Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege

Die Perspektive pflegender, betreuender und behandelnder Personen

Ergebnisbericht im Rahmen einer Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns

Dezember 2010

Mag. Patricia Kacetl
Würde und Autonomie aus der Sicht der pflegenden, betreuenden und behandelnnden Personen

FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODOLOGIE

EINLEITUNG

FORSCHUNGSFRAGEN

METHODOLOGISCHE UND METHODISCHE ASPEKTE DER GRUPPENDISKUSSION

BESCHREIBUNG DER GRUPPENDISKUSSIONEN

TEILNEHMERINNEN

ABLAUF DER DISKUSSIONEN

AUSWERTUNGSVERFOLGSZESS

BEDEUTUNG DER WÜRDE UND AUTONOMIE IM UMGANG MIT PFLEGEBEDÜRFTIGEN, ALTERN MENSCHEN

VORSTELLUNGEN VON WÜRDE UND AUTONOMIE

DEFINITIONSMERKMALE VON WÜRDE

GEGENSEITIGER RESPEKT, VERSTEHEN UND VERTRAUEN

MITGEFÜHL UND GLEICHE RECHTE ALS ZWEI ASPSTEKE VON MENSCHLICHKEIT

ZEICHEN DER WERTSCHÄTZUNG

AKZEPTANZ

RUHE UND GEDULD

INTIMSPHÄRE UND TAKTGÄUHL

AUTONOMIE ALS WURDEBEWAHRENDES ELEMENT

ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT

SELBSTSTÄNDIGKEIT

GRENZEN DER FREIHEIT

(PFLEGE-)WISSENSCHAFTLICHE UNTERSUCHUNGEN ZUR WÜRDE

ZUSAMMENFASSUNG

WÜRDEVERLETZUNGEN – MISSACHTUNGSERFAHRUNGEN – GRENZVERLETZUNGEN

VERKENNEN DES TätigKEITSBEREICHES

MANGELDES VERSTÄNDNIS FÜR BERUFLEiche NOTWENDIGKEITEN SEITENS DER BETREUENDEN

RECHTLICHE KOMPETENZEN SCHränkUNGEN

WEGEN DES MIGRATIONS HINTERGRUNDES ABGELEHNT WERDEN

VON EINEM KLIENTEN MIT MIGRATIONS HINTERGRUND HERABGESSETZT WERDEN

VERBALE GEWALT

ALS BETREUENDER/SEXUELLEN ÜBERGRIFFEN AUSGESETZT ZU SEIN

BELASTENDE BETREUUNGSsITUATIONEN

FOLGEN VON WÜRDEVERLETZUNGEN

WÜRDEBEWAHRENDE ARBEITSBEDINGUNGEN

PERSONALE VORAUSSETZUNGEN

SELBSTSTÄNDIGKEIT

SELBSTfürSORE

GLEICHGÜLTIGKEIT ALS FORM EINER „SCHLECHTEn“ GRENZE

BEZIEHUNGSEBENE

BEZIEHUNGEN ZU KOLLEGINNEN

BEZIEHUNGEN ZU DEN GEPFLEGTEN PERSONEN

GRENZEN UND RESPEKT

DANKBARKEIT DER GEPFLEGTEN PERSONEN

FEHLHende ANERKENNUNG

ORGANISATIONALE BEDINGUNGEN

RESPEKT UND WERTSCHÄTZUNG DURCH DIE ORGANISATION

ZUSAMMENFASSUNG

ABLAUF DER DISKUSSIONEN

AUSWERTUNGSVERFOLGSZESS

TEILNEHMERINNEN
Fortbildung, Supervision ............................................................................................................................... 42
Führungsverhalten ........................................................................................................................................... 43
Umgang mit Missachtung und Grenzverletzungen der Pflege- und Betreuungspersonen auf institutioneller Ebene
........................................................................................................................................................................ 44
Unterstützung bei verbalen Übergriffen durch die Betreuten ................................................................. 45
Unterstützung bei sexuellen Übergriffen ................................................................................................. 46
Verantwortung der Organisation bei zu geringem Betreuungsausmaß .................................................. 47
Unterstützung bei drohendem Übersteigen der Belastungsgrenze ..................................................... 47
Internationale Studien zu Arbeitsbedingungen, die Würde erzeugen oder erhalten................................. 48

Zusammenfassung ........................................................................................................................................ 50
Forschungsfragen und Methodologie

Einleitung

Die Gruppendiskussionen, die im Folgenden beschrieben werden, fanden im Rahmen des Projekts Würde und Autonomie im Kontext der geriatrischen Langzeitpflege statt. Das Forschungsvorhaben wurde vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung finanziert und am Institut für Philosophie der Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft durchgeführt.

