird. (I: Ja.) Das ist das
126 Selbe, wenn einmal meine Generation, das wären ja dann die 68er, wir
127 (IP lacht) Flower-Power, wir Rebellierenden... Wenn wir einmal ins
128 Altersheim kommen sollten, dann werden wir das sicherlich
129 einfordern. So wie jetzt Leute einfordern, wenn sie auf Urlaub fahren
130 und im Prospekt wird etwas anderes angeboten als man dann in der
131 Realität erlebt, nicht? Die Leute sind mündiger geworden, die klagen
132 das ein. (I: Mhm)

133 I: Und warum kann das aber dann nicht umgesetzt werden? Ich meine,
134 vorher hast du genannt zeitliche, personelle Ressourcen. Aber ein
135 Bewusstsein, eine Philosophie das ja einfließen könnte. Warum
136 funktioniert das nicht?

137 IP: Ich weiß es nicht. Ich kann es dir nicht sagen. Ich bin mir auch
138 nicht bewusst, ob, wenn ein neuer Mitarbeiter kommt, der das Leitbild
139 zu lesen bekommt, das man auch die einzelnen Punkte mit dem
140 bespricht was darunter zu verstehen ist (I: Mhm) und welche
141 emotionelle Intelligenz der mitbringt. (I: Mhm), die...ja, es ist... es ist
142 (IP lacht) es ist ein Drama.

143 I: Und welche Bedeutung würdest du im Rahmen einer Organisation,
144 wo es ein Leitbild gibt, wo es die Ebene der Führungskräfte gibt...
145 Welche Bedeutung würdest du denen in diesem Prozess zu kommen
146 lassen? Haben die einen Einfluss oder hätten die eine Auswirkung (IP:
147 Natürlich. Natürlich.) ... so eine Philosophie in ein Team
148 einzubringen.

149 IP: Natürlich. Es gibt sehr wenige Ausnahmen, die kenne ich. (I: Ja.)
150 Aber in der Regel sprechen die auch eine unterschiedliche Sprache. (I:
151 Mhm) Die obere Führungsebene, zum Teil auch Akademiker (I: Ja.)

- 152 und die untere Ebene, entweder Menschen aus einem anderen
- 153 Kulturkreis, (I: Mhm) einfachere Leute mit einem
- 154 Hauptschulabschluss... (I: Ja.) ich muss von mir selber sagen, ich
- 155 habe auch nur Hauptschulabschluss. Aber ich habe versucht mich
- 156 weiterzubilden. (I: Mhm) Aber das sind eher einfachere Leute, die
- 157 ihre Fähigkeiten im Handwerklichen, im Praktischen haben. (I: Mhm)
- 158 Und wenn jetzt ein großer Stellenwert ist auf die heilige Handlung der
- 159 Ganzkörperwäsche, (I: Mhm), weil dann ist der sauber, riecht der gut,
- 160 sehe ich was ich geleistet habe. (I: Mhm) Und es ist leichter einen
- 161 Körper zu waschen, als sich mit dem Menschen auseinanderzusetzen.
- 162 I: Mhm. Das heißt, der Fokus ist so auf das Körperliche, dies ist eine
- 163 Leistung die man sieht, wo man dann eine Patienten hat, der eben
- 164 frisch sauber im Bett liegt. (IP: Mhm.) Und diese psychosoziale
- 165 Komponente, die ist nicht so sichtbar. (IP: Nein)
- 166 IP: Nein. Also in den wenigsten Einrichtungen. (I: Mhm) Ich meine,
- 167 ich bin nicht allwissend. Aber ich komme in sehr, sehr viele
- 168 Einrichtungen. Aber ich kann sagen, der Prozentsatz ist sehr gering.
- 169 (I: Mhm) Wo wirklich auf das Psychosoziale großen Wert gelegt
- 170 wird. (I: Ja.)
- 171 I: Und wie würdest du dieses Verhältnis von Tätigkeiten, die den
- 172 Körper betreffen und Tätigkeiten, die sich auf das Psychosoziale... so
- 173 wie es in der Realität ist... wie würdest du dieses Verhältnis ansetzen?
- 174 In Zahlen vielleicht.
- 175 IP: Naja. Es kommt darauf an. Es gibt... oder man beginnt so
- 176 Wohngemeinschaften zu machen. (I: Mhm) Dementen Wohngruppen
- 177 wo dieser Alltag, Milieu-Therapie, die Alltagsnormalität praktiziert
- 178 wird. (I: Ja.) Da wird sehr großen Wert auf Psychosoziales gelegt.
- 179 Aber das ist verschwindend... also ich würde sagen 90 % sind
- 180 körperorientierte (I: Mhm) Maßnahmen, die gesetzt werden.
- 181 I: Und wie würdest du es einschätzen für dich, wo du sagst, das wäre
- 182 für dich stimmig, dieses Verhältnis?
- 183 IP: Also ich bin sogar der Meinung, dass... ich glaube, wenn das
- 184 Psychosoziale der Schwerpunkt...also nicht nur psychosozial... aber
- 185 wenn das Verhältnis ein bisschen höher ist, (I: Ja.) dann brauche ich
- 186 auf das Körperorientierte nicht soviel einbringen. Weil wenn der
- 187 Mensch sich zufrieden, geborgen in einem warmen heimeligen
- 188 Umfeld sich sicher fühlt, (I: Mhm) dann hat er weniger Schmerzen.
- 189 Das wissen wir ja selber. (I: Mhm) Wenn wir traurig sind, weil wir

190 uns verlassen fühlen, keiner liebt mich. (I: Ja.) Dann sind wir
 191 körperlich vielmehr angeschlagen. (I: Mhm. Mhm) Und ja ich sage
 192 mir, wenn der über 80- jährige den Krieg überlebt hat und so alt
 193 geworden ist und hat sich immer nur einmal im Monat die Haare
 194 gewaschen, was spricht dagegen, wenn er das so weiter praktizieren
 195 kann. (I: Ja. Ja) Oder es geht schon in der Früh... es wird das
 196 Frühstück ausgeteilt. Der will vielleicht lange schlafen (I: Mhm) und
 197 das geht nicht.
 198 I: Das heißt, da sind einfach starre Strukturen (IP: Ja) vorhanden, die
 199 sehr lange schon vorhanden sind und die jetzt sehr schwer
 200 aufzubrechen sind. (IP: Mhm. Mhm.) Da würde ich jetzt vielleicht
 201 auch gerne auf die historische Entwicklung der Pflege eingehen. Wie
 202 weit hat die noch einen Einfluss in die Entwicklung der Pflege? Jetzt
 203 so als Anhängsel der Medizin. Was hat die für einen Einfluss auf
 204 heute, auf diese Strukturen, auf den Zugang?
 205 IP: Naja, es hat sich schon, ich habe 1969 diplomiert und es hat sich in
 206 diesen 40 Jahren schon einiges getan. Aber so gewisse Werte sind
 207 heute noch erhalten geblieben. Wie wir vor ein paar Jahren den
 208 eigenverantwortliche Tätigkeit... oder war es noch früher, ich weiß es

209 nicht, (I: 1997 ist es gewesen) Genau 1997, nicht 2005... ist es bis
 210 heute noch... bedauern es viele Kollegen, weil es früher hat der Arzt
 211 alles entschieden, (I: Ja.) und jetzt müssen sie das machen. Und diese
 212 Pflegeplanung ist ja überhaupt ein Wahnsinn. Die kommen mit der
 213 Schreiberei nicht zurecht und weinen dem nach. Sind sich aber auch
 214 zum Teil nicht bewusst, was jetzt wirklich Eigenverantwortung des
 215 gehobenen Dienstes ist. Also zum Beispiel ist mir passiert, es wurde
 216 in einem Heim für eine Bewohnerin ein Medikament angeordnet, ein
 217 Psychopharmakon. Und die Schwester hat das der Frau verabreichen
 218 wollen. Die hat sich geweigert das zu schlucken. (IP hustet) Und da
 219 hat sie gesagt, es ist ihr nichts anderes übrig geblieben als es in den
 220 Kaffee rein zugeben. Und ich hab ihr gesagt, wenn sie das macht hat
 221 sie ein juridisches Problem. und sie ist ...der Arzt ist verantwortlich
 222 für die Verordnung, sie ist verantwortlich für die Verabreichung. Und
 223 wenn die Bewohnerin das nicht nehmen will, dann muss sie
 224 nachweisen, dass sie versucht hat der Bewohnerin das zu erklären, sie
 225 zu motivieren. Aber wenn die dabei bleibt, sie darf es ihr nicht gegen
 226 ihren Willen verabreichen. (I: Mhm) Sie muss dann dem Arzt die
 227 Meldung machen, das schluckt die Frau nicht. (I: Mhm) Worauf die

228 Kollegin gesagt hat, nein also das traut sie sich nie. Weil der Arzt
229 macht sie fertig, der schreit sie zusammen. Und sage ich, wo bleibt
230 das Selbstbewusstsein der Berufsgruppe. (I: Mhm) Und es ist oft so,
231 dass Angehörigenwünsche berücksichtigt werden. Die Angehörige
232 wünscht das so und darum wird das so gemacht. Und man ist sich
233 dessen nicht bewusst. Es sind sehr viele Ängste da. (I: Mhm) Ängste
234 den Job zu verlieren, Ängste Schwierigkeiten zu bekommen, Ängste
235 dass Angehörige zur Zeitung rennen. (I: Mhm) Also es stecken sehr
236 viele Ängste dahinter und ich glaube, dass das in der Ausbildung...
237 auf das mehr wert gelegt werden muss. Also das man lernen muss den
238 Schülern, dass sie bereit sind sich zu reflektieren. (I: Mhm) Dass sie
239 ein berufliches Selbstverständnis und Selbstbewusstsein... Weil auf
240 der anderen Seite wieder, erlebe ich es, wenn ich zu einer Klientin
241 nach Hause komme und da ist Kaffee ausgeschüttet. Die Diplomierte
242 war da Insulin spritzen, hat das ausgeschüttete aber nicht weggeräumt.
243 Weil für das ist sie nicht zuständig, das ist Arbeit der Heimhilfe. Und
244 ich denke mir, das ist ein falsch verstandenes berufliches
245 Selbstverständnis. (I: Mhm) Weil dann nehme ich den Fetzen und
246 wische es weg. (I: Mhm) wenn ich diplomiert bin.

247 I: Also das heißt, einerseits, für diese Verantwortung, für seinen
248 Berufsstand, für sein Pflegeverständnis einzutreten, entgegenzutreten.
249 (IP : Mhm) Wirklich mit einem Selbstbewusstsein sich auch gegen
250 andere Berufsgruppen, in dem Fall jetzt die Medizin, auch dagegen
251 zu stellen. Zu sagen, nein also das ist einfach mein Verständnis. (IP:
252 Mhm) Und in der Schule sozusagen da schon ein Bewusstsein zu
253 schaffen. (IP: Ja) Wie ist das möglich in einer Schule? In welcher
254 Weise wird es geschaffen oder wie wird es hinüber transportiert, so
255 ein Selbstbewusstsein, oder wird es überthaupt?
256 IP: Ich weiß es nicht.
257 I: Du warst selber im lehrenden Bereich tätig. (IP: Ja.) Wie hast du
258 versucht deinen Schülern...
259 IP: (lacht) Also ich kann mich erinnern, ich habe... wir haben für
260 Pflegehelfer rekrutiert auf unsere Institution und aus Institutionen, die
261 Hauskrankenpflege anbieten. (I: Mhm) Und das waren Heimhilfen.
262 Und da habe ich die Rückmeldung bekommen, dass man zu mir
263 niemanden in die Ausbildung schicken kann. Denn die Leute, die bei
264 mir die Ausbildung gemacht haben, die kommen so aufmüppig
265 zurück. (I: Mhm) Und ich habe versucht, erstens einmal den

266 Heimhilfen und den angehenden Pflegehelfer und -innen....

267 persönliches Selbstbewusstsein zu stärken. Dass sie sich seiner oder

268 ihrer Selbst bewusst sind. Dass sie... auch in einer sehr hierarchisch

269 oberen Organisation tätig ist... die nicht alles zur Kenntnis nehmen

270 müssen. Sondern auch kritisch hinterfragen und bereit sind das

271 ausdiskutieren. (I: Mhm) Und das hat sich während des Unterrichtes

272 das ganze Jahr durchgezogen. Ich konnte damals... habe ich die

273 Möglichkeit gehabt Referenzen auszusuchen, die auch in diese

274 Richtung unterrichtet haben...sehr wertvoll. Natürlich war unser

275 Pflegehelferlehrgang wesentlich teurer als von anderen Institutionen

276 angeboten. Und der vorige Geschäftsführer hat das goutiert. Als der

277 dann in Pension gegangen ist, also war dann der Federstrich da, das ist

278 zu teuer, (I: Mhm) andere bieten es billiger an. Und Qualität hat ihren

279 Preis. (I: Mhm. Mhm) Weil, ich bin auch nicht bereit, heute in einer

280 Schule zu unterrichten um einen Stundenlohn, wo ich sage, netto hat

281 meine Bedienerin mehr als ich. (I: Mhm. Mhm) Weil ich da über 50

282 Prozent...sind einmal Steuern weg und dann muss ich auch noch die

283 Overhead-Kosten berücksichtigen. Also ich bin nicht bereit um 30

284 oder 40 Euro in der Stunde zu unterrichten. Das mache ich nicht. (I:

285 Mhm) Das sind dann die Leute, die Fachleute, die haben ihren Preis

286 (I: Mhm) und das ja...

287 I: Also das heißt, ein Punkt war da jetzt dabei, dass eine gewisse

288 Kritikfähigkeit (IP: Ist nicht erwünscht) oder ein Mut zum

289 Selbstbewusstsein, ist gar nicht erwünscht. (IP: Ja.) Von wem ist das

290 nicht erwünscht?

291 IP: Von den Rechtsträgern. Schau, ich habe die Erfahrung gemacht

292 erstklassige Chefs umgeben sich gerne mit erstklassigen Mitarbeitern.

293 (I: Mhm) Zweitklassige Chefs können sich keine ersten, keine

294 erstklassige Mitarbeiter leisten, weil das ist eine Bedrohung. (I: Ja.)

295 Und ja... ich will jetzt nicht die Institutionen angreifen, aber das ist

296 sicherlich ein Punkt, der diskutiert werden sollte. (I: Mhm)

297 I: Spielt da jetzt auch der Aspekt von diesen hierarchischen Strukturen

298 mit herein?

299 IP: Mhm. Speziell von so Apparatschiks wie es in Institutionen üblich

300 ist.

301 I: Das heißt, es bestehen Ängste von gewissen Hierarchieebenen, (IP:

302 Ja) die Angst haben sich vielleicht in, ich sage einmal, sich in ihrer

303 Macht ein bisschen eingeschränkt fühlen, wenn da jetzt ein zu großes

304 Selbstbewusstsein (IP: Natürlich.) oder zu große Kritik entsteht im
 305 Pflegebereich.
 306 IP: Es ist ja auch ein interessantes Phänomen, die fehlende Solidarität
 307 in unserer Berufsgruppe. (I: Mhm) Es gibt kaum eine Solidarität und
 308 ich denke, das ist auch von den leitenden Personen gewünscht. Denn
 309 wenn man untereinander nicht solidarisch ist, dann ist man beschäftigt
 310 sich untereinander (I: Ja.) zu rivalisieren. (I: Ja) Aber wenn man eine
 311 Solidarität ist, dann kann man eher Kritik üben an oberen Hierarchien.
 312 I: Kann man vielleicht das umlegen, diese fehlende Solidarität in einer
 313 ganzen Organisation, jetzt auf ein Team umgemünzt. Wo ja auch,
 314 wenn jetzt ein neues Konzept, sagen wir jetzt ein psychosoziales
 315 Konzept, da umgelegt werden sollte oder umgesetzt werden sollte.
 316 Dass das gar nicht möglich ist, weil auch hier die Solidarität fehlt und
 317 einfach diese Teamarbeit?
 318 IP: Ja sicher. Also weißt du, wenn ich Praxisanleitungen mache,
 319 passiert es immer wieder, dass Teile vom Team oder Personen vom
 320 Team sich damit nicht identifizieren können. Es ist sogar passiert in
 321 einer Institution, dass sie zur Gewerkschaft gerannt sind und gesagt
 322 haben, der Betriebsrat muss sich einsetzen, dass sie eine Zulage

323 kriegen, wenn sie zusätzlich das alles machen. (I: Mhm) Und natürlich
 324 das sind dann Bremsfallen. (I: Mhm) Und nicht nur für einen alten
 325 Menschen ist es ein Bedürfnis dazu gehören zu wollen, sondern auch
 326 bei uns. (I: Mhm) Und das hängt dann davon ab wie stark ist die
 327 Gruppe, wie viele Verbündete habe ich. (I: Ja) Leute die bei mir den
 328 Lehrgang besuchen, die haben oft zu kämpfen mit dem Team. Dass
 329 man sich wie schon gesagt, lustig über sie macht, dass man sie ...
 330 ihnen Prügeln vor den Weg haut. (im Sinne von in den Weg werfen)
 331 Oder sagt, du verwöhnt die Leute so und wir haben dann das Gewirk
 332 (im Sinne von großem Durcheinander, Verwirrung) mit ihnen, dann
 333 wollen sie dauernd etwas. (I: Mhm. Mhm) Also es ist... manches Mal
 334 habe ich den Eindruck, dass man von den alten Leuten im Heim mehr
 335 verlangt oder Dinge praktiziert, die nicht einmal im Gefängnis... (I:
 336 Mhm) also die nicht einmal... ich sage, das fehlende
 337 Unrechtsbewusstsein... (I: Mhm) (4 Sekunden) Also im Gefängnis
 338 wird nie ein Wärter her gehen und den jetzt mit Gewalt unter die
 339 Dusche zerren. (I: Mhm) Im Altenbereich passiert das sehr oft. (I:
 340 Mhm) Wenn sich der nicht duschen will... wir müssen ja die Leute...

- 341 I: Ja. Das heißt, da kommt wieder diese körperliche Betonung 360 gehe einmal durch und schaue. (I: Mhm) Der Blick start auf den
342 eigentlich so zum Tragen, dass der Körper muss sauber sein. (IP: 361 weißen Plafond, einen Schlauch in der Blase, einen Schlauch im
343 Mhm) Wie es dem Menschen in der Situation jetzt psychisch (IP: Ja) 362 Magen und angegriffen nur mit Plastik. Schon alleine das
344 geht, wird da eigentlich ausgeklammert. (IP: Ja) Das heißt, es wird das 363 Entwürdigende... wenn das Essen ausgeteilt wird, wenn Medikamente
345 Pflegeverständnis... (IP unterbricht I) 364 ausgeteilt werden. Der alte Mensch wird nur mit Handschuhen
346 IP: Sie sagen, sie sind sich dessen schon bewusst, dass der das als 365 angegriffen. (3 Sekunden)
347 Gewaltakt erlebt. Aber was sollen sie denn tun. (I: Mhm) Der ist ja 366 I: Das heißt, da würde oder ist einfach so eine körperliche
348 schon dreckig, der ist ja schon 3 Wochen nicht geduscht geworden. (I: 367 Fokussierung beim Pflegepersonal da. Wird das schon, dieses
349 Mhm) Und wenn ich sage, mein Gott der hat sich vielleicht nicht 368 körperliche Bewusstsein, schon in der Schule fundiert. Sind unsere
350 geduscht, der hat sich immer gewaschen im Lavoir. (I: Ja.) Fragt ihn 369 Ausbildungen sehr körperbetont orientiert? Bleibt die psychosoziale
351 doch, ob ihr ihn hinunter waschen dürft. (I: Ja.) Der Begriff hinunter 370 Vermittlung auf der Strecke?
352 waschen ist für die Leute etwas Vertrautes. (I: Mhm) Und weißt du 371 IP: Möglich. Weißt du, ich habe bei den Pflegehelfern Krankenpflege
353 was noch so bedrückend ist, wenn jemand nicht isst. Da versucht man 372 unterrichtet, (I: Ja.) besonders die ATL`s. Ich habe ihnen anziehen
354 alles Mögliche... denen Nahrung zuzuführen. (I: Mhm) Und man 373 lassen eine Windelhose, also so eine Inkontinenzhose, und habe
355 scheut nicht einmal davor zurück, wenn ein 95 Jähriger beschlossen 374 gesagt, sie sollen diesen Vormittag die Hose anlassen und wer es über
356 hat, und jetzt ist für mich Zeit zu gehen. Dass man dem eine PEG- 375 sich bringt soll versuchen in die Hose rein zumachen. Oder sie haben
357 Sonde setzt. (I: Ja.) Weil man kann ihn nicht verhungern lassen. Aber 376 sich gegenseitig die Zähne putzen müssen. Und einmal bei einem
358 wie viele Menschen in Langzeiteinrichtungen verhungern emotionell. 377 Lehrgang habe ich gesagt, sie sollen irgendetwas, Kleinigkeiten zum
359 (I: Mhm. Mhm) Also ich kann dir sagen, Stationen... wo ich sage, 378 Essen mitbringen. Wir machen ein Buffet. Und das war so lustig... sie

379 haben geglaubt ich habe Geburtstag und will Geburtstag feiern und
380 haben mir Blumen mitgebracht. (IP lacht) Aber ich wollte gegenseitig
381 füttern, Essen eingeben lassen. (I: Mhm) Dass sie das spüren... und
382 das haben wir dann diskutiert. Was macht das mit einem
383 Menschen, wie geht es dem dabei. (I: Mhm) Und ich weiß nicht, ob
384 das so Gang und Gebe ist, speziell (IP seufzt) bei Leuten,
385 Langzeitarbeitslose, die die Motivation haben, naja mache ich das
386 halt, dass ich ein Gehalt kriege. Und gar nicht die Voraussetzungen
387 mitbringen. (I: Mhm) Weißt ich denke mir, wenn kein Geld für das da
388 ist, dann sollen die Politiker den Mut haben es nach außen zu sagen,
389 wir haben nur ein bestimmtes Budget zur Verfügung, wir brauchen
390 eure Hilfe, dass ein alter Mensch seinen letzten Lebensabschnitt in
391 Würde verbringen darf. (I: Mhm) Aber es wird so viel geplappert, was
392 sie alles machen und was nicht alles geschieht. Aber letztlich... (3
393 Sekunden) (I: Der Stellenwert ist einfach nicht...) nicht gegeben. Und
394 jetzt andererseits wieder, weißt du, ich denke mir wenn einer im
395 Nachtdienst für 50 Leute verantwortlich ist (I: Ja) oder zu zweit für
396 120 und es sind etliche Demente mit zu betreuen, wie sollen die das
397 machen? (I: Ja.) Wie können die das machen? Und da fehlt mir die

398 Berufsgruppe, der Krankenpflegeverband, der BÖK. Wo ist meine
399 Berufsgruppe, die aufzeigt, das ist ein Ding der Unmöglichkeit. (I:

400 Mhm) Und ich denke mir, die einzige Waffe, die wir haben, ist die
401 Pflegeplanung. Wo ich eben diese psychosozialen Pflegeprobleme

402 auch erfasse und die Maßnahmen, die ich dazu setze. Und dann muss
403 ich halt dazu schreiben aus zeitlichen Gründen oder fehlenden

404 Personalressourcen war es nicht möglich. Und dann muss die

405 Stationsleitung an die Pflegedienstleitung eine Meldeanzeige machen

406 (I: Mhm) und sagen, um die erforderlichen Maßnahmen durchführen

407 zu können, brauchen wir so und so viele Pflegeminuten zusätzlich

408 I: Warum passiert das nicht?

409 IP: Weil sie es zum Teil nicht wissen. Zum Teil trauen sie sich nicht.

410 (I: Ja) Und dieses Psychosoziale wird nicht erfasst, die

411 Machtlosigkeit, die Hoffnungslosigkeit. Es sind auch die

412 Pflegediagnosen, die der Almer et al überarbeitet haben, nicht für

413 demente Menschen geeignet.

414 I: Mhm. Das heißt, es wird schon einfach beim Herausarbeiten von

415 neuen Theorien oder Konzepten (IP: Ja) gar nicht die Rücksicht

416 genommen (IP: nicht) auf die psychosozialen Komponenten.

- 417 IP: Gut, schau. Ein alter, dementer Mensch reagiert heftig auf einen
418 dunkelhäutigen Pfleger oder auf eine dunkelhäutige Pflegerin. (I: Ja)
419 Was ist das Problem? Er ist aggressiv, ist rassistisch. Aber der hat im
420 Altzeitgedächtnis drinnen, früher hat man gesagt, wenn du schlimm
421 bist, holt dich der schwarze Mann. Es hat ja auch ein Lied gegeben...
422 (I: Wer fürchtet sich vorm Schwarzen Mann) oder ein Spiel, wer
423 fürchtet sich vorm Schwarzen Mann. Das sind Demente. Das logische
424 Denken ist weg. (I: Ja) Und als Maßnahme müsste sein, dass der
425 dunkelhäutige Mensch nach Möglichkeit gar nicht hingeht. (I: Ja.
426 Mhm) Oder hingeht und sagt, ja ich bin der Tom ich möchte ihnen
427 gerne helfen dürfen. Haben sie Sorge, wenn ich zu ihnen komme.
428 Auch wenn der so dement ist... also versuchen einen Zugang zu
429 finden. (I: Mhm) Gefühl... da sind wir jetzt auch wieder beim
430 personenzentrierten Ansatz. Was hat der für ein Gefühl. (I: Mhm)
431 Nicht der agiert aggressiv, sondern was lasst ihn so handeln, die
432 Angst.
433 I: Und was macht es so schwierig für Menschen, für Mitarbeiter, so
434 auf einen Menschen zu zugehen, dass ich das erfassen kann?
435 IP: Na ja, vielfach kommen die Menschen aus einem anderen
436 Kulturkreis. Sie sind zwar der deutschen Sprache mächtig, sind sehr
437 bemüht, aber Begriffe begreifen können sie nicht. (I: Mhm) Ich mache
438 jetzt in einem Heim der Umsetzung des Projektes die Milieu-
439 Therapie, Normalitätsprinzip... mache ich die Prägung und
440 Sozialisation über 80 Jähriger. (I: Ja.) Und die sind ganz weg, was da,
441 als sie jung waren, was da alles passiert ist. Und die sind so...obwohl
442 ich den Ausdruck dankbar nicht so mag... sie sagen halt, ich bin so
443 froh, ich kann jetzt den Menschen besser verstehen.
444 I: Und was mag da der Auslöser... wenn die jetzt ein Seminar bei dir
445 machen oder du kommst zu denen auf die Station. Was macht es aus,
446 dass es dann auch wirklich in die Praxis umgesetzt werden kann.
447 Bedarf es da einer laufenden Begleitung, einfach immer wieder, dass
448 du dort auf die Station hinkommst, (IP: Ja.) sie begleitest immer
449 wieder, das durchgehst. (IP: Ja.) Oder reicht es aus, dass man ein
450 Seminar macht (IP: Nein) und man schickt die dann auf die Station...
451 IP: Nein. Sie müssen die Möglichkeit haben zu reflektieren, wie
452 konnte ich das Gehörte in die Praxis umsetzen. (I: Ja) Was ist mir
453 leicht gefallen, was hat mir Probleme gemacht. (I: Ja) Was brauche

454 ich noch. (I: Ja.) Und dann noch nach einem gewissen Abstand, dass
455 man sich wieder trifft, immer wieder... so dieses Verinnerlichen. (I:
456 Ja) Und das dauert halt seine Zeit.
457 I: Ja. Also das heißt, Zeit und Übung, (IP: Mhm) das macht es aus.
458 Und da bezieht du alle Beteiligten auf der Station mit ein. (IP: Ja. Ja.)
459 Das heißt, das ist dann wirklich dann eine flächenhafte (IP: Mhm)
460 Übung und Auseinandersetzung, (IP: Ja) die notwendig ist (IP: Ja. Ja.)
461 und um so etwas wirklich umzusetzen. Jetzt hätte ich noch eine Frage
462 zum Patienten. Du arbeitest ja in einem Bereich, wo psychosoziale
463 Komponenten einen sehr hohen Stellenwert haben. (IP: Mhm) Wenn
464 du jetzt denkst, in anderen Bereichen, bedarf es oder erwartet jeder
465 Patient auch diese psychosozialen Komponenten mit zu betrachten?
466 Oder gibt es auch Patienten auf Stationen, wo man sagt, nein sind
467 eigentlich nicht notwendig?
468 I: Das gehört zu unserem Leben dazu. (I: Mhm) Das ist Teil unserer
469 Identität. (I: Mhm) Ich denke, jeder Mensch hat das Bedürfnis nach
470 Geborgenheit und Sicherheit, nach Würde, (I: Mhm) Status,
471 Prestige... nach seiner Würde. Dass er gebraucht wird. Wenn ich
472 gesund bin, kann ich es mir zum Großteil selber befriedigen. (I: Ja)

473 Aber wenn ich beeinträchtigt bin, wenn ich krank bin, wenn ich nicht
474 weiß was mich erwartet. (I: Mhm) Also ich habe selber erlebt, dass
475 ich einmal einen langen Krankenhausaufenthalt mit vielen
476 Narkosen... ich habe zweimal einen Horrortrip gehabt bei Narkosen
477 und habe Angst... habe es am eigenen Leib erlebt wie gut das tut,
478 wenn schon der Träger, Träger, Träger ist nicht der richtige Ausdruck,
479 sondern der, der dich holt und in den OP bringt. Wenn dich der
480 freundlich anlacht und dich beim Arm nimmt und sagt, na heute ist
481 wieder ein schwerer Tag (I: Mhm) für ihnen. (I: Mhm) Und ja wenn
482 die, die dich transferieren von einem Bett auf den Operationstisch...
483 wenn die nett reden... oder die Anästhesisten... das ist einfach...es
484 gibt dir ein Gefühl von Sicherheit. (I: Mhm) Und ich muss sagen, ich
485 habe mich bei der letzten Narkose genauso gefürchtet wie bei der
486 ersten. Und keiner hat gesagt, na hören sie das kennen sie ja jetzt
487 schon. (I: Mhm) Also keiner ist in den Intellekt gegangen, sondern
488 und das war wirklich ein unheimlich gutes Gefühl. (I: Mhm) Sie
489 haben mich in meiner Gefühlswelt erreicht.
490 I: Also das heißt, es hat einfach eine große Bedeutung in dieser
491 Situation, wo ich mit meinen Ängsten bin, dass ich da einfach

- 492 wahrgenommen werde auch. (IP: Ja. Ja.) Egal ob, wenn ich jetzt auch
493 jung bin und... mit deiner Operation und dorthin... wo ich jetzt sage,
494 okay dann bin ich... ist es nachher wieder erledigt. (IP: Mhm) Das ist
495 einfach diese Wahrnehmung (IP: Ja) in den Situationen. (IP: Dieses
496 ernst Nehmen der inneren Erlebniswelt.) Ja. Und jetzt als Patient,
497 wenn du jetzt auch rückblickst...im Stationsbereich... weißt du ob
498 Patienten oft gar nicht die Erwartung haben? Dass sie vielleicht gar
499 nicht diese Erwartung stellen? Dass sich eine Schwester auch um eine
500 Psyche und soziale Aspekte kümmert, sondern Hauptsache die
501 verbindet mich gut oder die gibt mir das Essen. Dass das gar nicht
502 mit erwartet wird?
503 IP: (4 Sekunden) Viele sagen, sie haben keine Zeit, die haben soviel
504 Arbeit, dass darf man sich gar nicht erwarten. (I: Mhm) Aber hinter
505 der Aussage steckt doch der Wunsch, das Bedürfnis, als Mensch
506 wahrgenommen zu werden (I: Ja) und nicht als krankes Organ oder
507 Diagnose. (I: Ja) Sondern in meiner Ganzheit. (I: Ja) So wie die
508 Liliane Juchli, die Päpstin sagt, der Mensch ist mehr als die Summe
509 seiner Teile. (I: Mhm. Mhm) Vielmehr... ich kann mir nicht
510 vorstellen, dass es Menschen gibt, die vielleicht gar nicht rechnen
- 511 damit, dass jetzt jemand sagt, haben sie gut geschlafen heute. Aber
512 nicht nur so als warme Luftbewegung, (I: Ja) sondern wirklich als
513 Anteilnahme. (I: Mhm) Er wird sich sicherlich freuen. Auch wenn er
514 es nicht erwartet vielleicht.
515 I: Das heißt, das Bedürfnis ist immer da.
516 IP: Mhm. Weißt du, es ist ja schon so, wie ich etwas ausdrücke.
517 Wenn ich jetzt sage zu einem Menschen, ich habe eine Viertelstunde
518 Zeit, ich komme jetzt zu ihnen plaudern. (I: Mhm) Dann ist der
519 Patient so als Geschenksempfänger quasi... hat soviel zu tun und
520 nimmt sich jetzt eine Viertelstunde für mich Zeit. (I: Mhm) Wenn
521 ich... ich komme prinzipiell nur so zu den Leuten, dass ich sage,
522 schenken sie mir ein bisschen von ihrer kostbaren Zeit. (I: Mhm) Und
523 wenn man dann im Plaudern drinnen ist und ich habe dann schon
524 einen Termin oder meine Zeit ist begrenzt...ich kriege ja auch nur für
525 eine bestimmte Zeit bezahlt. Dann sage ich nicht, ich muss jetzt
526 gehen, ich habe noch eine Arbeit. Weil dann vermittele ich nonverbal
527 oder zwischen den Worten eigentlich, du hältst mich auf. (I: Mhm)
528 Sondern ich sage, mein Gott ich könnte ihnen noch stundenlang
529 zuhören, es ist so spannend. Ich habe noch einen Termin (I: Mhm)

- 530 und wenn ich den nicht einhalte, dann bin ich unpünktlich und ich
- 531 mag nicht unpünktlich sein. Haben sie Verständnis (I: Mhm) dafür
- 532 bitte. Also in diese Richtung formuliere ich das. Und das kostet nicht
- 533 mehr Zeit und gibt dem Menschen aber nicht das Gefühl, dass er eben
- 534 Almosenempfänger ist. (I: Ja) Die hat sich jetzt herabgelassen und
- 535 schenkt mir was von ihrer Zeit.
- 536 I: Mhm. Das heißt, da kommt einfach auch zu tragen die
- 537 Wertschätzung (IP: Ja) von jedem einzelnen Menschen, (IP: Ja) auch
- 538 wenn hier Rahmenbedingungen gesetzt sind. Dass ich trotzdem (IP:
- 539 Ja) diese Wertschätzung (IP: Ja) jemanden entgegenbringen kann.
- 540 Mhm. Ja, XY ich sage herzlichen Dank. (IP lacht) Außer es wären
- 541 von deiner Seite aus noch irgendwelche Aspekte vielleicht... was dir
- 542 noch einfallen zu diesen...
- 543 IP: Ah...(I: Was wir jetzt noch nicht gehabt haben) Als Resümee kann
- 544 ich nur sagen, es muss viel mehr Wert gelegt werden auf die
- 545 psychosozialen Bedürfnisse der Menschen (I: Ja) in der Pflege. Auch
- 546 Ansätze wie du sagst, die personenzentrierte Gesprächsführung ist ein
- 547 ganz wertvolles Instrument. Und das Selbstbewusstsein... nicht dass
- 548 man da deswegen großenwahnsinnig wird. (I: Ja) Sondern in seinem
- 549 Selbstbewusstsein, sich seinerseits bewusst sein, liegt eine
- 550 unheimliche Portion an Demut. (I: Mhm) Weil da habe ich ja auch
- 551 eine Verpflichtung mit mir einen liebevollen Umgang zu pflegen. (I:
- 552 Ja.) Und in den Schulen, dass man da vielleicht einen Schwerpunkt
- 553 legt nicht nur Inhalte zu vermitteln, sondern auch Haltungen. (I:
- 554 Mhm) Einstellungen und Haltungen. Und die auch überprüfen, ob der
- 555 geeignet ist. Nicht jeder Langzeitarbeitslose ist geeignet dafür. (I: Ja.)
- 556 Danke.
- 557 I: Ich sage herzlichen Dank. (IP lacht)
- 558 IP: Danke XY.