In der ersten Phase des Projekts sind relevante philosophische Konzepte über Würde und Autonomie hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf die pflegerische Praxis untersucht und durch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt worden. Im zweiten Teil hat Pfabigan in einer empirischen Studie die Sichtweise von gepflegten Personen und deren Angehörigen dargestellt.


**Forschungsfragen**


Die zentralen Fragestellungen für die Studie II lauten:

- Welche Vorstellungen haben in der geriatrischen Langzeitpflege tätige Personen von Würde und Autonomie?
- Decken sich die Vorstellungen der Pflegenden mit denen der gepflegten Personen, was Würde und Selbstbestimmung in den einzelnen Lebenssituationen heißt? (Haben sie die gleichen Bilder von Würde und Autonomie? Vergleich mit Teil I der Studie)
• Wie deckt sich die hohe Bedeutung, die die Befragten der Studie I der Würde zusprechen, mit der Bedeutung, welche die Pflegenden der Würde beiemessen? (Ist Würde Luxus oder Lebenselixier?)

• Wann ist die Würde und Autonomie der Pflegenden bedroht? Was brauchen Sie, um das Empfinden der eigenen Würde und Selbstbestimmung zu wahren?

• Welche Rahmenbedingungen braucht es aus der Sicht der Pflegenden und Betreuenden um den Pflegealltag für alle Beteiligten würdevoll und mit einem hohen Maß an Selbstbestimmung zu gestalten?

Methodologische und methodische Aspekte der Gruppendiskussion


Was allerdings eine Gruppe ist, darüber gibt es in der methodischen Diskussion unterschiedliche Vorstellungen. Unterschieden wird beispielsweise zwischen natürlichen Gruppen, die auch im Alltag bestehen und künstlichen Gruppen, welche zu Forschungszwecken nach bestimmten Kriterien zusammengestellt werden. (Vgl. Flick 2002, S. 172.) Eine weitere Differenzierung kann zwischen homogenen und heterogenen Gruppen stattfinden: „Bei homogenen Gruppen sind die Teilnehmer im Hinblick auf die Fragestellung in den wesentlichen Dimensionen miteinander vergleichbar, haben einen ähnlichen Hintergrund etc. Bei heterogenen Gruppen sollen die Teilnehmer in den für die Fragestellung relevanten Eigenschaften unterschiedlich sein.“ (Flick 2002, S. 172f)

Als qualitative Methode ist die Gruppendiskussion in methodologischer Hinsicht in jene Grundpositionen eingebettet, die bereits im Zusammenhang mit der Befragung der pflegebedürftigen Personen und deren Angehörige dargelegt wurde (vgl. Pflabigan 2010, S. 16f.). Diese werden nun speziell auf die Gruppendiskussion mit Lamnek (vgl. 1998, S. 50) zusammenfassend dargestellt:

- Ausgehend von der Prämisse, dass empirische Forschung in den Sozialwissenschaften immer Kommunikation ist, kann für die Gruppendiskussion gesagt werden, dass diese auf zwei
Ebenen stattfindet: auf der Ebene zwischen den Untersuchungssubjekten sowie auf der Ebene zwischen Untersuchungssubjekten und ForscherIn.

- In der Gruppendiskussion kann die Forderung den Forschungsprozess kommunikativ zu gestalten vorbildlich erfüllt werden, da hier im hohen Maße die alltäglichen Regeln der Kommunikation Berücksichtigung finden. Dies wiederum bietet eine relative Gewähr für realitätsgerechte Befunde.


- Der prozesshafte Verlauf, der qualitative Forschungsmethoden auszeichnet, wird durch den Diskussionsverlauf dokumentiert.


**Beschreibung der Gruppendiskussionen**

**TeilnehmerInnen**


Mithilfe der Kontakte, die in der vorhergehenden Projektphase geknüpft wurden, fanden sich vier Einrichtungen, die bereit waren, mögliche DiskussionsteilnehmerInnen unter den eigenen
MitarbeiterInnen anzusprechen und ihnen die Möglichkeit zu bieten, in der Dienstzeit an den Diskussionsgruppen über Würde und Autonomie teilzunehmen. Die Gruppendiskussionen fanden in Räumlichkeiten, die von stationären und ambulanten Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden, statt. Es handelte sich um Seminar- oder Sitzungsräume, die eine ruhige und ungestörte Diskussion ermöglichten und ausreichend Raum für die TeilnehmerInnen boten.

In den drei Gruppendiskussionen waren folgende Berufsgruppen vertreten: ÄrztInnen, diplomierte Pflegepersonen und PflegehelferInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, HeimhelferInnen, Zivildiener und eine ehrenamtlich tätige Person. An einer der drei insgesamt drei Diskussionen nahmen nur MitarbeiterInnen der ambulanten Pflege und Betreuung teil, in den beiden anderen Diskussionen waren die TeilnehmerInnen im stationären geriatrischen Langzeitpflegebereich tätig.