- 1 **Interview 5** am 7.12.2009 /14.00- 14.49
- 2 I: Zuerst möchte ich mich bedanken, dass du dir die Zeit nimmst und
- 3 auch das Interesse hast dafür.... (IP: Mhm.) dass du dich da zur
- 4 Verfügung stellst. Ich würde gerne mit der Frage beginnen in welcher
- 5 Art und Weise psychosoziale Umgangsformen und welche Bedeutung
- 6 ein psychosozialer Zugang für dich hat in deinem Berufsalltag.
- 7 IP: Meinst du jetzt auf die Schüler bezogen oder auf die Praxis mit
- 8 den Patienten und Bewohner...
- 9 I: Beides. Weil du kennst beides. Du hast ja im praktischen Bereich
- 10 gearbeitet und jetzt im lehrenden Bereich. Was dir da jetzt in deinem
- 11 Berufsalltag... was das für dich bis jetzt an Bedeutung gehabt hat.
- 12 Und jetzt auch so ein Bezug auf Schüler in Vermittlung von
- 13 psychosozialen Komponenten. Wie kann man es vermitteln, oder was
- 14 hat es für dich für eine Bedeutung?
- 15 I: Also wenn du jetzt sagst vermitteln... also wenn ich im lehrenden
- 16 denke, vermitteln... da kann man es nur vorleben. (I: Mhm.) Also du
- 17 musst diesen Umgang, wie geht man miteinander um, auch wenn ich
- 18 etwas wissen will von jemand anderen, das kann man eigentlich nicht
- 19 aus einem Lehrbuch heraus machen. (I: Ja) Das muss man einfach
- 20 vorleben. Ich glaube aber auch, in einem Team, wenn du auf der
- 21 Station irgendwo arbeitest, muss es auch gelebt werden. Also man
- 22 kann es, glaube ich, nicht einfordern von oben herab. Sondern ich
- 23 glaube, die einzelnen Leute müssen selbst dazu bereit sein (I: Mhm.)
- 24 und das einfach leben. Und ich denke mir dann auch im Umgang mit
- 25 Patienten, wenn ich halt so einen Zugang habe, dann habe ich auch
- 26 eine ganz andere Informationslage (I: Mhm.) und kann auch anders
- 27 pflegen. (I: Ja.) Dann ist es nicht so sehr mechanisch, dann hat diese
- 28 seelisch- geistige Komponente schon auch irgendetwas... und ich
- 29 habe es auch beobachtet. Mir ist es zum Beispiel in meiner ersten
- 30 Arbeitsstelle relativ gut geglückt... weil auch wenn ich einmal alleine
- 31 Nachtdienst gehabt habe... (I: Mhm.) wenn man einfach keinen
- 32 Zugang gehabt hat zu den Bewohnern... Ich kann mich da auch noch
- 33 ganz gut erinnern. Da war ich vielleicht ein halbes, dreiviertel Jahr
- 34 diplomiert. Das war ja Wahnsinn eigentlich... da ging es darum, dass
- 35 ich langsam durchgegangen bin, mir Zeit genommen habe, das
- 36 Gespräch gesucht habe. (I: Mhm.) Auch erklärt habe was ist, und
- 37 wenn sie etwas brauchen dass ich da bin, dass ich eigentlich für die
- 38 Pflege zuständig bin. (I: Ja.) Dass sie eben auch ihre Ängste oder

39 Hürden überwinden müssen, dass sie keine Scheu haben brauchen,
40 dass sie zum Beispiel läuten, wenn sie etwas brauchen. (I: Mhm.)
41 Weil, mir ist es lieber sie nehmen meine Hilfe in Anspruch, als sie
42 machen etwas selbstständig und stürzen zum Beispiel. (I: Mhm.) Und
43 da war dann eine Bewohnerin dabei, die gesagt hat...die hat mich
44 angesehen (IP lacht) wie so einen Weihnachtsbaum und hat gesagt,
45 man hat mir doch gesagt, ich darf nicht läuten. (I: Mhm.) Super. Dann
46 habe ich mir gedacht, was tust du jetzt. Am besten es geht eine
47 Falltüre auf und die verschluckt mich und frisst mich, habe ich mir
48 gedacht. Das kann es doch nicht sein, dass man im Team oder Leute
49 aus dem Team ganz einfach... ja ich bin zwar da und mache halt
50 meine Pflege, aber der Mensch dahinter, wie es dem geht oder was der
51 braucht und welche Bedürfnisse der hat, das zeigt...das haken wir
52 einfach ab oder das blenden wir einfach aus.
53 I: Ja. Ja. Das heißt, da war einerseits dieser zeitliche Faktor, du hast
54 gesagt, du hast dir die Zeit genommen dafür und das andere war jetzt
55 im Team. Das heißt, wenn jetzt im Team nicht diese Philosophie
56 herrscht, oder dieser Zugang vorhanden ist... Tut man sich sehr
57 schwer das jetzt alleine sozusagen umzusetzen? Bedarf es einfach im
58 Team einer flächendeckenden Zugangsweise?
59 IP: Also alleine kannst du nur punktuell etwas umsetzen, (I: Ja) nicht
60 im größeren Stil. (I: Mhm.) Also du kannst sicher nicht auf der Station
61 so verbreiten, du findest vielleicht Zugang zu einzelnen Patienten oder
62 Bewohnern, (I: Mhm.) aber halt nicht so in der Gesamtheit. (I: Ja)
63 Und im Team kannst du ja wirklich nur hoffen, dass du auch solche
64 Leute drinnen hast. Witziger Weise finden sich diese Leute ja dann
65 auch immer, (I: Ja.) die so von dieser mechanischen Pflege Abstand
66 nehmen. Sondern auch wer ist denn überhaupt diese Person, die ich da
67 zu pflegen habe. Was hat die für eine Geschichte. (I: Mhm.) Was hat
68 die für eine Biografie. (I: Mhm) Was hat die erlebt, wieso verhält sie
69 sich denn überhaupt so. (I: Ja.) Oder warum verhalte ich mich so? Das
70 ist ja auch eine Frage... es ist ja nicht jedermanns Sache, von
71 Patienten her, dass sozusagen, na ja ich will mit dem nichts zu tun
72 haben. (I: Mhm) Ich habe zwar da jetzt mein Gipsbein, angenommen,
73 (I: Ja.) und kann halt Gewisses nicht tun, aber dann kriege ich halt
74 meine Unterstützung und den Rest mache ich mir schon selber. (I: Ja)
75 Aber vor allem im geriatrischen Bereich oder wo du wirklich dann in

76 einem Geriatriezentrum Bewohner hast, die also wirklich dort ihr
77 Ableben haben, da muss das einen großen Stellenwert haben. (I:
78 Mhm) Und das war eben eine Akutgeriatrie, wo ich da gearbeitet
79 habe. Und ich denke mir auch, die Leute sind ja ganz mit anderen
80 Dingen dann konfrontiert gewesen. Was heißt es eine
81 Bewegungseinschränkung zu haben. Das ist ja nicht nur eine
82 funktionelle Einschränkung, sondern es macht ja psychisch, geistig
83 auch etwas. (I: Mhm) Ich bin nicht mehr so beweglich, ich muss mein
84 ganzes Leben umstellen, ich kann auch nicht mehr so teilhaben am
85 gesellschaftlichen Leben, (I: Mhm) ich bin darauf angewiesen, dass
86 Leute zu mir kommen und ich muss meine Beschäftigung umstellen.
87 Es ist ja nicht nur die Einschränkung im Mobilitätsbereich, sondern es
88 sind ja dann Einschränkungen, die sich wie ein Rattenschwanz
89 mitziehen. Und wenn man nur das eine bearbeitet, dann bleibt das
90 andere auf der Strecke.
91 I: Mhm. Und jetzt aus deiner Erfahrung heraus in der Arbeit, die du
92 dort auf der Station gemacht hast. Hat das diesen Stellenwert gehabt
93 oder war die Fokussierung eher auf dieses Körperliche und das wie es
94 einem Menschen dabei geht, wenn, wie du sagst, die Gehfähigkeit
95 eingeschränkt ist... War da einfach... ist es ausgeblendet geworden?
96 IP: Also ich habe das Gefühl, dass sehr viele Pflegende, sehr viele,
97 also mindestens zwei Drittel. Ein Drittel bleibt Gott sei Dank über, die
98 auch diese andere Komponente, wie geht es dem psychisch, das
99 Gespräch suchend auch den Zugang dazu haben und finden. (I: Mhm)
100 Aber im Allgemeinen... man muss es durchaus trennen. Man muss
101 sagen, wenn man zum Beispiel das Glück hat... ich habe auf jeder
102 Station, wo ich gearbeitet habe, mindestens ein oder zwei Personen
103 gehabt, die auch das psychiatrische Krankenpflegediplom hatten. (I:
104 Mhm) Und die haben alleine aus dem Spektrum heraus ja ganz einen
105 anderen Zugang zu den Bewohnern, Patienten wie auch immer, (I:
106 Mhm) nämlich über das Gespräch. (I: Ja) Das die Pflege im
107 allgemeinen Bereich eigentlich gerne ausblendet. (I: Mhm) Obwohl es
108 ohne Gespräch nicht geht. Aber die Art und Weise wie das Gespräch
109 stattfindet durchaus eine andere ist.
110 I: Mhm. Und wodurch, glaubst du, entsteht das, dass jetzt in der
111 allgemeinen Ausbildung diese Komponenten einfach so ausgeblendet
112 werden und im psychiatrischen Bereich, das einen sehr hohen

113 Stellenwert hat, eben psychosoziale Betreuung, Gesprächsführung,
114 Beratung? Weil ja auch im allgemeinen Bereich ist es ja auch...
115 IP: Weil sie es in der Ausbildung nicht gelernt haben, sage ich einmal
116 schlichtweg. (I: Mhm.) Ich glaube, ich habe zwar zu wenig
117 Einblick in die psychiatrische Krankenpflegeausbildung. (I: Mhm)
118 aber ich denke mir, dass die Art wie auch das Praktikum abläuft...
119 wenn ich jetzt auf einer psychiatrischen Station über drei Jahre sehr
120 viele solche Praktika habe, (I: Ja.) dann muss ich ja einen anderen
121 Zugang finden. (I: Mhm) Also es hat mit der Ausbildung zu tun, aber
122 nicht nur theoretisch sondern auch praktisch. (I: Mhm)
123 I: Die Frage ist, ist die allgemeine Ausbildung zu theoretisch, zu
124 Theorie lastig? Fehlt es da an Übungssituationen oder die Art und
125 Weise wie es vermittelt wird?
126 IP: Also es ist sicher immer noch sehr viel Medizinisches drinnen.
127 Das du ja auch brauchst um gewisse Pflegeprobleme ableiten zu
128 können. (I: Mhm). Aber wie gesagt, es gibt jetzt sehr viel... einen
129 großen Part Kommunikation, 140 Stunden. Aber die Schüler sind
130 wenig begeistert von dieser Kommunikation und sie sagen sich halt
131 immer, schon wieder Kommunikation. Ich glaube, (I: Mhm) dass

132 einfach nur... da tun wir eh nichts außer reden.... Aber vielleicht
133 sollte es auch jemand anderes unterrichten die Kommunikation.
134 Vielleicht sollte dem wirklich mehr psychiatrischer Inhalt gewidmet
135 werden. Vielleicht wäre das der Zugang, dass man sagt, okay ich lasse
136 das von psychiatrischen Krankenpflegepersonal abdecken die
137 Kommunikation. (I: Mhm) Vielleicht bekomme ich dann das Element
138 hinein, dass ich glaube, was man so sehr braucht. (I: Mhm)
139 I: Also das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, einerseits wird
140 von den Schülern das schon eher als lästig empfunden, (IP: Mhm) so
141 Kommunikation oder Psychologie oder was es alles so gibt für diese
142 Komponenten...für diese Kompetenzen notwendig ist. Das heißt, da
143 ist schon eine Ablehnung da. Und dass das zu theoretisch dann
144 gebracht wird?
145 IP: Es hat sehr viele praktische Elemente. Aber es ist nicht so, dass die
146 Schüler sagen, wow. (I: Mhm) Sondern sie fühlen sich gelangweilt,
147 nicht schon wieder Kommunikation. (I: Ja. Mhm.) Also es ist halt
148 dieses Standardprogramm. Zuerst einmal Gruppenfindung, wie gehen
149 wir in der Klassengruppe um, (I: Ja.) was heißt Klassengemeinschaft,
150 was sind Regeln, wie stellen wir uns das auf. Aber so dieses, wie geht

- 151 Klasse A mit Klasse B um, das wird schon nicht mehr behandelt. (I:
152 Mhm. Mhm) Sondern das bleibt auch hier in der Klasse. So wie
153 Pflege so sich in der Pflege orientiert und nicht darüber hinaus zu
154 schauen wagt. (I: Mhm. Mhm.) Auch hier wird wenig in die
155 Nachbarklasse geguckt. Wer sitzt dort überhaupt, wie komme ich mit
156 denen ins Gespräch, was haben die zum Beispiel wenn so eine Klasse
157 über uns ist schon im Praktikum erlebt, einfach dieser
158 Informationsaustausch, (I: Mhm) der findet nicht so wirklich statt.
159 I: Mhm. Und wer leitet und unterrichtet diese Gegenstände, die
160 psychosoziale Kompetenzen schaffen sollen?
161 IP: Also die Kommunikation wird von außen unterrichtet in den
162 meisten Krankenpflegeschulen.
163 I: Was heißt von außen?
164 IP: Die eher eigentlich so einen Hintergrund haben mit sozialen
165 Berufsfeld, (I: Mhm) die ihr Standardprogramm abspulen. Aber ich
166 glaube, das ist zu wenig. Also keine Leute, die direkt in der Pflege
167 tätig sind. (I: Mhm) Also der Bezug fehlt. Also ich glaube immer
168 noch, dass wenn... dass der Bezug über psychiatrisches
169 Krankenpflegepersonal... und man hätte ja Krankenpflegelehrer (I:
170 Ja.) im psychiatrischen Bereich... man könnte sich die holen. (I:
171 Mhm) Man könnte... man geht aber auch eher dahingehend,
172 Kommunikation ist so ein Gegenstand, den können wir selber auch
173 abdecken. Weil das was wir zwar jetzt tun, reden, so ein Interview...
174 (I: Ja) ich meine... das machen wir schon im Unterricht... Ich glaube
175 nicht, dass man das so eins zu eins umsetzen kann.
176 I: Mhm. Mhm. Kann man überhaupt solche psychosozialen
177 Komponenten in einer Ausbildung von 3 Jahren sich anlernen, kann
178 das jeder lernen, ist jeder wirklich in der Lage solche Kompetenzen zu
179 entwickeln?
180 IP: Also wenn man sich die Schüler anschaut... wenn ich es jetzt
181 vergleiche vor zehn Jahren, als ich selber die Ausbildung gemacht
182 habe... war auch nicht immer alles Eitelwonne in der Klasse, im
183 Klassenverband. Aber der soziale Klassenverband, die Art und Weise
184 wie Klassenverband gelebt wird... ist die Situation jetzt schwieriger.
185 I: Mhm.
186 IP: Denn Schüler haben heutzutage noch viel weniger kommunikative
187 Kompetenzen als wie wir es hatten, oder haben. (I: Mhm) Weil, die
188 sitzen tatsächlich ein großes Stück weit viel vor dem Computer. Da

189 redet ja auch keiner mit ihnen. (I: Mhm) Da haben sie zwar diese
190 Informationsflut und diese Wissensflut. Aber was heißt es überhaupt
191 mit jemandem, mit einem Gegenüber in Kontakt zu treten. (I: Mhm)
192 Das haben sie am PC nicht. (I: Mhm) Vielleicht könnte sich ja mal
193 jemand Schlauer einmal ein interaktives Programm zu Recht legen,
194 wo man sehr wohl vielleicht etwas auch am PC erlernen kann. (I:
195 Mhm) Das ist sicher nicht abwegig. Aber geben tut es das nach
196 meinem Wissen noch nicht.
197 I: Mhm. Das heißt jetzt auch, das sind so die persönlichen Ressourcen
198 von den Schülern, dass die nicht so gegeben sind. Jetzt ist die Frage,
199 wie stellt man dann diese Eignung fest, wenn jemand aufgenommen
200 wird für eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Wie erfolgt
201 diese Eignung passt der, ist der geeignet für diesen Beruf?
202 IP: Also da wird in den Schulen sicher sehr unterschiedlich
203 vorgegangen. (I: Mhm) Sie haben zwar alle diese Testungen, (I:
204 Mhm) die einheitlich sind, aber du kannst ja zimal antreten. (I:
205 Mhm) Und dieser psychologische Test, ob jemand vom
206 psychologischen Verhalten her geeignet ist oder nicht... ich meine da
207 sind schon teilweise Leute dabei, die man gut heraus ziehen kann.

208 Aber wenn die schon sechsmal antreten, wissen die genau was gefragt
209 wird (I: Ja.) und dann kann man sich auch auf den Test einstellen. (I:
210 Mhm) Also es kann sein, dass der vor 7 Jahren oder jedes Jahr sich
211 einmal bewirbt und irgendwann einmal ist der Test trotz alledem
212 positiv. (I: Mhm. Mhm.) Also die letzte Kontrollinstanz sind die
213 Lehrer in den Schulen beim Bewerbungsgespräch. (I: Ja.) Das ist die
214 letzte Instanz und Möglichkeit, wo man sagt, okay was habe ich denn
215 für ein Bauchgefühl, (I: Mhm), wenn ich die Person gegenüber habe.
216 (I: Mhm) Kann ich mir vorstellen, so wie sich die Person verhält, sich
217 äußert, ob das jetzt entsprechend bei Patient gut ankommt, oder nicht
218 (I: Ja.) und das ist wirklich die letzte Instanz.
219 I: Mhm. Und wie würdest du in dem Zusammenhang die Aussage
220 kommentieren, dass die Quantität vor der Qualität steht, sprich
221 politische Anforderungen sozusagen Klassenräume, weil der Bedarf
222 an Personal da ist, voll zu bekommen. Wie würdest du das beurteilen?
223 IP: Ist durchaus so gegeben, dass man versucht die Klassen einfach
224 aufzufüllen, die Bewerberlage hat sich nicht verbessert. Man kann sie
225 auch nicht mit Leuten die jetzt vom AMS geschickt werden auffüllen.
226 Es sind schon Leute dabei die gut dafür geeignet sind, (I: Mhm) aber

227 wenn das AMS zehn schickt, dann sind das so zwei bis drei Personen
 228 und sieben Personen eben nicht. (I: Ja.) Das ist halt einfach so. Man
 229 sollte den Leuten schon die Möglichkeit geben (I: Ja) und sie
 230 herausfiltern. Aber sozusagen aus politischer Sicht... natürlich hat die
 231 Gesellschaft den Auftrag wir brauchen das Pflegepersonal. Die
 232 Menschen werden immer älter, Pflegebedarf ist gegeben und
 233 vervielfacht sich jetzt auch noch bis in die nächsten zwanzig, dreißig
 234 Jahren. Aber es hat natürlich alles seine Grenzen. (I: Mhm) Ich kann
 235 nicht einfach mit ungeeigneten Leuten auffüllen. (I: Mhm. Mhm)
 236 Passiert aber dennoch.
 237 I: Also das heißt, es sind persönliche Voraussetzungen... werden da
 238 oft nicht... haben da nicht so diesen Stellenwert.
 239 IP: Also du kannst sagen, von einer Klasse, die anfängt, (I: Ja.) ich
 240 glaube, dass das Lehrpersonal sich da durchaus nichts vormacht. (I:
 241 Mhm) Also es sollten durchaus wenigstens achtundzwanzig bis
 242 dreißig Leute drinnen sitzen, besser wären sechs- siebenunddreißig.
 243 So wie es die volle Klasse wäre. (I: Ja) Aber unter fünfundzwanzig ist
 244 nichts. Also das heißt, ich muss schauen, dass ich da meine Leute
 245 zusammenkriege. (I: Mhm) Dann sind halt von den Schlechten noch
 246 die Besseren dabei. Im ersten Jahr wird dann gesiebt mit Müh und
 247 Not. (I: Mhm) Man kann sich ja dann sehr lange dieser Leuten nicht
 248 entledigen, die schleift man relativ lange mit. (I: Ja) Wirkt sich auch
 249 schlecht auf das Klassenklima aus. (I: Ja) Also ich habe dann zwei
 250 Komponenten, die ich irgendwie zu bearbeiten habe. Und wie gesagt,
 251 im ersten Jahr scheiden dann zwischen fünf und zehn Leute aus. (I:
 252 Mhm) Also von denen man eh schon gedacht hat, na ja die Klasse ist
 253 halt schon... also beim Diplomieren sind ja dann auch einfach
 254 weniger. (I: Ja, mhm.) Also ein Drittel fällt immer fast
 255 durchschnittlich weg.
 256 I: Mhm. Und wenn ich jetzt noch einmal auf deine Position, du hast ja
 257 die Ausbildung zur Lehrperson gemacht, du unterrichtest selber. In
 258 welcher Weise ist das jetzt in deiner Ausbildung... welchen
 259 Stellenwert haben da psychosoziale Kompetenzen gehabt? Sind die da
 260 noch einmal besprochen worden oder aufgekommen, vermittelt
 261 worden? Oder war das nur in der Grundausbildung angesiedelt?
 262 IP: Also es war zum einen in der Grundausbildung angesiedelt. Aber
 263 jetzt in dieser Ausbildung haben wir so diese
 264 Entwicklungspsychologie... war ein großes Thema... war im

265 Vordergrund. Um eigentlich vielleicht auch deine eigene Entwicklung
 266 irgendwo aufzuarbeiten und zu sagen, wo kann ich mich denn
 267 eigentlich einstufen. (I: Mhm) Und auch so eine Art Instrument, als
 268 Hilfsmittel, wo stufe ich denn den Schüler oder die Schülerin ein, (I:
 269 Mhm) wenn ich sie mir gegenüber habe. Und sehr vieles was unserer
 270 Generation vom Elternhaus mitgegeben wurde, ist heute nicht mehr
 271 wirklich drinnen, weil beide berufstätig sind. Kinder kommen oft
 272 heim und da ist oft kein Elternteil verfügbar. Das kann Schule aber
 273 nicht mehr wettmachen (I: Mhm)
 274 I: Also das heißt, es sind schon Defizite im privaten Bereich, dass hier
 275 eben auch psychosoziale Kompetenzen gar nicht so entwickelt werden
 276 können. Habe ich das richtig verstanden?
 277 IP: Die können nicht entwickelt werden, weil Kinder eigentlich das
 278 auch... das Paradelernbeispiel sind die Eltern. (I: Ja) Und wenn das
 279 ein Stück weit nicht so stattfindet, weil (I: Ja) es einfach nicht
 280 stattfinden kann von der gesellschaftlichen Struktur her, (I: Ja) weil
 281 berufstätig... die Kinder sind halt einige Stunden auch alleine zu
 282 Hause. Früher war das eigentlich undenkbar. Man ist nach Hause
 283 gekommen und da war irgendeine Ansprechperson.

284 I: Mhm. Das heißt, das ist auch was du vorher schon angesprochen
 285 hast, einfach diese Vorbildwirkung auch. Ob das eine lehrende Person
 286 ist oder im privaten Bereich. Da würde ich jetzt gerne die Brücke
 287 schlagen zur Vorbildwirkung im Rahmen auf einer Station. Welche
 288 Bedeutung kommt jetzt einer Führungskraft zu bzgl. Vorbildwirkung
 289 in Umsetzung psychosozialer Kompetenzen?
 290 IP: Wenn sie es lebt ohne dass sie es einfordert, sondern dass sie es
 291 vorlebt, dann werden es viele nachmachen, sage ich jetzt einmal aus
 292 dem Bauch heraus. (I: Mhm) Wenn von einer Leitung jetzt sehr vieles
 293 gefordert wird, aber wenig psychosoziale Kompetenz gelebt wird, (I:
 294 Ja) dann werden die Leute es auch nicht nach leben und man sieht ja,
 295 wenn man verschiedene Teams beobachtet... da habe ich ja schon
 296 genug Möglichkeiten gehabt, ist das Team... das verhält sich immer
 297 irgendwie adäquat zur Leitung. (I: Mhm) Wenn die Leitung Positives
 298 vorlebt, dann lebt das Team zu zwei Drittel gut nach. (I: Mhm)
 299 Wenn aber nur gefordert wird, dann hast du die andere Entwicklung,
 300 dass das Team auf die Barrikaden klettert und eigentlich boykottiert.
 301 I: Ja. Mhm. Also das heißt, der Umgang von der Führungskraft mit
 302 dem Team ist da entscheidend.

- 303 IP: Hat sicher einen sehr großen Einfluss.
- 304 I: Sind Führungskräfte dahingehend gut geschult, ausreichend
- 305 geschult? Wie hast du es selber erlebt im praktischen Bereich mit
- 306 Führungskräften die Zusammenarbeit?
- 307 IP: (4 Sekunden) Das kommt sehr auf die Führungskraft darauf an. Ich
- 308 glaube, dass es wenig geschult wird. (I: Mhm) Dass dieses halbe,
- 309 dreiviertel Jahr, wo sie diese Ausbildung haben, dass man das
- 310 eigentlich... dass man diese Dinge dort gar nicht alle nachholen kann.
- 311 Sondern ich glaube, dass es Grundelemente sind, die Personen
- 312 tatsächlich mitbringen. (I: Mhm) Die dann zwar reflektiert werden
- 313 können in einer Ausbildung und vielleicht auch noch mit einzelnen
- 314 Bausteinen versehen werden können, aber so ein Grundstock muss da
- 315 sein. (I: Mhm) Also wenn der Grundstock nicht da ist, ich glaube, das
- 316 kann keine nachträgliche Ausbildung mehr liefern.
- 317 I: Mhm. Und diese Reflexion, was du jetzt angesprochen hast. Ist das
- 318 dann in weiterer Folge möglich... also wenn ich jetzt einmal eine
- 319 Ausbildung mache... ich mache jetzt zum Beispiel einen Kurs oder
- 320 eine Fortbildung und gehe dann auf die Station zurück. Gibt es da
- 321 eigentlich Unterstützungsmaßnahmen, dass ich das auch wirklich
- 322 umsetzen kann, dass es da Begleiter gibt, die immer wieder einen
- 323 Blick darauf richten?
- 324 IP: Ah... (I: Wo das reflektiert wird.) Hauptschwierigkeit, glaube ich,
- 325 egal welche Ausbildung du machst, ob du jetzt an der Basis tätig bist
- 326 (I: Ja) und eine Stoma -Ausbildung machst oder eine
- 327 Wundmanagamentausbildung oder auch nur so auf eine Fortbildung
- 328 gehst, die vielleicht zwei, drei Tage dauert, mit einem positiven
- 329 Feeling dort warst (I: Mhm) und auch mit guten Gedanken retour
- 330 kommst. (I: Ja) Du kommst zurück und in der ersten Minute ist das
- 331 irgendwie so schnips, das ist alles weg. (I: Mhm) All diese guten
- 332 Vorsätze oder positiven Ansätze, die ein jeder so in sich hat, die sind
- 333 so schnell weggepustet.
- 334 I: Wodurch ist das so schnell weg?
- 335 IP: Ja, weil keiner da ist, der sich wirklich dafür interessiert. (I: Mhm)
- 336 Also wenn jemand auf einer Fortbildung war... wie war es denn...
- 337 das ist vielleicht noch so die Standardfloskel. Oder aber so, dass sie
- 338 wirklich erzählen oder was hat es gegeben oder was gibt es denn
- 339 Neues, was können wir denn ausprobieren, gibt es etwas
- 340 Umsetzbares... also von dieser Art ein Zugang...

- 341 I: Das heißt, es versiegt dann eigentlich (IP: Es versiegt eigentlich.)
342 gleich wieder und wird gar nicht umgesetzt.
- 343 IP: Und Pflegepersonen haben zu einem großen Teil die Einstellung,
344 nun ich gehe in meine Arbeit, das ist meine Arbeit, da bekomme ich
345 am Ende des Monats mein Geld und am Abend gehe ich halt wieder
346 heim. Und da kommt eh jemand der macht einfach weiter. (I: Mhm)
347 Natürlich macht jemand weiter. (I: Mhm) Aber wenn ich drinnen bin
348 und arbeite, muss ich schon auch irgendwie... es kann nicht alles
349 Eitelwonne sein. Das ist in keinem Job Eitelwonne (I: Ja) jeden Tag.
- 350 Aber es muss doch irgendwie so dieser Zugang sein, ein gewisses
351 Prickeln muss es irgendwie haben, dass kann man so schwer
352 beschreiben wie das sein soll. (I: Mhm) Aber was sage ich, das Ziel ...
353 wo du sagst da gehe ich gerne hin. (I: Mhm) Und man hat auch sehr
354 oft das Gefühl, na ja die Leute gehen halt einfach hin, weil es ihre
355 Arbeit ist (I: Mhm) und etwas Besseres habe ich halt jetzt noch nicht
356 gefunden.
- 357 I: Inwieweit würdest du da jetzt einer Organisation, die Philosophie
358 einer Organisation, Strukturen in einer Organisation... inwieweit
359 würdest du da einen Einfluss sehen auf diese Motivation?
- 360 IP: Also einen sehr großen. Ich habe nämlich in den letzten zwei
361 Jahren der Ausbildung festgestellt, dass hat mich irgendwie
362 erschreckt, dass es in den höheren Etagen schon Leute gibt, die sich
363 einiges überlegen. (I: Ja) Auch wissen, dass manches nicht
364 durchführbar ist, weil einfach Strukturen so sind, aber trotzdem etwas
365 Gutes herausholen wollen. Aber dass es in der Mittelschicht dann
366 Leute gibt, die ihre eigene Suppe kochen und diese Kommunikation
367 von ganz oben bis an die Basis nicht stattfindet, weil die Mittelschicht
368 nicht durchlässig ist (I: Mhm) und eher eigentlich Querschläger
369 drinnen sind. Wo man eigentlich glaubt, dass in der Reihe der
370 Oberschwestern oder Oberpfleger...also in dieser Reihe sind sehr
371 viele drinnen, wo die Kommunikation von ganz oben (I: Ja) her nach
372 unten blockiert wird. Und auch der Fluss von unten nach oben. (I:
373 Mhm) Und ich glaube, dass da ein sehr großes Potenzial drinnen
374 liegen würde, wenn man da endlich einmal mehr Durchlässigkeit
375 hätte.
- 376 I: Mhm. Also das heißt, die Kommunikation ist nicht durchlässig.
377 Dieser psychosoziale Umgang untereinander kann da, wenn ich das
378 richtig verstanden habe, gar nicht gelebt werden oder wird nicht

379 gelebt. Das heißt, es kann sich dann gar nicht fortpflanzen in den
380 Umgang zum Patienten, wenn das jetzt in der Organisation gar nicht
381 (IP: Nein das kann nicht...) gelebt werden kann.
382 IP: Nachdem ich jetzt auch wieder für einen Pflegeprozessworkshop
383 in XY arbeite... und was mich auch erschreckt hat, war ganz
384 einfach... auf der Station wie wir gearbeitet haben... haben wir ja
385 eigentlich, ich meine, was sich halt jede Person für sich selbst
386 interessiert... kaum Pflegezeitschriften gehabt. (I: Mhm) Also kaum
387 Zugang zu... ich meine, selbst die Leute haben wenig Initiativen und
388 von oben her wird es auch nicht gefördert. (I: Mhm) Und was ich jetzt
389 aber gesehen habe, (IP lacht) wie wir bei dieser Besprechung waren,
390 habe ich mir gedacht, mein Gott auf der Station liegt keine einzige
391 Pflegezeitschrift, (I: Ja) nicht eine einzige. Und in dem
392 Besprechungszimmer in der Direktion ist ein ganzer Ständer voll mit
393 den aktuellsten, verschiedensten Pflegefachzeitschriften. (I: Mhm)
394 Also es gibt sie sehr wohl im Haus, (I: Ja) die Zugänglichkeit bleibt
395 aber der Obrigkeit vorbehalten. Natürlich sollte sich jeder darum
396 kümmern, eine solche Zeitschrift zu lesen oder Informationen sich
397 herbei zu schaffen. (I: Mhm) Und nicht darauf warten, dass man sie
398 von oben kriegt. Aber man könnte durchaus sagen, die Zeitschriften
399 sind jetzt fünf Monate alt, sind nicht mehr ganz aktuell, aber nach
400 einem halben Jahr sind sie immer noch so aktuell, dass man sagen
401 kann, die verteilen wir jetzt im Haus, (I: Ja. Mhm) sodass sie auch auf
402 Stationen aufliegen. Oder wir geben sie Stationsschwestern oder
403 Stationspflegern und dass sich die Leute das einmal wirklich
404 anschauen. Oder wir kopieren einzelne Artikel heraus. (I: Mhm)
405 I: Das heißt, da fehlt die Initiative einfach von höheren Ebenen, dass
406 das mehr mit einfließt.
407 IP: Da gibt es etwas Neues... (I: Ja) und ist vielleicht nicht ganz
408 umsetzbar bei uns hier im Haus, aber die Leute sollen sich einmal
409 darüber informieren oder sollen die Informationen einfach auch
410 kriegen und dann schauen wir mal, vielleicht hat jemand eine gute
411 Idee, vielleicht können wir sie in Ansätzen umsetzen. (I: Ja)
412 I: Und wie siehst du das... oder würdest du einschätzen, die Initiative
413 hinsichtlich Fortbildungen, Weiterbildungen, die jetzt speziell
414 psychosoziale Komponenten abdecken? Wird das gefördert? Oder
415 steht das jetzt sozusagen...

416 IP: Fortbildungen haben wir ja immer. Also im lehrenden Bereich, 434 heißt, es wird dann diese Motivation, das Interesse eigentlich zu
 417 muss ich sagen, da sollst du dich mehr fortbilden. (I: Mhm) Weil du ja 435 Nichte gemacht von organisatorischen Strukturen?
 418 doch lehrend tätig bist (I: Ja) und du hast auch ganz leicht den Zugang 436 IP: Von organisatorischen Strukturen, die durchaus auch anders gelebt
 419 dazu. (I: Mhm) Natürlich musst du dich anmelden, aber diese 437 werden könnten.
 420 Wartezeiten für Dinge, die dich interessieren sind weitaus kürzer. 438 I: In welcher Weise?
 421 Aber wenn wir unten an der Basis nachdenken wie es läuft... Da gibt 439 IP: Ich denke mir, vieles wäre durchaus denkbar und machbar, dass
 422 es interessierte Mitarbeiter, die die geben an, ich würde mich für 440 man einmal schaut, was passt denn zur Person. Oder dass man sagt,
 423 dieses oder jenes interessieren und dann kommen sie auf eine 441 die sollen sich mal für drei, vier verschiedene Dinge anmelden (I:
 424 Warteliste. Na ja in drei, vier Jahren interessiert es sie nicht mehr. (I: 442 Mhm) und dann schauen wir einmal wie viel Zulauf pro Anmeldung
 425 Mhm. Mhm) 443 da ist. Und man könnte es auch so schaffen... okay es ist nicht alles
 426 I: Das heißt, zu lange Wartezeiten in dem Moment wo Motivation da 444 möglich... aber von den vier oder fünf gewählten ist innerhalb der
 427 wäre. Das Interesse versiegt, weil es einfach zu lange Wartezeiten 445 nächsten eineinhalb Jahre eines ganz sicher möglich. (I: Mhm) Aber
 428 sind. 446 dass Mehrfachanmeldungen einmal sind, dass man einmal schaut,
 429 IP: Das versiegt dann einfach wieder, das ist durchaus zu beobachten. 447 dass man umschichtet, das wird ja kaum gelebt. (I: Mhm) Und was ich
 430 I: Das heißt, wenn man das in anderen Worten fasst, wäre das jetzt 448 eigentlich auch versuche den Schülern durchaus bewusst zumachen
 431 einfach dieser Stellenwert, den ich jetzt vielleicht dieser Fortbildung 449 ist, und das merkst du auch auf der Station, der eigenverantwortliche
 432 beimesse, wird irgendwie zugrunde gemacht, weil es scheinbar nicht 450 Tätigkeitsbereich wird von Pflegenden nicht wahrgenommen. (I:
 433 so wichtig erscheint das baldigst zu machen, diese Fortbildung. Das 451 Mhm) Pflege hat immer noch diesen Aspekt die rechte Hand oder die

452 linke Hand vom Arzt zu sein und der Arzt befiehlt und die Schwester
 453 oder der Pfleger läuft nach und das war es und passt. (I: Mhm)
 454 I: Das heißt, die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen... (IP:
 455 ...zu übernehmen ist gering) Und inwieweit siehst du da jetzt in der
 456 geschichtlichen Entwicklung der Pflege einen Einfluss, dass das noch
 457 immer so ist?
 458 IP: Es hat einfach diesen geschichtlichen Einfluss, (I: Mhm) den wir
 459 nicht so schnell loswerden. Und nachdem Pflege ja überwiegend ein
 460 Frauenjob ist, zu einem großen Prozentsatz, (I: Mhm) so 90, 95
 461 Prozent... Natürlich sind da auch Männer tätig und das Lustige ist ja,
 462 vor allem in der psychiatrischen Pflege sind es dann überwiegend
 463 Männer. (I: Mhm) Das heißt durchaus, wenn man jetzt sagt
 464 psychosoziale Komponente...in des Mannes Natur, das nicht so ist,
 465 das Heimchen am Herd... ist der Mann natürlich nicht... (I: Mhm),
 466 und braucht mir gar nichts anschaffen. Das werden wir schon noch
 467 sehen, wer mir hier etwas anschafft. Also dieses Rebellische oder
 468 dieses Kämpferische... nicht dass das Frauen nicht auch haben. (I:
 469 Mhm) Aber es ist halt durchaus... Frau die ja sowieso sehr belastet
 470 ist, weil sie ja nicht nur den Job hat. Sondern tatsächlich auch die

471 Tätigkeiten zu Hause, (I: Mhm) Mann zu versorgen, Kinder zu
 472 versorgen, Teilzeit...Den Job also tatsächlich auch noch als
 473 finanzielle Ressource sieht... hat sie ja gar nicht so die Kapazitäten da
 474 mit vollstem Elan hinein zu preschen, weil sie ja mindesten 50
 475 Prozent oder wenn nicht gar noch mehr zu Hause vor Ort der Familie
 476 widmen muss.
 477 I: Also einerseits hast du jetzt gesagt, dass zu Hause einfach diese
 478 Belastung ist, und hast auch genannt das Heimchen am Herd. In der
 479 Pflege ist ein sehr großer Frauenanteil und wie du vorher gesagt hast,
 480 es war immer dieser dienende, gehorsame Dienst neben dem Arzt. Ist
 481 das gerade in der allgemeinen Pflege, wo der Anteil der Frauen größer
 482 ist als in der psychiatrischen, wie du selber jetzt gesagt hast... hat es
 483 damit auch zu tun, dass dieses Versorgen und Pflegen...vor allem
 484 auch die Konzentration auf das Körperliche da größer ist durch diesen
 485 Frauenanteil, weil Männer vielleicht nicht so dieses Hegen und
 486 Pflegen in sich haben?
 487 IP: Also es ist sicher auch... Pflegeperson wird man ja nicht ohne
 488 dies, sondern jede Pflegeperson, also auch wir beide, wenn wir uns...
 489 in der Pflege können wir uns nicht ausklammern davon, dass ein

490 gewisses Helfersyndrom bei Pflegenden einfach vorhanden ist. 509 nicht ein, wir haben auch Bedürfnisse und die wären... (I: Mhm)
 491 Ob man das jetzt will oder nicht. (I: Mhm) Bei dem einen etwas mehr, 510 Andere sagen sehr wohl... andere Berufsstände, nein Moment mal,
 492 beim anderen etwas weniger. Aber ich glaube, ohne dieses Syndrom 511 das lassen wir uns... das können wir schon machen, aber wenn wir
 493 wären wir keine Pflegeperson. 512 drei Sekretärinnen dafür kriegen, die dieses und jenes machen. (I: Ja.)
 494 I: Worauf könnte man dieses Helfersyndrom zurückführen? Warum 513 Pflege schreit zwar nicht hier... ja schon hier und lasst sich halt
 495 gibt es Menschen, die einfach das haben und sich für so einen Beruf 514 einfach... na ja die sind eh so brav und fleißig, die haben das... aber
 496 entscheiden? 515 ihr habt das ja schon geschafft und ihr macht das ja schon gut. (I:
 497 IP: Also das Lustige oder das Witzige daran, wenn man privat mit den 516 Mhm) Und ein paar Streicheleinheiten und ein bisschen Honig ums
 498 Leuten spricht, alle haben ähnliche familiäre Strukturen (I: Mhm) aus 517 Maul und dann zack und noch einen Ziegel ins Packerl. (I: Ja)
 499 ihrer Kindheit mitzubringen. Die haben ähnliches erlebt. Da war nicht 518 I: Also das heißt, du siehst da eine Parallele von dem
 500 immer alles im Lot und alleine, glaube ich, aus dem heraus ergreifen 519 Pflegeverständnis was die Pflege von sich selber hat, von dem
 501 sehr viele dieses Ding, wenn es mir nicht gut gegangen ist dann soll es 520 Rollenverständnis, das es gar nicht so gewisse Bedürfnisse einfordert
 502 zumindest anderen gut gehen. (I: Mhm) Es ist nur die Frage, haben die 521 oder betrachtet. Oder ich sage jetzt einmal, psychosoziale
 503 Leute nicht sprechen gelernt in ihrer Kindheit. Haben die ihre 522 Bedürfnisse, (IP: Die da sehr groß werden) die da jetzt auch abgedeckt
 504 Bedürfnisse nie ausgedrückt. Wenn ich meine Bedürfnisse nicht 523 werden. Die Pflege als Persona genannt... das jetzt auch sozusagen
 505 ausdrücken kann, dann werde ich auch nie die Bedürfnisse des 524 nicht hineinragen können im Umgang mit dem Patienten. Weil, wie
 506 anderen erheben können. (I: Mhm) Und vor allen Dingen, das ist 525 du sagst, wenn ich selber meine Bedürfnisse nicht formulieren kann,
 507 vielleicht auch wirklich der Knackpunkt, Pflege gibt ja auch die 526 dann kann ich sie auch nicht wirklich erheben von anderen.
 508 eigenen Bedürfnisse nicht Preis. (I: Mhm) Die Pflegenden fordern ja

- 527 IP: Also das ist sicherlich eine der großen Knackpunkte, glaube ich, 546 nicht zu sagen, bin ich nicht im Stande zu leisten (I: Ja) fertig aus,
528 (I: Mhm) in der Pflege. (I: Mhm. Mhm.) Da Pflege sich diesbezüglich 547 Pasta.
529 ja nicht abgrenzen kann und wenn wir das jetzt vergleichen... 548 I: Da würde ich jetzt gerne nochmal die Frage stellen, wodurch
530 psychiatrische Pflegepersonen einfach...XY ist so ein Paradebeispiel, 549 glaubst du, dass das nicht möglich ist in der allgemeinen Pflege? Eine
531 der immer gesagt hat, ich weiß wer ich bin und was ich vermittele und 550 klare Position zu vertreten, Bedürfnisse zu äußern.
532 Punktum aus. (I: Mhm) Also so einen Standpunkt habe ich bei einer 551 IP: Es schaut fast so aus, als wäre es verboten oder verpönt hier etwas
533 allgemeinen Pflegeperson überhaupt noch nicht gehört. Da wird 552 zu äußern. (I: Mhm) Außerdem würde man sich eine Schwäche
534 immer so viel herumgedrückt. (I: Mhm) Da wird nicht auf den Tisch 553 eingestehen müssen. Aber es ist ja eigentlich keine Schwäche zu
535 gehauen und gesagt so, Punkt, Punkt, Punkt, zack (I: Ja) das ist es und 554 äußern, wenn ich etwas nicht im Stande bin zu leisten, ist ja eigentlich
536 das hat es. (I: Mhm) Sondern da wird so ein bisschen nach links ein 555 keine Schwäche. (I: Mhm) Weil da gehört ja sehr viel Mut dazu. (I:
537 bisschen nach rechts, zwei Schritte nach vorne, zwei zurück. (I: Ja) 556 Mhm) Aber es hat diesen geschichtlichen traditionellen Hintergrund,
538 Das ist so ein Zappeln auf der Stelle. 557 dass es tatsächlich so gelebt wurde über Jahre hinweg. (I: Mhm) Und
539 I: Das heißt, es ist keine Klarheit und keine Stabilität von einer 558 dass sich das, glaube ich, auch noch jahrelang in der Pflege vorfinden
540 Position da, dass ich wirklich diese Abgrenzung mache. 559 wird (I: Mhm) bis es dann schrittweise, wie bei der Salami,
541 IP: Dass ich sage, okay das bin ich im Stande zu leisten, (I: Ja) die 560 Scheibchen für Scheibchen, Jahr für Jahr (I: Mhm) ganz langsam
542 Ressource habe ich, aber darüber hinaus nicht. (I: Mhm) Das wirst du 561 etwas verbessern wird. (I: Mhm)
543 nie von einer Pflegeperson, die ein allgemeines Diplom hat hören. (I: 562 I: Das heißt, es gibt ja sehr viele Entwicklungen in der Pflege. Ob das
544 Mhm) Diese klare Abgrenzung, nein sind wir nicht im Stande, weil... 563 jetzt neue Theorien sind oder Modelle, Pflegewissenschaft Studium.
545 (I: Mhm. Mhm) Da gibt es keine Argumentation dahinter... und auch 564 Es gibt ja viele Unternehmungen... wie würdest du in diesen ganzen

565 Entwicklungen die Position des Menschen, des Patienten betrachten.
 566 Welche Position nimmt der in diesen ganzen Entwicklungen ein?
 567 IP: In diesen wissenschaftlichen Bereichen geht es eigentlich auch nie
 568 um den Menschen selber, sondern um alles Manuelle um ihn herum.
 569 Ob das jetzt eine Verbandswechselftechnik ist, ob das jetzt EBN
 570 (Anmerkung: Evidence based nursing)... EBN gibt es zum Beispiel
 571 zum Sturz, EBN gibt es zur Mundpflege, EBN gibt es zum... was
 572 haben wir noch in dem Bereich? Also es gibt es nicht so im
 573 psychischen... weil sich dieser Bereich wissenschaftlich einfach auch
 574 nicht... die Wissenschaft lebt davon etwas beweisen können oder
 575 auch nicht. Also dieses psychische, seelische Wohl, das kann ich nicht
 576 beweisen. Dann ist es halt auch nicht wissenschaftlich. (I: Mhm.
 577 Mhm)
 578 I: Wird psychosoziale Betreuung als Leistung anerkannt?
 579 IP: Also in der allgemeinen Pflege sicherlich nicht. Die
 580 Pflegediagnosen gibt es, aber sie werden nicht gestellt. Nur im
 581 Rahmen dieses Arbeitskreises, also das ist kein Arbeitskreis, sondern
 582 das ist ein Pflegeprozess-Workshop. Da bin ich jetzt auch wieder auf
 583 etwas Dubioses gestoßen. Der Schwerpunkt ist... es gibt auf den

584 Stationen sechs bis zehn gebräuchliche Pflegediagnosen. Anfehlen
 585 von der Mobilität, dem Selbstfürsorgedefizit, bis hin zur
 586 Infektionsvermeidung, Sturzrisiko. Aber das Gespräch, psychische
 587 Komponenten, wo es ja auch Diagnosen dazu gibt, (I: Mhm) die
 588 werden nie ihre Anwendung finden, wenn man sie so... darauf achtet,
 589 dass man einfach einmal diese Dinge aus rechtlichen Gründen
 590 abdeckt. Man hat ja auch immer so von der Obrigkeit her auch die
 591 Angst, es muss alles mit rechten Dingen zu gehen. (I: Mhm) Wenn
 592 geklagt wird muss etwas nachweisbar sein. Eine Leistung
 593 nachzuweisen, wenn ich sage okay, ich habe diesen und jenen
 594 Verband gemacht, ich habe hier meine Hilfestellung gegeben, 30
 595 Minuten bei der Körperpflege, Rücken gewaschen, Füße gewaschen,
 596 behilflich gewesen beim Anziehen, das ist Leistung. Das Gespräch als
 597 solches wird ja nicht als Leistung empfunden. Und daran... nachdem
 598 wir ja auch als Gesellschaft so leistungsorientiert sind (I: Mhm) und
 599 Gespräche nichts mit Leistung zu tun hat, ist von gesellschaftlicher
 600 Struktur hier ein niedriger Stellenwert gegeben. (I: Mhm)