**Ablauf der Diskussionen**

Zu Beginn wurden die TeilnehmerInnen nach ihren Assoziationen zu Würde und Autonomie befragt, damit diese beiden Begriffe, die im Berufsalltag selten verwendet werden, für alle Diskutierenden fassbar werden. Die TeilnehmerInnen haben ihre Assoziationen auf Moderationskarten notiert und anschließend näher erläutert.


Der Ablauf wurde von Diskussion zu Diskussion etwas abgewandelt und die Anzahl der präsentierten Fallbeispiele reduziert, da sich zeigte, dass das ursprünglich geplante Programm etwas zu dicht war, sodass nicht genug Zeit für die freie Diskussion blieb.

Bei manchen der teilnehmenden Personen war zu Beginn der Diskussionen etwas Skepsis spürbar, ob eine Diskussion über Würde – einen Begriff, der im Alltag kaum verwendet wird und vielleicht etwas antiquiert anmutet – sinnvoll ist. Aber bald nach dem Einstieg in das Thema wurde den DiskussionsteilnehmerInnen vor allem anhand der Fallbeispiele deutlich, dass Würde, wenn auch im
beruflichen Alltag kaum thematisiert, alle Personen in der geriatrischen Langzeitpflege betrifft: sowohl die pflegebedürftige Menschen als auch die Angehörigen aller Berufsgruppen, die in diesem Bereich tätig sind. Es war zu beobachten, dass alle TeilnehmerInnen lebhaft bei der Sache waren und Freude an der intensiven Auseinandersetzung mit Würde und Autonomie empfanden. Dies wurde den ModeratorInnen auch am Ende der Diskussionen als Feedback mitgeteilt.

**Auswertungsprozess**


In einem ersten Durchgang werden nach Mayring inhaltstragende Textteile – das sind solche, die sich auf die konkrete Fragestellung beziehen – hervorgehoben. Es wurden daher Stellen im Text markiert, die auf die Würde hindeuten, ebenso wie die Textteile, in denen Fragen der Autonomie formuliert wurden. Danach wurden diese inhaltstragenden Textteile gesammelt, bedeutungslose Satzteile und Wiederholungen weggelassen, damit die Kernaussage stärker zu Tage tritt. Im folgenden Schritt wurden diese Aussagen paraphrasiert, das bedeutet auf eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte Form umgeschrieben. Diese Paraphrasen wurden danach einer erneuten Reduktion unterzogen. Hierbei spielt das Abstraktionsniveau der Aussagen eine Rolle. Liegt es unter einem - zuvor festgelegten - Niveau, müssen die Paraphrasen verallgemeinert werden. Liegt das Abstraktionsniveau

**Bedeutung der Würde und Autonomie im Umgang mit pflegebedürftigen, alten Menschen**

**Vorstellungen von Würde und Autonomie**

Die ersten drei Forschungsfragen der Studie II beziehen sich auf die Vorstellungen, die Pflegende von Würde und Autonomie haben und auf die Gemeinsamkeiten dieser inneren Bilder mit denen der pflegebedürftigen Menschen. In diesem Abschnitt soll auf die Merkmale von Würde, welche von den Pflegenden diskutiert wurden, eingegangen werden sowie auf die innere Haltung, die aus der Sicht der Betreuungspersonen für das Herstellen und Bewahren von Würde notwendig ist, und auf die Vorstellungen, die Pflegende mit der Autonomie verbinden.


**Definitionsmermale von Würde**

Die erste Annäherung an die Begriffe erfolgte über die Assoziationen zu Würde und Autonomie. Die Diskutierenden haben Respekt, Achtung, Anerkennung, Wertschätzung, Verständnis, Individualität und Freiheit als Termini, die sie mit der Würde assoziiert sehen, genannt.

Ein Diskussionsteilnehmer beschrieb die Schwierigkeiten, die er dabei hatte, den Begriff der Würde für sich zu fassen, in folgender Weise:

„Im Prinzip schwer zu erklären, weil’s wahrscheinlich genauso ein Gummiwort ist wie Lebensqualität, ohne richtige Definition.“ (GD3, 187)

Die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen sehen die Würde als universellen Anspruch – sie brachten zum Ausdruck, dass Würde jeder Person zukommt.

„Ich sehe das so, dass Würde eigentlich jedem zu jeder Zeit in jedem, sag ich mal, gewährt werden muss,... Ja, aber ich glaub Würde, die gehört jedem.“ (GD1, 375)

Die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen sehen die Würde als universellen Anspruch – sie brachten zum Ausdruck, dass Würde jeder Person zukommt.