- 601 I: Also das heißt, es ist auch eine Philosophie, die in der Gesellschaft
602 da ist, ein Zugang, dass das keinen Stellenwert, keine Leistung jetzt in
603 dem Sinn ist.
- 604 IP: Ja. Was tut der mit mir: reden, eine halbe Stunde reden - 30 Euro.
605 (I: Mhm) Na ja. Wenn wir hernehmen wir gehen zu einem
606 Therapeuten, dann wird es mit 30 Euro eine halbe Stunde Gespräch
607 wahrscheinlich nicht reichen. (I: Ja. Ja) Dort hat das dann plötzlich
608 einen Stellenwert. Aber warum hat es in der Pflege keinen? Weil es
609 halt einfach gesellschaftlich gesehen ... entweder muss die ganze
610 Gesellschaft in Richtung Gespräch, um einmal zu sehen, was ist denn
611 überhaupt das Gespräch. Was kann denn Gespräch überhaupt leisten.
- 612 (I: Mhm. Mhm) Da glaube ich, gehört sicherlich auch noch ein
613 Faktum hin.
- 614 I: Da wäre jetzt die Frage, wenn man auf den Patienten eingeht,
615 erwartet er das überhaupt, eine psychosoziale Betreuung, will er das
616 überhaupt? Und was hat er da für ein Pflegeverständnis, dass er sagt,
617 ja, auch das erwartet er sich von einer Pflegeperson oder reicht das
618 wenn mir die hilft beim Körperwaschen, dass einfach diese Erwartung
619 gar nicht da ist?
- 620 IP: Sie wird zu einem großen Teil wahrscheinlich gar nicht hier sein.
621 Weil ich bin ja in einem Krankenhaus, weil ich bin ja nicht da... weil
622 wenn das Gespräch... und geht es ihnen eh gut... ist wahrscheinlich
623 die Frage, naja halten die mich für deppert (im Sinne von halten die
624 mich für dumm) (I: Mhm) oder wollen sie mich jetzt schon auf die
625 Psychiatrie schaffen. Ich glaube, dass das Wort Psychiatrie oder
626 psychisch krank oder was auch immer... ich würde es auch nicht als
627 psychisch krank bezeichnen. Aber die Gesellschaft ganz einfach, naja
628 wenn der da mit mir eine Gesprächsführung macht oder sonstiges, der
629 glaubt, ich habe mein Leben nicht im Griff (I: Mhm) kommt natürlich
630 auch dazu. (I: Mhm)
- 631 I: Also das heißt, wenn man jetzt einen Patienten fragen würde, ich
632 habe das Gefühl sie haben jetzt gerade Angst in der Situation, fühlt er
633 sich... kann er sich da als psychisch krank oder tangiert empfinden.
- 634 IP: Naja Angst ist auch so etwas. Der Mensch darf ja nicht Angst
635 haben, weil das ist ja etwas... das ist nicht so gut, Angst. (I: Mhm)
636 Dass aber jeder irgendwo in gewissen Situationen auch Angst oder
637 Unsicherheit hat, ist ja eigentlich etwas Natürliches. Aber natürlich
638 auch du... wenn ich jetzt sage Angst... und dann kommt ja auch diese

- 639 Gefahr hinzu der Mensch ist zunehmend gläsern, was ist wenn das
640 mein Chef erfährt (I: Mhm) und dann werde ich vielleicht meinen Job
641 los. (I: Mhm) Bei jüngeren Leuten hat es sicher diese Konsequenz
642 oder auch diesen Beigeschmack. Aber wenn ich jetzt wieder auf die
643 Geriatrie zurückgehe oder eben so bei Langzeitgeschichten oder
644 rehabilitativen Bereich, dann muss das auch hier im allgemeinen
645 Bereich Platz haben. (I: Mhm) Weil da gibt es ja doch wirklich Dinge
646 zu bearbeiten. Ich habe hier meinen Lebensabend zu gestalten, ich
647 kann dieses und jenes nicht. Und ich glaube auch, dass ältere Leute,
648 wenn man es ihnen erlaubt Ängste zu bearbeiten, dass das auch
649 besprochen werden darf. Aber sie müssen natürlich auch das Gefühl
650 vermittelt kriegen, ich darf das dieser Pflegeperson auch sagen. Das
651 ist nicht nur so wischiwaschi (im Sinne von nicht wichtig) (I: Ja) und
652 so halt eine Floskel, naja wie geht es ihnen denn? So wie man halt oft
653 fragt - wie geht es ihnen? Danke gut. Das darf es nicht sein.
654 I: Das heißt, er muss sich ernst genommen fühlen und wirklich das
655 Gefühl haben diese Frage, die ist ernst gemeint.
656 IP: Und es wird dann hier daran gearbeitet und versucht eine Lösung
657 zu finden. (I: Ja.) Das man schaut, was kann man da minimieren, dass
- 658 das Gefühl einfach verbessert wird. Auch wenn man das vielleicht gar
659 nicht ganz beseitigen kann, ist ja auch nicht immer das Ziel. (I: Ja.)
660 Aber einfach einmal den Dingen Raum zu geben. (I: Mhm) Also ich
661 glaube, so wirklich bei jüngeren Patienten, die nur ein paar Tage im
662 Spital sind, weil sie eine OP haben, wird das gar nicht so der Fakt
663 sein. Aber bei Langzeitpatienten, bei chronisch Kranken (I: Mhm), in
664 allen seinen Facetten und Bereichen muss das, Platz haben. (I: Mhm.
665 Mhm.)
666 I: Als Abschlussfrage, in welchem Verhältnis würdest du
667 psychosoziale Betreuung und physische Betreuung in Zahlen
668 ausdrücken, so wie es die Realität ist? Oder so wie du es erlebt hast
669 auf Stationen?
670 IP: Ich würde sagen so zwei Drittel ist sicher so physische Betreuung
671 und psychisch bleibt ein Drittel (I: Ja.)
672 I: Und nach deinem Empfinden, wie würdest du es jetzt fordern, das
673 Verhältnis?
674 IP: Es muss auf jeden Fall bei den Schülern begonnen werden. Die
675 haben teilweise gute Ansätze, aber sie verlieren sie im Laufe der
676 Praktikumszeiten auch. Also es ist auch zu beobachten, dass Schüler

677 durchaus wenn sie in die Schule kommen, so vom menschlichen
678 Verhalten her, von ihren Zugängen her, weitaus motivierter und einen
679 besseren Zugang haben, als wenn sie diplomieren.
680 I: Aha.
681 IP: Also da verschwindet irgendetwas. So als wenn...es wird ihnen
682 etwas vorgelebt und sie ahmen das ganz einfach nach. (I: Mhm) Und
683 ich glaube, da müssen wir schon sehr anpassen, was tun wir
684 eigentlich mit unserem Nachwuchs. (I: Ja.) Und auf der anderen Seite
685 muss es auf bestimmten Stationen, die mit bestimmten Bereichen zu
686 tun haben, ganz einfach in die Teamkultur integriert werden. (I: Mhm)
687 Wie geht das Team mit sich um, wie geht die Leitung mit dem Team
688 um und welchen Zugang findet das Team im Umgang mit den
689 Patienten. (I: Also, das heißt...) Onkologische Geschichten, chronisch
690 Kranke... ich denke an Diabetiker... vielleicht noch weniger, aber
691 zum Beispiel an Nieren...wenn jemand Dialyse hat oder so. (I: Ja.)
692 Wo einfach ein langer Zugang und Verlauf einfach da ist, dass da hier
693 die Teams ganz anders geführt werden müssen. Und auch dieser
694 Zugang wird ja auch nicht gelebt, dass man den Teams bei kritischen
695 Situationen zwar die Möglichkeit bietet, eben jetzt Gesprächsding zu

696 haben, oder eben einfach Supervision nehmen zu können. Aber (I:
697 Mhm) dass das zu wenig anonym ist.
698 I: Mhm. Also das heißt, da ist die Scheu einfach da sich wirklich zu
699 öffnen und diese Dinge zu besprechen, und Supervision zu nutzen.
700 IP: Zu nutzen und auch nicht so sehr innerhalb des Teams, sondern
701 die einzelnen Mitglieder ganz unterschiedlich, mit unterschiedlichen
702 Leuten auch wieder zusammenkommen (I: Ja.) und es müssen nicht
703 immer Pflegepersonen sein. Es können auch andere soziale
704 Berufsgruppen sein, die ähnliche Probleme haben. Weil man einfach
705 dadurch andere Sichtweisen gewinnt, (I: Mhm) als wenn man nur in
706 der Suppe rührt... dann bleibt das die Suppe, wenn ich keine Zutaten
707 von außen hereinhole, (I: Ja.) dann habe ich wenig Möglichkeit, auch
708 mich inspirieren zu lassen für Neues (I: Mhm. Mhm.) Also das ist
709 sicherlich auch ein Faktum. (I: Ja.) Und ich glaube, dass eben
710 spezielle Fachbereiche sich genauer damit beschäftigen sollen.
711 Rehabzentren, Akutgeriatrie, Geriatriezentren und dann halt so
712 Abteilungen, wo wirklich chronisch Kranke sind. (I: Mhm) Und in der
713 Schule es gelebt wird. Und man aufpasst, was passiert mit unseren
714 Schülern, dass die dann ein schlechteres Verhalten an den Tag legen

715 wenn sie diplomieren. Das beobachtet man nämlich auch. (I: Das
716 heißt, da ist diese Vorbildwirkung wieder ganz entscheidend, ob das
717 jetzt in der Schule ist und auch...) Wir reden über unsere Probleme,
718 wir haben auch diese Probleme, (I: Ja) aber es wird immer sehr... so
719 getan, nein wir haben keine Probleme, weil wir sind für die Probleme
720 der anderen da. (I: Mhm. Mhm)

721 I: Ja spannend. Ich sage herzlichen Dank. (IP: Bitte.) Von meiner
722 Seite wäre es. Ich weiß nicht, ob dir noch irgendwelche Aspekte, die
723 wir hier noch nicht gehabt haben, noch einfallen würden?

724 IP: Also ich glaube, die Gesprächsführung innerhalb des Teams ist
725 sehr entscheidend. (I: Ja.) Wie geht das Team mit sich um... nicht
726 einmal unbedingt jetzt auch die Leitung. Weil ich jetzt gerade denke,
727 wenn du jetzt ein psychiatrisches Pflegeteam herimmst, die machen
728 ja sehr viele Fallbesprechungen, die sprechen ja soviel miteinander. (I:
729 Mhm. Mhm.) Bei uns gibt es Teambesprechungen einmal im Monat,
730 (I: Ja.) aber anstatt dass die so konstruktiv genutzt werden, dass man
731 sagt, welche Patienten haben wir innerhalb des letzten Monats gehabt,
732 die uns ein Anliegen wären zu besprechen. (I: Mhm.) Wie ginge es

733 uns denn damit, was war schwierig, was möchten wir gerne anders
734 machen, das wird ja nicht getan.

735 I: Das heißt, die eigene Psychohygiene wird da einfach nicht mit
736 herein genommen, und es wird sich nicht auseinandergesetzt mit den
737 eigenen psychosozialen Bedürfnissen, im eigenen Team.

738 IP: Und es wird auch gar nicht geschaut, welche Ressourcen bringt
739 der Einzelne mit ins Team. Weil jeder von den Pflegenden hat andere
740 Kompetenzen. Kompetenzen hat ein jeder, aber unterschiedlich stark
741 ausgeprägt. (I: Ja.) Und ich glaube auch, dass man einfach zu wenig
742 weiß, was ist die Kompetenz meiner Kollegin oder Kollegen.

743 I: Das heißt, zu wenig Transparenz ist da untereinander. Wo sind die
744 Stärken und Schwächen des anderen, wie kann ich es ausgleichen,
745 dass es...

746 IP: Wer kann was gut (I: Ja.) und wie kann man das so einsetzen, dass
747 man auch hier diese Ressourcen, die wir haben, vernünftig nutzen. (I:
748 Mhm) Also das ist sicherlich auch nicht wirklich gegeben. Ich glaube,
749 man müsste da anfangen im Team die Leute selber... vielleicht einmal
750 hier Fortbildung zu geben. Was ist denn überhaupt Supervision, wie
751 kann ich sie nutzen, wo kann ich überall hingehen. (I: Mhm) Wie

- 752 brauche ich keine Angst haben, dass das jetzt dann zurückkommt,
753 dass das einen Einfluss auf meine Arbeit hat. Ich glaube, da muss
754 angesetzt werden.
- 755 I: Mhm. Mhm. Gut. Dann sage ich herzlichen Dank für das sehr
756 interessante Gespräch. War wirklich sehr spannend.

1 **Interview 6 am 10. 12. 2009/ 10.00- 10.56.**

2 I: Also ich möchte mich nochmal ganz herzlich bedanken für die
3 Offenheit und die Zeit, die du dir auch nimmst dafür. Ich würde dich
4 gerne am Anfang bitten, dass du für deinen Berufsalltag, den du jetzt
5 aus einer bisschen einer Distanz betrachten kannst...welche
6 Bedeutung hat für dich ein psychosozialer Umgang, Zugangsweise in
7 deinem Berufsalltag gespielt, und in welcher Art und Weise hat sich
8 das gestaltet?
9 IP: Mhm. Ja, dadurch dass ich aus dem chronischen... also mit
10 chronisch kranken Patienten gearbeitet habe in den letzten zehn
11 Jahren zumindest... (I: Ja) auf der Dialyse. (I: Ja.) Und vorher...das
12 ist also ein ganz ein spezielles Gebiet ist... und vorher auf der
13 Hautabteilung war (I: Mhm) das von... also wo ich den Eindruck
14 immer wieder habe, dass die von der Pflege nicht sehr hochrangig
15 angesehen wird. Die haben ja nichts. (I: Mhm) Und gerade Patienten
16 mit Hauterkrankungen, die sichtbar sind, leiden natürlich sehr
17 darunter. Und darauf ist halt im Alltag kaum eingegangen worden. (I:
18 Mhm) Von den Medizinern natürlich nur die medizinische
19 Betreuung... (I: Ja.) also psychologische Unterstützung gab es also

20 gar nicht. Und jeder weiß, wenn man ein Wimmerl im Gesicht hat wie
21 schwierig das ist. Also von dort her schon einmal hätte ich den Bedarf
22 auch gesehen. Und dieses Fach... nicht sehen... wir haben wirklich
23 nur die Haut behandelt, (I: Ja.) nicht die Seele, die dahinter steckt.
24 Und bei den Dialyse-Patienten ist es wieder eine ganz andere
25 Geschichte. Dreimal in der Woche für vier Stunden herzukommen (I:
26 Mhm) mit großen körperlichen Beschwerden. Da ist es auch oft zu
27 kurz gekommen. Wir sind halt so trainiert darauf die Beschwerden,
28 über die die Patienten ja auch wesentlich leichter sprechen. (I: Ja.)
29 Also jeder sagt dir, der Blutdruck war hoch oder das hat mir
30 wehgetan. Aber nicht, ich war gestern so fertig, so traurig. (I: Ja. Ja.)
31 Also das und dann muss man auch noch den finanziellen Hintergrund
32 sehen. Viele der chronisch kranken Patienten bei uns haben in
33 jungen... als sie jung gewesen sind den Job verloren. (I: Ja.) Hatten
34 dann, gerade alleinstehende Frauen, also im speziellen alleinstehende
35 Frauen, sind dann oft sehr am Armutminimum gewesen (I: Mhm)
36 und haben oft nicht gewusst wohin. Und wir hatten direkt auf der
37 Station keine Betreuung. (I: Mhm) Es war so, dass... ein anderes
38 Beispiel ist, man muss dahinter schauen, wenn ein Patient die

39 Medikamente nicht richtig einnimmt oder wenn er im Fall der Dialyse
40 viel zu viel trinkt. (I: Ja.) Wir haben das oft Selbstmord auf Raten
41 genannt. (I: Mhm) Warum kann er sich nicht an diese Regeln halten.
42 Und wenn wir uns nicht mehr zu helfen wussten, haben wir ihn zum
43 Psychologen geschickt. Der aber dort keine... eigentlich nur ein
44 Erstgespräch gemacht hat und ihn dann weiter verwiesen hat zu einer
45 Psychotherapie, (I: Ja) die sich aber der Patient wieder nicht leisten
46 kann. (I: Mhm) Also viel auch eine finanzielle Frage (I: Ja.)
47 I: Das heißt, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, dass diese
48 körperliche Seite einfach so im Vordergrund steht, dass da einfach
49 dieser Fokus eher darauf gerichtet war und jetzt vor allem von der
50 Medizin... Da würde ich gerne gleich die Frage stellen, inwieweit hat
51 da auch die geschichtliche Entwicklung der Pflege da noch immer
52 Einfluss darauf. Dass da diese psychosozialen Komponenten nicht so
53 im Vordergrund stehen. Sprich, dass die Pflege doch sehr an die
54 Medizin angehängt war in frühester Zeit. Wie weit reicht das noch...
55 und beeinflusst noch immer die Pflege?
56 I: Ja ich denke schon sehr, sehr. Also sehr... einfach insofern
57 deswegen sehr, weil jetzt auch ein Weiterführen oder ein Zuweisen

58 irgendwohin oder jemanden herholen (I: Ja.) einen Facharzt, das kann
59 ich vorschlagen. (I: Ja.) Aber ich kann es selbstständig nicht machen
60 und auch... ja und ich denke auch das Gespräch mit dem Patienten
61 wird großteils noch nicht jetzt als Arbeit auch gesehen. (I: Mhm) Ich
62 kenne das. Ich habe ein sehr großes Team geleitet und ich kenne das.
63 Wenn der Patient jetzt herein kommt und eine Schwester, zu der er
64 einen Zugang hat, anspricht (I: Ja.) und die bei ihm dann länger stehen
65 bleibt, weil der halt jetzt das Gespräch braucht... (I: Ja.) die anderen
66 arbeiten weiter... es muss an den Geräten... also wir haben ja die Zeit
67 vorgegeben. Also das heißt, die Maschine schreit, (I: Ja.) mach jetzt
68 was, tue was, du musst den nächsten Schritt setzen. (I: Ja.) Wenn die
69 jetzt dort stehen bleibt bei einem Patienten, ist das für sie selber in der
70 Achtung der anderen nicht gut. Die macht nicht weiter... (I: Mhm)
71 unterbrich das Gespräch, rede später mit dem. (I: Ja) Dann will oder
72 kann der vielleicht nicht mehr.
73 I: Also das heißt, psychosoziale Tätigkeiten oder Betreuung, sprich
74 Gesprächsführung, wird gar nicht so als Leistung betrachtet (IP:
75 Mhm) in der allgemeinen Pflege. Meine Frage dazu, in der
76 psychiatrischen Pflege, ich weiß nicht ob du da Erfahrung hast oder

77 Einblick, dass da mehr psychosoziale Betreuung einen ganz anderen
78 Stellenwert hat. Warum hat es in der allgemeinen Pflege nicht diesen
79 Stellenwert?
80 IP: Naja. Vielleicht auch, weil es von Seiten der Patienten, das primär
81 nicht angesprochen wird. (I: Mhm) Also ich denke schon, dass
82 Patienten von uns eher erwarten, primär einmal die Linderung der
83 körperlichen und die Behandlung der körperlichen Beschwerden. (I:
84 Ja) Und möglicherweise liegt es schon auch am Gespür... oder es ist
85 nicht so greifbar... wo nehme ich auf... der Patient sagt vielleicht der
86 einen Person dasselbe und der zweiten genau dasselbe. Und die eine
87 erkennt den Bedarf und die andere erkennt ihn nicht. (I: Mhm) 106
88 Vielleicht ist auch die Ausbildung, die Schulung nicht dahin gerichtet
89 möglicherweise. (I: Mhm) Das ist jedem selber überlassen, glaube ich,
90 ob er jetzt was macht oder was erkennt. (I: Mhm) 109
91 I: Also der Patient ist... muss gar nicht diese Erwartung haben oder
92 viele haben sie vielleicht gar nicht diese Erwartung, (IP: Ich glaube) 111
93 dass sie da psychosozial betreut werden. Dem ist wichtig, dass er 112
94 körperlich gut versorgt wird, sein Leiden (IP: Mhm) sozusagen, (IP: 113
95 Mhm) aber er stellt gar nicht die Erwartung. Welches 114 zu begeben. (IP: Ja. Ja.) Mhm. Ich habe in einem anderen Interview

96 Pflegeverständnis würdest du da jetzt in der Gesellschaft vermuten?
97 Wenn ein Patient das gar nicht erwartet?
98 IP: Mhm. Ja, vielleicht (4 Sekunden)... Nein, ich denke, dass auch ein
99 bisschen gerade in der Gesellschaft bei uns noch nicht so der Gang
100 zu... dass man das jetzt so auf die Psychoschiene schiebt. (I: Mhm)
101 Dass das nicht so gerne gesehen wird. Ich habe den Eindruck, dass
102 Patienten oft körperliche Beschwerden mehr besprechen oder
103 körperliche Beschwerden angeben, obwohl etwas anderes dahinter
104 steckt, (I: Mhm) weil sie nicht abgestempelt werden wollen. (I: Mhm)
105 Also auch der Gang zu einem Psychiater oder Psychologen ist mit
106 sehr viel...ist eine sehr große Hemmschwelle. (I: Ja) Also so gesehen
107 wäre da natürlich ein großer Bedarf von Seiten der Pflegepersonen da,
108 weil es einfacher wäre für die Patienten. Aber ich denke jetzt einmal,
109 dass die Ausbildung auch ein bisschen nachhinkt (I: Mhm) und sich
110 viele Schwestern das nicht zu trauen da wirklich, sage ich jetzt
111 einmal, Therapie ist jetzt nicht das richtige Wort, glaube ich, aber da
112 ist eine Betreuung diesbezüglich...
113 I: ... einfach gar nicht sich zu trauen (IP: Ja.) sich auf dieses Gebiet
114 zu begeben. (IP: Ja. Ja.) Mhm. Ich habe in einem anderen Interview

115 auch die Aussage gehört, dass gerade in der allgemeinen Ausbildung 134 IP: Scheitert auch an Räumlichkeiten (I: Ja.) und wie gesagt, ich
116 der Fokus zu sehr auf das Körperliche vorhanden ist. Wie würdest du 135 denke schon auch... in der Ausbildung. Wie führe ich so ein
117 das...deine Schulausbildung ist schon sehr lange her... 136 Gespräch, wie höre ich richtig zu (I: Ja.) und wie gliedere ich das jetzt
118 IP: ... schon sehr lange her. Wir haben ganz wenig gehabt... ganz 137 in den Alltag ein. (I: Mhm) Wie sage ich zum Patienten, der, wenn
119 wenig auf der Seite. (I: Ja.) Auch für uns selber auch nicht. (I: Ja.) 138 mir der in der Situation etwas sagen will und daneben ist aber ein
120 Wie gehen wir selber um mit diesem Leid, (I: Ja) das wir täglich 139 Notfall. (I: Ja.) Wie konkret... wie sage ich dem jetzt, ich kann jetzt
121 sehen oder hören. (I: Ja.) Aber auch dieses wie führe ich ein 140 nicht. Aber ich möchte ihm die Bereitschaft zeigen, das später
122 Gespräch. Und wenn wir uns jetzt wirklich den Alltag in einem 141 fortzuführen (I: Ja) oder ein anderes Mal. Ich muss jetzt aber dort
123 Krankenhaus vorstellen... du hast ja nicht einmal einen Raum wo du 142 hinrennen, (I: Ja.) weil dort jetzt ein vitalnotwendiges Eingreifen
124 sprechen kannst mit jemandem. (I: Mhm) Weil wer wird dir denn von 143 erforderlich ist. (I: Ja. Ja. Mhm.)
125 unseren Patienten, von den männlichen Patienten, die an der Dialyse 144 I: Wie kann man solche Kompetenzen erlernen, oder wie werden sie
126 sind, (I: Ja.) die ja sehr oft auch Potenzprobleme haben... (I: Ja.) wo 145 vermittelt? Wie würdest du das sehen, dass man jetzt... ich meine,
127 kann der das besprechen? Das kann er fast nicht, es gibt keinen Raum. 146 man kann eine Tätigkeit, wie man einen, ich weiß es nicht, einen
128 (I: Ja, also da wären wir dann schon bei den Rahmenbedingungen) 147 Katheter setzt, das kann man zeigen, das kann man üben. Wie
129 Und da... 148 sind...sind psychosoziale Kompetenzen schwerer zu vermitteln, kann
130 I: Du hast gerade angesprochen die räumliche Gegebenheit. Dass es 149 man sie überhaupt vermitteln?
131 da...weil gerade psychosoziale Betreuung bedarf doch einer gewissen 150 IP: Ich denke schon, dass man sie vermitteln kann. (I: Ja, in welcher
132 Intimsphäre... (I: Ja. Ja.) das heißt, das scheitert da auch an 151 Art und Weise?) Also ich habe das... also primär muss natürlich
133 Räumlichkeiten. 152 einmal die Bereitschaft vorhanden sein. (I: Ja.) Also es hängt von der

153 persönlichen...also das kennen wir ja alle, dass manche einfach dieses 171 Umgang, einen psychosozialen Umgang in einem Team zu
154 Gespür haben. Manche können das einfach (I: Ja.) besser, auf 172 ermöglichen. Hat die Leitung da eine Bedeutung?
155 Menschen zu gehen und auch Menschen dazu bringen, dass sie mit 173 IP: Ja. Sehr. (I: Mhm. In welcher Weise?) Also die Leitung kann von
156 ihnen reden. (I: Mhm) Es gibt auch im Team immer wieder welche, 174 Haus aus schon einmal darauf achten welcher Ton auf der Station
157 die sagen, ich weiß von dem, das, das, das. (I: Ja) Und ein 175 herrscht. (I: Ja.) Ich denke, dass man einfach einschreiten muss, wenn
158 anderer, nein mir hat er das nicht gesagt. (I: Ja.) Also primär, glaube 176 es so ist, dass es einen raueren Ton einmal gibt. Also dass man darauf
159 ich, dass ich das schon, von dem will ich aber jetzt nicht ausgehen, 177 achtet und die Leute darauf anspricht auch. (I: Mhm) Wobei man
160 weil wir wollen ja darauf hingehen, sage ich jetzt einmal, dass das ein 178 einen Unterschied sehen muss wie wird beim Patienten gesprochen
161 jeder macht. (I: Ja.) Ich habe im leitenden Kurs... Soziales Lernen 179 und wie wird im Sozialraum gesprochen. (I: Ja.) Irgendwo muss im
162 und so... sehr, sehr viel gelernt. (I: Mhm) Also mit Rollenspielen im 180 Sozialraum, ist schon oft ein Gespräch ... oder waren oft Gespräche,
163 Sozialen Lernen, also das hat bei uns ein sehr gutes Gerüst 181 wo ich mir gedacht habe, nein Gott sei Dank, dass das jetzt sonst
164 mitgegeben. (I: Mhm. Mhm.) Also uns ist das gut vermittelt worden, 182 niemand hört. (I: Mhm) Aber irgendwo müssen... muss das Personal,
165 sage ich. Aber dazu hat die Basis kaum einen Zugang. 183 müssen die Pflegenden auch die Luft raus lassen können. (I: Ja) Also
166 I: Ja. Also das heißt, in Übungen ist das gestaltet worden. (IP: Mhm, 184 das ist für mich dann schon auch okay. Aber grundsätzlich, glaube
167 in praktischen Übungen gestaltet worden, mhm.) Ja. Und du selber 185 ich, dass den Leitenden da eine sehr große Rolle zukommt, dass sie
168 warst ja in der leitenden Funktion und hast auch diese Ausbildung 186 darauf achten wie ist der Umgang mit dem Patienten. Und auch dieses
169 gemacht. (IP: Mhm. Mhm) Welche Rolle würdest du einer leitenden 187 Vermitteln dass das Gespräch mit dem Patienten auch wichtig ist, dass
170 Person zukommen lassen oder welchen Stellenwert... um einen 188 man das auch einbauen kann. (I: Mhm.) Also das, glaube ich, liegt
189 schon... das liegt einfach an den Leitenden. Weil auch das

190 Organisieren des Tagesablaufes auch besprochen werden kann. (I: Ja. 209 schon ein sehr familiärer Ton. (I: Mhm. Mhm) Also auch in der
191 Ja.) 210 Auseinandersetzung... und Patienten verstehen halt manchmal... oder
192 I: Mhm. Und in welcher Art und Weise hast du, wenn du Defizite 211 wissen sehr gut... da gibt es zwei Gruppen. Die, die sehr, sehr gut
193 erkannt hast oder das Gefühl hattest, da ist einfach zu wenig Eingehen 212 Bescheid wissen und dann die Entscheidungen des Pflegepersonals
194 auf einen Patienten...wie bist du da mit Mitarbeitern umgegangen? 213 nicht akzeptieren. Oder ich habe mir gedacht, das muss er ja wissen ja
195 IP: Also wenn sie sich...wenn ich gemerkt habe, dass da ein 214 (I: Mhm.) und da kommt es oft zu Konfliktsituationen.
196 Streitgespräch entstanden ist (I: Ja) um irgendwas, dann war es schon 215 I: Ja. Ja. Das heißt, es war eine Station wo doch sehr viele
197 so, dass ich entweder direkt eingegriffen habe und gesagt habe, 216 psychosoziale Komponenten mitgespielt haben. (IP: Ja.) Jetzt auf die
198 worum geht es, was ist Sache und einmal beide Seiten angehört habe. 217 Mitarbeiter bezogen...es sind ja doch auch immer wieder neue
199 (I: Ja.) Oder wenn es so war, dass das nicht sinnvoll war, dann habe 218 Mitarbeiter gekommen. Man muss sich doch auch weiterentwickeln.
200 ich mir die Leute zu einem Einzelgespräch geholt und habe gesagt, 219 Du hast auch vorher gesagt, durch Übung kann man so einen Umgang
201 was ist da passiert, warum ist das so. (I: Mhm) 220 auch gut lernen. Welchen Stellenwert hat da Fortbildung gehabt und
202 I: Also du hast das Gespräch gesucht und da einfach wirklich (IP: Ja.) 221 hat es da auch speziell für psychosoziale Kompetenzen... war da ein
203 eine Offenheit gestaltet. (IP: Ja. Ja.) Dieses... jetzt nicht einfach 222 Fokus auf eurer Station?
204 weggekehrt wird, sondern du hast es offen gemacht. 223 IP: Wir haben uns... wir hatten uns überhaupt... die Notwendigkeit
205 IP: Ja. Ja. Wobei ich sage jetzt einmal, dass Dialyse- Patienten, ein 224 oder der Bedarf, (I: Ja.) den haben wir zu hundert Prozent, sowohl von
206 ganz spezielles Klientel sind. (I: Ja.) Weil die jahrelang dreimal in der 225 der Medizinerseite als auch vom Pflegepersonal erkannt. (I: Mhm)
207 Woche herkommen. Das heißt man kennt einander sehr, sehr gut, (I: 226 Viele aus der Pflege hätten sich und auch unsere Ärzte hätten sich
208 Ja) man kennt die Familien, die Hintergründe und da herrscht oft 227 gewünscht, dass wir nur für unsere Station, so wie es im XY zum

228 Beispiel ist, (I: Ja.) einen eigenen Psychologen haben. Also auch 247 auch einen Teil betrifft. Wo man das auch abarbeiten hätte können....
229 Umgang mit Tod, das Warten auf die Niere ...(I: Ja.) Wenn jetzt ein 248 habe ich immer wieder versucht einzuführen. (I: Ja) Immer wieder
230 Patient, der jahrelang neben einem gelegen ist, plötzlich nicht mehr da 249 daran gearbeitet und das ist einfach daran gescheitert, dass die
231 ist. (I: Ja.) Sind wir die ersten gewesen, wenn der Nachbar gesagt hat, 250 Pflegenden nicht in der Freizeit noch herkommen wollten. Sie hätten
232 der ist jetzt drei Jahre neben ihm gelegen und der liegt heute nicht 251 es zwar refundiert gekriegt, aber es war ganz...also ich habe es in
233 neben ihm... wo ist der. (I: Ja. Ja.) Und das dann zu sagen, das war 252 zehn Jahren nicht geschafft (I: Ja.) eine kontinuierliche Supervision
234 oft unsere Aufgabe mit der... und wir hätten uns gewünscht einen 253 durchzuführen.
235 Psychologen für unsere Patienten. Der die auch speziell kennt, wo sie 254 I: Mhm. Also das heißt, das Angebot zur Unterstützung für das
236 auch Vertrauen haben. (I: Mhm) Das wurde abgelehnt. Das wäre nur 255 Personal wäre da gewesen (IP: Ja.) in Form von Supervision, es wurde
237 in einem Werkvertrag oder so gegangen. (I: Mhm) Also da wäre der 256 aber nicht angenommen. (IP: Mhm) Hat es da Gespräche gegeben
238 Bedarf gewesen, wo man das regeln hätte können. Fortbildungen gab 257 warum das nicht angenommen wurde... weil das jetzt nur in der
239 es, sage ich jetzt einmal, zu 90 Prozent waren die also rein auf die 258 Freizeit war?
240 Pflege und auf dem medizinischen Gebiet, weniger auf der 259 IP: Nein. Also sie haben das schon zurückgekriegt. (I: Ja.) Wir
241 Psychologieseite. (I: Mhm) Wenn wir zu Kongressen gefahren sind... 260 hatten... also wir haben drei Anläufe gestartet. Weil immer
242 (I: Ja.) also es gab schon viele Fortbildungen, weil ja auch die Technik 261 wieder...weil ich den Bedarf gesehen habe und weil ich immer wieder
243 eine große Rolle spielt. Aber wenn wir zu den Fortbildungen gefahren 262 versucht habe das zu implementieren. Ich war natürlich... es war so,
244 sind, war halt eher das im Vordergrund. (I: Mhm) Schon immer auch 263 dass ich von den Supervisoren auch gehört habe, es sollten mindestens
245 war ein Aspekt der Psychologie oder der psychosozialen 264 also mehr als fünfzig Prozent des Teams teilnehmen. (I: Mhm) Also
246 Betreuung...speziell jetzt in Richtung Supervision....also das jetzt 265 die habe ich schon nicht zusammen gekriegt. (I: Ja.) In

266 Abstimmung...also wir haben das abstimmen lassen... waren primär 285 (I: Mhm) und haben gesagt, da steht etwas anderes dahinter. Wenn
267 dagegen. Dann gab es einen großen Konflikt mit Ärzten (I: Mhm) und 286 nur einer schuld ist, wenn so vieles nicht rennt... (I: Ja) und da waren
268 da war es auf einmal so, ja jetzt wir müssen was machen. Da ist es 287 dann viele enttäuscht und haben gesagt, da gehe ich nicht hin. Mein
269 aber eher darum gegangen, Konflikte in der Zusammenarbeit. (I: 288 Problem hier ist, wenn die so mit uns umgeht, wenn die so mit uns
270 Mhm) Aber da ist es auch darum gegangen, wie gehen wir um, wenn 289 redet, wenn die einen Patienten anfaucht und ich kann das nicht
271 wir sehen, dass die Mediziner aus unserer Sicht auf die Patienten zu 290 sagen... das ist mein Problem. Und an dem haben wir nicht gearbeitet
272 wenig eingegangen sind und nicht gehört haben, was wir alles sagen 291 und dafür sind sie dann weggebröckelt. (I: Ja.) Und das ist dann
273 wollen. (I: Ja) Und da ist es dann zu einer Supervision gekommen. Da 292 irgendwie im...ist dann ausgelaufen und dann haben wir gesagt, okay
274 haben wir dann, ich glaube, es waren 10 Sitzungen... wobei nach der 293 starten wir noch einmal einen Versuch. Vielleicht braucht es auch bei
275 dritten Sitzung viele abgebrochen haben und nicht mehr gekommen 294 so einem Riesenteam mit über vierzig Mitarbeitern... vielleicht
276 sind. 295 braucht es einfach eine andere Basis, dass wir uns auf etwas anderes
277 I: Hat es Gründe dafür gegeben? 296 konzentrieren... (I: Mhm) und haben gesagt wir machen
278 IP: Ja. Es gab... der Anlass war ein Konflikt um eine Person, um eine 297 Fallbesprechungen (I: Ja.) mit schwierigen Patienten. Weil auch ein
279 Ärztin. Und das ist aber irgendwie ein bisschen ausgeklammert 298 Teil der Ärzte... also unser Ärzteteam setzt sich aus drei Fachärzten
280 worden. Das ist nur ganz kurz gestreift worden (I: Mhm) und dann 299 zusammen (I: Mhm) und alle drei haben auch gesagt, wir sind auch
281 nicht weiter darauf eingegangen worden. Weil die Supervisoren auch 300 überfordert mit dieser Situation. Wir haben das auch nicht gelernt...
282 irgendwie gesehen haben, da steht jetzt eine unter Anführungszeichen 301 (I: Ja.) ein Patient kommt herein und sagt, ich will das so und so und
283 am Pranger und alle wären gerne ihren Frust an dieser Person 302 so. Jetzt ist aber die ärztliche Verschreibung... ist eine andere... (I:
284 losgeworden. (I: Ja) Und das haben die dann auch nicht durchgezogen 303 Ja) jetzt muss der Arzt kommen, muss verhandeln. Der nächste

304 daneben sagt, aha bei der geht das... also wie stark zieht man eine 323 untereinander gar nicht diese Bedürfnisse angesprochen werden
305 Linie durch, (I: Mhm) wie sehr kann ich auf die individuellen 324 können, (IP: Mhm. Mhm.) ist es dann schwierig jemanden
306 Bedürfnisse der Patienten eingehen. Was mache ich... oder was 325 weitergeben zu können. (IP: Natürlich.) ...oder auf die Bedürfnisse
307 mache ich, wenn der jetzt sagt, ich bin heute schlecht drauf, ich 326 eines Patienten eingehen zu können. (IP: Ja. Ja. Mhm) Und wie
308 komme nicht zur Dialyse. (I:Ja. Mhm.) Also mit so... es ist unser 327 würdest du da ein Team, die Teamfunktion... welchen Stellenwert hat
309 Weg dann gewesen, dass wir gesagt haben, okay wenn es in der 328 das oder hätte es, psychosozialen Umgang zu ermöglichen? Und was
310 Teamfindung und so nicht geklappt hat, versuchen wir einmal eine 329 könnte man tun, um auch im Team das zu fördern?
311 Ebene zu finden auf der fachlichen Schiene. (I: Ja.) Also wie gehen 330 IP: (3 Sekunden) Ja. Ich denke, es fangt wieder dabei an... im
312 wir fachlich...also Fallbesprechungen zu machen. (I: Ja. Ja) Und das, 331 speziellen bei uns jetzt, glaube ich, ist es daran... also es ist das
313 glaube ich, ist also... da waren zwei... das ist erst in der jüngsten 332 Problem der großen Gruppe. (I: Mhm) Also ich glaube, es funktioniert
314 Vergangenheit gewesen... da sind jetzt zwei so Sitzungen gewesen 333 in den Kleingruppen... es sind so Kleingruppen, die häufiger
315 und da war ich aber jetzt nicht mehr involviert (I: Mhm. Mhm) also 334 miteinander arbeiten... (I: Ja.) und da funktionieren auch die
316 das war jetzt... 335 Offenheit und der Austausch sehr gut. (I: Mhm) Also ich habe das oft,
317 I: Also das heißt, es gibt da sehr wohl einen Anspruch psychosozialer 336 wenn wir zusammen gesessen sind, haben wir recht offen darüber
318 Anforderungen dem Patienten gegenüber. Andererseits aber nicht die 337 reden können. (I: Mhm) Aber in der großen Runde wollte dann
319 Bereitschaft vom Team (IP: Mhm) über die eigenen psychosozialen 338 niemand sagen, ich habe da ein Problem damit. (I: Mhm. Mhm)
320 Bedürfnisse zu sprechen. (IP: Ja.) Und dadurch entsteht eigentlich ein 339 I: Also das heißt, die Größe eines Teams kann da... (IP: Die Größe
321 sehr großes Defizit. Das heißt, es ist auch hier der Fokus eigentlich 340 eines Teams..) kann ein Hindernis sein. (IP: ...kann ein Hindernis
322 nicht möglich. (IP: Ja) Das heißt, in einem Team, wenn da 341 sein.)