„(...) das ist so, also ich muss eine würdevolle Haltung haben, um Mensch zu sein.“ (GD1, 376)

Ebenso wurde der Darstellungsaspekt von Würde angesprochen: die Diskutierenden waren der Ansicht, dass Würde nach außen verkörpert werden muss. Im Gegensatz zu einigen Aussagen der pflegebedürftigen Personen in der Studie I gingen sie jedoch nicht davon aus, dass Würde mit körperlicher Unversehrtheit verbunden sei.

„Es ist grad in unserem Beruf oft schwierig, wenn Menschen unter sich lassen, wenn Sie eine Erkrankung haben, die stark riecht, dass wir eben auch darauf achten, dass wir einerseits uns nicht abwenden, nicht wenn wir jetzt, das hie und da nicht vermeiden, aber eben auch darauf achten, dass unsere uns anvertrauten Menschen eben für andere so ästhetisch wie möglich sind, damit sie nicht abgelehnt werden von den anderen, dass sie ihre Würde bis zum Schluss behalten können.“ (GD1, 181)

Die Teilnehmerin spricht an, dass manche Erkrankungen wie z.B. die Inkontinenz dazu führen können, dass die betroffenen Menschen weniger Kontakte zu ihren Mitmenschen haben, weil sich die Umgebung von dem Geruch, der durch die mangelnde Kontrolle über die Ausscheidungen entsteht, abgestoßen fühlt. Sie sieht die Aufgabe der Pflege darin für die Ästhetik zu sorgen, zum Beispiel dafür, dass unangenehme olfaktorische Reize beseitigt oder minimiert werden, damit die Würde der inkontinenten Personen nicht dadurch verletzt wird, dass andere Menschen sie ablehnen und meiden.

„Sei’s jetzt auch die Räumlichkeiten, nicht, oft kommen Besucher zu uns herein und sagen: ‘Wau, da stinkt’s so.’ Wir sind da drinnen und wir riechen’s oft nicht mehr und ich find’ das ist
dass ich die jetzt entschuldigen will die reinkommen und sagen: ‘Wäh, da stinkt’s, da komm ich nimmer mehr her.’, aber wir müssen uns auch danach richten, dass es für andere nicht das Normale ist, nicht der normale Alltag. Weil wir bewirken ja nur das Gegenteil, da kommt der andere nicht mehr herein. Also die Ästhetik ist für die Würde des Menschen auch ein wichtiger Aspekt.” (GD1, 190)

Die DiskussionsteilnehmerInnen erörterten den sozialen Aspekt der Würde und äußerten die Ansicht, dass gerade im Umgang mit alten, pflegebedürftigen Menschen deutlich zutage trete, dass die Würde in sozialen Situationen bewahrt oder eben auch verletzt werden kann.

„Und, bei uns fällt es halt, ist es zum Beispiel besonders wichtig, oder da fällt es so sehr auf, weil wir, ein würdeloser Umgang, der fällt sofort, das ist, das sieht man sofort.” (GD1, 379)


**Gegenseitiger Respekt, Verstehen und Vertrauen**

Die DiskussionsteilnehmerInnen waren sich einig, dass bei Behandlung, Pflege und Betreuung der gegenseitige Respekt eine bedeutsame Rolle spielt. Wie im Theorieteil dieser Studie bereits dargelegt, kommt Würde dann zustande, wenn Menschen einander mit Respekt begegnen (vgl. ebenda).

„Intimphäre und Respekt, das ist das Um und Auf der zwischenmenschlichen Beziehung und auch in der Würde, dass man gegenseitig voreinander Respekt hat, beide Parteien in einem Pflegeprozess, sowohl der Pfleger, der Pflegende als auch, dass ich voreinander Respekt hab. Es wird der Würde des Menschen nicht zuträglich sein, wenn der zu Pflegende keinen Respekt hat, weil da entstehen dann auch Situationen, die nicht schön sind, oder umgekehrt. Also Respekt ist ein (Roh-?) Baustein sämtlichen würdevollen Handelns.“ (GD3, 302)

„Respekt bedeutet für mich, (...) Anerkennung des Individuums in seiner Eigenverantwortlichkeit, in seiner Eigenheit, aber auch in Rücksichtnahme auf meine Eigenheiten.“ (GD2, 90)


„Zuhören, Respekt und Toleranz, Biografie auch, glaub ich und Verstehen. (...) Und für mich ist Respekt sowie zuhören bei Dementen oder auf Gesichtsmimik achten, ist für mich als Pflegeperson von großer Wichtigkeit, weil wie geh ich mit solchen Menschen um. Oder, wenn sich jemand nicht mehr verbal äußern kann, dass ich dann als Pflegeperson beobachte und Situation beschreibe und mich auch mit wissenschaftlichen Studien auch beschäftige und (...) bei Bewohnern, die Verhaltenstörungen haben, was sehr oft in letzter Zeit vorkommt auf der Station, dass ich mich damit auseinandersetze, um Leute besser verstehen zu können.“ (GD2, 270)

Ein Diskussionsteilnehmer hat den Aspekt des Vertrauens angesprochen und die Bedeutung der Gegenseitigkeit betont.
„Dass man eben vertrauen kann, anderen, und auch selber Vertrauen schenkt den alten Leuten, reden, anvertrauen Sachen.“ (GD1, 222)

Im Zitat wird deutlich, dass dem Sprecher der Akt des Vertrauen Schenkens wichtig ist, der in den Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten genauso wie in allen anderen zwischenmenschlichen Beziehungen eine Rolle spielt.