342 IP: Und das man schon, glaube ich, eine Regelmäßigkeit vielleicht 361 Unterstützungsmassnahmen, dass man sagt, man kann das wirklich mit
343 reinbringt. Dass man sagt, da besprechen wir jetzt nur das, was uns 362 hereinnehmen. (IP: Mhm) Oder ist das überhaupt möglich, dass nur
344 auffällt am Patienten...also nicht medizimischer Art ...(I: Mhm) weil 363 ein, zwei Leute sozusagen irgendeine neue Haltung oder einen neuen
345 die Besprechungen, die Dienstbesprechungen sind Dienstübergaben, 364 Zugang mitbringen? Muss eine Fortbildung flächenhaft erfolgen?
346 wo halt ja... Blutabnahmen, Untersuchungen...aber teils einfach auch 365 IP: Mhm. Unter dem habe ich schon auch... also das war schon auch
347 nicht die Zeit dafür... (I: Mhm) also ich denke mir, dass es Sinn 366 eines der Probleme. Wenn Leute auf Fortbildungen gegangen sind,
348 macht, wenn man sich halt regelmäßig vielleicht die Zeit nimmt und 367 wurde das nicht wirklich eingefordert. Sowohl von Seiten der
349 sagt, da besprechen wir jetzt was. 368 Direktion her nicht, als auch von meiner Seite zu wenig, muss ich jetzt
350 I: Also das heißt, einen zeitlichen Rahmen einzuräumen (IP: Ja.) egal 369 rückblickend sagen. Dass ich da zu wenig hinterfragt habe, zu wenig
351 wie die Situation gerade ist. Dass da einfach diese Bedeutung dem 370 dem nachgegangen bin, was habt ihr dort gelernt und wie hast du vor
352 beigemessen wird. Dass man sagt, so man nimmt jetzt einfach 371 das umzusetzen. (I: Mhm) Also es war nicht wirklich schwierig bei
353 wirklich die Zeit, einen Rahmen... dass man Dinge bespricht. (IP: 372 uns Fortbildungen zu machen. (I: Ja.) Das ist schon gegangen, wenn
354 Mhm. Mhm. Ja. Ja.) Ich würde jetzt gerne noch einmal zu den 373 jemand Interesse gehabt hat. Aber das was einem zurück gebracht
355 Fortbildungen zurückkommen. Wenn Mitarbeiter Fortbildungen 374 wurde, war wenig. Aber ich habe es auch nicht eingefordert. (I: Mhm)
356 machen, wo es um psychosoziale Kompetenzen geht. In welcher 375 Also ich denke schon, dass man es so machen könnte...dass man sagt,
357 Weise kann man das dann auf die Station mitnehmen. Weil oft 376 wenn jemand auf Fortbildung war...muss er die Inhalte oder soll er
358 passiert es ja doch, dass man eine Fortbildung macht, ein, zwei 377 die Inhalte dann dem Team präsentieren... oder (I: Ja. Mhm.) was
359 Personen aus dem Team und dann geht man auf die Station und man 378 machst du daraus. Wobei ich dann nicht sicher weiß, wie viele sich
360 kann es einfach nicht umsetzen. Was gäbe es da für 379 dann bereit erklären auf Fortbildungen zu gehen. Weil sie dann sagen,

380 da halse ich mir ja nur Arbeit noch zusätzlich auf. (I: Ja.) Aber an sich 399 vor dem Teamgespräch gekommen, wir würden das gerne versuchen,
381 müsste der Rahmen der sein, dass man das bespricht mit der 400 hat es mir präsentiert. Ich habe gesagt, ja klingt für mich ganz gut, (I:
382 Stationsleitung und sagt, ich könnte das und das machen. (I: Mhm) 401 Mhm) machen wir. Sie hat es dann im Teamgespräch vorgestellt und
383 Unterstützt ihr mich da oder wie machen wir das. Ich weiß nur einmal 402 dann war die Diskussion, was soll es bringen, was nicht und (I: Mhm)
384 aus meiner eigenen Erfahrung wie es schief laufen kann, wenn man 403 es ist so darauf hin gelaufen, dass die Alteingesessenen...also wir
385 sich nicht ordentlich vorbereitet. (I: Mhm) Da ist es im Fall 404 haben ein sehr erfahrenes Team mit zwanzig und mehr Jahren an
386 gegangen... einer Personen... also nicht einer Personenzentrierten 405 Berufserfahrung, (I: Ja.) die gesagt haben, wieso das rennt ja eh gut,
387 Pflege aber... und zwar ist es bei uns so, dass zwei Pflegepersonen für 406 das passt eh und wollten das nicht. Die Jungen schon eher... (I: Ja.)
388 fünf bis sechs Patienten verantwortlich sind. (I: Mhm) Und wir haben 407 also die waren eher bereit dazu und ich habe dann gesagt... also ich
389 dann gesagt, also man könnte das ja.... und dann war das nicht 408 habe dann die Entscheidung getroffen und habe gesagt, nein ich
390 nachvollziehbar die Dokumentation und die Durchführung...also die 409 möchte, dass das so gemacht wird. Wir machen das jetzt so zumindest
391 Dokumentation war schon nach-nachvollziehbar, aber oft dann nicht 410 für drei Monate wird das gestartet. (I: Mhm) Wir haben es dann
392 wirklich... wer hat das tatsächlich vorbereitet im Falle eines Fehlers, 411 gemacht, aber es wurde dann boykottiert von denen, die lange da
393 (I: Ja.) wer hat das wirklich vorbereitet. Und dann war die Idee von 412 gewesen sind und die haben dann gesagt, sie haben dann auch nicht so
394 einer Kollegin, dass sie gesagt hat, was ist wenn ich für diese drei 413 mitgeholfen... wenn jemand Hilfe gebraucht hätte. (I: Ja.) Also es ist
395 Patienten verantwortlich bin und du bist für die drei verantwortlich. (I: 414 dann im Sand verlaufen.
396 Ja.) Und wenn wir Hilfe brauchen, dann helfen wir einander und 415 I: Also das heißt, wenn jetzt ein neues Konzept oder Haltung
397 machen sozusagen diese Einzelbetreuung. (I: Mhm) Und die ist einen 416 einfließen sollte, dann muss das von jedem mitgetragen werden. (IP:
398 Tag... zu zweit waren diese Kolleginnen... und die sind einen Tag

417 Mhm) Wenn da jetzt eine Diskrepanz ist von Teammitgliedern, ist 436 überschwappt auf das Team. (IP: Ja.) Zu neuen Mitarbeitern... weil du
418 das nicht machbar. 437 gesagt hast, junge Mitarbeiter... wenn jemand neu dazu kommt in den
419 IP: Ja. Ja. Ich habe mich einfach zu wenig vorbereitet gehabt. Ich für 438 Teams. Wie erfolgt da eine Ermittlung ob der psychosoziale
420 mich, ich hätte das als Projekt aufziehen sollen. (I: Ja.) Und ich hätte 439 Kompetenzen mitbringt, ob der geeignet ist. Wie hat das stattgefunden
421 das... das war von mir einfach zu spontan (I: Ja.) und ich habe dann 440 so eine Neueinstellung?
422 somit mit aller ... eigentlich die Entscheidung getroffen und gesagt, 441 IP: Mhm. Also wir haben kaum, sage ich jetzt einmal... wenn ich
423 ihr macht das jetzt. (I: Mhm) Und das ist aber nicht... das ist nur von 442 mich zurückerinnere, wir haben kaum neue Mitarbeiter gekriegt, die
424 der Minderheit getragen gewesen. (I: Ja. Ja.) Und noch dazu von 443 nicht schon auf einer Dialyse, entweder als Schüler gearbeitet haben
425 denen, die jung sind, deren Stimme nicht so ein Gewicht hat (I: Ja.) 444 oder im Rahmen zweiter Bildungsweg... also sage ich jetzt einmal,
426 als die der... 445 von Haus aus wussten die das. Wenige, die gekommen sind, und wenn

427 I: Also da kommt der Führungskraft wieder eine besondere Position 446 wir welche bekommen haben, haben die Schnuppertage bei uns
428 zu, (IP: Ja.) um das dann zu ermöglichen. (I: Ja. Mhm. Mhm.) 447 machen können (I: Mhm) ...und die Einschulung ist bei uns eine sehr
429 IP: Ja, ich denke schon, dass so dieses. ich glaube, im Gespräch... 448 lange, (I: Mhm) nämlich eine dreimonatige. Die haben drei Monate
430 man muss es einfach ansprechen und den Bedarf sehen, wo es krankt 449 Einschulungszeit mit zwei Bezugsschwestern (I: Mhm) und den
431 oder wo etwas zu tun wäre (I: Mhm) und welche Möglichkeiten dass 450 Praxisanleitern... (I: Ja.) also wir haben zwei Praxisanleiter auf der
432 es gibt. 451 Station und die haben dann zwei... also die haben dann eher den
433 I: Also das heißt, man muss als Führungskraft wirklich auch 452 theoretischen Teil gemacht und die Bezugsschwestern den
434 Kompetenzen haben, dass man das auch wirklich wahrnehmen kann 453 praktischen. Im Bezug auf die psychosoziale Komponente sage ich
435 und da eine psychosoziale Haltung einnimmt. Dass es sozusagen 454 jetzt einmal... (3 Sekunden) (IP räuspert sich) (3 Sekunden) na ja...

455 das kann... habe ich, glaube ich, nicht so... ich hätte jetzt da keine... 474 das ein langer Leidensweg schon gewesen ist, dann ist oft schon das
456 kein Konzept oder was gehabt, sondern ich habe ein Gespräch 475 Rationelle im Vordergrund gestanden. (I: Mhm) Wo man gesagt hat,
457 gesucht... oder ich kann mich erinnern, dass die am Anfang eigentlich 476 ja der war zwar jung, aber was für eine Lebensqualität hat er noch
458 beide...ich denke jetzt an zwei bestimmte Mitarbeiterinnen, die 477 gehabt. Nur da nimmt man sich halt auch wieder heraus und beurteilt
459 gekommen sind und mit mir auch geredet haben darüber... über den 478 die Lebensqualität des anderen. Aber an und für sich war es schon so,
460 Tod und übers Sterben... (I: Ja.) weil so viele Patienten bei uns 479 dass gerade über Sterben, Tod oder alles was machbar ist... das waren
461 sterben. Und die aber auch darunter gelitten haben, dass das bei den 480 schon Themen, wo wir oft mit den Medizinerinnen in Konflikt gewesen
462 Erfahreneren schon eher ein zur Kenntnis nehmen... ja mhm ist 481 sind. (I: Mhm) Wo Patienten schon gesagt haben, ich will nicht mehr,
463 gestorben. Aber (I: Ja.) oft so dieser Spruch, naja es ist ihm viel 482 ich mag nicht mehr... (I: Ja.) die Dialysebehandlung aber trotzdem
464 erspart geblieben... also die damit in der Routine besser umgehen 483 noch weiter geführt wurde. (I: Mhm) Das war... ist aber dann so
465 konnten. (I: Mhm) Also das waren schon Sachen, wo junge 484 gewesen, dass ein Absetzen der Dialyse...ein Beenden der Dialyse ist
466 Mitarbeiter nicht so gut zu Recht gekommen sind. (I: Mhm. Mhm) 485 ja gleichbedeutend mit sterben lassen. (I: Mhm) Und das war aber
467 Also da gab es dann das Angebot ein Sterbeseminar zu besuchen oder 486 dann eine Entscheidung, die dann die Ärzte getroffen haben. (I: Mhm)
468 im Gespräch mit uns. 487 Also das war dann, wenn von denen...also das ist im Gremium mit
469 I: Und hat das oft stattgefunden, jetzt auch im Team dass man sich da 488 Chef und allen Ärzten und unter Einbeziehung der Angehörigen
470 auch wirklich ausgetauscht hat, mitgeteilt hat und diese 489 natürlich, wenn welche da waren, (I: Ja.) hat das stattgefunden. Da
471 Herausforderungen einfach geteilt hat? 490 haben wir zwar hinweisend sagen können, was wir vom Patienten
472 IP: Ich glaube, so im großen Gespräch weniger. (I: Ja) Eher in den 491 wissen. Weil wir ja doch die sind, die näher am Patienten sind und
473 kleineren Gruppen... (I: Mhm) also diese Betroffenheit... aber wenn

492 ununterbrochen am Patienten sind. (I: Ja.) Aber mitentscheiden 511 I: Ja. Also aus einer Distanz heraus es betrachten konnte.
493 konnten wir das nicht. 512 IP: Ja. Ja. Ja. Also der dann... das würde ich für mich selber sehen.
494 I: Mhm. Also das heißt, obwohl man jetzt als Pflegeperson doch sehr 513 Rückblickend, glaube ich, dass es zu wenig gewesen ist... dass ich oft
495 mit den psychosozialen Aspekten konfrontiert ist, ist man dann in so 514 belastenden Situationen ausgesetzt gewesen bin, die ich nicht gut
496 einer Entscheidung eigentlich nicht... (IP: Mhm) wird man nicht...hat 515 aufgearbeitet habe. (I: Mhm) Früher war das... im Bezug auf
497 man nicht den Stellenwert. (IP: Nein. Nein) Mhm. Mhm. Meine Frage 516 Patienten, auf Leid und Tod, dieses chronische Leiden. Später waren
498 wäre jetzt noch, wie bist du mit deiner eigenen Psychohygiene in 517 es eher Probleme im oder mit dem Team. Wo der Druck groß
499 diesem Rahmen umgegangen, wo doch sehr viel Tod, Sterben, einfach 518 geworden ist...also das hat mir dann mehr zu schaffen gemacht. Aber
500 der Umgang mit diesen Patienten... was hast du da für dich selber... 519 da war ich nicht mehr so direkt am Krankenbett (I: Mhm) tätig.
501 dass deine Bedürfnisse, deine psychosozialen Bedürfnisse 520 I: Also das heißt, es war da für dich die Kommunikation...also für
502 ausgeglichen wurden? 521 dich war das Reden sehr erleichternd. (IP: Ja, ja) Und wenn man den
503 IP: Mhm. Für mich war es... eines meiner Wege war es das Gespräch 522 einzelnen Mitarbeiter, in einer Organisation, in einer Krankenanstalt,
504 zu suchen. Wobei ich jetzt jemand bin, der nicht abschalten kann. Ich 523 betrachtet. Wird da dem Mitarbeiter, der Psychohygiene des
505 habe viel mit nach Hause genommen. (I: Ja.) Und ich habe für mich 524 Mitarbeiters sehr viel Stellenwert beigemessen? Hat man das Gefühl
506 selber im privaten Bereich Fortbildungen, Kurse... viel gelesen. (I: 525 in so einem riesigen Organisationswerk... dass da auch meine Psyche,
507 Mhm) Aber ich habe mir dann, ich sage jetzt einmal... am meisten 526 mein soziales Bedürfnis einen Stellenwert hat?
508 geholfen hat es mir, wenn ich mit jemanden reden konnte darüber. (I: 527 IP: Ich glaube wenig. Ich glaube, wenn jetzt so ganz akut eine
509 Ja.) Manchmal auch mit jemanden, der nicht vom Fach war. (I: Mhm) 528 belastende Situation ist, hast du oft niemanden wo du hingehen kannst
510 Also der das ein bisschen auf einen anderen Punkt gebracht hat. 529 und reden... (I: Mhm) und so wie gehe ich jetzt um...also so ganz

530 schnell. Großteils glaube ich, wird es wirklich mit Menschen deines, 549 Tagesablauf gewährleistet ist. Also da denke ich schon....dass den
531 seines Vertrauens besprochen...also entweder mit Kollegen (I: Ja.) 550 führenden, den leitenden Personen eine große Rolle einfach zukommt.
532 oder möglicherweise auch mit Partnern. Aber der Stellenwert ist nicht 551 (I: Mhm. Mhm) Also, dass man da Leute auch auffängt oder sieht,
533 so... nicht so groß. 552 dass sie nicht zu Recht kommen.
534 I: Ist zu wenig Vertrauen in solchen Organisationen da? Weil du sagst, 553 I: Mhm. Mhm. Und welche Bedeutung hat da in diesem Rahmen....
535 Personen des Vertrauens. Ist das gar nicht gegeben, gibt es so wenige 554 Leitbilder sind immer sehr psychosozial formuliert und jedes
536 Personen, oder überhaupt zu wenig Vertrauen im Rahmen einer 555 Haus hat sein Leitbild. Hat das im Alltag Platz gehabt, ist das
537 Organisation? 556 angekommen, so ein Leitbild, auf Stationen? Oder wie ist es
538 IP: Naja. Ich denke, ja ich denke schon. (6 Sekunden) Das 557 Mitarbeitern vermittelt worden, das doch sehr psychosozial orientierte
539 Vertrauen...nicht in die Organisation, sondern... du brauchst einfach 558 Leitbild eines Hauses. Oder waren das nur leere Worte?
540 eine bestimmte Person, eigentlich eine Stelle wo du hingehen kannst. 559 IP: Ja. Ich glaube... also ich glaube man hat das wahrgenommen,
541 (I: Mhm) Wo du... wo ich auch das Gefühl habe... wo mir auch 560 indem man es gelesen hat und gesagt hat, es ist ein schöner Spruch, (I:
542 weiter geholfen wird. (I: Mhm) Und das ist dann im Alltag schlecht 561 Ja.) aber es wird halt nicht gelebt.
543 machbar, (I: Mhm) wenn es jetzt um Akutsituationen geht. Wenn ich 562 I: Mhm. Wie kann es gelebt werden? Dass es wirklich von oben runter
544 heute sage, ich habe das...da haben wir jetzt reanimiert oder was auch 563 verbreitet wird. Muss es von oben nach unten verbreitet werden? (IP:
545 immer... (I: Ja.) wie...dann geht das...jetzt über... ich meine, du hast 564 Nein) Gibt es andere Wege?
546 einen Akutfall und das geht nicht gut aus. Und du bist in der Routine, 565 IP: Ich denke schon, dass das auch eine Holschuld ist. Also man muss
547 du musst einfach weiter machen, (I: Also du musst dann weiter 566 nicht alles einem jeden am goldenen Teller servieren. (I: Mhm)
548 funktionieren.) Du musst schauen, dass der Tagesablauf... dass der 567 Sondern es können Mitarbeiter von selber initiativ werden und sagen,

568 (I: Mhm) da gehe ich jetzt hin, da hole ich mir jetzt etwas, da... (I: 587 nicht von allen getragen wurden und daher die Notwendigkeit nicht
569 Ja.) da hole ich mir Unterstützung, da brauche ich etwas. Also das 588 eingesehen wurde. (I: Ja. Mhm. Mhm) Mag sein, dass das es ist.
570 denke ich auch. (3 Sekunden) Ich denke, dass viel im Alltag 589 I: Das heißt, es sind einfach auch festgefahrene Strukturen, wenn ich
571 untergeht. Das kennt man ja auch, wenn man zusammen sitzt bei 590 das jetzt richtig verstanden habe, die da oft schwer aufzubrechen sind.
572 Teamgesprächen. Wenn etwas aufgeworfen wird, sind neunzig oder 591 Und die einfach so in diesem Alltag... die so verankert waren, dass
573 achtzig Prozent der Leute dafür, ja machen wir, tun wir, das ist gut. 592 man da ein anderes Denken zulassen konnte oder sich die Zeit
574 Und im Alltag geht es dann unter. Das ist das Schwierige, glaube ich, 593 genommen hat, um diesen Prozess zu starten und umzusetzen. (IP : Ja.
575 dass man eine Neueinführung oder eine Änderung, dass man das 594 Ja. Ja. Ja. Ja. Ja.) Das heißt also, man hat sich da oder man nimmt sich
576 kontinuierlich durchzieht. (I: Wodurch geht das dann unter?) Naja. 595 da auch zu wenig Zeit um wirklich Bedürfnissen... oder sich damit
577 Weil es wenig... weil man schnell wieder in den alten Trott verfällt 596 auseinander zu setzen, weil es scheinbar nicht so wichtig wirkt. (IP:
578 und weil es da dann nicht... keine Richtlinien vielleicht gibt, oder 597 Mhm) Oder umgelegt auf den Patienten, körperliche Versorgung (IP:
579 keine Kontrolle. Und dass man sagt, das machen wir so. (I: Mhm) 598 Ja.) hat einfach den Vorrang vor dem psychosozialen. Und scheinbar,
580 Also wir haben für uns dann so gewisse Regeln aufgestellt, die ganz 599 wenn ich das richtig verstanden habe, auch bei den eigenen
581 einfach gewesen sind (I: Mhm) und trotzdem schwierig zum 600 Mitarbeitern. (IP: Bei meinen Mitarbeitern ja) Dass das einfach gar
582 Durchsetzten. Dass zu einer gewissen Zeit eine Besprechung 601 nicht so einen Stellenwert hat. (IP: Nein, nein sicher nicht) Also das
583 stattfindet (I: Ja.) und das dann da nichts wichtiger sein soll und...also 602 heißt, man müsste einmal ansetzen bei sich, wenn ich... oder kann
584 ganz einfache Dinge...und trotzdem war es schwierig das 603 man das so sagen? (IP: Ja.) Dass man bei sich einfach einmal... seine
585 durchzukriegen. Einfach durch...vielleicht auch durch den Alltag, 604 Bedürfnisse stillt oder anschaut, wahrnimmt (IP: Mhm) und dass es
586 durch Gedankenlosigkeit. Vielleicht waren es auch Richtlinien, die 605 dann auch besser einfließen könnte. (IP: Ja.)

606 IP: Ich denke mir jetzt gerade auch, bei den Fertigkeiten... wenn ich 624 einzelner Mitarbeiter, der Patient, der selber oft gar nicht erwartet...
607 jetzt diese Qualifikationen und Beurteilungsbögen so im Kopf habe, 625 (IP: Mhm) die eigene Psychohygiene war da auch Thema.
608 denke ich mir, es wird sehr viel auf diese Fertigkeiten geachtet ob 626 IP: Ja, ich denke schon, dass es zunehmend wichtiger werden wird,
609 man das jetzt kann (I: Mhm) und das jetzt kann. Aber wie gut man 627 wenn man schaut wie viel Leute einfach mit Stress nicht umgehen
610 zum Ausdruck bringen kann, wenn ich mit etwas nicht fertig werde, 628 können. (I: Ja.) Oder ich meine ins Burn- Out kommen... (I: Ja. Ja)
611 das ist so gar nicht (I: Mhm) drinnen. Es geht schon auf das Eingehen 629 und auch so schon ein Thema immer wieder gewesen ist, das
612 auf den Patienten... natürlich, das Erkennen... aber auch die richtigen 630 Älterwerden. (I: Aha.) Also dadurch, dass die Mitarbeiter bei uns ja so
613 Schritte zu setzen oder so...also da denke ich, hinkt es. (I: Mhm) 631 lange arbeiten... also wir haben eine ganz geringe Fluktuation, (I:
614 I: Mhm. Also das heißt, wenn man das jetzt so sagen kann, im 632 Mhm) sehr viele schon zwanzig und mehr Jahre auf der gleichen
615 personenzentrierten Umgang geht es nicht nur um den Patienten, 633 Station arbeiten. (I: Ja.) Die dann aber sagen, also mit sechzig... wie
616 sondern um die eigene Person. (IP: Ja. Ja.) Dass man die genauso mit 634 soll ich mit sechzig, mit zweiundsechzig es noch schaffen, (I: Mhm)
617 hereinnimmt. (IP: Das Erkennen primär, ja) Mhm. Mhm. (IP: 635 wie soll ich diese immer schneller werdende Technik... auch bei uns
618 Ja, denke ich schon.) Mhm. Ja fein. Ich habe meine Fragen durch. 636 (I: Ja.) diese Geräte mit dem ganzen EDV... wie werde ich das
619 Meine Frage an dich noch, sind von dir jetzt noch Aspekte, die dir 637 schaffen, wenn ich älter bin. (I: Ja.) Also das ist so eine Sorge über die
620 jetzt noch spontan einfallen würden, die wir da jetzt noch nicht 638 immer wieder gesprochen wird. (I: Mhm) Und natürlich der älter
621 genannt... die nicht zum Thema waren? Es war sehr viel da an 639 werdende Patient.

622 Aspekten. So ein bisschen die Tradition war da, dann eben bezüglich 640 I: Gibt es da Unterstützungsmaßnahmen von der Organisation? Weil
623 Ausbildung, dann eben diese Rahmenbedingungen, Ressourcen 641 du sagst, es ist ein Großteil die älter werden, die mit Sorgen, mit

642 Ängsten da sind. Gibt es da Angebote von der Organisation dem zu 661 Ja) Also dieses Alter werden bringt viele, viele Probleme mit sich, mit
643 begegnen? 662 denen wir, glaube ich, noch nicht gelernt haben umzugehen. (I: Mhm)

644 IP: Also mir ist nichts bekannt. (I: Mhm) Früher gab es diese unter 663 Also einzu gehen darauf.

645 Anführungszeichen Schonposten für Ältere. (I: Ja) Wo man in der 664 I: Also das heißt, der Bedarf ist sehr hoch, wird immer mehr
646 Zentralsterilisation irgendwo gegessen ist. (I: Ja.) Aber das gibt es 665 zunehmen. (IP: Ja) Also gerade auch die psychosozialen
647 jetzt nicht... ich weiß es nicht... also ich denke, man müsste sich 666 Bedürfnisse... aber es ist noch einfach zu wenig da, dass eingegangen
648 schon überlegen wie man mit älteren Mitarbeitern... wie man umgeht, 667 werden kann. (IP: Ja.)

649 wie das sein kann. 668 IP: Ja. Ja. Ja. Man hat ja auch direkt im Krankenhausbereich... bist
650 I: Mhm. Mhm. 669 eben mit der Alltags-Routine-Arbeit, der medizinischen und

651 IP: Also das ist in der Richtung... und eben auch der älter werdende 670 pflegerischen Versorgung so eingebunden, dass du eben für diese oft
652 Patient. Gerade in der Dialyse ist es so, dass es in der heutigen Zeit... 671 lange dauernden Gespräche oder so... nicht hast. Und es ist auch
653 die jungen, Gott sei Dank, sehr schnell und gut transplantiert werden 672 niemand da, den du rufen kannst und den du holen kannst. (I: Mhm)

654 können mit der Lebendspende. (I: Mhm) Und ältere Patienten... da 673 Die zwei oder drei Psychologen, die da sind, sind gerade für eine
655 kommen ja so viele andere Probleme dazu. Also gerade die Diabetiker 674 akute Versorgung. Aber nicht für ein Haus mit so vielen Betten...(I:
656 werden älter, haben dann Nierenversagen... (I: Ja.) aber auch das 675 Ja.) da sehe ich irgendwo niemanden, der das abdeckt. (I: Also das
657 Alleinsein, die Einsamkeit... die Menschen haben (I: Mhm) ... im 676 heißt, es wird einfach nicht erkannt, dass einfach wirklich...) Ich
658 sozialen Umfeld... (I: Ja.) da ist ein so großer Bedarf da. (I: Mhm. 677 glaube schon, erkannt, aber halt nicht... (I: ...die Notwendigkeit an
659 Mhm) Also für manche ist es der einzige soziale Kontakt, den sie 678 zusätzlichen...) Ja (I: ...Personen, Mitarbeitern notwendig sind, um
660 haben, dreimal in der Woche zur Dialyse gebracht zu werden. (I: Ja. 679 das abdecken zu können) Mhm (I: Das heißt, es sind da personelle

680 Ressourcen... sind da einfach zu gering) Ja das denke ich schon, ja.

681 ja. ja. (I: Mhm) So würde ich das sehen. (I: Ja.)

682 I: Ja fein. Dann sage ich herzlichen Dank für das spannende

683 Interview.

1 **Interview 7 am 11. 12. 2009/ 9.30- 10.11**

2 I: Zuerst möchte ich mich einmal bedanken, dass sie sich die Zeit
3 nehmen und auch die Offenheit mir als Interviewpartner zur
4 Verfügung zu stehen. Und ich würde sie zu Beginn bitten in ihrem
5 Berufsalltag zu beschreiben welche Bedeutung die psychosoziale
6 Komponente hat und in welcher Art und Weise sich das hier gestaltet.
7 Es ist doch ein sehr spezieller Bereich...dass sie mir das kurz
8 beschreiben.
9 IP: Also grundsätzlich sage ich einmal, dass das wahrscheinlich eine
10 der größten Bedeutungen überhaupt hat für unsere Arbeit. (I: Mhm.)
11 Egal ob es hier ist oder dort wo ich vorher war... ich war vorher sehr
12 lange auf der Notaufnahme... (I: Ja.) dass das ein Aspekt ist, der zwar
13 einerseits in der Lehre und in den Vorträgen immer wieder vorkommt
14 und dann unter den Tisch fällt und auf der anderen Seite eigentlich ein
15 sehr bedeutender Faktor ist in unserer Arbeit. (I: Mhm.) Vor allen
16 Dingen weil... ich habe da einen sehr schönen Satz gehört... man soll
17 die Pathogenese nie aus ihrem pathologischen Umfeld entfernen. (I:
18 Mhm) Und das fängt damit an, dass man merkt, dass es dem
19 Patienten, dem es eigentlich sehr gut geht, dass der schlechter wird

20 wenn die Gattin zu Besuch kommt. Oder umgekehrt der schlecht ist
21 (I: Ja) und dem es besser geht wenn die Gattin oder der Gatte dann
22 eben zu Besuch ist. (I: Ja.) Es ist, obwohl sehr viele Leute von sich
23 behaupten, es ist nicht möglich unsere psychosoziale Situation, die
24 das Personal betrifft... (nicht verstanden) das geht nicht immer. Dort
25 werden immer zwei wichtige Aspekte, die da zusammen treffen... ist
26 natürlich dass auch die...der psychosoziale Aspekt von Patienten, die
27 wenn sie aus Zuwandererfamilien stammen... das ein ganz ein
28 anderer ist, weil die ganz anders ihre Schmerzen artikulieren, ganz
29 anders ihre Gefühle artikulieren und ganz ein anderes
30 Zusammengehörigkeitsgefühl haben als wir. Kein besseres, kein
31 schlechteres - ein anderes. (I: Mhm) Und dass da bei den Patienten
32 natürlich sehr viel hinein spielt. Wenn ein Patient vor sechs Wochen
33 aus dem sogenannten künstlichen Koma wach wird, (I: Ja) dann
34 wundern wir uns oft, dass der nicht wach werden möchte oder dass
35 der aufgeregt ist, dass der entzückt ist, (I: Mhm) dass der sechs
36 Wochen seines Lebens ausgeblendet hat (I: Mhm) und nicht weiß,
37 was mit ihm los ist. Das wird natürlich gegenüber Profession und auch

38 bei den Ärzten natürlich gerne übersehen oder unter den Tisch
39 gefallen lassen.
40 I: Mhm. Mhm. Also das heißt, sie messen der Bedeutung eine sehr
41 hohe Bedeutung bei. (IP: Definitiv.) Auch in diesem Bereich, (IP:
42 Definitiv) aber sie haben vorher gesagt, es fällt oft unter den Tisch.
43 Auch gerade in der Ausbildung. Da würde ich gerne auf die
44 Grundausbildung... ist bei ihnen wahrscheinlich auch schon ein
45 bisschen länger her... (IP: Danke, ja.) (I und IP lachen) aber ist es
46 nach wie vor noch, dass die Grundausbildung eher körperlich betont
47 ist?
48 IP: Das kann ich nicht sagen, weil ich die Ausbildung nicht mehr
49 mache. (I: Mhm) Aber ich glaube, dass es zu meiner Zeit ein
50 verschwindender Faktor in der Ausbildung gewesen ist. (I: Mhm)
51 Dass unsere Ausbildung eine sehr gute, eine sehr fundierte war, aber
52 dass dieser Aspekt unter den Tisch gefallen lassen worden ist. Und
53 das meine ich jetzt gar nicht so als Kritik. Aber ich denke mir, wenn
54 man diese Ausbildung einmal anfängt, dann hat man die Empathie
55 entweder schon gelernt oder man lernt sie nie mehr. Und... oder nur
56 mehr zum Teil. Und es kommt natürlich auch sehr stark auf den

57 Einzelnen an. (I: Mhm) Wenn der strukturiert ist...und was da sehr
58 hinein spielt ist das Selbstbewusstsein, der Unsicherheitsfaktor. Weil
59 je unsicherer jemand ist, desto weniger lasst er solche Aspekte in
60 seiner Arbeit zu. (I: Mhm.)
61 I: Sie sagen, es kommt auf den Einzelnen drauf an, (IP: Definitiv) auf
62 persönliche Ressourcen. (IP: Ja.) Das heißt, wenn er eine Schule
63 beginnt, dass da schon eine Basis da sein sollte. (IP: Unbedingt)
64 Würden sie beurteilen, dass das jetzt auch ausreichend angeschaut
65 wird, also bei Aufnahmeverfahren? Wie... in welcher Weise kann
66 man so etwas gut einschätzen? Oder wenn neue Mitarbeiter kommen,
67 wie schauen sie sich das an... bringt der die Ressourcen mit.
68 IP: Es gibt ein paar so Gesprächssituationen, wo ich mich traue zu
69 behaupten, dass man das durchaus... dass wir das durchaus erkennen
70 können. (I: Ja.) Also ich war sehr lange in der Praxisanleitung tätig
71 und habe da vor allem Schüler, die gesagt haben, sie möchten
72 unbedingt die ganzen Geräte kennenlernen, sie wollen eine Action
73 haben. (I: Ja.) Da habe ich mir schon... da habe ich mir immer wieder
74 eingebildet oder geglaubt zu wissen, dass da auf der sozialen Seite
75 einiges im Magen liegt (I: Mhm) oder zu mindestens

76 förderungsbedürftig ist. Wobei ich sagen muss, dass man Schüler, die 95 Stimmen hören. Auch wenn sie das Gesagte nicht verstehen, so ist es
77 einen gesunden Menschenverstand mitbringen... und da sind 96 doch wichtig, dass wir unseren Tonfall so gestalten, dass sich der
78 eigentlich eh fast alle noch sehr gut in diese Richtung...auch noch ein 97 Patient wohl fühlt. (I: Mhm. Mhm) Das ist mir eigentlich erst lange
79 bisschen formen kannst. (I: Ja.) Es ist auf der anderen Seite für einen 98 nach dem Diplom bewusst geworden (I: Ja.) oder mitgeteilt worden,
80 Schüler oder eine Schülerin, die schon überfordert sind mit der 99 oder wie auch immer.
81 Ausbildung, die überfordert sind mit dem was sie hier auf der Station 100 I: Ja. Also das heißt hier, wenn man das jetzt so sagen kann, ist
82 sehen, (I: Mhm) mit dem was sie hier leisten müssen, mit dem was sie 101 psychosoziale Betreuung durch eine Stimmlage, durch diesen Kontakt
83 hier auch unter sozialen... oder interdisziplinär erfahren und spüren... 102 auf einer anderen Ebene möglich. (IP: Ja.) Und sie haben vorher
84 dass es dann... dass wir dann von denen verlangen, dass die mit 103 gesagt...die Praxisanleiter erwähnt. Welche Bedeutung kommt gerade
85 einem sedierten Patienten, mit einem intubierten, sedierten Patienten 104 in der praktischen Ausbildung einem Praxisanleiter zu bezüglich
86 reden...ist natürlich eigentlich fast... muss man schon sagen eine 105 psychosozialer Kompetenzen. Was ist möglich in der Vermittlung,
87 Frechheit. Weil das nicht so leicht ist, muss ich sagen. 106 kann man das genauso wie eine Tätigkeit irgendwie lernen durch
88 I: Also das heißt, es ist einfach die Herausforderung zu viel, zu 107 irgendeine Theorie oder ist das Vorbildwirkung (IP: Das ist sicher viel
89 zahlreich, dass das dann eher... dass der Mensch dann eher hinten 108 Vorbildwirkung) oder wie kann man das... Vorbildwirkung.
90 angestellt wird. 109 IP: Ich glaube auch, dass zum Beispiel... dass unser Bereich ein sehr
91 IP: Ich weiß es in meinem Fall...(wird nicht gut verstanden) im Mai 110 spezieller ist. (I: Ja.) Dass es in der Schule Lehrkräfte gibt, die eben
92 1993 als Schüler auf einer Intensivstation ein Praktikum begonnen (I: 111 nicht auf einer Intensivstation gearbeitet haben (I: Ja.) und mit so
93 Ja.) und für mich hat sich erst Jahre später herausgestellt, dass auch 112 einem Thema auch nichts anfangen können. (I: Ja.) Dass die da ergo
94 diese sedierten Patienten Körperberührungen spüren (I: Mhm) und 113 auch nur sehr schwer vermitteln können, in puncto sedierte Patienten.

114 (I: Mhm. Mhm) Ich kann mich noch an einen Fall erinnern, wo eine 133 Patienten, also im Umgang der Pflegeperson mit dem Patienten nicht
115 Schülerin von sich aus hergegangen ist und mit einem Patienten, der 134 einverstanden bin. (I: Mhm) Das kann in mehreren verschiedenen
116 im Sterben gelegen ist, wo es keine Therapie mehr gegeben hat, 135 Eskalationsstufen abgehen. Aber das ist durchaus auch ein Punkt, wo
117 natürlich Schmerztherapie (I: Ja) und so... dass die von sich aus 136 ich sage, wenn das gehäuft bei jemand vorkommt, wird man sich über
118 hergegangen ist und den Patienten berührt hat, mit ihm gesprochen 137 die berufliche Zusammenarbeit Gedanken machen müssen. Ich sage
119 hat, und sich auch neben den Patienten zum Bett gesetzt hat. (I: Mhm) 138 aber schon dazu, dass das ganz selten der Fall ist, (I: Mhm) dass das
120 Das, damit begründet hat, dass sie meinte, dass niemand alleine 139 sehr selten vorkommt. Und denke aber doch, dass die Leitung sehr
121 sterben soll (I: Mhm) und das hat mir sehr gut gefallen. (I: Ja. Ja.) 140 hellhörig sein muss, wenn von dritter Seite das zugetragen wird. (I:
122 Wobei ich mir selber gesagt habe, ich bin mir nicht sicher ob ich das 141 Mhm)

123 als Schüler auch schon so gekonnt hätte. (I: Mhm. Mhm.) 142 I: Wie schätzen sie die Ausbildung ein von Führungskräften, gerade
124 I: Also da haben wir wieder die... einfach auch die Basis, die 143 hinsichtlich psychosozialer Kompetenzen?
125 vorhanden sein soll, die Ressourcen die da sein sollen und dann in 144 IP: Ich glaube, dass die psychosoziale Kompetenz eine der
126 erster Linie durch Vorbildwirkung. Da ist jetzt auch...sie haben die 145 wichtigsten Kompetenzen in unserem Metier überhaupt ist. (I: Mhm)
127 stellvertretende Leitung hier auf der Station. (IP: Ja) Welche 146 Sowohl was den Patienten betrifft, als auch was den Mitarbeiter
128 Bedeutung kommt einer Leitung zu, in diesem Umsetzen, in diesem 147 betrifft. In unserem Fall, wo wir hier jetzt im Büro sitzen, ist es so, ich
129 Möglichmachen für einen psychosozialen Umgang? Ob das jetzt mit 148 verbringe mit XY teilweise mehr Zeit als mit meiner Frau. (I: Mhm)
130 dem Patienten oder ob es untereinander ist. 149 Das ist leider so. Auch hier ist psychosoziale Kompetenz natürlich
131 IP: Es gibt schon Diskussionen, wo ich als Führung eingreife oder 150 extrem wichtig. (I: Ja. Mhm) Ich muss mich gleichzeitig auch darum
132 zumindestens verbal artikuliere, dass ich mit dem Umgang des 151 kümmern, dass ich so ein bisschen eine Vermittlerrolle zwischen

152 Ärzten und Pflegepersonal einnehme. (I: Mhm) Da muss nicht... auch 171 meinem Sohn damals vielleicht eine Viertelstunde im Krankenhaus.
153 um die Angehörigen kümmern, die genau vis-a-vis vor meinem Büro 172 (I: Ja.) Das heißt, die Angehörigen beziehungsweise die Angehörigen,
154 warten und da bin ich oft der erste Ansprechpartner. (I: Mhm. Mhm) 173 die hier auf uns treffen, die haben Patienten, die sie oft wochenlang
155 Ich habe es auf der Notfallstation gelernt kurz und knapp zu 174 nicht zu Hause sehen. (I: Mhm) Die sind noch in einer viel größeren
156 kommunizieren. (I: Mhm) Dazu muss ich natürlich auch wissen, was 175 Ausnahmesituation. Und das ist wichtig auch zu wissen. Für mich ist
157 will derjenige mit dem ich jetzt kommuniziere überhaupt. (I: Mhm) 176 es auch wichtig zu wissen, wenn einmal ein Mitarbeiter von mir, nicht
158 Dazu ist es wiederum wichtig, dass ich diese Seite einfach auch 177 gut drauf ist. Wenn der privat zu Hause irgendwelche
159 einmal kennen lerne. Die Seite der Pflege kenne ich, die Seite des 178 schwerwiegenden Probleme hat...vielleicht ist es eine Trennung,
160 Patienten kenne ich natürlich auch, weil ich selber schon einmal im 179 vielleicht ist es ein Todesfall, sei es jetzt das Kind ist krank oder
161 Krankenhaus war. (I: Ja.) Die Seite des Angehörigen kenne ich 180 however. Dann denke ich mir, da steht alles andere zurück.
162 ebenfalls, weil ich da so ein Erlebnis mit meinem Sohn gehabt habe, 181 I: Ja. Also das heißt, sie haben das selber aus verschiedensten
163 der sich im Kindergarten auf die Zunge gebissen hat, mit dem ich 182 Perspektiven erleben können. (IP: Ja. Ja.) Können diese Bedeutung,
164 wirklich fast 100 Stundenkilometer über den Gürtel daher gefahren 183 diesen psychosozialen Umgang einfach einen ganz einen anderen
165 bin in die Notaufnahme. (I: Mhm) Und ein sehr guter Freund von mir 184 Stellenwert geben und können das auch erkennen bei Mitarbeitern.
166 ist HNO Arzt, der hat sich meinen Sohn angeschaut und der hat 185 Das heißt, wenn da...
167 gesagt, da hättest ja gar nicht herkommen brauchen. (I: Mhm) Und ich 186 IP: Ob ich es so beim Mitarbeiter wirklich erkennen kann, das sind
168 war völlig panisch, und völlig, völlig, völlig derangiert (I: Ja) und 187 halt immer nur so Flashlights. (I: Ja.) Aber ich glaube im Großen und
169 habe mir gedacht, du bist eigentlich mit deinem Kind hier und bist in 188 Ganzen.
170 einer kompletten Ausnahmesituation. (I: Mhm) Und ich war mit

189 I: Ja und was gibt es sonst für Maßnahmen oder bezogen auf 208 ausschaut, (I: Mhm) gar keine Frage. Aber vielleicht ist das... sind
190 Teamarbeit... welche Bedeutung kommt einer Teamarbeit zu, um 209 das genau noch die vier Monate zu leben, die er braucht, um mit
191 auch da wirklich so einen Umgang zu ermöglichen? Hat es eine 210 seinem Ehepartner wieder auf gleich zu kommen (I: Mhm. Mhm.) und
192 Bedeutung ein gutes Team? 211 sich in Ruhe zu verabschieden. (I: Mhm) Oder vielleicht gibt es ihm
193 IP: Ich glaube... also einer von diesen Sprüchen, die hier im Haus 212 die Zeit zu Hause noch alles zu regeln, oder vielleicht gibt es ihm
194 kursieren und ich nehme an dass es auf XY und auf jedes andere 213 einfach noch die Zeit in Ruhe vom eigenen Leben Abschied zu
195 Krankenhaus zutrifft, ist der, dass ein gutes Team sehr viel 214 nehmen. (I: Mhm.) Sich zu fragen, was habe ich richtig gemacht, was
196 ausgleichen kann. (I: Mhm) Ich denke mir auch, auf so onkologischen 215 habe ich falsch gemacht. Das ist... ich glaube, ein Team, das dir
197 Stationen ist es rein jetzt so vom rationalen Denken her 216 solche Dinge beibringt, etwas Wichtigeres gibt es gar nicht.
198 wahrscheinlich unmöglich zu arbeiten, ohne extrem gutes Team. (I: 217 I: Mhm. Das heißt, das ist eine sehr hohe Herausforderung, gerade
199 Mhm) Ich habe als Schüler auf einer Kieferstation gearbeitet, wo den 218 diese psychosozialen Bedürfnissen. (IP: Natürlich.) Jeder Mitarbeiter
200 Patienten teilweise wirklich Teile ihrer Gesichtsknochen gefehlt 219 muss da auf gleich kommen. Was gibt es speziell in ihrem Bereich für
201 haben. (I: Mhm) Der Anblick der Patienten war teilweise so dermaßen 220 Unterstützungsmaßnahmen, um dem auch begegnen zu können, außer
202 schockierend, dass ich mir gedacht habe, ich kann den Beruf nicht 221 dass man sich im Team unterstützt?
203 ausüben. (I: Mhm) Und dann nimmst dich irgendetwas bei der Hand, 222 IP: Obwohl es wahrscheinlich nicht sonderlich (wird nicht verstanden)
204 irgendetwas aus dem Team und erklärt dir kleinen Schüler was da 223 .. ich versuche auch meine Leute, die am Bett arbeiten einmal zu
205 gemacht wird und warum das so ist. Und ich denke mir oft, ich kann 224 entlasten. Die haben zwei Patienten... wenn ich sehe, da ist viel los, da
206 es nicht beurteilen, ob dieser Patient jetzt unglücklich ist mit seiner 225 herrscht eine schlechte Stimmung, weil einfach...die hat noch nichts
207 Situation... (I: Mhm) natürlich ist es nicht schön, wenn man so 226 gegessen oder die hat schon lange nichts getrunken oder wie auch

227 immer. (I: Mhm) Das ist einmal so der erste Stepp. (I: Mhm) Ganz ein 246 gegenseitig ein bisschen aufziehen, (I: Mhm) signalisieren es ist eine
228 wichtiger Punkt ist, der sehr häufig unterschätzt wird, dass man die 247 normale Welt in der wir leben. Auch wenn das hier nicht unbedingt
229 Leute fragt, wie geht es dir eigentlich, (I: Mhm) wie schaut es mit 248 der Ort der Normalität ist. Bei einem gemeinsamen Essen lockern sich
230 deinem persönlichen Befinden im Moment aus. (I: Mhm) So, hey du 249 teilweise auch Distanzen zwischen den Personen. Man kann ein
231 warst letzte Woche krank, wie geht es dir jetzt, (I: Mhm) ist wieder 250 bisschen anders reden, man kann ein bisschen freier plaudern.
232 alles okay, du hast (wird nicht verstanden)... gehabt, (I: Mhm) ist das 251 I: Also das heißt, sie schaffen sich da einfach einen Rahmen, einen
233 wieder in Ordnung, kann ich noch irgendwas tun. Das sind...je mehr 252 zeitlich und räumlichen Rahmen, wo man sagt, so da ist einfach dieser
234 ich darüber rede oder je mehr ich da erzähle, denke ich mir, je mehr 253 Austausch möglich. (IP: Ja.) Zu den Aspekten... zeitliche
235 muss ich mir eigentlich denken, dass das eine Selbstverständlichkeit 254 Ressourcen, personelle Ressourcen... ist immer die Diskussion. Es
236 sein sollte. (I: Mhm) Ist es aber leider nicht. Auch für mich nicht...zu 255 hapert oft an dem, wie ist es bei ihnen?
237 jeder Zeit bei jedem Beteiligten. (I: Ja.) Ich glaube, was ganz wichtig 256 IP: Also es hapert vieles an den zeitlichen und personellen
238 ist, sind solche... diese rituellen gemeinsamen Sitzungen. (I: Mhm) 257 Ressourcen. Da brauchen wir gar nicht reden darüber. (I: Mhm) Ich
239 Ich habe das noch nie so erlebt wie hier auf der Station. Ich bin jetzt 258 meine, wir haben... das sage ich als kleinen Seitenhieb... wir haben
240 seit einem Jahr hier. Hier wird ein großer Wert darauf gelegt, dass wir 259 zwar ein tolles Pflegewissenschaftsstudium... aber ob das wirklich so
241 gemeinsam Mittagessen. (I: Mhm) Unser Chef kocht begnadet. Wir 260 die Schwestern, die uns hier abgehen, (I: Mhm) bringen wird, wage
242 haben noch einen zweiten Mitarbeiter, der äußerst gut kocht und wenn 261 ich jetzt einmal zu bezweifeln. (I: Mhm) Einfach um das auch einmal
243 es nur unter Anführungszeichen eine Eierspeise ist... ich meine eine 262 gesagt zu haben. (I: Mhm) Nur die psychosoziale Seite scheitert nie an
244 Eierspeise für zehn Personen machen ist auch nicht lustig. Aber das 263 der Zeit und das scheitert auch nie an der Räumlichkeit. Weil wo ein
245 gemeinsame Sitzen, das gemeinsame Blödeln, das gemeinsame sich 264 Wille ist, ist auch ein Busch. Oder wo ein Wille ist... ich kann mich

265 einfach zum Bronchoskopiewagen stellen und mit einer Kollegin 284 den...die Versorgung vom Körper. Ich glaube, auf einer
266 reden. (I: Mhm) Wir haben auf der Notfallstation... erstens war der 285 Intensivstation ist es auch sehr konzentriert das Körperliche zu
267 Bereich der Notfall größer als hier, logischerweise. (I: Mhm) Und wir 286 versorgen. (IP: Ja.) Wie weit würden sie da jetzt in der
268 haben dort auch die Rettungszufahrt gehabt. Das ist so ein überdachter 287 geschichtlichen Entwicklung von der Pflege eine Ursache sehen?
269 Teil vom XY. Wenn du ein Problem gehabt hast, oder wenn dir etwas 288 Oder wenn sie sie sehen? Sprich, die Pflege war immer doch der
270 aufgefallen ist, (I: Mhm) hast den anderen einfach genommen, hast 289 Medizin angehängt...das biomedizinische Modell. Hat das noch einen
271 gesagt wir gehen jetzt auf das Parkdeck, und das war so eine 290 Einfluss auf die Pflege heute, dass es diese Körperbetonung da ist?
272 Metapher dafür, dass man gesagt hat, so ich möchte jetzt mit dir 291 IP: Ja. (I: Oder haben wir uns gelöst davon?) Ich habe ein paar gute
273 reden. Und dann hat man da draußen eine geraucht und dann hat man 292 Bücher gelesen. Es hat mich eine zeitlang ein bisschen interessiert, die
274 sich gegenseitig sein Herz ausgeschüttet (I: Mhm) und hat eben auch 293 sogenannte Kriegschirurgie. (I: Mhm) Wo man sich eben...wo man
275 Klartext einmal gesprochen. (I: Mhm. Mhm.) Das waren schon... da 294 eben teilweise sehr exzessiv schnell arbeiten hat müssen. Ich habe
276 waren schon Gespräche dabei, die ich nicht missen möchte. 295 zum Beispiel das Buch gelesen vom... die Biografie vom Leibarzt
277 I: Also das was ich so raus höre, ist eine große Bedeutung für die 296 von Napoleon, der einen Oberschenkel in einer Minute dreißig
278 Wahrnehmung für einen Kollegen und da wirklich sich einmal 297 Sekunden amputieren konnte. (I: Mhm) Das hat natürlich... ich
279 auszuklicken. (IP: Ja.) Und einmal... und wenn es auch nicht lange 298 nehme einmal an, dass sehr viel in unserer Pflege sich aus dem
280 ist, einfach eine kurze Zuwendung zu ermöglichen. Ich würde da jetzt 299 Sanitätswesen auch entwickelt hat. (I: Mhm) Der zweite Aspekt ist,
281 gerne zu einem anderen Aspekt überleiten, und zwar... es ist so raus 300 dass viel aus der Pflege aus dem geistlichen Bereich gekommen ist. (I:
282 gekommen, dass psychosoziale Kompetenzen und Komponenten sind 301 Mhm) Das heißt, Klosterschwestern, die sich um die Armen und
283 zwar wichtig, aber es ist doch eine sehr körperliche Betonung auf 302 Kranken gekümmert haben. Ich nehme einmal an, dass da auch die

303 Ursache dafür zu suchen sein wird, (I: Mhm) dass das eine sehr 322 Hypertoniker ist mit Blutdruckspitzen bis weit über 200. Der ist zu
304 körperbetonte Angelegenheit ist. Auf der anderen Seite glaube ich 323 uns gekommen und hat einen Blutdruck von hundertzwanzig zu
305 natürlich, dass da...wenn ich jetzt unsere weltliche Medizin mit der 324 siebzig gehabt. Wir haben uns gar nicht getraut ihm seine
306 traditionellen chinesischen Medizin vergleiche oder mit der 325 Dauermedikation zu verabreichen. (I: Mhm) Der war lustig, der war
307 tibetischen Medizin. Da suchen sie den Zugang zum Patienten auf 326 nett, der war sympathisch, war eigentlich so, wie man sich eine
308 eine ganz eine andere Art und Weise. (I: Mhm) Ich glaube, wenn in 327 wirklich guten Patienten vorstellt. (I: Mhm) Und am nächsten Tag ist
309 China irgendeiner mit einem weißen Kittel ins Zimmer 328 zu Mittag die Gattin zu Besuch gekommen und auf einmal hat der
310 hineinspazieren würde, die Hand zwischen zwei Knöpfe seines Kittels 329 Blutdruckspitzen von 220 gehabt. (I: Mhm) Der ärztliche Hauptdienst
311 hineingeschoben und irgendetwas von Studien erzählen würde und 330 hat zu mir gesagt, ich soll ihm sofort ein Ebrantil
312 damit demonstrieren möchte wie belesen er ist... würde 331 (Blutdruckmedikation) spritzen und ich habe gesagt, du mache ich,
313 wahrscheinlich jeder Chinese oder Tibeter ihn auslachen (I: Mhm) 332 wenn du mir das anschauffst. Aber ich glaube, dass das ganz andere
314 beziehungsweise würde er davon laufen. (I: Mhm) Das gefällt mir 333 Ursachen hat. (I: Mhm) Da spannt sich jetzt natürlich der Bogen was
315 auch sehr gut. Ich habe einmal ein Buch über die tibetische Medizin 334 kann ich als super tougher Intensivpfleger, der das gesamte Spektrum
316 gelesen, wo ein Tibeter seine Erfahrungen schildert. (I: Ja.) Wo ein 335 der Intensivmedizin hinter sich hat, was kann ich gegen die
317 bisschen auch so eingegangen wird auf die Gesprächsführung. Ein für 336 Eheprobleme dieses Ehepaares machen. (I: Mhm) Hilft es da, dass ich
318 mich sehr passender Aspekt ist die Psychosomatik, (I: Mhm) die ja bei 337 dem einen neuen Bypass implantieren oder einbauen lasse oder was
319 uns eigentlich erst in den Kinderschuhen steckt. (I: Mhm) Ich kann 338 soll ich da machen. Anstatt das Übel wirklich bei der Wurzel zu
320 mich erinnern, ich war auf einer Intensivstation und habe einen 339 packen. (I: Mhm) Also die geschichtliche Entwicklung der Pflege, um
321 Patient betreut, von dem es geheißten hat, dass er schwerer 340 noch einmal auf dieses Thema zurückzukommen im geistlichen

341 Bereich. Ich denke mir natürlich, dass auch das geistliche Metier von 360 ist uns dann aufgefallen und das haben wir auch thematisiert. Und
342 den persönlichen Vorzügen lebt. Beziehungsweise sich selber limitiert 361 sind schlussendlich auf diesen Blick hinter die Mauer gekommen.
343 durch die persönlichen Defizite der einzelnen Protagonisten. (I: Mhm) 362 I: Mhm. Und wie ist dann umgegangen worden damit? Ist dann ein
344 Und genauso ist es in unserem Beruf. Wenn man jemanden an das 363 Gespräch geführt worden oder wie wurde ihr das dann vermittelt?
345 Bett stellt, der unsicher ist, der sich vielleicht nicht so gut auskennt, (I: 364 IP: Ja, wir haben dann ein sehr langes Gespräch geführt und ich
346 Mhm) der diesen Beruf aus einer falschen Motivation heraus ergriffen 365 glaube, das was ihr am meisten geholfen hat war, dass wir ihr eine
347 hat... dann darf ich mich nicht wundern, dass der psychosoziale 366 Psychotherapeutin vermittelt haben. Weil sie dann selber auch
348 Aspekt bei seiner Arbeit nicht einmal zweitrangig ist. (I: Ja. Mhm.) 367 gesehen hat, ich stehe da verbal an, da komme ich jetzt nicht mehr
349 Ich habe zum Beispiel einmal eine Schwesternschülerin erlebt, deren 368 weiter. Und das ist heute eine sehr gute Schwester... nach wie vor ist
350 Papa auf der Intensivstation gestorben ist. (I: Ja.) Und die ist 369 sie in diesem Metier tätig. (I: Mhm) Und sie hat mit der
351 daraufhin ein paar Jahre später... hat sie mit der Krankenpflegeschule 370 Psychotherapeutin dann den Tod des Vaters aufgearbeitet.
352 angefangen. Die wollte diesen Beruf eigentlich gar nicht ergreifen, die 371 I: Gibt es solche Angebote auch direkt in der Organisation? Dass man
353 wollte eigentlich nur verstehen was mit ihrem Vater damals passiert 372 da darauf zurückgreifen kann. (IP: Nein.) Nicht.
354 ist. 373 IP: Also ich habe keine Psychotherapeuten hier im Haus abrufbar für
355 I: Mhm. Als Aufarbeitung ... (IP: Genau) 374 so etwas. (I: Mhm) Aber...
356 IP: Die hat... die ist eigentlich mit einem tadellosen Zeugnis bis zum 375 I: Supervision oder andere Umgangsmöglichkeiten?
357 Diplom gekommen. (I: Mhm) Hat in der Praxis eigentlich einen sehr 376 IP: Was möglich wäre...was wir hier implementiert haben auf dieser
358 netten, liebevollen...eine sehr nette liebevolle Art gehabt aufzutreten 377 Station, ein interdisziplinäres Teamgespräch. (I: Mhm) Das steckt in,
359 im Team. Aber mit den Patienten selber war sie extrem gehemmt. Das 378 glaube ich, in einer guten Entwicklung. (I: Mhm) Supervision, die

379 Möglichkeit gibt es, gar keine Frage. Es gibt auch die Möglichkeit für 398 Meine Frage ist, welche Position hat da eigentlich der Mensch oder
380 die Leute hier sich einmal zwei Monate auszuklinken aus dem 399 auch der Patient in diesem speziellen Fall, in diesen ganzen
381 Stationsbereich und einfach einmal zwei Monate auf einer anderen 400 Entwicklungen. Geht der da ein bisschen unter, unter den ganzen
382 Station zu arbeiten. (I: Ja.) Diese Möglichkeit gibt es, das ist nicht zu 401 Ablösungsprozessen, Entwicklungsprozessen, wie würden sie das
383 unterschätzen. (I: Ja.) Und ich denke mir, wenn jemand aus meinem 402 einschätzen?
384 Team einmal so weit ist, dass er Psychotherapie braucht, dann hat das 403 IP: (7 Sekunden) Zu meiner Ausbildungszeit hat es eine schöne... so
385 nicht nur primär was mit der Arbeit zu tun... (I: Mhm) auch etwas mit 404 ein schönes Schlagwort gegeben der ganzheitlichen Pflege. (I: Mhm)
386 der Arbeit zu tun, aber nicht nur. (I: Ja. Mhm.) Das heißt, worauf ich 405 Jetzt gibt es auch den eigenen Mediziner der ganzheitliche Medizin
387 hinaus will ist, dass ich eine Therapie, einen Therapeuten auch selber 406 betreiben soll. Ganz unter uns gesagt, ich brauche... ich habe mich
388 suchen muss. Ich kann auch keine Frau zu einem x-beliebigen 407 damals in meiner Ausbildung schon gewundert wofür brauche ich
389 Gynäkologen schicken. 408 eigentlich ATLS (Alltägliche Tätigkeiten des Lebens). (I: Mhm.)
390 I: Das heißt, es bedarf einer Eigeninitiative. (IP: Ja.) Dass man sagt, so 409 Wenn ich ein bisschen was im Stübchen habe und einen Hausverstand
391 ich muss auf meine persönlichen Ressourcen schauen, (IP: Ja.) wie 410 habe, dann weiß ich was dieser Patient in seiner Ganzheit für
392 gehe ich jetzt mit meiner Psychohygiene um. (IP: Ja.) Dass das schon 411 Probleme hat. (I: Mhm) Beziehungsweise kann ich das erfragen. Ich
393 eine Eigeninitiative (IP: Definitiv.) sein muss auch. Ich würde gerne 412 kann mich noch irrsinnig gut erinnern, an dieses ATL „sich als Mann
394 noch einmal auf den Aspekt... weil sie vorher auch 413 oder Frau fühlen“: (I: Ja.) Natürlich hat die Geschlechtlichkeit eine
395 Pflegewissenschaft erwähnt haben. In der Entwicklung von der Pflege 414 enorme Bedeutung für jeden Menschen individuell. Da brauchen wir
396 passiert ja sehr viel... also ob das jetzt eine neue Schaffung von 415 gar nicht reden darüber. (I: Mhm) Die Bedeutung hier im
397 Modellen, Theorien oder was auch immer... es passiert sehr viel. 416 Krankenhaus der Geschlechtlichkeit eines Patienten... entweder er

417 kann sich es selber regeln, weil er noch in der Lage ist, oder es ist eh 436 eigentlich wie es mir damit geht. (I: Mhm) Und das war für mich so
418 egal. (I: Mhm) Ich bin auch kein Freund von Pflegemodellen. Das 437 einer dieser Denkanstöße. Es gelingt mir bei sehr vielen Menschen
419 sage ich so wie es ist. Ich kann auch mit Pflegediagnosen und 438 mich in die Rolle hineinzuversetzen, nicht in alle. (I: Ja) Ob man
420 Pflegeprozess nur bedingt etwas anfangen. Das ist, glaube ich, auch 439 Empathie... ist lernbar definitiv, (I: Mhm. Mhm) definitiv. Aber...
421 der Grund, dass uns aus der Pflege... das uns irgendwann Mitte/Ende 440 I: Das heißt, durch Auseinandersetzung und Übung (IP: Ja.) einfach
422 der 90er Jahre übergestülpt worden ist und jetzt macht ihr das. (I: 441 im Alltäglichen.
423 Mhm) Ich denke mir, man kann aus dem Begriff... es würde 442 IP: Und man muss sich selber... oder wir sollten uns eigentlich selber
424 eigentlich reichen der Begriff der ganzheitlichen Pflege. Da würde ich 443 reflektieren. Aber reflektieren kann ich mich nicht nur selber, (I: Ja.
425 nicht großartig irgendwelche Pflegemodelle brauchen... da eigentlich 444 Ja.) sondern da brauche ich auch das Feedback von meinen Kollegen,
426 nur einen Hausverstand brauchen. Ich denke mir eine Empathie 445 von meinen Vorgesetzten, von meinen Patienten, (I: Mhm) von wem
427 brauche ich, das ist ganz wichtig. 446 auch immer. Ich glaube Feedback ist bei uns wirklich
428 I: Kann man die lernen, bringt man die mit? 447 überlebenswichtig. Wobei ich leider auch anmerken muss, dass wir
429 IP: (5 Sekunden) Ich habe sie auch gelernt. Ich habe sie auch nicht in 448 eigentlich in unserer Schulzeit sehr viel Feedback bekommen (I:
430 meine Wiege gelegt gekriegt. Ich war bis zum Ende meiner 449 Mhm) und dann kriegt man eigentlich bis zu den regelmäßig
431 Ausbildung und weit darüber hinaus sicher kein sonderlich 450 auftretenden Beurteilungen defacto eigentlich keines mehr.
432 empathischer Mensch. (I: Mhm) Was mir eben geholfen hat war, dass 451 I: Woran könnte das liegen? Ist das ein Gesellschaftsparadigma, dass
433 ich eine sehr, sehr starke Frau zu Hause habe, die mich ordentlich 452 das einfach... diese Offenheit... damit umzugehen mit konstruktiver
434 unter der Fuchtel hat (I: Mhm) und die... das habe ich jetzt nicht so 453 Kritik... Feedback zu geben?
435 gemeint ...(I und IP lachen) die mich sehr oft gefragt hat, weißt du

454 IP: Also das was sie jetzt gesagt haben, mit dem gesellschaftlichen 473 IP: Ich glaube, dass ich da ein ziemlich schlechtes Beispiel bin. Weil
455 Paradigma, das gefällt mir eigentlich sehr gut. Weil ich habe das 474 wie ich im Krankenhaus war, hat mich meine Frau sehr oft besucht,
456 eigentlich immer so berufsspezifisch betrachtet. (I: Mhm) 475 sie war fast immer da. (I: Mhm) Ich bin vor einiger Zeit einmal in der
457 Wohingegen... wo sie das gesagt haben... mir jetzt aufgefallen ist, 476 XY drüben gelegen... da habe ich eigentlich nur
458 dass man eigentlich auch sonst kaum ein Lob bekommt (I: Mhm) oder 477 am Abend und in der Früh die diensthabende Kollegin getroffen. (I:
459 kein... dass sich viele Menschen mit einem Danke sehr, sehr schwer 478 Mhm) Die hat mich gefragt, wie es mir geht und ob mir das Essen
460 tun. (I: Mhm) Ich glaube, dass das ein gesellschaftliches Problem ist. 479 geschmeckt hat und ob eh alles passt und ob ich etwas brauche. (I:
461 I: Mhm. Mhm. Da würde ich jetzt gleich zum Menschen, zum 480 Mhm) Und da habe ich dann eigentlich gemerkt... bei der wäre sicher
462 Patienten übergehen. Erwartet wirklich jeder Patient einen 481 das Potenzial da gewesen, dass ich ihr sagen hätte können, mhm da
463 psychosozialen Umgang überhaupt? Will der das überhaupt oder 482 passt jetzt irgendwas nicht, (I: Mhm) da stimmt jetzt irgendwas nicht.
464 reicht es ihm, wenn der Körper behandelt wird? Es wird ja in allen 483 Aber ich glaube, dass es natürlich sehr viele Menschen gibt, die sagen,
465 Modellen... und es wird ja in Leitbildern immer sehr darauf 484 sobald ich mich da ein bisschen öffne zum Pflegepersonal, dass sie
466 fokussiert. Aber will das überhaupt jeder Mensch, dass man da seine 485 dann schlicht und ergreifend Angst davor haben die Kontrolle zu
467 soziale Komponente, seine psychische Komponente da (IP: Gute 486 verlieren. (I: Mhm. Mhm.) Das heißt, wenn ich jetzt sage, mir geht es
468 Frage.) mit betrachtet? 487 psychisch total schlecht, weil der Professor gesagt hat, ich muss
469 IP: Das ist eine sehr gute Frage. 488 operiert werden. Dann habe ich damit signalisiert, dass ich die
470 I: Sie haben erzählt, sie waren selber schon Patient. Wenn sie sich da 489 Kontrolle verloren habe (I: Ja.) und das kann ich mir nicht leisten. (I:
471 zurückerinnern. Wollten sie da überhaupt einen Eingriff haben? Oder 490 Ja.) Warum auch immer er sich das nicht leisten kann.
472 hat es ihnen gereicht das körperliche Problem zu behandeln?

491 I: Das heißt, Angst ist da um sich wirklich zu öffnen und vielleicht 510 Ja.) Ich meine, grundsätzlich wenn man nicht ernsthafter erkrankt ist
492 auch verletzt zu werden, wenn das nicht ernst genommen wird (IP: 511 und zum Arzt, der einen behandelt, Vertrauen hat, ist ja ein
493 Ja.) oder aus zeitlichen Druck dann irgendwie so abgetan wird, dass 512 Krankenhausaufenthalt nichts Schlechtes. (I: Mhm) Ich brauche mich
494 man sich dann sehr unwohl eigentlich dabei fühlt. (IP: Da gibt es 513 eigentlich um nichts kümmern - Punkt. (I: Mhm) Also kann ich mir
495 sicher sehr viele.) Also sie konnten damals durch die Stütze ihrer Frau 514 schon vorstellen, dass das zu genießen ist.
496 einfach das ausgleichen, oder (IP: Ja. Ja.) es war das Bedürfnis nicht 515 I: Könnte das ein Ausgleich sein... jetzt so von privaten Defiziten...
497 so da, dass jetzt vom Pflegepersonal... 516 (IP: Ja. Definitiv. Ja.) dass das im Spital dann eingefordert wird. (IP:
498 IP: Ja. Wobei ich die Frage am Abend wie es mir geht und ob ich 517 Ja. Definitiv.) Was machen sie persönlich für ihre Psychohygiene um
499 etwas brauche, ist eigentlich... ist unheimlich toll. Das hat für mich 518 jetzt auch den psychosozialen Herausforderungen im beruflichen
500 gereicht. Wenn ich mir zum Beispiel anschau, meine 519 Alltag entgegenzutreten zu können?
501 Schwiegermutter, wenn die im Krankenhaus liegt... das war in den 520 IP: Also es gibt... es hat in meiner Laufbahn schon Tage gegeben, wo
502 letzten Jahren ein paar Mal der Fall... (I: Ja.) wobei ich sie nicht als 521 ich schlicht und ergreifend mir irgendwo ich mir irgendjemanden
503 Simulanten oder Hypochonder bezeichnen möchte. Aber die genießt 522 geschnappt habe und gesagt habe ich muss jetzt reden. Das gibt es
504 das regelrecht wie sie da umhegt und umpflegt wird und umsorgt 523 sehr wohl. (I: Mhm) Aber das war eigentlich sehr selten. (I: Mhm) Ich
505 wird. Ich betrachte es eher rationeller und bin froh, wenn ich wieder 524 habe... ich lebe Gott sei Dank in einer stabilen Beziehung, meine Frau
506 daheim bin. (I: Mhm) Aber meine Schwiegermutter genießt das 525 ist im selben Beruf tätig... das ist nicht immer nur ein Nachteil, (I:
507 richtig und ich kenne sehr viele Menschen, die sobald sie sich das 526 Mhm) sage ich einmal. Weil ich merke, dass wenn ich mit Freunden
508 Krankenhausaufenthalt anziehen, (I: Mhm) retardieren die völlig ins 527 rede, die nicht aus dem Metier kommen und ich erzähle ihnen wie das
509 Kleinkindstadium retour. Was ich nicht böse meine, das ist halt so. (I: 528 ist wenn ein Vierzehnjähriger unter der Hand weggestorben ist...

529 dann hat der keine Ahnung wie das ist, (I: Mhm) wie sich das anspürt, 548 betrachte mich jetzt nicht als alkoholgefährdet. Das darf man nicht
530 wie das riecht, (I: Mhm) wie das weiter geht, was da für Gedanken 549 falsch verstehen. Aber das ist einfach auch einmal... zu sagen, so und
531 durch den Kopf gehen. Das verstehen die nicht (I: Mhm) und deshalb 550 jetzt nehme ich mir einmal zwei Stunden Auszeit. (I: Ja.) Ich mag sehr
532 bin ich sehr froh, dass meine Frau aus diesem Metier kommt. 551 gern... ich lese sehr gerne... ich mag sehr gern puzzeln und für mich
533 I: Also das heißt, ein stabiles soziales Umfeld (IP: Definitiv. Das ist, 552 ist es wichtig, wenn mir die Hacke, auf gut wienerisch gesagt, am
534 glaube ich, das um und auf) ist sehr wichtig. 553 Arsch geht, dass ich so meine Sätze habe, mit denen ich mich aus
535 IP: Ich bin sehr... gerade so ein Naturliebhaber und schaue dass ich 554 sämtlichen Situationen wieder raus reißen kann. (I: Mhm)
536 schon oft an die frische Luft komme...das ist so... drei Stunden durch 555 I: Das heißt, es bedarf da auch sehr viel Eigeninitiative, dass ich
537 den Wienerwald gehen, sind wie drei Wochen Psychotherapie. (I: 556 einfach erkenne, so wie geht es mir, wahrnehme wie geht es mir. (IP:
538 Mhm. Mhm) Ich habe es mir angewöhnt seit ein paar Jahren mit dem 557 Ja.) Was kann ich tun, was für einen Ausgleich brauche ich, wenn es
539 Rad in den Dienst und wieder nach Hause zu fahren, wenn die 558 so Phasen sind. Wirklich eine Grenze zu ziehen und zu sagen, ihr geht
540 äußeren Umstände es zulassen. (I: Mhm.) Und was natürlich auch 559 mir alle am Arsch und das sich einfach zugestehen.
541 dazu kommt... dadurch dass ich eine 5 Tage Woche habe... ich 560 IP: Wichtig ist auch, dass ich Spaß im Team habe. (I: Ja.) Das
542 natürlich schauen muss, dass die Wochenenden in vielen 561 ventiliert auch sehr viel. (I: Mhm) Ich denke mir auch oft, dass das für
543 Ebenen...optimal genießen. (I: Mhm) Das heißt, ich muss mich um 562 einen Außenstehenden wahrscheinlich nicht leicht ist zu verstehen,
544 mein Kind kümmern, ich muss eine Ehe führen, muss einen Haushalt 563 was hier für Scherze gerissen werden. Aber das ist (I: Mhm) natürlich
545 führen und muss auf mich schauen. Also es gibt natürlich auch 564 auch der Ausdruck, so gehe ich mit der Situation... so werde ich mit
546 Situationen, wo es so scheiße rennt, dass man sich am Abend... dass 565 der Situation fertig.
547 ich mir am Abend einmal drei Viertel reinstelle. (I: Mhm) Ich

566 I: Ja fein. Ich wäre es mit meinen Fragen. Sage ich herzlichen Dank

567 (IP: Ja gerne.) für das spannende Interview.

1 **Interview 8 am 18. 1. 2010/ 15.15- 16.10**

2 I: Ich würde gerne beginnen mit der Frage... in ihrem persönlichen
3 Alltag... wie sie eine psychosoziale Begegnung, Betrachtung...sich in
4 ihrem Arbeitstag zeigt, äußert, wie wichtig ist es in ihrem Alltag?
5 IP: Gut, ich muss dazu sagen, ich bin personenzentrierter
6 Psychotherapeut. Das heißt, ich habe auch eine eigene Praxis und da
7 ist natürlich klar, kein Problem... nur in der Schulsituation schaut es
8 ein bisschen anders aus. Das heißt, ich unterrichte die Kommunikation
9 und Supervision und... diesen Gegenstand, der sich durchzieht durch
10 alle drei Ausbildungsjahre. Was wir versuchen... also nicht nur ich
11 alleine der das unterrichtet, sondern wir haben uns jetzt abgestimmt,
12 zumindest in der Gesprächsführung die Haltung und die
13 Vorgangsweise Carl Rogers...Gesprächsführung, Personenzentriertes
14 Konzept einzubauen. Das auch zu unterrichten, den Schülern zu
15 lernen. Was noch dazu kommt, wir arbeiten auch mit dem Konzept
16 von Rogers ressourcenorientiert. Also wir ziehen das auch so ein
17 bisschen in die Gesunden- und Krankenpflege (Unterrichtsfach) von
18 Seiten der Kommunikation her und machen die Schüler mehr oder
19 weniger darauf aufmerksam, dass sie sozusagen auf die positive

20 Bewältigung der Patientenprobleme schauen sollen. Also so in
21 Richtung, wir halten uns nicht mit den Problemen auf sondern wir
22 schauen was kann der Patient.

23 I: Also das heißt, sie integrieren diesen Ansatz wirklich in ihren
24 Unterricht. In welcher Weise kann man sich das vorstellen, dass die
25 psychosozialen Kompetenzen... sind sicher schwer zu vermitteln...
26 und in welcher Weise kann man sie... in welcher Form integrieren sie
27 das und wie lehren sie psychosoziale Kompetenzen. Kann man die
28 überhaupt so lehren in dem Sinn?

29 IP: Bei ausreichender Zeit kein Problem. Das wird auf der Ebene der
30 Selbsterfahrung vermittelt. Ich kann es nicht unterrichten im Sinne
31 von Stoff vermitteln, sondern ich muss einfach mit Rollenspielen im
32 Rahmen von Kommunikation mit ganz bestimmten
33 Patientenbeispielen, vorgegebenen am Anfang, diese Haltung
34 trainieren. Also eben so in Kleingruppen oder in Beispielen. Wir
35 zeichnen das dann auf Video auf und besprechen das nach, wo waren
36 die Haltungen gut, wo war es vorhanden und wo gibt es Fehler und
37 was muss verbessert werden. Wir haben da so Standardprogramme
38 entwickelt, wo wir ein bisschen versuchen, den Hintergrund, das

39 Fühlen vom Patienten in Beispielen abzuklopfen und schauen uns
40 dann an, wie weit letztlich es den Schülern gelingt.

41 I: Und aus ihrer Erfahrung... ist es eine Übungssache, bringen
42 manche das mehr mit... also gibt es Voraussetzungen sozusagen, wo
43 man sagt, ja manche haben es oder haben es nicht. Manche können es
44 lernen, manche können es nicht. Ist das Übung über Jahre hindurch,
45 kann man sagen nach drei Jahren... es ist eine Basis da. Welche
46 Erfahrungen haben sie, hast du gemacht.

47 IP: Na ja, sehr unterschiedlich. Schau, wir erleben Schüler, die sehr
48 einfühlsam sein können. Woran immer zu arbeiten ist, sind immer die
49 Variablen: wie positive Wertschätzung... also an diesen Urteilen, an
50 den Einstellungen, Haltungen. Einfühlsamkeit ist nicht gleich
51 Empathie, sage ich immer. Das heißt, Empathie ist mehr als Einfühlen
52 und das muss man trainieren. Die Einfühlsamkeit sollte vorhanden
53 sein...die ist bei manchen mehr oder weniger, sage ich jetzt einmal,
54 vorhanden. Und in vielen Fällen gut trainierbar. In manchen Fällen
55 bleibt es bei, sage ich einmal, Gefühlswahrnehmung im Sinne von,
56 was ist der Unterschied zwischen angestellt werden und was fühlen
57 ist. Inneres Erleben im Vergleich zu dem was von außen kommt. Das

58 können auch die unterscheiden, die wenige Empathievoraussetzungen
59 haben, sage ich einmal. Aber Empathie zu trainieren ist schwierig.
60 Vor allem weil wir nur drei Jahre Zeit haben. Insgesamt 300 Stunden
61 in der Kommunikation mit... wir würden an und für sich mehr
62 Stunden brauchen. (I: Ja.) Wird aber von den Schülern sehr
63 interessiert und gerne angenommen, weil erstens einmal viel
64 Selbstreflexion in diesen Stunden ist, weil viel Freiheit entsteht und
65 weil wirklich auch bei vielen es so ist, dass sie sagen, wir haben
66 persönliche Probleme, wir wollen auch für uns Lösungen finden,
67 Selbstreflexion ist letztlich auch eine gute Möglichkeit, das zu tun.