**Mitgefühl und gleiche Rechte als zwei Aspekte von Menschlichkeit**

Als eine weitere Voraussetzung für das Wahren der Würde nannten die Diskutierenden die Menschlichkeit. Sie führten zwei unterschiedliche Aspekte an, die sie mit Menschlichkeit verbunden sehen: einerseits den pflegebedürftigen Menschen mit Mitgefühl und „Herz“ zu begegnen und andererseits dem Gegenüber dieselben Rechte zuzugestehen wie sich selbst.

„Mit Herz, auf jeden Fall mit Herz, mit Gott.“ (GD3, 633)

„Der Klient ein Herz und ich ein Herz, kommen wir beide eben auf ein gewisses Ziel, ich verbind’ das auch mit Menschlichkeit, ned?“ (GD3, 749)


„Das Mitleid oder das Mitgefühl, so tief ist das nicht, glaub ich. (...) Von den privaten Menschen draußen, glaub ich, sie haben mehr Mitleid als wir in diesem Beruf. Und ich spreche auch von meiner eigenen Erfahrung, wenn ich ins Spital komme, (...) die sind kalt bis zum Gehnichtmehr, die haben kein Mitleid und Mitgefühl, gibt’s nicht. Ich treffe damit überhaupt nicht, mit Mitleid und Mitgefühl. Na gut, Mitleid brauch ich nicht, Mitgefühl manchmal wäre nicht schlecht, aber es kommt nicht von außen.“

Auf die Frage der Moderatorin, wie es ihr als Pflegeperson denn gehe, wenn sie in ein Krankenhaus komme und von den Angestellten kein Mitgefühl erfahre, antwortet sie:

„Sie meinen von einer Kollegin? Ganz schlecht, ich kann, am liebsten würde ich was sagen, ja, weil ich selber, bin ich nicht so, ja?“ (GD3, 1335)

Benner (1997) nennt die emotionale Kälte, die im Zitat beschrieben wird, „Verlust der Sorge“ und meint, es handle sich dabei um ein Symptom von Burnout: „Es ist ein moderner Irrtum anzunehmen, dass die Sorge die Ursache des Burnouts sei und die Heilung darin bestünde, sich vor der Sorge zu

Der zweite Aspekt von Menschlichkeit war nach Meinung der DiskussionsteilnehmerInnen die Bedeutung der gleichen Rechte. Für die Würde sei es notwendig, dem Gegenüber dieselben Rechte zuzugestehen wie sich selbst.

„Also im Sinne der Menschlichkeit, (...) dieser Satz, den man Kindern so oft mitgibt: „Was Du nicht willst, das man Dir tu, das fügt auch keinem andern zu.“ Also sozusagen, Umgang, wie ich’s für mich selber in Anspruch nehmen wollte, dass ich im Rahmen meiner Menschlichkeit auch anderen Menschen diesen Zugang ermögliche. Unter diesem Aspekt hab ich das gemeint.“ (GD2, 375)

Zeichen der Wertschätzung


Die TeilnehmerInnen versuchen, die Perspektive der betagten Menschen einzunehmen und diskutieren darüber, was diese aus ihrer Sicht benötigen, um die Würde zu wahren. Als Ausdruck der Wertschätzung sehen die DiskutantInnen zum Beispiel die Tatsache, dass pflegebedürftige Personen mit vollem Namen angesprochen werden und ihre Wünsche – wenn sie auch oft nicht erfüllbar sind – wenigstens gehört werden.

„Ich glaub, das ist ein Grundbedürfnis von jedem Menschen, dass er wertgeschätzt wird. Und von dem her gehört das für mich einfach zur Würde dazu.“

„Woran (...) erkennt man das, dass man wertgeschätzt wird?“

„Ja, sicher mit, mit Respekt, dass einfach meine Wünsche gehört werden, und dass sie nicht einfach so abgetan werden, sondern – auch wenn sie nicht erfüllbar sind, das kann ja sein, aber dass sie gehört werden und verstanden werden ist schon viel.“ (GD2, 459)
„Also wirklich mit dem richtigen, dem vollen Namen. Namen, denk ich mir, ja es ist, wär mir auch sehr wichtig, wenn man sich meinen Namen ewig nicht merkt, wär ich wahrscheinlich schon angefressen, dem anderen gegenüber.“ (GD1, 310)

In diesem Zusammenhang wurde auch das Ansprechen mit „Sie“ als Zeichen einer respektvollen Haltung gegenüber der anderen Person beschrieben.