68 I: Und gibt es während der Ausbildung auch ausreichend
69 Möglichkeiten auch diese Reflexion zu machen?

70 IP: Ich kann es in den Unterrichtsstunden machen, anhand der Spiele,
71 der Videoanalysen. Wir haben auch einen ganz...nur einen Teil über
72 die Konfliktbewältigung. Da ist das dann vermehrt ein Thema, wie
73 kann ich mich mit meinen inneren Konfliktsituationen
74 auseinandersetzen, welche Möglichkeiten habe ich da überhaupt. Und
75 natürlich ist es auch noch notwendig in der Selbstreflexion den
76 Bereich der Echtheit, wie der Rogers das so bezeichnet, ausführlich zu

77 üben. Hängt natürlich auch immer von der Bereitschaft und dem 96 kannst du das nicht fühlen oder ist für dich im Moment irgendeine
78 Mittun der Leute ab, weil alles freiwillig ist. Es ist praktisch, 97 Blockade da. Bist du, aus welchen Gründen auch immer, jetzt nicht
79 sozusagen ein Angebot, und ich kann es ja nicht unter Druck 98 anwesend. Die Schüler machen das auch immer über Feedback-
80 vermitteln. Das würde nicht gehen. Wird auch nicht benotet, sondern 99 Schleifen bei jeder Stunde, wo sie die Aufgabe haben, war ich
81 es ist ein Dispensgegenstand, das heißt, wenn der Schüler länger fehlt 100 anwesend zu beurteilen. Also anwesend in Sinne von wirklich dabei,
82 muss er schon eine Prüfung machen. (I: Aha.) Also diesen Druck hat 101 nicht nur da gesehen, (IP lacht) sondern ich habe mitgearbeitet, ich
83 er. 102 habe mit gedacht, mit gefühlt und... Das ist mittlerweile schon
84 IP: Ja. Ein Schüler der das Angebot nicht annimmt, was hat der dann 103 ziemlich professionalisiert, unser Stil, unser Unterrichtsvorgehen. Wir
85 für Möglichkeiten, fehlen ihm dann diese Stunden? Oder... 104 haben...
86 I: Im Prinzip muss er dann eine Dispensprüfung machen. Das 105 I: Seit wann habt ihr das schon diese...
87 entscheiden wir. Und bis jetzt habe ich vielleicht vier bis fünf 106 IP: Na ja, seit der neuen Ausbildung. Aber wir haben vorher schon im
88 Dispensprüfungen erlebt. Aber eher durch Krankheit, durch 107 Gegenstand Psychiatriepflege schon sehr viel davon gemacht. Das hat
89 Fehlen...also nicht durch strikte Weigerung mit zu tun. Aber wir 108 sich so entwickelt. (I: Ja. Und in welchen...) Wir haben ein eigenes
90 sprechen das in den Trainings immer wieder an, he jetzt ist es 109 Vorgehen...wir haben... das ist vielleicht nicht uninteressant... in der
91 notwendig, dass du dich einbringst, mittust oder zumindest 110 Mitte des Raumes, wir sitzen im Sesselkreis, in der Mitte des Raumes
92 deklarierst, warum du jetzt nicht willst. Also es wird auch eine 111 haben wir so einen Handlungsrahmen aufgeklebt und in diesen
93 gewisse personenzentrierte Haltung schon abverlangt. So eine 112 Handlungsräumen passiert Arbeit und Handlung. Und wir haben das
94 Kleinigkeit, wo ich sage, wenn du nicht mittust, dann überlege einmal, 113 nach den Gehirnhälften aufgeteilt und mit Farben besetzt von H.D.I
95 was ist jetzt der Grund ist, was hindert dich... also so am Ansatz von 114 abgeleitet, vom Hermann-Dominanz-Instrument abgeleitet. Ich weiß

115 nicht, ob dir das etwas sagt. (I: Der Begriff ja.) Rot, Gelb, Grün... und 134 I: Ja, also das heißt, da ist eine sehr große Selbstwahrnehmung
116 da gibt es... also wir haben dann dazu... wir haben ein bisschen 135 notwendig, um sich auch wirklich auseinander zu setzen, einen
117 gemischt. Wir haben die Satir, die Familientherapeutin, benutzt und 136 Prozess da zu starten und diese Wahrnehmung...
118 haben die Streßpositionen dazu positioniert. Und wir arbeiten zum 137 IP: Auch immer wieder mit Feedback, wie weit habe ich mich
119 Beispiel im Konflikttraining so, dass man mit Beschwichtiger, 138 weiterentwickelt, alle diese Dinge halt. (I: Ja.) Um den Test wieder
120 Ankläger, Vermeider und Rationalisierer... Also auch da 139 einmal zu wiederholen, um mich wieder einmal einzustufen, zu
121 entsprechend dieser... wir testen das aus mit den Schülern...da gibt es 140 schauen, bin ich handlungsfähig, bin ich blockiert, was brauche ich.
122 Tests dazu und schauen, wer ist in welcher Ecke beheimatet und wie 141 I: Du hast vorhin auch gesagt, wenn es zeitlich sozusagen machbar ist.
123 sind seine Strategien bezogen auf sich selbst. Das heißt, wir 142 Da ist jetzt meine Frage, wie schätzt du da dieses Verhältnis, das
124 unterstützen das nicht so, wie es bei Rogers in der Ausbildung ist, 143 Ausmaß, psychosozialer... also Einheiten, Stunden, die dafür
125 einfach so du machst nur Selbsterfahrung, sondern wir haben uns 144 verwendet werden, im Vergleich was fachlich-technische
126 einen Rahmen dazu gebaut. Dass die Schüler das besser einordnen 145 Tätigkeiten... wie schätzt du dieses Verhältnis ein?
127 können und eine Orientierung haben. Und auch von einem gewissen 146 IP: Ich glaube einfach, also das ist jetzt meine subjektive Meinung,
128 eigenen Verhalten, von der eigenen Homepage aus, agieren können. 147 sage ich einmal, dass sehr viel Zeit aufgewendet wird für Methodisch-
129 Also du bist gut im Einfühlen, du musst jetzt aber auch lernen dich zu 148 technisches, was auch notwendig ist. Nur es werden viele Dinge
130 distanzieren, so als diametrale Gegenentwicklung...und die andere 149 wiederholt. Das beklagen die Schüler auch im Feedback und sie
131 Seite des Handelns auch mit hinein. Also du gehst von deiner 150 kriegen, irgendwie ein bisschen zu wenig im sozial-kommunikativen
132 Position, wo es Spannungen und Konflikte gibt, in die andere 151 Bereich. Oder auch im Bereich wie gestalte ich Beziehungen, Nähe-
133 Richtung für dich selbst und schaut einmal, wie stark bist du da. 152 Distanz-Verhalten zu Klienten, Patienten, und Umgang mit

153 schwierigen Situationen. Da wird es überhaupt eng im dritten 172 die Lehrerausbildung, mehr in die Richtung, dass sie Selbsterfahrung
154 Ausbildungsjahr, wo dann sehr viel fachlich auch in Richtung 173 haben. Zumindest einen begrenzten Teil, der vermittelt, was tue ich
155 psychiatrische Krankheitsbilder oder Krankenpflege von dementen 174 im Unterricht mit Schülergruppen, die halt noch keine zwanzig sind,
156 Patienten zu tun wäre. 175 die wir ja auch haben. Und die nicht nur störungsfrei unterrichtet
157 I: Wäre da von deiner Einschätzung her ein Ausgleich notwendig? 176 werden können. Was mache ich dann mit schwierigen Situationen,
158 IP: Ich würde es mir wünschen. Ich sage es einmal so. Ich denke mir, 177 was mache ich wenn jemand dauernd stört, wie kann ich den
159 meine Sicht, Beziehungsverhalten gestaltet die Klarheit des 178 erreichen, was mache ich, wenn die Schüler nicht mehr wollen. Also
160 Begegnens mit Patienten und ist für mich die Grundlage der Pflege. 179 da fehlen meiner Meinung nach, die Skills auf der Beziehungsebene
161 Die GUK (Gesunden- und Krankenpflege) zu praktizieren ohne 180 und auch das Positive. In dem Sinn wie kann ich die Schüler wieder
162 geklärte Beziehung zum Patienten, finde ich sinnlos oder 181 dort abholen und ihre Ressourcen mobilisieren ohne dass ich jetzt
163 unzureichend oder am Ergebnis vorbei. Aber das ist jetzt meine Sicht 182 gleich drüber fahre, oder was weiß ich... wie kann ich Selbsterfahrung
164 als Erfahrener... seit was weiß ich, seit den 70er Jahren bin ich Lehrer. 183 fördern.
165 I: Da gleich einmal die Frage, sind die Lehrenden ausreichend 184 I: Also das heißt, in der Lehrerausbildung auch diese Selbsterfahrung,
166 geschult für... psychosoziale Kompetenzen vermitteln zu können? 185 diese Selbstwahrnehmung (IP: Wäre gut, ich denke schon) zu
167 IP: Ich glaube nicht. Ich glaube, dass das in der Lehrerausbildung zu 186 integrieren, um das auch weitergeben zu können dann auch.
168 kurz kommt in unserer spezifischen... ich meine, meine Ausbildung 187 IP: Mit einem gewissen Selbstverständnis. Weil ich mir denke, wenn
169 ist lange zurück... da ist es auf jeden Fall zu kurz gekommen. Aber da 188 du es so auftrainiert kriegst, dann wird es fassadenhaft. Dann geht
170 war es auch nicht so das Thema damals. Da waren mehr diese 189 man mit einer Maske rein und wir machen jetzt die Übung XY... aber
171 Fachlehrer, kannst sagen. Und was ich mir wünschen würde auch für 190 wenn ich das intus habe, wenn ich das dauernd bin, dann ist das für

191 die Schüler klar. Weil wenn ich empathisch bin, dann sind die auch 210 I: Wir haben sozial- kommunikative Testings. Das machen eh
192 empathisch. Wenn ich wertschätze, dann werden sie auch 211 meistens wir, ich und der XY. Wir arbeiten auch in der
193 wertschätzen. Zumindest... nicht am Beginn, aber nach einer 212 Kommunikation gemeinsam. Wir sind beide Pfleger und wir testen sie
194 gewissen Zeit werden sie es merken, dass mir das wichtig ist. Und das 213 bei Rollenspiele, wir machen eine Stunde mit Vorstellung,
195 Echte, die Echtheit nach Rogers, die ist in jedem Fall notwendig. Die 214 gegenseitiges Einschätzen, ich stelle den anderen vor, wie mache ich
196 Kongruenz ist immer das, was am schwersten zu erreichen ist, sage 215 das. Dann machen wir so kleine Patientenfallbeispiele, Patienten die
197 ich einmal. Aber da muss man sich einfach ein bisschen trauen und 216 nicht aufstehen ...(I: Ja. Ja.) und schauen dann wie verhalten sich die
198 Erfahrungen machen. 217 Personen in dieser Übungssequenz. Natürlich versuchen alle das
199 I: Also das heißt, die Vorbildwirkung als Lehrperson ist (IP: Ja.) von 218 Beste zu geben und die Fehler zu vermeiden. Und das ist nur eine
200 Bedeutung und dann die Übung was du vorher auch geschildert hast. 219 Momentaufnahme, ich kann nicht besonders viel herauslesen. Ich
201 IP: Erfahrung kombiniert mit der Methode...im Laufe der Zeit redest 220 glaube auch nicht, dass längere, aufwendigere Testverfahren es
202 du nicht mehr über Methoden oder Übungsbeispiel oder 221 bringen würden. Das ist einfach zu viel Aufwand, das können wir uns
203 Kleingruppenarbeit. Sondern das ist einfach in dir drinnen, du gibst es 222 nicht leisten im Sinne von Zeittressourcen. Aber ein bisschen einen
204 weiter und es kommt irgendwie zurück. 223 Einblick kriegst du von der Person... ist der jemand, der offen auf
205 I: Da würde ich dann auch noch zum Aspekt Ausbildung eine Frage 224 dich zugeht, traut sich der etwas sagen, ist er einfühlsam oder nicht,
206 haben bezüglich Aufnahmeverfahren. Kann da schon... (IP: Bei den 225 fährt er über jemanden drüber... also solche Dinge, Grundsätzliches
207 Schülern?) Ja genau. Kann da schon ermittelt werden...bringt der 226 kann man auf jeden Fall beobachten. Aber es ist schwierig sich ein
208 schon eine gewisse Basis mit...wie werden diese Kompetenzen 227 Gesamtbild zu machen. Außerdem entwickeln sich die Leute in den
209 erfasst? 228 drei Jahren weiter. Das ist ja ein Prozess, ein persönlicher, und wenn

229 dann Schwierigkeiten auftauchen, die ohne weiteres jeder haben 248 IP: Ich denke mir, im Sinne von... die Frage ist, wo will ich hin als
230 kann...dann schaut die Situation wieder anders aus. Dann wirft es den 249 Diplomierte. Es gibt Leute, die beschäftigten sich dann mit der
231 wieder zurück oder der krepitiert oder sie schaffen Lernstoff nicht, oder 250 Praxisanleitung, die kriegen das leider trainiert und kriegen praktische
232 nicht? Und wenn wir so junge Leute haben, so zwischen achtzehn bis 251 Lehrerskills, was für die Praxis wichtig ist und da ist viel
233 zweiundzwanzig, sind die meistens noch stark im pubertären 252 psychosoziales Training drinnen. (I: Ja.) Die anderen, so wie ich das
234 Verhalten. Weil die dauert immer länger, aus meiner Sicht. Und da ist 253 da drüben sehe, ich bin auch viel in der Praxis...nicht nur auf der
235 es dann ganz schwierig, dass man die wieder erreicht Interesse zu 254 Psychiatrie, da bin ich am meisten...auch im allgemeinen
236 finden. Die sind dann meist ganz wo anders und scheitern unter 255 Stationsbereich. Dort wo ich mir auf eigenen Erfahrungen aufbauen...
237 Umständen in der Ausbildung. Was oft schade ist, aber das passiert 256 sich vielleicht ein bisschen gegenseitig unterstützen... Aber es gibt
238 halt. 257 schon Stationen, die ganz gezielt in eine Richtung arbeiten...in diese
239 I: Und wenn man da jetzt den Prozess, was du vorher gesagt hast, 258 Richtung arbeiten. Das ist zum Beispiel die KMT. Patienten...
240 eben jetzt auch diese Übung in diesen drei Jahren... ist natürlich die 259 meistens sind es Stationen wo Patienten chronisch und schwerkrank
241 Zeit zu kurz. Man ist ja dann nicht fertig mit dem Prozess. (IP: Nein.) 260 sind. Weil, dort merken sie, es ist sonst eh nicht mehr möglich, sage
242 Das geht ja dann weiter, wenn man das aus deiner Sicht betrachtet, so 261 ich jetzt einmal böse. Aber da kann ich auf der psychosozialen Ebene
243 in der Praxis...wird da dann weiterhin auch das Angebot gegeben, 262 viel tun.
244 dass man speziell psychosoziale Kompetenzen... Weiterbildungen, 263 I: Ja. Und was macht es dann aus... was machen diese Stationen,
245 Fortbildungen... dass man da auch den Fokus darauf setzt. Oder hat 264 welche Bedingungen schaffen die, dass es dann möglich ist mehr
246 das irgendwie ein Ende und das muss man aus der Praxis dann... (IP: 265 psychosozial zu arbeiten?
247 Jeder für sich.) jeder so für sich.

266 IP: Ich habe es auf der KMT so erlebt. (I: Ich muss jetzt kurz einmal
267 nachfragen, KMT?) Das ist Knochenmark-Transplantation... (I: 285 sehr zu tragen. Einerseits die persönlichen Ressourcen, die jeder
268 Transplantation, aha, ja.) Das ist so eine exemplarische Geschichte, 286 Einzelne da mitbringt (IP: Ja.) und dann eben im Team eine
269 die ich erzähle. Ich habe es dort so erlebt, dass im Laufe der Zeit 287 Zusammenarbeit, die das ermöglicht. Und jetzt aber...
270 immer mehr junge Leute hingehen, die interessiert sind an dem. Das 288 IP: Ja, und ich denke auch, von der Seite der Patienten auch gefordert
271 ergibt sich irgendwie von selber...dass heißt die kriegen Mitarbeiter, 289 wird. Weil die sagen natürlich, was soll ich machen. Ich bin
272 die Interesse daran haben sich selber...selbst sich irgendwie weiter zu 290 sterbenskrank, tut irgendetwas, dass ich mich besser fühle. Und die
273 entwickeln im Sinne von Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis...diese 291 haben natürlich das Pech, dass sie keine Heilung anstreben können,
274 Dinge. Die sind sehr unkonventionell, die sind eher offen und 292 weil irgendwann...oder gute Besserung, sage ich, sondern das ist
275 verwenden oft andere Techniken als im...was weiß ich...im XY kann 293 einfach ein chronisch kranker Patient, der halt irgendwie mit seiner
276 man sich nicht vorstellen, dass Therapeutic-Touch- Technik 294 Lebensqualität kämpft und Erleichterung will und da gibt es hundert
277 angewendet wird...und zwar in einem technisierten Großkrankenhaus. 295 Wege.
278 Aber die tun das...oder dass sie arbeiten mit Imagination, sie arbeiten 296 I: Und da ist jetzt meine Frage, weil es immer wieder heißt, diese
279 mit Trance, also viele Dinge...natürlich auch viel Gespräche. Gerade 297 personellen und zeitlichen Ressourcen...An dem scheitert man oft,
280 mit jungen Patienten, die sehr wohl praktiziert werden, aber ich 298 dass man jetzt solche Konzepte umsetzen kann. Wie würdest du das
281 denke, aus der Not der Dinge heraus. Wenn ich Patienten habe, die 299 jetzt einschätzen oder aus der Erfahrung mit den Stationen, dass es
282 mir das abverlangen und das das einzige ist, was ich ihnen pflegerisch 300 dann doch möglich ist. Die werden ja auch nicht viel mehr Personal
283 noch sozusagen bieten kann...dann werde ich mich dort stark machen. 301 oder zeitliche Ressourcen... (IP: Nein) Wie gehen die dann damit um?

302 IP: Na, ich sage dir ein Beispiel. Ich war auf einer Gynäkologie, auf 321 sie mit und da entsteht eben dieses Bewusstsein, diese innere Haltung.
303 einer onkologischen Station. Ich habe auch den Auftrag... ich bin so 322 Ich muss mir das so planen, dass ich zehn Minuten am Tag, das ist
304 das Verbindungsglied zwischen Praxis und Theorie. Ich bilde die 323 nicht viel... nur wenn ich das monatlich hochrechne, ist das eine
305 Praxisanleiter aus und schule die mit dieser Kompetenzmappe, die es 324 Menge pro Patient. Und das ich die zehn Minuten habe...und darum
306 gibt...Beurteilungssystem...das ganze Haus und auch außerhalb 325 das Argument mit der Zeit, das glaube ich nicht mehr.
307 der...die Kliniken wo wir Schüler hinschicken. Und ich treffe auf der 326 I: Also das heißt... (IP: Das habe ich früher auch immer gesagt) das
308 Gynäkologie eine Stationschwester, die mir am Anfang irgendwie 327 heißt, was du jetzt gesagt hast, da kommt der Führungskraft eine ganz
309 sehr konservativ vorgekommen ist und ich mir gedacht habe, na ja ich 328 besondere Bedeutung bei. (IP: Ja. Vor allem der Stationschwester.)
310 weiß nicht ob ich mit der kann. Und ich komme mit der ins Gespräch 329 Also auch wieder Vorbildwirkung einfach ein Bewusstsein in ein
311 und habe halt da meine Vorurteile gehabt. Und dann erzählt mir die so 330 Team zu bringen, hängt schon, wenn ich das richtig verstanden habe,
312 nebenbei, na ja weißt du, ich mache das so. Ich setze mich kurz bevor 331 von der Führungskraft ab.
313 ich nach Hause gehe mit jedem Patienten, mit jeder Patientin zehn 332 IP: Ich glaube, dass die Stationschwestern das Wichtigste sind in
314 Minuten hin...nicht mehr...Mamakarzinom- Patienten, 333 diesem Zusammenhang. Und wie die auf den Patienten zugehen, ob
315 Schwerstkranke... Chemotherapie...amputiert...schirke 334 sie überhaupt zu gehen, ob sie sagen ich habe nur Administrationen
316 Geschichten. Und ich nehme mir für jede zehn Minuten. Und die hat 335 oder ich kann nicht mehr, oder ich bin überlastet. Dann sind die
317 irrsinnig viel am Hals. Und da geht es zu und sie hat nicht mehr Leute 336 Schwestern dort auch überlastet. Das überträgt sich, das ist ganz
318 und nichts. Aber sie hat in ihrem Plan genau das berechnet, dass sie 337 einfach. Das kann man bei Rogers auch nachlesen. Wenn ich von
319 immer vorm heim gehen zehn Minuten den Patienten gibt. Und das 338 einem anderen annehme er hat keine Zeit, dann wird er keine Zeit
320 schult sie sozusagen jeder Frischdiplomierten, die kommt. Die nimmt 339 haben. Du kennst ja diese gegenseitigen interaktiven Geschichten.

340 Und wenn die sagt, na wir haben zwar viel zu tun, ich habe wenig Zeit 359 haben, teilweise haben sie ihn ja wirklich. Und letztlich dann...es ist
341 und gerade deswegen muss ich mir diese zehn Minuten aktiv 360 ja auch... wenn du in der Spirale des Druckes drinnen bist, dann
342 einplanen. Ich kann nicht warten, dass ich irgendwie zu... passiv 361 siehst du nicht mehr wie geht es hinaus. Sondern du versuchst in
343 warten, das ist der Fehler, denke ich. Passiv warten bis sich Zeit 362 diesem Geschehen drinnen, das irgendwie in den Griff zu
344 ergibt, die ich für den Patienten übrig habe. Unsinn, das geht nicht. (I: 363 kriegen...und drinnen geht es nicht. Es geht da drinnen nicht, da ist
345 Ja. Das muss eine aktive Rolle einnehmen) Das ist das, was wir 364 die Spirale schon zu eng. Du müsstest wieder zurückgehen. Das geht
346 unseren Schülern immer predigen. 365 aber im Stationsbetrieb nicht. Das heißt, wenn, dann Supervision...

347 I: Da jetzt auch zur Ausbildung von Führungskräften. Ich weiß nicht, 366 aber wirksam. Ich gehe wieder nach draußen, schau drauf und
348 ob du da einen Einblick oder Erfahrung hast? Werden die ausreichend 367 vielleicht finde ich Möglichkeiten. Da hängt es aber auch wieder von
349 in ihrer Ausbildung auf psychosoziale Aspekte aufmerksam gemacht, 368 der Belastung dieser Person ab...auch von der Leitung. Und von der
350 geschult, hat es da einen Stellenwert? 369 Haltung, der Einstellung der Leitung, dass die sich auf die Füße stellt

351 IP: Ich kann nicht viel dazu sagen. Es sind...ich unterrichte auch 370 und sagt, wir brauchen das, sonst geht es uns schlecht...meine Leute
352 einiges drüben in der Akademie, auch bei den Lehrern. Aber ich habe 371 brennen aus. Oder sie lässt es einfach irgendwie schleifen, dann
353 nur insgesamt, glaube ich, nur zwei Stunden bei den Leitern. Was ich 372 passiert nichts und dann hast du immer diese Meinung nach außen hin
354 merke, was die mir so zwischen den Zeilen erzählen, das ist kein 373 vertreten, ja da kann man eh nichts machen.

355 Thema, kein großes Thema. Es wird eher so auf der Ebene der 374 I: Also das heißt, es ist...wenn man...in der Hierarchie muss diese
356 Mitarbeitergespräche dieses MOG gibt es da. Da wird das ein wenig 375 Botschaft auch hinauf gebracht werden. Da ist jetzt meine Frage... in
357 abgehandelt, wie gehe ich mit den eigenen Leuten um. Aber die 376 einer Organisation, welche Bedeutung hat da ein Leitbild oder eine
358 leiden mehr oder weniger auch darunter, dass sie so einen Druck 377 Philosophie, die in einem Haus herrscht. Hat das einen Stellenwert

378 und in welcher Weise kann das dann wirklich... so eine Philosophie 397 kurz... in Bereiche in Chirurgie, Orthopädie, Unfall was immer. Und
379 weiter gegeben wird. Du hast jetzt gesagt, dass von der 398 da sitzt ein Praxisanleiter, wir nennen die
380 Führungsebene, die hat eine Bedeutung. (IP: Ja) Aber da gibt es ja 399 Bereichspraxisanleiter...Pädaklinik...Und diese
381 oberhalb in dieser Hierarchie auch immer...gibt es da diese 400 Bereichspraxisanleiter treffen sich drei bis viermal im Jahr mit uns
382 Kommunikation untereinander überhaupt... dieser psychosoziale 401 von der Schule und da kommunizieren wir in den Bereich hinein. Es
383 Umgang auch überhaupt unter dem Personal. Ist das möglich und gibt 402 gibt auch eine Internetplattform und all die Dinge, die dazu gehören.
384 es das? 403 Aber was passiert dann. Dann kommt es darauf an wie geht das....wie
385 IP: Gezielt nicht. Das heißt, ein Leitbild wird entwickelt und wird im 404 sickert das noch weiter runter auf die Stationen. Und dort habe ich das
386 günstigsten Fall kommuniziert aber nicht gelebt. Das kann ich vom 405 Kommunikationsproblem und zwar massiv. Das heißt, Feedback oder
387 XY sagen. Bei uns funktioniert es relativ gut deshalb, weil wir uns 406 Information....
388 fast alle, obwohl es so riesig ist. (I: In der Schule speziell?) Nein nicht 407 I: Das heißt, der geht jetzt von diesem Jourfix (IP: Ja) oder von
389 nur. Auch Praxis ... weil wir uns fast alle irgendwo her kennen. 408 diesem Treffen geht der rüber auf die Station in die Praxis und kann
390 Irgendwann durchläufst du irgendeine Fortbildung, Weiterbildung 409 das jetzt nicht... da ist scheinbar jetzt irgendeine Blockade... (IP: Das
391 oder du warst auf einer Intensiv oder kommst aus einer 410 geht nicht...) warum das nicht weiter gegossen werden kann.
392 Sonderausbildung und, und, und. Und du kennst dich, du kennst dich 411 IP: Gerade die Pflegedirektion, die sitzt mit drinnen, das ist das PA-
393 im Laufe der Zeit genau und da wird halt geredet. Aber gezielt, dass 412 Forum, so nennen wir das. (I: Ja.) Und da sitzen jetzt sozusagen diese
394 ich sage, ich kommuniziere das Leitbild und wir halten uns alle an 413 Bereichspraxisanleiter von allen Kliniken...das sind ungefähr so um
395 diese Gesetze und wir leben das...nein. Ich habe das Problem bei den 414 die fünfzig...mit der Pflegedirektion und mit der Schule. Und diese
396 Praxisanleitern...haben wir das eingeteilt....ich sage es nur ganz 415 Bereichspraxisanleiter, die kriegen die Information was ist in der

416 Schule, Pflegedirektion aktuell, was machen die untereinander, was 435 I: Und auch wenn jetzt dieser Praxisanleiter sozusagen in das Team
417 ändert sich da (I: Ja. Ja.) und so. Da ist die Kinderklinik, Psychiatrie, 436 hineingeht und da mit irgendwelche... hat in diesem Kurs...hat er
418 die Neurochirurgie... sind unheimlich viel. Und dann sind die vielen, 437 irgendwas gelernt, wo er sagt, ja das wäre etwas für unsere Station,
419 vielen, vielen Stationen...jede Klinik hat... was weiß ich, sieben, 438 das möchte er jetzt einbringen. Da steht er jetzt so alleine da, sage ich
420 acht, neun, zehn Stationen. Und dann geben die nach dieser Sitzung 439 jetzt einmal, auf dieser Prarie (IP: Ja.) und will das da integrieren.
421 die Information weiter und that' s it. Und damit ist die Geschichte 440 IP: Dann braucht er eine kooperative Stationsschwester, die braucht er
422 gegessen und die kriegen nur Feedback wenn irgendetwas negativ 441 in jedem Fall. Dann braucht er im Team zwei, drei, bis vier Leute, die
423 wäre und sonst nichts. Und da sind eben diese störungsspezifischen 442 mitziehen, die nicht sagen, der Depperte hat wieder etwas Neues
424 Geschichten. 443 erfunden oder der Gescheite weiß alles. Der soll lieber zum Patienten
425 I: Und was macht aber diese...was sind das für Geschichten, dass 444 gehen oder zu seinen Schülern. Das ist ja dann immer so eine
426 eben dieser Transfer nicht bis zu jedem einzelnen Mitarbeiter... was 445 Konkurrenzgeschichte auf der Ebene... und dann streiten die herum.
427 würdest du da als Störfaktoren sehen? 446 Und die Informationen gehen dann irgendwie, wenn sie nicht
428 IP: Die sagen... Zeit, Belastung, durch Stress. Sie können sich 447 aufgeschrieben sind groß oder so, den Bach hinunter. Aber es nutzt
429 untereinander nicht austauschen, sie sehen sich nicht, sie haben...nur 448 nichts die Informationen zu schreiben, weil da es immer um
430 die sehen sich...die kennen sich face-to-face...die kennen sich eh. 449 Beziehung geht. Wenn die Beziehung relativ klar ist, dann kann man
431 Oder kennen sich nur vom telefonieren oder irgendwie einmal, wenn 450 auch miteinander reden. Aber wenn das geprägt ist von, was weiß ich,
432 sie in einer Fortbildung waren. Und da ist...wir machen ja so kleine 451 Feindseligkeiten, Streitereien, Streit, Belastung, Streit, was auch
433 Fortbildungsgeschichten für Praxisanleiter, um eben das irgendwie 452 immer, dann bringst du es nicht rüber. Und da habe ich mich
434 wieder aufzuhalten. Aber das ist sehr schwierig. 453 mittlerweile wirklich dazu entschlossen...das sind die

454 Stationsschwester, denen eine ganz wichtige Bedeutung zukommt. 473 stricken irrsinnig viel selber, gar nicht so schlecht, aber es hat keinen
455 Die übernehmen das nicht...die haben das auch nicht gelernt, sage ich 474 aktuellen Stellenwert, dass ich sage, ich möchte...Das ist ein großer
456 einmal. Die kriegen das nicht als Inhalt, die nehmen ihre Rollen nicht 475 Teil der psychosozialen Geschichten. Ich möchte gut ausgebildete
457 wahr. Die tun meisten den Ärzten, den Klinikern zuarbeiten und tun 476 Mitarbeiter, Schüler, die während der Zeit, wo sie Ausbildung
458 die unterstützen oft mehr als die eigenen Leute. Die haben Streß auf 477 machen, aufgrund ihrer Erfahrung mit Schülern, Stationen aussuchen
459 der Station oder sie haben es sich gerichtet mit den Ärzten, dann rennt 478 wo es gute Sozialstrukturen gibt, oder wie auch immer. Der Schüler
460 das halbwegs. Aber das ist alles eine Gut-Will-Geschichte. 479 sagt nicht, ich will jetzt...oh ja es gibt einige, vor allem Männer... ich
461 I: Da würde ich jetzt gerne einmal überleiten zu einem anderen 480 will auf die Intensiv...wir haben ja 13 Intensivstationen... genug
462 Aspekt. Und zwar wenn man so die geschichtliche Entwicklung der 481 Auswahl. Und da gibt es schon welche, die sind so stark medizinisch
463 Pflege einschätzt, betrachtet, hat das dieses Anhängen an das 482 orientiert, Schüler. Es gibt auch Frauen, weniger... aber die Männer
464 biomedizinische Modell. Welchen Einfluss hat das heute auch noch, 483 sind da mehr, die in diese Richtung gehen. Und die, für die ist es auch
465 gerade in Hinsicht psychosozialer Umgang. 484 nicht so wichtig...so wie sind die Kontakte, wie ist das Umgehen mit
466 IP: Bei uns im XY groß. Da ist die Hierarchie oder der Stellenwert der 485 Patienten...ich meine was ist da...jede andere Arbeit okay, aber es hat
467 Hierarchie ist im medizinisch-technischen, biochemischen Bereich 486 dort nicht diesen Stellenwert. Ich komme selbst von der
468 von mir aus...die Pharmazie ist da dick drinnen. Die haben 487 Intensivseite...ich weiß wovon ich rede, und... gerade Kinderintensiv,
469 unheimlich viel zu reden, das heißt die Gelder fließen auch alle in 488 die sehr spezialisiert sind. Dort wird natürlich viel getan, damit die
470 diese Richtungen. Also das heißt, der Arzt hat mehr Ressourcen, 489 Eltern... da geht es ja auch um Kinder- und Jugendlichenpflege...die
471 finanzielle in jeden Fall, jetzt was die Forschung, Weiterentwicklung, 490 haben vielmehr...die denken vielmehr in die Richtung was
472 die Weiterbildung betrifft als wir hier. Da gibt es auch kein Geld. Wir 491 pädagogische Skills der Schüler anbelangt...die psychologischen

492 Inhalte. Wie gehe ich mit Angehörigen um, mit Eltern, wie rede ich. 511 sechzehn, fünfzehn Minuten. Wir wissen, dass wir in der
493 Das ist dort vielmehr Schwerpunkt als bei uns. 512 Gesprächsführung schwach sind, das wissen wir. Die ganzen
494 I: Also es gibt Stationen wo das schon Schwerpunkt ist. Generell, 513 Anamnesegespräche die standardisiert sind, die kannst du klibeln (im
495 wenn man Allgemeinstationen betrachtet, wie würdest du das Ausmaß 514 Sinne von vergessen), sage ich einmal. Das ist kein wirklicher
496 von psychischer und physischer Betreuung in Zahlen nennen. Wie viel 515 Kontakt. Das sind tabellarische Abfragen. Wenn du Glück hast als
497 wendet man auf für physische, wie viel für psychosoziale Betreuung? 516 Patient, kommst du an eine Schwester oder Pfleger, der sich ein
498 IP: Also mir würde so spontan einfallen, achtzig Prozent Medizin. (I: 517 bisschen mehr interessiert, der Zuwendung zeigen kann, der sie auch
499 Und der Rest.) Intuition war das jetzt...ich kann diese Zahlen nicht 518 hat. Wenn nicht, üblich ist es nicht. Du kannst es auch nicht
500 überprüfen, ich weiß es nicht. Aber ich sage achtzig Prozent 519 einfordern. Als Patient wirst du auch nicht aufmerksam gemacht, es
501medizinischer Bereich, zwanzig Prozent auf normalen, chirurgischen, 520 steht dir ein gewisses Kontingent an Gesprächszeiten zu. Gerade auf
502internen...was immer...Stationen. Keine Spezialstationen, die sich 521 der Psychiatrie dort geht es. Weil dort du zum Patienten sagst, ich
503 schon ein bisschen anders entwickeln. 522 habe jetzt keine Zeit, ich komme in einer Stunde dann reden wir eine
504 I: Da ist meine Frage dazu, wird diese psychosoziale Betreuung, 523 halbe Stunde. Aber dort ist ja Beziehung und Reden das Hauptthema.
505 Tätigkeiten...wird das in unserem System, unserer Organisation als 524 Von denen könnten wir sehr viel lernen gerade in der
506 Leistung überhaupt anerkannt? Wenn man jetzt so PPR- Erfassungen 525 Allgemeinpflege. Also ich habe wirklich das Gefühl, wir sind da sehr
507 anschaut. (IP: Nein, finde ich nicht) Das heißt, es... 526 hinten nach, obwohl wir viel tun.
508 IP: Das Patientengespräch geht unter. Ich meine, wir wissen, dass 527 I: Das wäre eine nächste Frage. Wenn man sich die letzten Jahre
509 Ärzte maximal acht Minuten Kontakt haben zu ihren Patienten. Wir 528 anschaut, es hat sich in der Pflege sehr viel getan, es wird sehr viel
510 wissen, dass wir selber nicht recht viel mehr haben...vielleicht 529 gemacht. Und bei diesen ganzen Entwicklungen... welchen

530 Stellenwert hat da der Mensch? Und jetzt auch die psychosoziale 549 Pflegem...überhaupt nicht. Sondern jeder schaut halt irgendwie auf
531 Betrachtung. Trotz dieser vielen, vielen Unternehmungen hängt dieses 550 die starren hierarchischen Abfolgen und Systemen, wie richte ich es
532 Paradigma, das momentan herrscht, hängt noch immer so dieses 551 mir selber am besten. Und wir haben auch eine sehr schwache
533 Medizinische... dass wir uns da gar nicht lösen können. Ist das 552 Gewerkschaft, das muss man auch dazu sagen, was die Pflege betrifft.
534 wirklich noch so verhaftet und wenn ja, wodurch haltet das so lange? 553 Weil, die hätten über Jahrzehnte bei dieser Menge an Pfliegenden in
535 IP: Das ist eine gute, aber sehr schwierige Frage. Ich denke mir...es 554 Österreich schon viel, viel mehr auf die Füße stellen können was die
536 hängt... es hat viele... Es umfasst viele Bereiche warum es so ist. Wir 555 eigene...was die Eigenständigkeit der Pflege betrifft. Das war halt nie
537 waren über Jahrzehnte diese Hilfspersonen...ein Punkt. Wir haben nie 556 ein Thema. Und bei der Gemeinde ist es ja überhaupt so, dass
538 gelernt sozusagen einen gesunden Selbstwert in unserem... in unserer 557 Gewerkschaft und Rechtsträger fast eines sind. Also eine Krähe hackt
539 Berufsrolle zu haben. Wir haben uns immer an den Ärzten orientiert 558 der anderen kein Auge aus, wie man so schön sagt auf gut wienerisch.
540 und da waren wir immer die Blöden. Weil die haben ja mehr gewusst, 559 Und da passiert nichts. Das bringt es auf Stillstand mit dem sich alle
541 die sind besser gewesen und gerade an der Klinik haben die das sagen. 560 abgefunden haben. Und für mich ist dieser Stillstand immer dann,
542 Das heißt, wenn du dich in den Bereich stellst und sagst, ich tue es mir 561 wenn es keine Konflikte gibt, gibt es eine Rückentwicklung. Weil nur
543 mit den Ärzten recht und ich schaue halt, dass ich irgendwie gut 562 über Konflikte kann ich etwas verändern. Also diese
544 zurecht komme, dann hast du auch ein gutes Leben, passt. Und wenn 563 beschwichtigende Haltung, ich kehre das alles unter den Teppich, du
545 du das nicht tust, dann bist du automatisch im Widerstand oder im 564 musst halt damit leben, bringt uns nicht weiter, auf keinen Fall.
546 Konflikt. Und dann geht es natürlich darum wie stark und mutig bist 565 IP: Und welche Bedeutung würdest du da jetzt auch dem hohen
547 du selber um das durchzuhalten. Und du hast aber...und dort denke 566 Frauenanteil beimessen. Hat das einen Einfluss?
548 ich ist der größte Krux, keine Solidarität unter den

567 IP: Sicher. Aus meiner Sicht sicher. (I: In welcher Weise?) Weil man 586 wenn man zu Ende denkt, ist ja ein unheimlich revolutionärer Ansatz.
568 den Frauen, immer wieder die Qualifikation abspricht, die 587 Weil die so genannte Selbstbestimmung oder die Freiheit wie Rogers
569 pflegerische. Man sagt, das kann eh jede Hausfrau, das sind 588 auch den schulischen Bereich das Lernen in Freiheit definiert...dann
570 Hausfrauen-Tätigkeiten. Und Frauen sind ja Multitasking, wie man 589 gibt es ja ganz klare Ziele, die sind implizit oder die sind
571 heute so schön sagt, und die müssen das eh schaffen. Und mittlerweile 590 selbstverständlich so, dass es um Demokratie und um gegenseitige
572 sagt man ja schon, ein paar Akademikerinnen brauchen wir 591 Achtung und Wertschätzung geht. In einer Partnerschaftlichkeit, die in
573 schon...das ist ja auch so eine zynische Haltung, denke ich, die da 592 unseren Strukturen nicht vorhanden ist, auch dann schwer sein wird...
574 entsteht. Weil, dann sollen sie sich halt akademisieren und sollen sich 593 weiß ich nicht, wie viele Jahre oder wie viele Jahrzehnte es noch
575 halt weiterbilden, aber ändern wird sich nichts...aus ärztlichem 594 dauern kann und wird...und wer weiß ob es überhaupt geht, dass man
576 Munde. Und es ist eben so, denke ich, die Zusammenarbeit, die ja sein 595 da etwas verändert.
577 sollte...und ich habe in Deutschland gearbeitet, ich habe in Amerika 596 IP: Das heißt, wenn ich das jetzt so heraus höre, so ein
578 gearbeitet...ich kenne andere Systeme. Dass Österreich wirklich so 597 gesellschaftliches Wahrnehmen oder Hineinlegen in diese Pflege oder
579 rückschrittlich... mit dieser Ärztekammer und mit dieser Pharma im 598 überhaupt der Umgang untereinander, dass das einfach auch ein
580 Hintergrund...dass ich mir denke, ganz furchtbar...da wird nur auf 599 philosophischer Zugang ist. Da wäre jetzt noch meine Frage, dieser
581 Erhalten der Strukturen geachtet von der Machtposition her. 600 Aspekt des Patienten, der jetzt wenn man das aus der Gesellschaft so
582 I: Also diese festgefahrenen, verhärteten Strukturen, die sind einfach 601 heraus nimmt, erwartet der überhaupt dass man mit ihm psychosozial
583 da und... 602 umgeht oder reicht es ihm, dass er sozusagen körperlich versorgt wird
584 IP: ... und benachteiligen oder verhindern ein gutes Kommunizieren 603 und das war es.
585 miteinander, weil da geht es ja um Partnerschaftlichkeit. Und Rogers,

604 IP: Ich hatte einmal einen Diskurs mit meiner Chefin, mit meiner 623 bisschen... als Patient bin ich immer noch dieser kleine
605 damaligen... das kann ich heute sagen, die ist jetzt in Pension, 624 Hilfsbedürftige...das Kind, das sich fürchtet. Wenn man das nicht
606 außerdem kennt sie mich gut. Die XY... ich habe sie gefragt wie 625 abbaut, dem Patienten das Gefühl zu geben, du musst nicht so dich
607 wichtig sind ihr die Praxisanleiter. Das war nur so eine kurze 626 fürchten und das Kind sein, wir tun transparent informieren, wir sagen
608 Geschichte und sie hat darauf gesagt, du ich brauche für jeden Wiener 627 warum es geht, wir erklären dir wieso, warum was passiert, wir
609 ein Spitalsbett. Das war die Antwort. Nur ein Bett, das genügt mir. Es 628 erklären dir das wir auch Fehler machen können, wir erklären dir
610 geht um Zahlen. Und das ist mir zu wenig. Anscheinend ist das für 629 welche Komplikationen es geben kann, du kannst ja selbst mündig
611 den Wiener genug. Was man heute auf der anderen Seite nicht mehr 630 mitbestimmen was du willst, was du nicht willst. Dann ändert sich
612 so sagen kann, weil ich immer wieder sehe, wie kritisch Patienten sein 631 sicher auch, was will der Patient eigentlich. Dann ändert sich auch das
613 können, wenn man sie lässt. Und die haben schon ein bisschen 632 Wollen des Patienten. Weil der wird dann sagen, ich will jetzt doch
614 mitgekriegt auch aus Amerika. Was passiert denn, wenn mich jemand 633 reden können, ich möchte mich unterhalten können, was immer...will
615 verpfuscht oder wo kann ich mich beschweren, weil, da gibt es ja auch 634 genaue Informationen, wenn eine Schwester da ist, die mir das erklärt.
616 etwas, ich kann ja auch prozessieren und viele sind kritischer 635 Und zwar so dass ich es verstehe. Ich will es vom Arzt erklärt haben.
617 geworden. Der Patient selber gibt oft seine Identität da oben ab. Wenn 636 Da entsteht schon Kommunikation und dann redet... dann muss man
618 du da...wenn du in der großen Halle stehst, dann kann man 637 miteinander reden. Aber ich weiß es nicht...das ist schwierig.
619 zuschauen, wie der Mensch, der Herr Doktor Irgendwie bei der Tür 638 I: Das heißt, dem Patienten wird diese Verantwortung, diese
620 hinein geht und in den ersten fünfzig Metern Richtung Türe, wird er 639 Selbstverantwortung genommen durch unser Begegnen, durch unser
621 zum Patienten. Und dann rennen die Patienten mit dem Nachthemd 640 Verhalten auch. (IP: Ja) Das heißt, ich entmündige ihn dann
622 unten herum, was ja auch ziemlich furchtbar ist...das ist so ein 641 eigentlich, (IP: Ja) wenn ich das jetzt so verstanden habe, so das...

642 IP: Das heißt, ich müsste noch viel mehr tun im psychosozialen 660 I: Vor Ort... dass das wirklich flächenhaft sozusagen...alle die
643 Bereich. Viel, viel mehr als ich jetzt tue. Also ich müsste nicht nur die 661 beteiligt sind an diesem Prozess auch untereinander auch hereingeht
644 Skills lernen...das ganze...die gute Gesprächsführung alles das... die 662 werden. (IP: Ja)
645 Echtheit, die Empathie, die Wertschätzung alles was wir brauchen. 663 IP: Das wäre für mich...das ich schon oft angeregt habe, bin schon
646 Sondern ich müsste eigentlich noch...und das ist das Schwierige an 664 lange genug in diesem Geschäft, sage ich. Warum machen wir nicht
647 der Situation, den Patienten ins Boot holen. Und da aber gibt es noch 665 Mediatoren auf Stationen vor allem dort wo es schwierig ist. Und
648 nicht viel an Ideen, sage ich einmal...also Beschwerdemanagement, 666 warum schaffen wir es nicht...und das ist auch so ein...gehört dem
649 Konfliktbewältigung. Wir bilden in der Schule jetzt gerade wieder 667 Dienstgeber und der Gewerkschaft. Warum schaffen wir es nicht die
650 Mediatoren aus...wir bilden Konfliktlotsen aus. Warum kann man das 668 Ärzte endlich einmal von diesem hohen Ross herunter zu holen mit
651 nicht auf Stationen machen. Warum kann ich nicht sagen, es gibt 669 Auflagen, du hast so und so viel psychosoziale Zeit zu nehmen.
652 Mediatoren zwischen Pflegepersonal und Ärzten. Das wäre ja schon 670 Anders geht es ja nicht. Das muss...müsste ein Kriterium in der
653 einmal ein Anfang. Und warum gibt es nicht Mediatoren zwischen 671 Bewertung seines Turnus oder seiner Facharzttausbildung sein. Eine
654 Patienten und Pflegenden oder zwischen Patienten und Ärzten. Da 672 richtige...wie ein Unterrichtsgegenstand...da muss er seine Stunden
655 könnte unheimlich viel in kurzer Zeit, mit wenig 673 abhacken wie seine Operationen auch oder wie seine Anästhesien.
656 Aufwand...allerdings wird es schon etwas kosten, es könnte eine neue 674 I: Das heißt, es müsste jeder so ein Grundwissen haben, dass jeder
657 Struktur entstehen. Nicht der Patientenanwalt in 675 weiß wovon redet der andere...was wir vorher gehabt haben. Wenn
658 Trübstrü...irgendwo...dem kann ich einen Brief schreiben, sondern 676 einer in ein Team reingeht und keiner weiß wovon redet der da jetzt
659 der ist da. 677 überhaupt, keiner hat eine Ahnung und schon gar nicht wenn jetzt

678 andere Berufsgruppen dazu kommen. Da müsste einfach jeder wissen
679 wovon gesprochen wird. Dass da wirklich eine einheitliche...
680 IP: ...Identität, oder Klima, oder Betriebsphilosophie, was immer das
681 ist. Ich denke mir, es ist sehr wichtig was du sagst. Wir reden unter
682 Umständen von viel verschiedenen Dingen und kommen nicht zum
683 Zuhören und zum wirklichen Reden....die verschiedensten Sprachen.
684 I: Der Turmbau zu Babel... jeder redet zwar, (IP: aber es versteht
685 keiner) es versteht keiner, weil man nicht, nie erfasst, was der andere
686 da jetzt eigentlich...
687 IP: Ich denke mir, es ist in der Klasse doch oft so. Dass ich komme
688 mit meinem Anspruch, ich will Schüler ausbilden. Die haben den
689 Anspruch, sie wollen ihre Ruhe haben...ich sage das jetzt plakativ.
690 Dann würde ich ja irgendwie anfangen zu kommunizieren. Als Lehrer
691 bist du alleine, du bist ein Einzelkämpfer und du musst jetzt gegen
692 dreißig Persönlichkeiten dich irgendwie durchsetzen. Und dieses
693 Durchsetzen geht halt nicht...es geht schon, indem ich die Schüler
694 niederhaue und deren Prüfung schlecht beurteile. Aber dann werden
695 sie mir irgendwann die lange Nase zeigen...das ist ein Trottel, mit dem
696 wollen wir nichts zu tun haben. Also diese negative Bewertung

715 IP: Ich habe...ich glaube... arbeiten... wir haben schnell und viel über 734 Bereiche. Wenn ich in der ganzen Breite immer nur Leistung und
716 die Schwierigkeiten und die Möglichkeiten geredet...Ich habe mir 735 Wirtschaft und Stunden und Pflegeminuten und PPR und was weiß
717 natürlich im Vorfeld wo du angerufen hast auch ein bisschen was 736 ich...geht es grundsätzlich irgendwo nicht mehr um den
718 überlegt und ich weiß es nicht...wir müssen...es ist natürlich ein 737 Menschen...nur mehr peripher. Dass heißt, da sind die
719 gesellschaftliches Phänomen...müssen wir durch äußere Umstände, 738 wirtschaftlichen Interessen, das sind die Patienten irgendwo. Da sind
720 wie irgendwelche Börsencrashes oder was immer wieder auf eine Basis 739 die, die damit tun müssen oder auch nicht und irgendwie sollte man
721 zurück kommen, wo wir miteinander reden können...eigentlich 740 die wieder ins Boot holen...