„Ja, schon allein das ‚Du‘ und ‚Sie‘, das ist auch schon so.“ (GD2, 421)

Wertschätzendes Verhalten beschreiben die DiskussionsteilnehmerInnen weiters mit Ernstnehmen der anderen Person, einem liebevollen Umgang, der sich in Lächeln, Zuhören, Eingehen auf den anderen und Hilfsbereitschaft ausdrückt. Auch körperliche Berührung kann ein Zeichen der Wertschätzung sein.


In der Studie I haben einige der gepflegten Personen im Interview ihren Wunsch nach Zuneigung und Liebe zum Ausdruck gebracht, und auch in den Gruppendiskussionen wurde aufgezeigt, dass sich einige der pflegebedürftigen Menschen nach körperlicher Berührung als Zeichen von Wertschätzung sehnen. Wie bereits beschrieben ist jedoch das Verhältnis zwischen betreuten und betreuenden Personen von einem Ungleichgewicht der Machtverhältnisse geprägt, und die TeilnehmerInnen der Diskussionen sahen es daher als ihre Aufgabe, sich in die Situation des Gegenübers einzufühlen und so das richtige Maß bei der körperlichen Annäherung zu finden.

„Da ganz sensibel darauf eingehen müssen, wie es für den anderen wirkt. Ich hab so ein Bild vor mir, ich kenn‘ eine Stationsleitung, die, ah, wenn sie am Gang geht, fast jedem Bewohner immer sehr nahe kommt und da obuselt und streichelt und so, dann merk ich irgendwie, das ist...“ Die Moderatorin fragt, ob das Beobachten der Situation Unbehagen auslöst. „Ja, genau. Vielleicht passt‘s in manchen Situationen, aber ich bin mir nicht sicher, ob das alle so wollen. Und das ist ein Brechen dieses schmalen Grats, der da nicht erkannt wird, offensichtlich.“ (GD2, 395)

„Das ist ja mitunter wirklich eine Gratwanderung. Die Zuneigung doch zeigen und wiederum die Distanz zu wahren.“ (GD2, 392)
Gerade bei Personen, die sich nicht mehr verbal äußern können – wie bei demenzkranken oder sterbenden Menschen – benötigen die betreuenden Personen neben einer hohen Sensibilität auch eine gut geschulte Beobachtungsgabe, um erkennen zu können, wie viel Maß an Nähe oder Distanz in der individuellen Situation vonnöten ist.

„Wie schwierig es oft ist die Grenze zu erkennen, wenn derjenige sie nicht mehr zeigen kann, dass ich da auf kleinste Dinge achte.“ (GD2, 319)

Akzeptanz

Die innere Haltung der Akzeptanz bedeutete für die DiskussionsteilnehmerInnen, die Individualität einer Person mit all ihren Eigenschaften und Defiziten anzunehmen.


Wie schon im Zusammenhang mit dem Respekt wird die Reziprozität betont. Nicht nur der älteren Generation soll mit Wohlwollen und mit Toleranz begegnet werden, auch die in der Langzeitpflege tätigen Personen erwarten vom Gegenüber, in ihrer Individualität angenommen zu werden.

„Und die Akzeptanz?“

„Des Gegenübers mit allen seinen Macken, Vorlieben, nur auf das hinauf kann eine zwischenmenschliche Beziehung überhaupt funktionieren, sei’s im Privaten, sei’s im Pflegebereich, irgendwo.“ (GD3, 309)


Ruhe und Geduld

Pflegebedürftige Menschen sind in ihren täglichen Verrichtungen meist langsamer als andere Menschen. Wenn die Hilfe von Pflegepersonen auf eine Art und Weise geschehen soll, die die alten
Menschen nicht entwürdigt, müssen die Pflegenden auf die besonderen Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Die DiskussionsteilnehmerInnen äußerten die Ansicht, dass im Umgang mit alten, pflegebedürftigen Menschen Ruhe und Geduld und das Zeitnehmen bedeutsame Faktoren sind.

„Dass ich eben auch mir Zeit nehme. (...) ruhig, Zeit, Geduld, grad bei den alten Menschen braucht man das.“ (GD1, 166)

**Intimsphäre und Taktgefühl**

Weiters wiesen die DiskussionsteilnehmerInnen darauf hin, dass beim Ausüben von pflegerischen Tätigkeiten, die in die Intimsphäre der Betreuten eingreifen, besonders taktvolles Verhalten nötig ist, um die Grenzen der pflegebedürftigen Person nicht zu verletzen und deren Würde zu wahren.


Verhaltensweisen, die von Feinfühligkeit und Takt geprägt sind, wurden auch in den Interviews im Teil I dieser Studie von den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen als eine Form des Umgangs erlebt, welche das Gegenüber würdigt. Wenn pflegende und betreuende Personen sich auf diese Weise verhalten, kann die Würde auch bei der Hilfestellung bei intimsten Verrichtungen gewahrt bleiben.

**Autonomie als würdebewahrendes Element**

Entscheidungsfreiheit

Die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen haben die Entscheidungsfreiheit als bedeutsamen Faktor für die Würde der pflegebedürftigen Menschen bezeichnet. Die Diskutierenden haben zur Sprache gebracht, dass sie es als ihre Aufgabe sehen, den von ihnen betreuten Personen aktiv die Gelegenheit zu schaffen, aus verschiedenen Alternativen wählen zu können.

„Und da fällt mir wieder ein dazu, dass eigentlich nur dann Würde gegeben ist, wenn ich jemandem auch Möglichkeiten gebe sich zu entscheiden, also eine Wahl zu treffen. Wenn ich ihm jetzt nur eine Sache anbiete, dann ist das ist kein würdevoller Umgang.“ (GD2, 153)

„Der Versuch, noch eine weitere Entscheidungsmöglichkeit reinzuholen, das wär für mich auch ein Aspekt der Würde. (GD2, 151)

Sie wünschen sich auch, dass der Entscheidungsprozess und das Aufspüren neuer Lösungen immer weitergeführt werden, damit es nicht zu einem Stillstand in der Betreuungssituation kommt.

„Ja. Ich wüd’ mir wünschen, dass es nicht nur eine Entscheidung gibt, sondern dass immer neu überlegt wird, was gemacht wird.“ (GD 2, 233)

Im folgenden Zitat wird deutlich, dass es mitunter eines Perspektivenwechsels der behandelnden und pflegenden Personen bedarf, um neue Entscheidungsmöglichkeiten aus scheinbar ausweglosen Situationen, in denen ÄrztInnen und Pflegepersonen wenig Spielraum haben, zu schaffen.

„Es gibt mal die Einbahnsituationen, wo’s nichts anderes mehr gibt, aber ich denke, manchmal sind wir so mit Scheuklappen unterwegs in eine Richtung, und sehen gar nicht, dass es noch eine andere Möglichkeit gibt. Und dann zurücktreten (...) vielleicht kann man noch etwas anderes auswählen.“ (GD2, 153)


„Wir haben in unserem mobilen Team jeden Tag eine Mittagsbesprechung, da kommen alle die von den Einsätzen zurück und wir nehmen uns diese Zeit – meistens eineinhalb Stunden – das kostet viel Personalkapazität und Zeit, aber da passiert es hoffentlich nicht, dass gedankenlose Entscheidungen getroffen werden. Weil nicht nur eine Person sich selber in
Reflexion gibt, ist das okay, wenn ich das mache, sondern da sitzen dann acht Leut’, und wenn jetzt einer einen Vorschlag hat, dann kommen vielleicht Einwände, so können wir nicht umgehen, das können wir nicht tun.” (GD2, 775)


Demenzkranke Menschen können ihre Wünsche oft nicht mehr verbal äußern, machen aber durch ihr Verhalten deutlich, dass sie bestimmte Pflegemaßnahmen ablehnen. Die Sprecherin im nächsten Zitat zeigt auf, dass es bei der Pflege wichtig ist, bei deutlicher Abwehrhaltung einer demenkranken Person nicht darauf zu bestehen, dass in der Planung festgeschriebene Pflegemaßnahmen unbedingt durchzuführen, sondern den KlientInnen oder BewohnerInnen Freiräume für eigene Entscheidungen zu belassen.

„Und es kommt sehr oft vor, dass wir zwar Pflegeanamnese schreiben, da haben wir Pflegemaßnahme duschen einmal in der Woche, waschen, pflegen, und dass das sehr wohl jedem überlassen wird ob er das annimmt oder nicht von den Dementen. Warum wehrt sich jemand täglich in der Früh, weil er täglich in der Früh nicht gewaschen sein möchte, dass das auch akzeptiert wird. Und da gehen sehr oft die Verhaltensstörungen zurück oder sie treten nicht mehr auf, kratzen, beißen und so weiter.“ (GD2, 301)