722 könnten wir es selber machen. Wir wissen es schon, wir wissen es. Es 741 I: Den Stellenwert...wirklich des Menschen, dass der wieder...dass
723 gibt genug, die wissen wie es geht, es geht, es liegt nur an der 742 der wieder eine andere Wahrnehmung erfährt einfach. Wirklich als
724 Umsetzung. Und an den festgefahrenen Positionen, wo einige viel 743 Mensch eine Bedeutung zu haben und nicht so wie du geschildert
725 profitieren und andere immer dagegen rennen. 744 hast, alles rundherum und der Mensch geht mit seinen Bedürfnissen
726 I: Das heißt, diese Bewusstseinsentwicklung, wie du sagst, dass man 745 unter und wird gar nicht wahrgenommen in seinem ganzen Wesen.
727 sich wieder auf andere Werte beruft. 746 IP: Obwohl, es ist viel besser als vor zehn Jahren oder so. Aber es
728 IP: Wenn du dir die ganzen Bestrebungen der letzten Zeit anschaust, 747 fehlt vielen an Verständnis. Ich denke mir, dass es über
729 da geht es ja nur um Profit, auch in den Krankenhäusern. Es geht 748 Bewusstseinsbildung gehen kann. Die Frage ist nur wer will das? Wer
730 immer, wie kann man mehr herausholen. 749 hat wirklich Interesse? Die Entscheidungsträger sind, denke ich
731 I: Die Quantität vor der Qualität. 750 gefordert...Politiker und Co.

732 IP: Aber es geht nicht immer mehr. Die EU ist eine 751 I: Gut. Ich sage danke. (IP: Bitte. Ich hoffe du kannst damit was
733 Wirtschaftsorganisation. Ich denke mir, wo sind die sozialen 752 anfangen.) Absolut.

1 **Interview 9 am 19. 1. 2010/ 9.00- 9.38**

2 I: Zu Beginn noch einmal herzlichen Dank für diese nochmalige
3 Zeitnahme und ich möchte mit der Frage beginnen, wie sich in deinem
4 Alltag psychosoziale Begegnungen, eine psychosoziale Zugangsweise
5 sich äußert?
6 IP: Mhm. Ja, eine psychosoziale Zugangsweise ist sehr stark mit der
7 Art der Kommunikation verbunden. Und die Kommunikation, also ich
8 denke, eine wirkungsvolle Kommunikation im psychosozialen Setting
9 ist am besten dadurch möglich, indem gewisse Grundhaltungen
10 transportiert werden. Und zu diesen Grundhaltungen zähle ich einfach
11 die sehr bedeutsame Roger'sche Grundhaltung, wie Empathie,
12 Wertschätzung und Echtheit. Denn das sind für mich Variablen, die
13 notwendig sind, um sozusagen im psychosozialen Setting auch einen
14 Beziehungsaufbau durchführen zu können...also ich meine jetzt
15 speziell Patientin und Pflegeperson.
16 I: Das heißt, wenn du sagst, in Beziehungen...du bist in einer
17 lehrenden Organisation tätig...
18 IP: In der lehrenden Organisation ist es eigentlich nicht viel anders.
19 Da geht es im Grunde genommen auch um eine positive

20 Lernatmosphäre und auch die ist getragen von eben diesen
21 Grundhaltungen aus meiner Sicht. Denn all die Fragen, die anstehen
22 sowohl im Unterrichtsprozess wie auch sonst außen rum in der
23 Begegnung mit Studierenden oder mit Schülerinnen und Schülern,
24 erfordert meines Erachtens diese drei Grundhaltungen. Und aus diesen
25 heraus können dann gelungene oder gute Gesprächssituationen oder
26 Umgangsformen resultieren.

27 I: Und in welcher Weise können die, gerade in der Ausbildung, an die
28 Schüler, an die Studenten herangetragen werden? Wie können die die
29 psychosozialen Kompetenzen erlernen, kann man sie überhaupt
30 erlernen?

31 IP: Ich würde jetzt eigentlich unterscheiden zwischen Kompetenzen
32 und Grundhaltungen. Obwohl natürlich Grundhaltungen auch
33 irgendwann so etwas wie Kompetenzen sind, aber Grundhaltungen
34 würde ich meinen, sind bis zu einem gewissen Grad erlernbar. Sie
35 sind aber auch quasi zu einem bestimmten Grad vorhanden. Also es
36 gibt einfach Menschen, die echt sind...die echt, authentisch durch die
37 Gegend gehen. Und von da her...vielleicht kann man sagen, diese
38 Kompetenz haben oder diese Grundhaltung einfach mitbringen.

39 Andere müssen sich dessen bewusst werden und versuchen einfach
40 diese Authentizität zu erlernen und genauso, denke ich, ist es auch bei
41 der Wertschätzung. Es gibt einfach Menschen, die treten anderen
42 Menschen grundsätzlich wertschätzend gegenüber...also ohne
43 Vorurteile, da ist die Grundhaltung irgendwo da. Aber nichts desto
44 trotz gibt es darüber hinaus psychosoziale Kompetenzen. Und da
45 meine ich, das sind so Dinge wie offen auf andere zu gehen können,
46 relativ leicht in ein Gespräch mit anderen treten zu können, anderen
47 quasi Unterstützung vorbehaltlos geben zu wollen...das sind für mich
48 Kompetenzen, die für mich definitiv erlernbar sind. Oder
49 Gesprächstechniken einfach zur Verfügung zu haben...auch als
50 Kompetenz, das ist erlernbar oder kommunikative Kompetenzen. Ich
51 denke, da gibt es nicht den Meister, der vom Himmel gefallen ist,
52 sondern das ist sozusagen erlernbar, das ist pädagogisierbar und das
53 Output kann dann entsprechend eben auch sein.
54 I: Also das heißt, das ist so eine Unterscheidung, eben diese Haltung,
55 die jemand... persönliche Ressourcen, (IP: Ja) die einfach bei jemand
56 vorhanden sind. Und dann diese Kompetenzen, die dann auch
57 erlernbar sind, wenn jemand nicht diese Ressourcen hat, aber die kann
58 er dann entwickeln. (IP: Ja)
59 IP: Ich denke nur es braucht beides. Also es soll nicht der Eindruck
60 entstehen, dass psychosoziales Vorgehen, Umgehen oder
61 wie...ausschließlich aus Grundhaltungen heraus generiert wird. Es
62 braucht Grundhaltungen, die sind so etwas wie eine zentrale
63 Wirkkraft, aber es braucht auch darüber hinaus dann Kompetenzen.
64 Dazu gehören Fach- und Methodenkompetenzen, dazu gehören
65 kommunikative Kompetenzen und dazu gehören natürlich
66 soziale...also mit anderen in Beziehung treten zu können und
67 natürlich auch Selbstkompetenzen, denke ich.
68 I: Das heißt, wäre da jetzt auch... wenn sozusagen die lehrenden
69 Personen, die diese... einerseits diese Haltungen wahrnehmen und da
70 auch fördern und dann auch diese Kompetenzen... brauchen eine
71 gewisse, auch eine Haltung und auch diese Kompetenzen. (IP: So ist
72 es.) Wie werden die in eurem Rahmen überprüft? Haben lehrende
73 Personen da ausreichend Fortbildung, Weiterbildung?
74 IP: Wir müssen da jetzt trennen. Also gerade unser Curriculum ist
75 primär in Kompetenzbereiche eingeteilt und als solches entstanden.

76 Also die Voraussetzung für das Curriculum waren Formulierungen zu
77 Fach- und Methodenkompetenzen, zu sozial-kommunikativen
78 Kompetenzen, zu Selbstkompetenzen und zu
79 bezugswissenschaftlichen Kompetenzen. Diese Kompetenzen sind
80 klar ausformuliert. Also auf Punkt und Beistrich stehen sie einfach da.
81 Das heißt also...und diese Kompetenzen wurden dann auch auf die
82 verschiedenen Lehrveranstaltungen übertragen. Also die eine
83 Lehrveranstaltung hat von diesen 78 Kompetenzen 4, die andere hat
84 7... so muss man sich das vorstellen. Es wurde aufgeteilt auf die
85 Lehrveranstaltungen, sodass die Lehrveranstaltungen letztlich diese
86 78 Kompetenzen auch tatsächlich repräsentieren. Und für die
87 Lehrpersonen bedeutet das folgendes, in dem Moment wo sie sich an
88 ein Curriculum annähern, an eine Lehrveranstaltung heran gehen, sind
89 sie mit diesen Kompetenzen konfrontiert. Also die stehen ja hier als
90 verpflichtendes zu erreichendes Element. Von da her müssen sie
91 eigentlich die Pädagogik, oder die Vermittlung oder den Lernprozess
92 danach ausrichten diese Kompetenzen zu erreichen. Und jetzt auf
93 deine Frage nochmal zurück kommend, woher haben jetzt die
94 Lehrenden diese Kompetenzen. Das ist jetzt letztendlich für mich im

112 I: Also das Angebot an Fortbildungen um jetzt auch diese 131 eine positive Lernatmosphäre dieser neu Hinzukommenden
113 psychosozialen Aspekte immer wieder weiter zu entwickeln und sich 132 gewährleistet werden kann und von da her sind diese Fragen nach
114 selber immer wieder zu reflektieren, ist vorhanden. 133 Grundhaltungen eigentlich immer dabei. Oder wie gestalten sie
115 IP: Ja. Eigentlich nicht unter unserem Dach, sondern da müssen freie 134 Lerner, oder welche Möglichkeit haben sie eine positive
116 Anbieter herangezogen werden...die Möglichkeit besteht. 135 Lernatmosphäre hervorzurufen oder welche Möglichkeit haben sie mit
117 I: Mhm. Und wird diese Möglichkeit auch wahrgenommen? 136 Studierenden eine gute Beziehungssituation zu bilden.
118 IP: Zum Teil. Zum Teil. Es sind natürlich persönlichkeitsbildende 137 I: Also das heißt, im Gespräch erfasst du das, in einem persönlichen
119 Fortbildungen ein Thema aber auch fachbezogene. Und unter den 138 Gespräch.
120 persönlichkeitsbildenden...würde ich auch die sozial-kommunikativen 139 IP: Im Gespräch erfasse ich das, ja genau. Hingegen bei den
121 oder psychosozialen Kompetenzen einordnen. 140 Studierenden gibt es natürlich ein Auswahlverfahren...Fragen nach
122 I: Und du in der leitenden Position, wie erfasst du bei einem neuen 141 Persönlichkeitsfaktoren und das sind auch sozial-kommunikative
123 Kollegen, der Studenten unterrichten soll in einem 142 Faktoren, die hier abgefragt werden.
124 Einstellungsverfahren...gibt es ein Verfahren...wie erfasst du das, wie 143 I: Und jetzt in Betrachtung jetzt eben diese Ausbildung. Die ist
125 wichtig ist dir auch diese psychosoziale Komponente? 144 dreijährig... die Aufteilung von physischen Betreuungsaspekten und
126 IP: Die ist mir sehr wichtig. Auch im Einstellungsverfahren geht 145 psychosozialen Betreuungsaspekten...jetzt überhaupt auf die
127 es...sind die Fragestellungen ausgerichtet nach Fach- und 146 Unterrichtsgegenstände übergelegt. Wie ist da das Verhältnis? Ist es
128 Methodenkompetenzen, nach sozial-kommunikativen Kompetenzen 147 eher auf psychosoziale Kompetenzen...der Schwerpunkt oder schon
129 und nach Selbstkompetenzen. Und die Fragestellungen dazu sind für 148 eher physischer, technischer, methodischer Kompetenzen ausgelegt?
130 mich wahlweise. Das heißt, im Besonderen ist es mir wichtig, dass

149 IP: Mhm. Da würde ich nicht wirklich einen Schwerpunkt sehen und 167 vorlesungsbezogen...im Vergleich vielleicht zu anderen
150 machen können. Weil, wie schon erwähnt, unser Curriculum ist in 168 Studiengängen.
151 Fach- und Methodenkompetenzen...da werden mehr die Wissens- und 169 I: Ich habe in einem anderen Interview die Aussage gehabt, dass die
152 technischen Kompetenzen dabei sein. Aber nicht nur Fach- und 170 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sehr...noch immer sehr
153 Methodenkompetenzen sondern auch bezugswissenschaftliche 171 körperlich nach dem biomedizinischen Modell ausgerichtet sind und
154 Kompetenzen. Da gehören bei uns die Ethik, Recht, die Anatomie 172 die Bedeutung dieser psychosozialen Betreuung doch nach wie vor
155 natürlich dazu...die Medizin sozusagen und die 173 im Hintergrund ist.
156 Sozialhumanwissenschaften. Aber es sind natürlich auch diese sozial- 174 IP: Ja. Ich denke, die Gesundheits- und Krankenpflege steht im
157 kommunikativen Kompetenzen. Von daher gibt es 175 Spannungsfeld zweier Paradigmen. Natürlich ist das medizinische
158 eigentlich...natürlich bei Vorlesungen kommen diese sozial- 176 Paradigma sehr stark vertreten, das ist der Naturwissenschaft
159 kommunikativen Kompetenzen nicht zum tragen. Aber wir haben im 177 verpflichtet. Da geht es einfach um Ursache und Wirkung, da geht es
160 überwiegenden Maße ILV's, dass sind Integrierte 178 jetzt im übertragenen Sinn um Symptome und Symptombekämpfung.
161 Lehrveranstaltungen, die haben sozusagen Vorlesungsanteile, aber 179 Also da geht es faktisch einfach um sehr klar abgrenzbare
162 auch andere Sozialformen beinhaltend. Und da kommen dann 180 körperbezogene Themen. Und dann gibt es natürlich das
163 natürlich auch diese anderen Kompetenzen, sozial-kommunikativer 181 sozialwissenschaftliche Paradigma, das zunehmend mehr Einzug hält.
164 Art und Selbstkompetenzen zum tragen. Also es hängt vom 182 Ich würde meinen, jetzt nicht nur von der Literatur her beeinflusst,
165 Lehrveranstaltungstyp ab. Aber da kann ich sagen, gerade für unsere 183 sondern auch sehr stark von den Absolventinnen der
166 Art der Ausbildung ist der Lehrveranstaltungstyp sehr wenig 184 Pflegewissenschaft beeinflusst, die lehren. Von da her...in der
185 Sozialwissenschaft geht es sehr stark um das Erleben der Menschen,

186 um Lebensqualität der Menschen. Da geht es um psychische 204 Pflegepersonen, die ja da auch in Beziehungen stehen... dass das doch
187 Komponenten, um soziale Komponenten, also da ist mehr dieser 205 im Hintergrund ist, also nicht so an Bedeutung hat.
188 umfassendere Mensch...ein Mensch und Faktor ein Thema. Von da 206 IP: Ich glaube, es sind mehrere Faktoren, viele Faktoren sind es
189 her ist es natürlich so, dass diese zwei Paradigmen Einfluss nehmen. 207 eigentlich. Aber ein Faktor, den muss man schon auch erwähnen,
190 Ich würde aber trotzdem meinen, dass die traditionelle Gesundheits- 208 obwohl er nicht gerne erwähnt wird. Das ist einfach der Zeitfaktor.
191 und Krankenpflege...aber auch wir nach wie vor... weil natürlich die 209 Psychosoziale Agenden brauchen einen Rahmen und brauchen Zeit.
192 Praxis oder ausschließlich würde ich meinen, unter dem medizinische 210 Also ich denke, Psychologen oder Psychotherapeuten, die haben
193 Paradigma steht. So würde ich trotzdem sagen können, obwohl es mir 211 diesen Rahmen und die haben die Zeit. Ein Gespräch dauert nun mal
194 nicht so recht ist, aber es ist das naturwissenschaftliche Paradigma 212 zumindest eine halbe Stunde und da stehen Pflegepersonen schon sehr
195 sehr stark vertreten...also im Vordergrund. 213 stark im Spannungsfeld. Das heißt also, sie könnten Gespräche führen,
196 I: Also du sagst, so im wissenschaftlich Bereich wird sehr viel im 214 sie würden Gespräche führen, sie hätten eine große Dichte beim
197 Sozialwissenschaftlichen geforscht und nimmt Einfluss. 215 Patienten, sie hätten auch eine große Geschichte mit dem Patienten.
198 IP: Ja. Nicht nur geforscht, sondern es ist die Lehre... 216 Aber sie stehen einfach im Druck, einfach organisatorische Belange
199 I: Die Grundlage die da vorhanden ist. (IP: Genau.) Wie ist es aber 217 gleichermaßen und auch sehr handfeste technische Belange erledigen
200 dann doch möglich, dass in der Praxis das Psychosoziale doch sehr im 218 zu müssen innerhalb einer bestimmten Zeit. Und dann bleiben die
201 Hintergrund ist. Es sind ja...wenn man diese Entwicklungen in der 219 Dinge, die einen großen Zeitrahmen erfordern mehr oder weniger
202 Pflege in den letzten Jahren betrachtet, passiert sehr viel. Und der 220 doch auch auf der Strecke. Also das müssen wir schon auch sagen,
203 Mensch aber, ob das jetzt eben der Patient ist oder auch die 221 dass das psychosoziale Paradigma nicht den Rahmen hat in diesem
222 Beruf. Weil er nicht zugestanden wird, weder von der Gesetzeslage

223 noch von den Krankenanstaltenträgern, noch vom Berufsbild...also 240 IP: Ich würde jetzt weniger Einzelpersonen meinen, sondern ich
224 das sind schon sehr gravierende Faktoren. 241 meine, der Beruf fordert zu wenig, dass psychosozialen Themen ein
225 I: Das heißt Vorgaben...politische Vorgaben oder von Organisationen 242 Rahmen gegeben wird im Beruf.
226 auch Rahmenbedingungen. 243 I: Und diesen Beruf...der fordert nicht. Wer oder wem würdest du da
227 IP: Weniger politisch, sondern die Spitäler, die Krankenhäuser, die 244 Bedeutung zu messen, der diesen Beruf sozusagen, diese Forderung
228 einfach den Rahmen nicht gewährleisten. Dass mit Patienten 245 mobilisiert.
229 Gespräche geführt werden oder in psychosozialer Hinsicht genauere 246 IP: Auf der einen Seite, dass die Lehre...die Lehre die einfordert
230 Faktoren. Auf der anderen Seite liegt es natürlich in der Fachlichkeit 247 einfach, also quasi gewisse State of the Art Faktoren notwendig sind.
231 der Pflegepersonen selbst. Ich denke, dass diese ganzen Assessments, 248 Also es ist sicherlich die Lehre hier auch etwas schleppend, das muss
232 beispielsweise in der Schweiz sind diese Assessments einfach weiter 249 man sagen. Auf der anderen Seite ist sicher die Praxis auch
233 ausgebildet. Dass die Assessments nicht erfolgen, dass mit den 250 schleppend, die vor allem durch die Repräsentantinnen durch die
234 Informationen nicht wirklich weiter gearbeitet wird, von daher wird 251 Leitungsstrukturen irgendwo unter gewissen Zugzwängen steht
235 auch der Rahmen nicht eingefordert...die Zeit um für Gespräche... 252 bestimmte organisatorische Notwendigkeiten eher leisten zu
236 I: ...von den Pflegepersonen? 253 wollen...zu müssen. Das würde ich schon so auch als Faktor sehen.
237 IP: Von den Pflegepersonen selbst. 254 Und auf der anderen Seite sind Pflegepersonen in psychosozialen
238 I: Das heißt, persönliche Ressourcen würden hier jetzt zum tragen 255 Themen auch nicht ganz so ausreichend ausgebildet.
239 kommen, das einzufordern, dass man... 256 I: Da jetzt nochmals auf die Ausbildung zurück zu kommen. Thema
257 ist es... psychosozial...zu wenig... In weiterer Folge... dann wenn sie
258 diese Ausbildung abschließen, ist ja auch diese Möglichkeit für jeden,

259 dass er sich da weiterentwickelt. Wenn aber jetzt dieses Bewusstsein 277 Verfügung stellen. Also von da her ist das natürlich eine
260 eben gar nicht in der Ausbildung oder zu wenig geschaffen wird, ist es 278 entscheidende Instanz des Seins oder nicht Seins.
261 dann noch möglich dieses Bewusstsein dann in der Praxis... 279 I: Und in welcher Art und Weise oder sind die führenden Kräfte, ich
262 IP: Selbstverständlich. Also ich denke, das ist über die 280 weiß nicht wie weit du da Einblick hast oder Erfahrung, bezüglich
263 Ausbildungsschiene möglich. Also ich denke, die Entwicklung ist ja 281 Ausbildungsstatus der Führungskräfte denen doch da eine Bedeutung
264 nicht mit Ende einer Ausbildung abgeschlossen, sondern meist 282 zu kommt.
265 beginnt sie ja dann in einer neuen Qualität und von daher sehe ich das 283 IP: Das kann ich nicht wirklich so gut beurteilen. Also da bin ich
266 ganze Berufsleben als Entwicklungsmöglichkeit für alle 284 schon zu lange auch weg von einer Führungsausbildung, die ist schon
267 Berufsangehörigen...und von daher, denke ich, wenn das spezifische 285 mehr als zehn Jahre her. Ich kann jetzt nur aus meiner Erfahrung
268 Fortbildungen sind, die eine Berufsrelevanz haben, dann wäre das 286 sprechen und ich glaube, so tendenziell ist das schon auch heute
269 gut positionierbar. 287 vielfach so als großes Schwergewicht in der
270 I: Und in diesem Rahmen...welche Bedeutung würde da jetzt einer 288 Führungsausbildung...wird einfach diesen rechnerischen
271 Führungsrolle zu kommen? 289 Komponenten, diesen volkswirtschaftlichen Komponenten
272 IP: Der Führungsrolle kommt natürlich eine große Bedeutung zu, weil 290 zugeordnet. Also es wird sehr viel monetär einfach betrachtet und es
273 die die Rahmenbedingungen gewährleisten müssen. Sie müssen die 291 wird natürlich sehr viel auf betriebswirtschaftlichen Faktoren heraus
274 Stunden gewährleisten, sie müssen teilweise die Finanzierung 292 gesehen. Und psychosoziale Aktivitäten sind jetzt teuer, die kosten
275 gewährleisten und sie müssen die Fehlzeiten der Mitarbeiter, die nicht 293 Zeit, sie kosten Qualifikationen und das Output ist nicht wirklich so
276 da sind auf den Stationen zum Zeitpunkt der Fortbildung zur 294 gut messbar. Da gibt es zu wenig auch Material, das auch vorgelegt
275 werden könnte. Also ich würde meinen, dass es hier doch in diesen

296 Humanressourcen einen Nachholbedarf gäbe, auch in der leitenden 314 IP: Absolut. Das muss das Abbild...also ein psychosozialer Umgang
297 Ausbildung. 315 mit Patienten und Patientinnen...meines Erachtens, ist nur möglich
298 I: Und die Bedeutung des Teams...so diese Zusammenarbeit in einem 316 wenn diese Personen diesen Umgang auch authentisch selbst
299 Team...vielleicht auch in eurer Organisation. Diese Begegnungen 317 praktizieren innerhalb eines Teams. Also ich glaube, das Repertoire
300 welche Bedeutung hat es untereinander diese Beziehungen zu 318 des Umgangs, das muss einmal grundsätzlich vorhanden sein im
301 gestalten? 319 Team. Ich glaube, dass das nicht entkoppelt sein kann. Also ein
302 IP: Ich glaube, das muss man sehr unterschiedlich sehen. Also in 320 grausliches Team, das mit...das nicht gut miteinander umgeht, das
303 unserem Bereich, also im XY-Bereich sind die Teamkonstellationen 321 glaube ich, ist auch nicht in der Lage psychosozial mit Patienten und
304 nicht so fest oder so kompakt wie vielleicht im stationären Bereich. 322 Patientinnen umzugehen...das kann ich mir nicht vorstellen.
305 Denn zu uns kommen die Lehrenden um zu lehren und da sind die 323 I: Also das heißt, hier kommen wieder, was du anfangs erwähnt hast,
306 Kommunikationsflächen untereinander relativ knapp. Also das sind 324 einfach diese Haltungen, die notwendig sind im Umgang
307 großteils mehr Einzel agierende Personen, weil es vielfach um 325 untereinander... (IP: Genau.) das ich das dann auch erst weitergeben
308 Einzelergebnisse geht, weniger um gemeinsame Ergebnisse. Natürlich 326 kann. (IP: Genau.) Und wenn wir das jetzt im ganzen Rahmen von
309 gibt es die auch, aber ich würde meinen, die sind nur ein Drittel und 327 einer Organisation betrachten, wo auch sehr viele Hierarchieebenen
310 zwei Drittel sind einfach im Einzel agieren. 328 vorhanden sind, ist es da...du hast sicherlich zu tun auch mit Häusern,
311 I: Und in einem Team in der Praxis, wie würdest du es da einschätzen. 329 ist es da überhaupt innerhalb gut möglich oder wird da sehr sozial
312 Eine Teamarbeit... ist sie notwendig um jetzt einen psychosozialen 330 umgegangen miteinander, unter den Ebenen?
313 Umgang zu ermöglichen. 331 IP: Das würde ich bedingt sehen. Also meine Einblicke sind zu wenig
332 bereits. Also ich bin in zu weiter Ferne den Häusern, und ich habe

333 jetzt auch nicht wirklich etwas zu tun mit den einzelnen Häusern und 352 Pflegepersonenrolle, die würde ich so als diese starken Rollen sehen.
334 von daher ist mein Blick von außen ein nur bedingter. Tatsache ist, 353 Bei den anderen Berufsgruppen sind es geschickt bezogene einfach
335 dass die Hierarchisierung sehr stark nach wie vor ist, dass es eine 354 jüngere Rollen, die nicht so tradiert sind. Das ist das eine und das
336 Hierarchie gibt. Und in einer Hierarchie gibt es einfach 355 andere...hat es natürlich auch mit Qualifikationen zu tun. In dem
337 Brüchigkeiten. Da gibt es Bruchlinien, die einen psychosozialen 356 Moment wo Unterschiede in den Qualifikationen sind, ist natürlich die
338 Umgang nicht wirklich gewährleisten. Also je hierarchischer ein 357 Hierarchisierung leichter möglich. Aber letztendlich haben wir in
339 System umso weniger psychosozial wird es wohl zu gehen. Also je 358 unserer eigenen Berufssozialisation ein paar Angelpunkte, die die
340 symmetrischer auf annähernd gleichen Höhen sich die Personen 359 Hierarchie auch bedingen. Wir sind ein traditioneller Frauenberuf, das
341 befinden umso sozialer wird es zu gehen können. Also ich denke auch 360 heißt Frauen, glaube ich sind in hierarchischen Strukturen leichter
342 wieder an die Kommunikation. Eine symmetrische Kommunikation 361 zuzuordnen gewesen, heute nicht mehr in diesem Maße. Aber noch in
343 ermöglicht auch Beziehungsgestaltung, eine asymmetrische 362 einem viel zu großem Maße. Also das müssen wir schon auch sagen.
344 Kommunikation wird das nicht ermöglichen. 363 Die Frauenrolle ist einfach anders als die Männerrolle. Frauen üben
345 I: Und wie würdest du das einschätzen oder beurteilen, dass es in 364 meist nicht nur eine Rolle aus sondern drei Rollen. Von da her ist es
346 diesen Bereich Pflege oder auch Organisation Krankenhaus, diese 365 für Frauen mitunter schwieriger ihren Rollenanspruch so vehement zu
347 Hierarchien, Strukturen so stark vorhanden sind. Was hindert das man 366 stellen als das Männer tun. Von da her unterscheidet sich ein
348 die aufbricht? 367 Frauenberuf schon sehr stark von einem traditionellen Männerberuf.
349 IP: Ich glaube, das ist sehr komplex. Es hängt natürlich mit 368 Und von daher, glaube ich, daraus resultiert auch eine gewisse
350 traditionellen Rollen zusammen. Also es ist die Geschichte hier sehr 369 Hierarchisierung.
351 stark Einfluss nehmend...die traditionelle Ärzterolle, die traditionelle

370 I: Also das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, der hohe 389 und das hat natürlich einen Faktor gehabt in dieser Berufswerbung.
371 Frauenanteil nimmt schon auch Einfluss auf diese Strukturen, diese 390 Heute würde ich das nicht mehr als tragend bezeichnen, aber es hat
372 traditionellen. 391 gewisse...

373 IP: Ja ich denke. Frauen sind einfach verhaltener im Einfordern von 392 I: Es ist in den Hintergrund schon gerückt.
374 Rechten. Frauen sind verhaltener im Einfordern von Umgangsformen. 393 IP: Es ist in den Hintergrund gerückt, aber auch wenn wir die
375 Und Frauen sind vor allem verhaltener im Einfordern von 394 Berufsbilder anschauen in der Gesundheits- und Krankenpflege ist
376 Karriereplanungen und Frauen sind weniger offensiv. Und das 395 gewisse wirtschaftsbezogene Tätigkeit, Hausarbeit bezogene Tätigkeit
377 natürlich auch auf Grund ihrer Mehrfachrollen, die sie ausüben...ist 396 noch immer vorhanden.

378 auch ein Faktor. 397 I: Und wenn man da jetzt den Patienten, der ja Teil einer Gesellschaft
379 I: Und wie würdest du dieses gesellschaftliche Paradigma beurteilen. 398 ist, wenn man den jetzt einmal herimmt. Meine Frage, erwartet ein
380 Hat das da auch einen Einfluss dazu...eben diese Frauenrolle, auch 399 Patient überhaupt so eine psychosoziale Betreuung?

381 die Pflegerolle. 400 IP: Definitiv...die Erwartungshaltung ist da. Aber auch das, erkennen
382 IP: Ja das würde ich heute eigentlich mehr in den Hintergrund 401 Patienten oder Patientinnen sehr rasch, dass eigentlich der Rahmen im
383 gedrängt sehen. Heute sind eigentlich die...heute ist die klassische 402 Krankenhaus kaum vorhanden ist. Weil natürlich alle Berufsgruppen
384 Frauenrolle verändert. Wir befinden uns nicht mehr in diesen starren 403 irgendwo unter einem gewissen Druck stehen, die Aufgaben zu
385 Rollengrenzen. Natürlich in der Berufswerbung hat das eine enormen 404 erledigen, die sie zu erledigen haben und die sind oft fern von
386 Einfluss gehabt. Also im vorigen Jahrhundert, im zwanzigsten 405 psychosozialen Themen.

387 Jahrhundert, Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts war natürlich die 406 I: Also das heißt, er würde es erfordern oder brauchen.
388 Frauenrolle mehr die Frauenarbeitsdominierte, Haushaltsdominierte

407 IP: Genau. Aber er ist sehr verständnisvoll bis zu einem gewissen 426 heißt, es sind da die persönlichen Ressourcen von einer Pflegeperson,
408 Grad und fordert...holt sich derartige Unterstützungen im 427 die wieder zum Tragen kommen. (IP: Ja, das kann ich bestätigen.)
409 Laiensystem oder im professionellen System im Hintergrund, durch 428 Dazu noch eine Frage. Werden die ausreichend eingefordert, auch bei
410 Selbsthilfegruppen oder sonstige Quellen. 429 Beginn der Ausbildung einerseits und dann aber auch bei der
411 I: Und meine Frage dann noch, braucht es jeder Patient? 430 Einstellung, dass wirklich diese Ressourcen, die ja doch sehr wichtig
412 IP: Es braucht vermutlich nicht jeder Patient. Der Mensch ist eben 431 und umfangreich sind, werden die wirklich genug erfasst?
413 sehr unterschiedlich...also die individuelle Situation ist eine 432 IP: Das ist schwierig zu beantworten. Natürlich bei der Auswahl sind
414 unterschiedliche...die Situationen sind auch sehr unterschiedlich...die 433 diese Faktoren ein Thema, sie werden abgefragt, sie werden erfasst, es
415 Belastungsgrade durch Krankheit, durch Diagnosen sind sehr 434 werden gewisse Persönlichkeitsmuster dargestellt und auch
416 unterschiedlich. Die Autonomiegrade der Menschen sind 435 Kompetenzmuster der Bewerber und Bewerberinnen. Diese Faktoren
417 unterschiedlich...also das würde ich jetzt nicht für jeden Patienten so 436 werden natürlich in den einzelnen Unterrichtsgegenständen, also den
418 sehen können. Aber es braucht irgendwo einfach das Assessment oder 437 Lehrveranstaltungen auch weiterhin berücksichtigt. Ich glaube, da gibt
419 die Einschätzung und Beurteilungsfähigkeit, inwieweit benötigt jetzt 438 es Optimierungsbedarf, trotzdem.
420 jemand etwas mehr psychosoziale Unterstützung in professioneller 439 I: Und wie könnte der ausschauen, dieser Optimierungsbedarf?
421 Weise. 440 IP: Ja ich denke, hier gäbe es schon auch die Möglichkeit zusätzlich
422 I: Das heißt, hier ist die Pflegeperson sehr gefordert (IP: Ja. Dies zu 441 Lehrveranstaltungen einzuplanen, die den Fokus auf psychosozialen
423 erkennen und wahrzunehmen, genau.) das wirklich wahrzunehmen, 442 Themen haben. Also die sind meines Erachtens, schon noch
424 und da wirklich jetzt ganz individuell zu schauen wie weit braucht er 443 wesentlich erweiterbar.
425 das oder stülpe ich ihm da etwas drüber. (IP Ja, ganz genau.) Das 444 I: Also in der Grundausbildung oder in weiterer Folge?

445 IP: Ja genau. Also linear müsste sich das von Beginn durchziehen. 464 IP: Sie sind meines Erachtens aufgrund ihrer Dichte der Begegnung
446 I: Also diese Haltungen zu erfassen und dann auszubauen und dann 465 mit Patienten die absolute Hauptinstanz. Sie hätten alle
447 eben diese Kompetenzen zu entwickeln dann auch. 466 Möglichkeiten, die andere Berufsgruppen nicht haben. Medizin sieht
448 IP: Ja, genau. 467 seinen Patienten zehn Minuten am Tag, Psychologie sieht einen
449 I: Ja. Von meiner Seite wäre es das... die Fragen, (IP: Haben wir 468 Patienten einmal in zwei Wochen, Therapeuten sehen Patienten im
450 schon alles. Da waren wir heute sehr schnell.) Ja es geht jetzt schon 469 Gründe genommen zwanzig Minuten. Also von da her...das ist die
451 flotter. Von deiner Seite noch Aspekte, die dir noch spontan einfallen 470 Berufsgruppe, die eine enorme Dichte an Begegnungen und daher
452 würden, wo du sagst, das wäre noch zu diesem Thema auch relevant 471 Beziehungsgestaltung hätte.
453 zu sagen. 472 I: Also einen großen Teil einnimmt... Vielleicht eine Frage hätte ich
454 IP: Also von meiner Seite her ist das gesagt. 473 noch, wie du es einschätzen würdest, ob es als Leistung betrachtet
455 I: Also wir haben so diesen geschichtlichen Aspekt drinnen gehabt, 474 wird. Wird es in unserem Kranken-, Gesundheitssystem als Leistung
456 Ausbildungsaspekt, dann die persönlichen Ressourcen von der 475 anerkannt, diese psychosoziale Betreuung, welchen Stellenwert...
457 Pflegeperson, die Rahmenbedingungen... 476 IP: Also innerhalb der Berufsgruppe, würde ich meinen, ist der
458 IP: ...die Leitungsebene, die hier sehr stark entscheidend ist. 477 Stellenwert zu gering. Denn letztendlich erfolgt viel Bewertung
459 I: Den zeitlichen Aspekt hast du auch erwähnt und dann eben den 478 inwieweit das technische oder faktische Dinge sind, die nachweislich
460 Patienten... 479 sind. Gespräche sind quasi oft gar nicht dokumentiert, dass sie
461 IP: ...der gewisse Ansprüche stellt. Aber das ist nicht...das ist sehr 480 stattgefunden haben.
462 unterschiedlich zu sehen. 481 I: Man hört ja auch oft die Aussage, der sitzt da jetzt da jetzt beim Patienten
463 I: Das heißt, Pflegepersonen sind da einfach sehr gefordert... 482 und tut nichts und redet nur.

483 IP: Ja so ist es. So ist es. Es liegt natürlich auch an der Berufsgruppe
484 selbst auch, sehr, sehr stark. Inwieweit...

485 I: Also es müsste hier ein Bewusstsein geschaffen werden, (IP: So ist
486 es. Ein vermehrtes Bewusstsein.) dass hier ein Stellenwert...einfach
487 diese Begegnung zwischen den Menschen hat, und große Wirkung
488 hat. (IP: Mhm.) Ja, dann sage ich herzlichen Dank.

489 IP: Ja bitte gerne.

1 **Interview 10 am 19. 1. 2010/ 16.00- 16.46**

2 I: Also nochmals herzlichen Dank für deine Zeit, die du dir da
3 genommen hast. Ich würde gerne mit der Frage beginnen, was für
4 dich...oder in welcher Art und Weise psychosoziale Umgangsweisen,
5 Betrachtungsweisen sich in deinem persönlichen Arbeitsalltag zeigen.
6 IP: (4 Sekunden) Also von der Pflege her gedacht relativ wenig, da
7 ich ja nicht in der direkten Pflege bin. Sondern vielleicht in der
8 glücklichen Lage bin über Pflege forschen zu dürfen. Also ich kann
9 jetzt nur vielleicht im Rahmen von einer meiner Forschungen
10 aufzeigen möglicherweise meiner Promotionsarbeit, die sich mit
11 Angehörigen auf der Intensivstation auseinandersetzt und da
12 psychosoziale Fragestellungen, Probleme...ich kann das jetzt noch gar
13 nicht irgendwie so definieren für mich was das genau ist. Ich sage,
14 vielleicht ist das das Gegenteil vom Körperlichen. Ich weiß das aber
15 auch nicht so genau. Das kannst du wahrscheinlich besser irgendwie
16 beantworten wie das ist. Ich sehe auf jeden Fall, dass das das Um und
17 Auf ist, dass es eigentlich nichts anderes gibt defacto als wie
18 psychosoziale Probleme, psychosoziale Fragestellungen. Die aber
19 dann, wenn man sagt, dass das eine Fragestellung ist, die die Pflege

20 grundsätzlich tangieren sollte, nur in sehr geringem Maße
21 aufgegriffen wird. Ob das jetzt mit den psychosozialen Problemen
22 oder Fragestellungen an sich zusammenhängt oder jetzt konkret auf
23 diese Arbeit bezogen...damit dass Angehörige sehr häufig nicht im
24 Fokus der Pflege liegen...kann ich jetzt nicht so beantworten. Ich
25 würde eher sagen beides. Letztendlich ist es sehr, sehr von
26 Einzelpersonen abhängig, meiner Meinung nach, wie sehr auf
27 psychosoziale Probleme, Fragestellungen und was auch immer
28 eingegangen wird. Und jetzt noch einmal zusammenfassend, wie
29 gesagt, bei meinen Forschungsarbeiten...zurzeit auch in anderen
30 Bereichen mit Angehörigen auseinandersetzen, ist es dieser Bereich
31 der eigentlich am dominantesten ist, wenn man sagt was braucht
32 dieses Klientel. Dann sind das, psychosoziale Fragestellungen wie,
33 Angst, Unsicherheit, BlaBlaBla...
34 I: Also das heißt, wenn... also in Zusammenarbeit vorwiegend jetzt
35 mit Angehörigen, womit du dich in deiner Arbeit beschäftigst, sind
36 psychosoziale Aspekte sehr wichtig, nach deiner Einschätzung nach.
37 IP: Um und Auf... eigentlich das Wichtigste. Also ich sehe eigentlich
38 gar nichts anderes, was aber natürlich klar ist. Weil wenn man sagt,

39 okay das Gegenteil von psychosomatisch ist vielleicht
40 körperlich...also ich bin jetzt da kein Experte...dann natürlich haben
41 die keine körperlichen Probleme, sondern eben nur das andere. Aber
42 das dafür wirklich sehr, sehr ausgeprägt...also aus diesen
43 Problemen, wenn man da Probleme identifizieren könnte, also dann
44 sind die unendlich groß.
45 I: Und wenn du das jetzt...man sagt es hat einen Stellenwert. Wenn
46 du jetzt an deine Schulzeit zurückdenkst, du hast die Ausbildung ja
47 gemacht, wie war da das Verhältnis oder das Ausmaß was
48 psychosoziale Komponenten...eben in Beziehung treten können mit
49 jemandem, auf den Menschen eingehen können... Wenn du dir das
50 jetzt vielleicht noch so herholen kannst, steht da eher das Körperliche
51 oder das Psychosoziale in Erinnerung bei dir? War diese Ausbildung
52 eher körperlich orientiert oder war da schon auch psychosoziale
53 Ausbildung vorhanden?
54 IP: Also das kann ich...ich kann mich nicht mehr genau erinnern an
55 die einzelnen Situationen. Aber so im Bausch und Bogen, ich meine
56 ich habe 1993 diplomiert und...also damals war derjenige ein guter
57 Pfleger oder eine gute Schwester, die das medizinische Faktenwissen

58 herunterbeten hat können. Ich meine, das kennst du wahrscheinlich
59 auch. Trotz alledem gab es immer wieder Lehrpersonen in der Pflege,
60 die darauf Schwerpunkt gesetzt haben. Ich habe aber nicht das Gefühl
61 gehabt, dass das Themen waren, die auch wenn sie witzig und gut
62 gemeint waren, von den Schülern sehr gut aufgenommen wurden. Ich
63 weiß nicht, also ich hatte den Eindruck, dass es ein Stückchen auch in
64 der Aufbereitung dieser Themen gelegen ist. Also ich persönlich habe
65 zum damaligen Zeitpunkt, muss ich ehrlich sagen, gar nicht
66 wahnsinnig viel damit anfangen können. Aber das hat, glaube ich,
67 wirklich damit zu tun, weil man einfach ganz stark somatisch
68 sozialisiert war... in der damaligen Ausbildung...vor 1997 sowieso.
69 I: Du bist ja auch im Forschungsbereich tätig. Es hat sich ja in der
70 Pflege sehr viel entwickelt, jetzt gerade auch im Forschungsbereich.
71 Wenn du diese Entwicklungen betrachtest, hast du da
72 Veränderungen...kannst du da beobachten, dass sich das vielleicht
73 verlagert, eben von diesem eher biomedizinischen geprägt sein, eher
74 zu sozialwissenschaftlichen?
75 IP: Auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Ich denke mir, das ist...die
76 Fragestellungen, die um die Pflege kreisen und ganz besonders im

77 qualitativ...gehen ja immer wieder darauf zurück...wie gehen 96 zeitlang unterrepräsentiert war in der Ausbildung. Wie es jetzt
78 Menschen mit irgendetwas um. Das ist jetzt...mit einem bestimmten 97 gegenwärtig ist, kann ich nicht abschätzen. Also ich habe mit der
79 Pflegephänomen um. Egal ob chronisch oder akut oder was auch 98 Grundausbildung nichts zu tun und das ist auch nur das was mir
80 immer und da sind letzten Endes dann sozusagen die Auswirkungen, 99 andere erzählen.
81 die sowohl das psychische als auch das soziale Leben letztendlich 100 I: Da würde ich gerne ein Statement einwerfen von einem anderen
82 betreffen. Also ich habe das Gefühl, jetzt auf meine Forschungsfelder, 101 Interview. Da wurde geäußert, dass unsere Schulen für Gesundheits-
83 auf mein Forschungsverständnis, dass es sich letztlich alles, mehr oder 102 und Krankenausbildung zu sehr körperlich betont sind. Also es ist
84 weniger, alles um so psychosoziale Felder dreht. Nichts desto trotz 103 einfach der Fokus zu sehr auf diese körperliche Betreuungstätigkeiten.
85 muss ich jetzt auch für die Pflege insofern eine Lanze brechen, dass 104 IP: Also genau das Gegenteil von dem was ich sage.
86 ich, wenn ich meine persönliche Meinung jetzt noch sagen kann, dass 105 I: Ja. Wie würdest du diese Aussage jetzt im Gegensatz beurteilen?
87 auch...dass man wirklich aufpassen muss, dass Körperlichkeiten und 106 IP: Also ich kann nur sagen, dass ich die...nicht einmal die Erfahrung
88 körperliche Befindlichkeiten und so nicht zu kurz kommen. Also ich 107 gemacht habe, aber zumindest gehört habe, wo Krankenpflegeschüler
89 sehe das teilweise schon in das andere Extrem wieder umpendeln. 108 auf Stationen waren und denen ist...ich gehört habe, dass deren
90 Aber vielleicht kommen wir noch später darauf zu reden. 109 medizinisches Wissen, sage ich jetzt einmal, teilweise relativ schlecht
91 I: Also das jetzt dann zu sehr auf das Psychosoziale eingegangen wird, 110 ist. Ich finde aber schon, dass das sehr wichtig ist. Also ich bin jetzt
92 habe ich das jetzt richtig verstanden? 111 nicht jemand der vertritt, dass das an erster Stelle stehen soll, aber ich
93 IP: Ja, ja. Wobei das ist jetzt wieder ein bisschen ein anderes Thema. 112 denke mir, das hat jetzt mit der Entwicklung des Pflegeberufes zu tun.
94 Also mein Eindruck von der Ausbildung ist der, dass das 113 Wir dürfen nicht bei der Psychosomatik stehen bleiben, wenn es in die
95 medizinische Fachwissen teilweise schon...oder zumindest eine 114 Richtung geht. Und da zeigt...da geht jetzt die ganze Ausbildung auch

115 hin...mit Akademisierung und so weiter und sofort...dann müssen wir 134 einfach mit dem...wie funktioniert ein Körper... zu tun hat. Es ist gar
116 auch Verantwortung übernehmen. Und Verantwortung übernehmen 135 nicht so sehr mit Medizin...also ich orte in der Pflege eine so
117 heißt auch, sich sozusagen Bereiche nicht leichtfertig abzugeben und 136 allgemeine Tendenz, alles ein bisschen zu psychosomatisieren und das
118 da zähle ich jetzt auch medizinische Verantwortung mit dazu. Jetzt 137 tut mir irgendwie nicht gut.
119 weiß ich nicht mehr was ich sagen wollte (IP lacht) ... 138 I: Wobei ich da noch einmal nachhacken will, psychosomatisieren....
120 I: Gegenäußerung, dass jetzt Schulen zu sehr somatisch fokussiert 139 (IP: Ja ist was anderes natürlich.) vom Verständnis...das wir gleich
121 sind, (IP: Kann ich nicht teilen.) dass das Psychosoziale zu gering 140 sind. Also psychosozial...wo ich diese Begegnung...den Menschen
122 vorhanden ist, einfach in Beziehung treten können, eben gerade auch 141 wahrzunehmen und nicht nur diesen körperlichen Aspekt. Das wäre
123 im Kommunikationsbereich. Das war jetzt mein Einwurf, um das 142 jetzt psychosozial... das alles jetzt nur auf diese Schiene verlagern.
124 entgegenzustellen. Das heißt, was ich so wahrgenommen habe, ist für 143 IP: Wobei ich von meiner Sozialisation sehr Krankenhaus lastig bin.
125 dich jetzt auch nochmal diese geschichtliche Entwicklung der Pflege, 144 Dass muss ich auch sagen. Und es gibt natürlich viele Bereiche der
126 was ja doch sehr an der Medizin orientiert war... würdest du da eine 145 Pflege oder sagen wir Entwicklungszyklen des Menschen, wo die
127 Entwicklung sehen, die doch auch ein bisschen Gefahr läuft zu sehr 146 Körperlichkeiten dann zunehmend in den Hintergrund treten oder von
128 jetzt in dieses Psychosoziale... und das Medizinische zu sehr in den 147 Haus aus nicht so bedeutsam sind. Also ich denke mir, du wirst
129 Hintergrund rückt. Du siehst da einfach einen Verantwortungsbereich 148 wahrscheinlich in der Hauskrankenpflege...hat für dich das
130 auch in der Pflege hier verankert zu bleiben. 149 Schlagwort soziale Isolation jetzt eine andere Bedeutung als wie hier
131 IP: Wobei ich würde...also mir ist wichtig, dass nicht das...ich will da 150 im Krankenhaus beispielsweise genauso wie im Pflegeheim. Also ich
132 jetzt nicht falsch verstanden werden. Nicht das Medizinische ist zu 151 spreche jetzt ein bisschen Krankenhaus lastig, weil ich von den
133 wenig betont, sondern das Verständnis vom Körper. Was letztlich

152 anderen Bereichen, was zumindest meine beruflichen Praxis, oder 171 Ich habe aber im Laufe der Zeit eine Veränderung festgestellt,
153 ehemalige berufliche Praxis, wenig sagen kann. 172 insofern, dass also die Beherrschung von Technik, Maschinen und
154 I: Das heißt, wenig sagen, weil du geringe Zeit tätig warst in der 173 körperlichen Dingen...dass das Psychosomatische auch irgendwann
155 Praxis. Oder gar nicht? 174 ein Thema war. Das war also die ersten zwei Jahre meiner beruflichen
156 IP: Ich war lange in der Praxis tätig, aber diese Zeit habe ich 175 Tätigkeit...also ein Nullthema, sage ich jetzt einmal so. Also wirklich
157 hauptsächlich im Krankenhaus verbracht. 176 ein Nullthema. Sowohl...ich habe in Innsbruck gearbeitet, ich habe in
158 I: Können wir da vielleicht einen Blick hinrichten. Wenn du dir diese 177 Wien gearbeitet, sowohl da als auch dort. Es ist dann, wie auch
159 Zeit herholst, wie war es da in diesem stationären Bereich, diese 178 immer, aus welchem Grund auch immer, ich kann es nicht mehr
160 Aufteilung, wenn man das Ausmaß betrachtet. Eben die körperliche 179 nachvollziehen...also es ist dann langsam so eingewandert, dass
161 Betreuung und eben diese psychosoziale Betreuung...wo eben auch 180 Aspekte der psychischen Zuwendung, sage ich jetzt einmal so, oder
162 Gesprächsführung, Kommunikation dazu gehört. Wie war das in dem 181 der Berücksichtigung sozialer Aspekte, die auf der Intensivstation
163 Bereich, in dem du gearbeitet hast, wie hast du das wahrgenommen 182 ganz stark über Angehörige... jetzt bin ich schon wieder bei meinem
164 dieses Ausmaß? 183 Thema...gehen, eine gewisse Rolle spielen.
165 IP: Das hat sich gewandelt im Laufe der Zeit. Also ich habe den 184 I: In welcher Art und Weise ist das eingewandert? Hast du da
166 Großteil meiner Arbeit auf Intensivstationen gearbeitet. Wie ich 185 Fortbildungen gemacht oder ist es einfach ein Bewusstsein...das dann
167 begonnen habe zu arbeiten nach dem Krankenpflegediplom war eben 186 entstanden ist?
168 dieses Maschinen und Technik beherrschen das Um und Auf. Und es 187 IP: Ich glaube, das hat letztendlich auch wieder mit Einzelpersonen zu
169 hat wahrscheinlich zum damaligen Zeitpunkt kaum Stationen 188 tun. Und ich denke mir, da kann man die Patricia Benner (eine
170 gegeben, wo das...die mir bekannt sind, wo das anders gegangen ist. 189 Pflegewissenschaftlerin) sehr ernst nehmen. Dass man als Novize auf

190 Intensivstationen hauptsächlich damit beschäftigt ist, einmal zu 209 auch ein Bewusstsein entwickelt. Wie würdest du da oder welche
191 begreifen was da irgendwie überhaupt abgeht und froh ist, wenn der 210 Bedeutung würdest du da einer Führungskraft beikommen lassen?
192 Abend kommt und wenn man irgendwie niemanden umgebracht hat, 211 IP: Riesengroß. Riesengroß. (I: In welcher Art und Weise?) Also mit
193 sage ich jetzt einmal so. Ich glaube, ich denke mir aber, dass die 212 einer Führungskraft steht und fällt das Ganze. Auf welche Art und
194 Expertin auf der anderen Seite diesen ganzen Bereich locker abdecken 213 Weise...Nicht dass sie die Themen vorgibt, sondern dass sie zulässt,
195 kann ohne großartig darüber nachzudenken und dann noch eine Hand 214 dass sie gewisse Sachen zulässt. Weil die kann es auch verhindern.
196 frei haben kann für soziale oder psychische Anliegen ihrer Patienten 215 Genauso wie wenn sie irgendwie...also das merke ich in meinem
197 oder was auch immer. Also ich denke, es ist das und ich denke, es ist 216 Unterrichts immer, wenn ich bei den Leitenden unterrichte zum
198 wichtig, dass man Personen hat, die einem das vorleben. Also wenn 217 Beispiel. Wie eine Führungskraft...Forschung, sage ich jetzt
199 man irgendwie niemanden hat, der einen auf der Station irgendwie 218 einmal...im weitesten Sinn oder Evidenz basierte Literatur, basiertes
200 hilft zu erkennen, dass das wichtig ist, dann ist es schwierig. Genauso 219 Handeln irgendwie zulassen kann, kann eine leitende Person so gut
201 schwierig ist es wahrscheinlich, wenn man den umgekehrten 220 wie...kann die Leitung so gut wie alles fördern oder hemmen. Also
202 Weg...wenn man von der Schule auf eine Station kommt und lernt, 221 von der hängt, meiner Meinung nach, sehr viel ab. Auf verschiedenen
203 dass etwas wichtig ist, aber Personen hat, die das nicht irgendwie als 222 Ebenen natürlich. Also das geht von der Stationsleitung bis natürlich
204 wichtig betrachten, denke ich, wird man das genauso schwer haben zu 223 zur Krankenhausleitung rauf.
205 berücksichtigen. 224 I: Siehst du, wenn du in der Ausbildung zu tun hast mit leitenden
206 I: Also das heißt, da kommt eine gewisse Vorbildwirkung zum 225 Personen, dass sie ausreichend ausgebildet sind für diesen Auftrag,
207 Vorschein. Wo du sagst, dass man Menschen hat, an denen man sich 226 der ihnen da zu kommt?
208 orientieren kann, der einem das vorlebt, an dem man das sieht und da

227 IP: Das kann ich jetzt so in Bezug auf psychosoziale Sachen wenig bis 246 einfach eine Begegnung unter Pflegepersonal? Oder zeichnet sich das
228 gar nicht beurteilen. Weil das, was ich denen vermittele, ist, dass man 247 auch ab, dass das sehr wohl auch untereinander, unter den Personen
229 als Führungskraft offen sein muss, nach unten, gegenüber sinnvollen 248 möglich ist? Ich meine, ein psychosozialer Umgang, den Menschen
230 Neuerungen oder gegenüber sinnvollen Änderungen. Ich versuche das 249 wahrzunehmen.

231 immer im Bereich der Forschung denen mit auf den Weg zu geben. 250 I: Kannst du mir da ein Beispiel nennen was...wie kann so etwas
232 Wobei ich denke mir, das ist wahrscheinlich sogar noch schwieriger 251 ausschauen, weil ich kann mir da jetzt gerade nicht soviel darunter
233 als bei psychosomatischen, sage ich jetzt einmal, Sachen. Weil 252 vorstellen.

234 Pflegeprobleme, egal welcher Natur sie sind, damit können sich 253 IP: Ich denke daran, dass das...ich wollte das jetzt umlegen...wenn
235 Pflegepersonen einfach identifizieren, das ist irgendwie ihr Kernjob. 254 ich da jetzt an den Stationsbetrieb denke...dass der Umgang unter
236 Forschung ist nicht ihr Kernjob oder Forschung nach neuesten 255 dem Personal...wie der gestaltet ist. Und jetzt umgelegt auf diese
237 Erkenntnissen, das ist nicht ihr Kernjob. 256 Unterrichtssituation...wie man miteinander umgeht. Ob da eine
238 I: Wenn man mit diesen Leitenden, mit denen du zu tun hast, da trittst 257 Umgangsweise möglich ist...auch hier diese psychosozialen
239 du in Beziehung mit denen. (IP: Mit wem? Mit den Leitenden.) Mit 258 Komponenten zum Tragen bringen. Weil ich davon ausgehe, eine
240 diesen Leitenden...die Personen, die du unterrichtest...ob das jetzt 259 gewisse Haltung mitzubringen. Ist das möglich oder beobachtest du
241 Leitende oder Lehrende sind in den Kursen, die du abhaltest. Da tritt 260 das, dass da jetzt untereinander eine Begegnungsweise möglich ist?
242 man ja in Beziehung...begegnet man sich ja auch, da geht es ja auch 261 Oder eine Haltung vorhanden ist, die offen ist für psychosoziale
243 darum, dass man diesen Menschen wirklich in ihrer Ganzheit da auch 262 Komponenten?

244 betrachtest. Siehst du da in diesem Untereinander, in diesen 263 I: Also ich kann das auch wieder nur sehr eingeschränkt beurteilen.
245 Begegnungsweisen eine psychosoziale Begegnung oder ist das nur 264 Aber mir ist jetzt gerade eingefallen...wie ich jetzt wieder bei den

265 Lehrenden unterrichtet habe...die bestimmte Fragestellungen 284 Forschung hat eine Aufgabe noch zusätzlich, nämlich ein kritisches
266 bearbeiten haben müssen hinsichtlich für ihre Abschlussarbeiten und 285 Auge auf die Gesellschaft zu legen und Pflege ist ein Teil von
267 so weiter und sofort. Und die müssen beispielsweise eine 286 Gesellschaft und qualitative Forschung soll sagen, was passt
268 Literaturarbeit schreiben zu einem freigeählten Thema. Und diese 287 irgendwie nicht. Und da waren die alle, alle super, super, super
269 Arbeiten, diese Themen, die sie gewählt haben, haben schon im 288 interessiert. Eben was hinsichtlich ihrer Patienten...was brauchen die.
270 weitesten Sinn schon sehr stark mit psychosozialen Inhalten zu tun. 289 Und das geht dann...wie ich anfangs schon gesagt habe, es geht
271 Ich weiß, das ist nicht die Frage auf deine Antwort, das ist nur 290 letztlich immer um Umgang mit irgendetwas. Und dieser Umgang mit
272 irgendwie...ich will nur...dass es sozusagen doch ein Thema ist, mehr 291 irgendetwas ist immer etwas Psychosoziales. Also der größte Aspekt
273 als körperbezogene Themen ein Stück weit. Das finde ich irgendwie 292 ist etwas Psychosoziales. Wie die Leute untereinander umgehen, diese
274 relativ spannend. 293 Begegnungen, die du angesprochen hast, also ich würde sagen, ich
275 I: Das heißt, die vermehrte Auswahl der Themen liegt im 294 finde es immer wieder erstaunlich wie Personen die zwischen dreißig,
276 psychosozialen Bereich. 295 vierzig und älter sind, plötzlich wieder zu Schüler regredieren. Und
277 IP: Ich merke, dass diese sich damit sehr identifizieren können, also 296 von daher würde ich sehen, was mir immer auffällt, ist eine große
278 ganz stark identifizieren können. Die haben auch einiges dazu zu 297 Gemeinsamkeit gegen jemanden, der das System repräsentiert. In dem
279 sagen. Weil viele oder alle von denen schon lange, lange in der 298 Fall ist das der Lehrer. Das finde ich total spannend. Auch wenn ich
280 Pflege tätig sind...eigentlich sehr kurz als Lehrer, aber schon ganz 299 sozusagen das Gegenüber bin, gegen das sich irgendwie im Moment
281 lange in der praktischen Pflege....durch die Bank alle. Das sind sehr 300 jetzt alles richtet. Wo die doch ein sehr wertschätzendes Verhalten der
282 erfahrene Pflegenden letztlich. Und es ist witzig, da ist das immer ein 301 Personen untereinander...das mag einfach an den Personen selber
283 Thema und sie sind auch sozusagen...also ich sage immer, qualitative

302 liegen, weil sie so sind, aber das hängt, meiner Meinung damit 321 Verständnisses wertschätzend gegenüber meinem Klientel zu sein,
303 zusammen, weil sie irgendwie alle im selben Boot sitzen. 322 meinem Patienten...vorausgesetzt der ärgert mich...nicht persönlich
304 I: Du hast gesagt, weil sie so sind, eben Wertschätzung. Kann man 323 oder mag...dann gibt es immer einen Zeitpunkt, wo man nicht mehr
305 jetzt davon ausgehen, persönliche Ressourcen wie Wertschätzung wie 324 wertschätzend sein kann, wie auch immer. Und in der Interaktion
306 du sie jetzt genannt hast...hat sie einer oder hat sie einer nicht, kann 325 zwischen Pflegenden und so weiter und sofort, denke ich mir, das
307 man sie lernen? Oder ist das eine Haltung? Gerade im Pflegeberuf ist 326 was... es ist wichtig, aber das kann man und muss man auch bewusst
308 das doch eine Komponente, die sehr wichtig ist. Ist das etwas was 327 damit umgehen, denke ich. Als Haltung ist das sicher etwas Gutes,
309 einer mitbringen muss solche Ressourcen oder kann man das 328 was man mitbringen soll. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es
310 entwickeln und lernen? 329 Personen gibt in der Pflege, die jetzt überhaupt nicht wertschätzend
311 IP: Du meinst, ob jemand...ob man Wertschätzung lernen kann oder 330 sind. Weil was heißt denn wertschätzend. Wertschätzend heißt
312 ob das etwas ist, was man als Voraussetzung für den Beruf 331 einfach...das drückt ja im Prinzip auch meinen...einen Umgang mit
313 dann...also...na ja. Das wären so die Softskills als Voraussetzung. 332 einer Situation aus. Das sagt ja überhaupt nichts darüber aus, was ich
314 Also ich denke mir natürlich, man muss es voraussetzen. Also ich 333 eigentlich denke. Ich kann mich irgendwem gegenüber wertschätzend
315 stelle mir gerade vor, was Nicht-Wertschätzung bedeutet. Ich kann 334 verhalten und ich kann mir denken, was ist das für ein Koffer. Ich
316 mir da irgendwie nichts Konkretes darunter vorstellen...oder wie 335 denke, das ist legitim und es ist auch Teil meines...also mich
317 Nicht- Wertschätzung aussehen würde. Es gibt, glaube ich, 336 wertschätzend zu verhalten auch wenn ich den nicht mag. Ich denke
318 Situationen und Momente...ich denke, man ist mal weniger und mal 337 mir, das ist jedem sein Recht jemanden nicht zu mögen. In der...bei
319 mehr wertschätzend. Wenn ich Pflege als Dienstleistungsberuf 338 einem Dienstleistungsberuf... professionelle Pflege ist das, meiner
320 verstehe, dann ist das auch ein Teil meines professionellen

339 Meinung nach, dann hat das halt keinen Platz, das auszudrücken, 358 I: Wenn man in eine Organisation hineinschaut, wie ist da der
340 außer es kommt jemand wirklich an seine moralischen Grenzen. 359 Umgang untereinander. Wenn man jetzt unsere Krankenanstalten...
341 I: Und welche Bedeutung würdest du jetzt, erstens einmal der eigenen 360 die ja doch auch sehr hierarchiestrukturiert nach wie vor noch
342 Wertschätzung...ist es notwendig, dass ich als Pflegeperson mit mir 361 sind...ist es da möglich, unter diesen verschiedensten Ebenen auch
343 selber auch wertschätzend umgehen muss, um auch mit anderen 362 einen Umgang zu finden, der jetzt auch wertschätzend ist und auch
344 wertschätzend umgehen zu können? Ist das Voraussetzung? 363 psychosozial begegnet werden kann. Dass man da jetzt nicht nur als
345 IP: Nein. Nein finde ich nicht. Also ich finde, es gibt, wie Goffman 364 Person, die hier ihre Arbeit tut, sondern einfach als Person
346 schon sagt, es gibt Vorderbühnen und es gibt Hinterbühnen. Also 365 wahrgenommen wird, die auch ihre schlechten Phasen hat, die da
347 wenn der Pfleger jetzt die Vorderbühne, das was man nach außen hin 366 vielleicht Unterstützung braucht, die vielleicht, wenn sie...weiß ich
348 gerichtet macht...ich finde das...auf dieser Vorderbühne 367 nicht... ins Burnout kommt... dass da Unterstützung vorhanden ist.
349 wertschätzend zu sein, ist meiner Meinung nach vollkommen 368 Hast du da einen Einblick wie...oder aus deiner beruflichen
350 ausreichend. Wertschätzender, höflicher Umgang mit meinen 369 Erfahrung, gab es da Unterstützung? Wie ist da mit einzelnen
351 Kollegen, der ist angebracht und der ist wichtig. Ob ich in meinem 370 Mitarbeitern umgegangen worden?
352 Privatleben ein wertschätzender Mensch bin, das geht meiner 371 IP: Also zu den verschiedenen Ebenen...ich habe das Glück gehabt,
353 Meinung nach niemanden etwas an. Also wahrscheinlich bin ich es, 372 dass ich durchaus immer erstens kompetente, fachlich und sozial
354 wahrscheinlich sind es die meisten Personen, aber ich denke mir, 373 kompetente Führungs... also Stationsleitungen gehabt habe. Sozial
355 wichtig ist, dass man seinem Gegenüber es nicht spüren lässt, dass 374 kompetent würde eben genau das ansprechen, was du willst. Jemand
356 man nicht wertschätzend ist, wenn man es nicht ist. Das ist das Um 375 der irgendwie das Feeling hat, wenn es jemanden schlecht geht und
357 und Auf. 376 das vielleicht zu thematisieren und dem...vielleicht nicht selber, aber

377 zumindest irgendwie Möglichkeiten aufzuzeigen was die Person 396 würde auch auf mehr Verständnis stoßen. Als so wie es halt ist, dass
378 irgendwie machen kann. In großen Organisationen, denke ich, ist das 397 man für ein, was weiß ich, für ein allgemeines Krankenhaus 2000
379 ein bisschen schwierig, weil von Pflegenden an der Basis wird ja sehr 398 Personen... man verschickt an jede Abteilung einen Zettel...niemand
380 häufig ein sehr wenig wertschätzender Umgang ihnen gegenüber 399 versteht irgendwie was das jetzt irgendwie soll und jeder fühlt sich
381 seitens der höheren Ebenen irgendwie geortet. Ich denke mir, es ist 400 irgendwie nicht wertgeschätzt. Weil es möglicherweise eine
382 wichtig, dass man da ein bisschen trennt. Also ich denke mir, die 401 Beschneidung von...oder Mehrarbeit bedeutet. Also ich denke mir,
383 persönliche Wertschätzung einer Person hat nicht unbedingt mit 402 Managemententscheidungen wertschätzend zu kommunizieren,
384 Managemententscheidungen zu tun, denke ich. Und ich denke mir, 403 glaube ich, ist sehr schwierig und ich weiß auch nicht, ob die das
385 Managemententscheidungen zu kommunizieren ist schwierig. Wir 404 überhaupt machen müssen oder machen sollen. Ein Gegensatz muss
386 oder ich war noch nie in der Situation einen großen Betrieb zu leiten. 405 es nicht unbedingt sein, weil ich denke mir, es gibt immer noch die
387 Und da kann ich mir vorstellen, dass viele Sachen als nicht 406 unteren Ebenen, die diese Sachen übersetzen. Oder übersetzen
388 wertschätzend herüber kommen. Wenn es irgendwie um Begründung 407 können.
389 von Personaleinsparungen geht und so weiter und sofort. 408 I: Können diese verschiedensten Ebenen, was du jetzt gesagt hast, was
390 I: Also das heißt, wenn ich das jetzt richtig verstehe, dieser 409 von oben hergetragen wird herunter gebrochen wird... Kann das als
391 wirtschaftliche Aspekt steht da oder geht zu Lasten einer 410 Hindernis betrachtet werden, nach deiner Einschätzung?
392 psychosozialen Möglichkeit oder Umgang. 411 IP: Hindernis wofür?
393 IP: Ja. Ich würde einmal so sagen, wenn der Chef eines Betriebes die 412 I: Hindernis für psychosozialen Umgang...im Team, dem Patienten
394 Möglichkeit und die Zeit hätte das jedem Mitarbeiter zu erklären wie 413 gegenüber. Dass diese Wertschätzung, die scheinbar von oben runter
395 das ist, würde es mehr wertschätzend verstanden werden und man

414 kommen würde, aber nicht durchdringt. Dass das durch diese Ebenen 433 sie bei dir erhoben worden? Bist du einfach auf die Station
415 einfach auch gestoppt wird. Wie würdest du das einschätzen? 434 gekommen...ja du passt in das Team hinein oder wird da schon
416 IP: Das kann wahrscheinlich in kleineren Organisationen leichter sein. 435 geschaut, ob da auch diese...nicht nur fachmethodischen
417 Wobei in einer kleinen Organisation kann ich eine Führungskraft 436 Kompetenzen da sind, sondern sehr wohl psychosoziale
418 haben, die sozial inkompetent ist, dann ist es genauso wenig...dann 437 Kompetenzen, die doch einiges abverlangen.
419 wird so etwas genauso wenig wertschätzend. 438 IP: Also ich kenne es so, dass man ein bisschen auf den Lebenslauf
420 I: Also da haben wir wieder, das was wir vorher schon gesagt haben, 439 schaut und was derjenige gemacht hat, was derjenige für
421 diese Führungskraft, dass das schon entscheidend ist, was die für eine 440 Vorstellungen hat von diesem Beruf oder von wem... womit vielleicht
422 Umgang oder was für eine Philosophie die hereinbringt...den 441 die Abteilung irgendwie assoziiert ist...und das geschaut wird. Wenn
423 Umgang miteinander. 442 das wer macht, ist schon viel getan, finde ich. Ob der ins Team passt
424 IP: Absolut. Also ich glaube, es ist innerlich ganz wichtig und ich 443 oder ob es da prinzipiell Faktoren gibt, wo man sich denkt, naja ich
425 glaube, es wird eben auch von den Personen so wahrgenommen. Also 444 weiß nicht so recht...und letztendlich läuft es weniger auf die
426 mit einer, ich glaube, wir... also Führungskräfte im Pflegewesen, 445 fachliche Kompetenz aus, sondern passt der psychosozial, sage ich
427 denen ihre, sage ich jetzt einmal...ihre Möglichkeiten und ihre Macht 446 jetzt einmal, ins Team rein oder nicht. Also ich habe das als das
428 wird total unterschätzt, meiner Meinung nach. 447 stärkste Auflagekriterium erlebt bei anderen. Bei mir persönlich war
429 I: Führungskräfte haben...fällt ja auch die Aufgabe zu Mitarbeiter 448 das ganz anders. Bei mir war weder das eine noch das andere...also
430 auszuwählen bei Einstellungen. Wenn du dich vielleicht an deine 449 ich bin, ich weiß auch nicht, ich habe immer einen Job gekriegt, keine
431 Einstellung noch erinnern kannst, wie werden da persönliche 450 Ahnung warum. Aber ich bin einfach nur hingegangen und habe
432 Ressourcen, die für einen Umgang notwendig sind erhoben? Wie sind 451 gefragt, kann ich da arbeiten. (I: Einstellungsgespräch oder...?) Nie.

452 In dem Sinn nie...in der praktischen Pflege nie. Nein. Bei mir nie. Ich 471 ist, dass Quantität vor Qualität steht. Sprich...das heißt, Klassen
453 meine, ich weiß, dass es üblich ist, ich persönlich hatte es nie... 472 müssen voll gefüllt werden auch wenn jetzt beim Eignungstest keine
454 I: Würdest du dem eine Bedeutung beimessen, so einem 473 Eignung ist. Wie würdest du das bewerten...diese Aussage.
455 Einstellungsgespräch, (IP: Ja, absolut) dass man wirklich schaut, was 474 IP: Najaja. Die Aussage kenne ich. Ich weiß, dass das ein Faktum ist.
456 ist vorhanden. Kann jeder pflegen, passt jeder in diesen Beruf hinein. 475 Ich meine, ich habe ja viel mit den Direktoren zu tun usw. Das ist ein
457 IP: Na ja, ein bisschen eine Selektion gibt es ja schon durch das 476 Drama natürlich. Es kann ja nicht sein, dass ich ein
458 Pflegediplom. Jeder der ein Pflegediplom hat, hat ja schon ein 477 Aufnahmeverfahren mache und dann die Order habe, ich nehme auch
459 Mindestmaß irgendwie erfüllt, denke ich, inhaltlich und sozial, ob 478 die Personen, die irgendwie krottenschlecht sind...natürlich nimmt
460 jemand dann... 479 man die zum Schluss, aber letztendlich sind die dann auch drinnen.
461 I: Das heißt, es würde dann diese Auswahl schon bei der 480 Da sollten wir uns dann schon fragen, was das Ganze soll, also das
462 Schuleinschreibung...muss da schon vorhanden sein, oder 481 kontaktiert jede ... jedes Verfahren, jedes Assessment, jede
463 ausreichend sein...der geeignet ist. 482 Einstufung, den Bedarf ... aber das ist die Politik der Gemeinde XY.
464 IP: Ja aber das wird ja gemacht, denke ich, oder? Also wie es dann 483 Lächerlich.
465 praktiziert wird, ist wieder was anderes. Aber theoretisch...also kann 484 I: Das heißt, dass dieser Auftrag nicht so erfüllt wird, der so ein
466 ja nicht jeder die Ausbildung machen oder, der da gerade von der 485 Aufnahmeverfahren...
467 Straße kommt. 486 IP: Entweder es gibt Kriterien oder es gibt keine. Und wenn ich die
468 I: Da würde ich jetzt auch noch gerne ein anderes Statement 487 Kriterien nicht erfülle, dann kann ich mich fragen, okay gibt es da
469 einwerfen, das gekommen ist. Dass gerade bei den Schuleinstellungen 488 irgendwie...gibt es vielleicht eine zweite Chance...ja vielleicht hat
470 oder -einschreibungen oder Eignungstest...die Aussage gekommen 489 jemand einfach inhaltlich verpfuscht. Das kann ja immer wieder sein.

490 Aber einfach...man stelle sich vor, man hat eine Klasse zu befüllen 509 psychosoziale Betreuung? Jetzt ganz aus dem Laienbereich....du als
491 mit 30 Personen...es melden sich meinetwegen genau 30 Leute, von 510 Patient dich hineinversetzt. Ist überhaupt die Erwartung da oder reicht
492 denen sind fünf hochgradig...sind 5 geeignet und 25 nicht. Und ich 511 es, so ich werde körperlich gut versorgt, und das war es.
493 muss sie trotzdem anfüllen, ich meine das muss man sich vorstellen. 512 IP: Ich denke mir, das ist wirklich Aufgabe der professionellen Pflege,
494 I: Würden dir Optimierungsmaßnahmen einfallen dazu? Jetzt gerade 513 das herauszufinden. Das ist wirklich sehr Individuum bezogen. Also
495 auch, denke ich, wo du doch auch die verschiedensten Bereiche 514 ich kann mich...ich denke, der Bedarf ist grundsätzlich unendlich
496 durchlaufen hast? Lehrenden, praktischen Bereich, selber jetzt auch 515 groß. Aber er kann auch gleich Null sein. Also es müssen die
497 mit Lehrenden, Leitenden zu tun hast? 516 Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass man da auch Bezug
498 IP: Ich denke mir, ich könnte mir vorstellen, dass sich da die 517 nimmt auf psychosoziale Probleme. Aber sie müssen einem nicht aus
499 Direktoren hilflos fühlen. Weil es gibt sicher niemanden, der seine 518 der Nase gezogen werden, wenn das jemand nicht haben will. Ich
500 Schule gerne mit Personen voll füllt, die nicht geeignet sind oder 519 kann mich selber erinnern, im Krankenhaus, ich meine, es war sehr
501 zumindest dieses Mindestmaß an Eignung unterschreiten...die tun mir 520 nett, dauernd war irgendwer da und wollte irgendwas von mir und hat
502 ja leid. Aber ich denke mir, sie sind insofern hilflos, dass sie nicht 521 mich irgendwas gefragt und wie es mir geht und blablabla. Und ich
503 wirklich was dagegen machen können. Optimierungsbedarf sehe ich 522 wollte einfach meine Ruhe haben. Ich bin ja grundsätzlich gesund, ich
504 erstmals bei der Gemeinde, dass man fragt ob sie irgendwo dagegen 523 kann ja läuten wenn mir etwas fehlt. (IP lacht)
505 gerannt sind. 524 I: Also das heißt, da kommt jetzt dem Pflegepersonal eine sehr große
506 I: Wäre ja schon einmal eine Maßnahme (I lacht). Ich würde jetzt 525 Aufgabe zu, das wahrzunehmen, was braucht der Patient. (IP: Genau.
507 zuletzt noch die Frage stellen, inwieweit jetzt auch ein Patient den 526 Genau.) Braucht er da jetzt ein bisschen mehr oder nicht. Das heißt,
508 Anspruch oder den Bedarf hat...erwartet ein Patient überhaupt eine

527 sie braucht da sehr wohl Kompetenzen um das überhaupt 546 anders darüber hinterher. Aber so die ...vielleicht ist es auch ein
528 wahrzunehmen und zu erspüren. Und da... 547 Vorurteil...das was Pflege ist, ist schon noch sehr reduktiv.

529 IP: Und da ist die Frage wie nimmt man das überhaupt wahr. Also 548 I: Und inwieweit würdest du...jetzt zum Abschluss auch noch diese
530 wie...man neigt ja eher dazu Sachen zu erheben für die man eine 549 geschichtliche Entwicklung...dass das noch immer sehr an das
531 Lösungsmöglichkeit hat. Umgekehrt ist immer die Frage, wie geht 550 medizinische Paradigma die Pflege dranhängt. Wie würdest du das
532 man Probleme an, die man zwar erhebt, aber für die man nichts 551 einschätzen, dass sie noch immer dranhängt oder was macht es
533 anzubieten hat. (IP lacht) 552 unmöglich sich da abzulösen?

534 I: Und welches Pflegeverständnis würdest du jetzt in der Gesellschaft 553 IP: Ja, sie hängt natürlich schon noch dran. Ich denke, Ziel muss es
535 vermuten? Also wenn du da jetzt in die Gesellschaft hineinschaust, 554 sein...ich bin mir nicht sicher, ob das Ziel ist es abzulösen. Ich denke
536 eben auch wieder bezogen auf Erwartungen, was erwartet die 555 mir, ein Ziel muss es sein, dass sie zumindest nebeneinander
537 Gesellschaft von einer Pflegeperson, wie wird sie gesehen? 556 koexistieren. Weil sie sich zwangsläufig immer aufeinander beziehen
538 IP: Puh. Naja. Das ist schwer...wer ist die Gesellschaft. Die...der 557 müssen. Und so bin ich jetzt wieder, was ich am Anfang auch gesagt
539 Volksmund hat ja teilweise oder ein bisschen eine andere Meinung 558 habe, ein gewisses Verständnis wie ein Körper funktioniert...also ein
540 von Pflege, als wie die Meinung, die wir gerne hätten dass der 559 Gesunder, ein Kranker... ohne das geht es nicht...das kann man nicht
541 Volksmund hat. 560 ausklammern.

542 I: Was ist die Meinung die du...? 561 I: So zusammenfassend wäre das, dass eine Ausgewogenheit besteht,
543 IP: Ein Teil dieser Meinung ist der Klassiker, wie dem Arzt helfen 562 dass Pflege sich sehr wohl für das körperliche, medizinische als auch
544 und füttern und waschen und putzen. Interessanterweise, viele die 563 für das psychosoziale...da eine Ausgewogenheit finden, eine Balance
545 gute Erfahrungen gemacht haben, die selber krank waren, denken da 564 halten.

565 IP: Eine Eier legende Wollmilchsau, oder wie heißt es immer. (I und
566 IP lachen)
567 I: Schöne bildliche Darstellung zum Schluss. Von meiner Seite wären
568 jetzt meine Fragen abgedeckt, fällt dir jetzt noch...oder möchtest du
569 noch irgendein...irgendwas hinzufügen wo du sagst, das wäre dir
570 noch wichtig anzubringen, was nicht genannt worden ist.
571 IP: Nein, eigentlich nicht. Ich tue mir immer schwer das
572 Psychosoziale zu fassen und auch zu isolieren. Für mich ist der
573 Begriff psychosozial immer schwierig irgendwie, ich weiß nicht, wie
574 es für dich ist... (I:... nicht so greifbar) nicht so greifbar und ja. Ich
575 finde es ist immer bald etwas psychosozial, (IP lacht) wenn es nicht
576 irgendwas anderes ist, wenn es nicht körperlich ist oder so. Ich finde
577 auch die Trennung körperlich, psychosozial, psychisch-sozial, ... (I:
578 schwer zu beurteilen) da muss ich noch darüber nachdenken. Nein
579 aber sonst fällt mir nichts ein.
580 I: Dann beenden wir das.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Monika Mayer

Geboren am 12. 12. 1974, in Wien

Schulische und berufliche Ausbildung

1981-1985 Volksschule, Pöchlarnstrasse, 1200 Wien

1985-1993 Bundesgymnasium, Unterberggasse, 1200 Wien

1993 Matura

1993-1996 Krankenpflegeschule/ Kaiser Franz Josef Spital, 1100 Wien

1996 Diplomierung

Berufliche Laufbahn

Oktober 1996- Juli 1999 Allgemeine Chirurgie/ KA- Rudolfstiftung

Februar 2000- Dezember 2003 Intermediate Care/KA- Rudolfstiftung

Jänner 2004- Juni 2004 Anästhesiologische Intensivstation/ Klinikum
Großhadern, München

September 2004- März 2006 Intermediate Care/KA- Rudolfstiftung

April 2006- heute FSW, Mobile Hauskrankenpflege

Weiterbildung

August 1999- Dezember 1999 Sprachaufenthalt in England

Juni 2002- März 2003 Ausbildung zur Praxisanleiterin

seit September 2004 Studium der Bildungswissenschaft