18

Ein Diplompfleger beschreibt in der Gruppendiskussion, dass er in der Betreuungssituation die Schwierigkeiten anspricht, die es manchen weiblichen KlientInnen macht, von einem Mann gepflegt zu werden, und dass er auf die Einwilligung der pflegebedürftigen Person wartet. Die Frage, wie er einmal die Zustimmung einer Klientin erreicht hat, bei der er einspringen musste, und die „ein Waschritual ein regelrechtes, wo nur Frauen zugelassen worden sind“ (GD3, 259) von den Pflegepersonen verlangt hat, kann er nicht beantworten, da das Ereignis schon zu lange zurückliegt. Er meint dazu lapidar „Es kommt auch drauf an, wer’s macht und wie man’s macht“ (GD3, 262). Er hat mit seinem Verhalten erreicht, dass „die gesagt hat, ich kann ohne weiteres wieder kommen“(GD3, 261). Möglicherweise hat er mit seiner Haltung, die von großem Verständnis für die pflegebedürftigen Menschen geprägt ist, erreicht, dass die Klientin in dieser Atmosphäre des Verstehens und des Nicht-Aufdrängens keinen Druck verspürte, und dass sie sich bewusst war, dass die Entscheidung, ob sie die Körperpflege von diesem Pfleger durchführen lässt, tatsächlich bei ihr selbst liegt. Der Diplompfleger war überzeugt, dass es „Leute mit Erfahrungen im vorigen, früheren Leben (gibt), wo’s dann überhaupt nicht geht, dass ein Mann irgendwo hingreift oder was, also, (das) wär dann auch zu erörtern und zu respektieren“(GD3, 263). Er betont, dass er keinen Druck ausübt und die KlientInnen die Entscheidung treffen.

„Ich zwing den Leuten nix auf, ich erklär ihnen, wie’s ausschaut, sage nur, dass ich das jetzt nicht mache, weil’s mir viel Spaß macht, also einfach [...] von Berufs wegen, sie brauchen sich vor mir auch wegen nix genieren. Irgendwann, manchmal erwisch man einen Punkt, oder einen Menschen, der einwilligt und sagt ,Probieren wir’s einmal, schau’n wir einmal’ oder es geht einfach nicht, dann geht’s nicht. Wie ich das vor zwei Jahren geschafft hab, das mit dieser Dame, die eigentlich Männer überhaupt nicht zulassen hat, dann auf einmal lassen hat und gemeint hat, ich kann wiederkommen, dürfen’s mich nicht fragen. Zu lange her.“ (GD3, 271)

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass die Entscheidung, sich nicht von einem Diplompfleger waschen zu lassen, wenn dieser überraschend statt einer weiblichen Pflegeperson zu
einem Einsatz zu einer Klientin nach Hause kommt, bedeuten kann, dass die pflegebedürftige Person an diesem Tag überhaupt nicht gewaschen werden kann. Die Klientin hat in diesem Fall also nur die Wahl zwischen zwei Alternativen, die beide ein gewisses Ungemach bedeuten.

**Selbstständigkeit**

Neben der Entscheidungsfreiheit wurde die Autonomie in den Gruppendifkusisionen mit Selbstständigkeit in Zusammenhang gebracht. Wie die pflegebedürftigen Menschen in der Studie I, die den Erhalt der Fähigkeit, ihren Alltag größtenteils selbst zu bewältigen, sehr hoch schätzten, sehen es auch die Pflegenden als eine der vordringlichsten Aufgaben in der Pflege alter Menschen, deren Selbstständigkeit zu erhalten und zu fördern.

„Wir sind in der Hauskrankenpflege eigentlich nur dazu da, so weit den Leuten zu helfen, wie weit sie’s brauchen, um ihre Eigenständigkeit zu Hause wiederzuerlangen oder zu erhalten, den Level, den sie gerade haben. Das bringt nix, wenn wir Leute irgendwie overrulen, wenn wir drüberfahren und die Leute noch schlechter machen, als sie eigentlich sind, also das ist auch gegen sämtliche Menschenwürde in meinen Augen, dass man Leute dann irgendwie abhängig macht.” (GD3, 285)

Hier findet sich erneut eine hohe Übereinstimmung zwischen der Meinung der Pflegenden und der pflegebedürftigen Menschen, was die Bedeutung der Autonomie betrifft. Beide Gruppen sehen die Autonomie als eine bedeutsame Voraussetzung für ein würdevolles Dasein.

**Grenzen der Freiheit**


Die BewohnervertreterInnen haben jederzeit das Recht, die freiheitseinschränkenden Maßnahmen und deren Dokumentation zu überprüfen. (Vgl. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen [Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG].)

In den Gruppendifkusisionen wurde das Thema der Freiheitseinschränkung angesprochen und kritisch beleuchtet. Die Diskutierenden haben eingeräumt, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen manchmal notwendig sind, sie haben aber auch die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen eingenommen und diesen „ein Recht auf Sturz“ zugesprochen. In der Bewegungsfreiheit
eingeschränkt zu werden, sehen professionell in der Langzeitpflege Tätige als massive Einschränkung der persönlichen Freiheit, die starke Emotionen hervorrufen und sie plädieren für einen behutsamen Umgang mit solchen Maßnahmen.

„Freiheit, Menschen die zeigen, hier könnt ihr dabei sein, aber der Rest ist schon meins […] diese Freiheit so oft verloren geht in Institutionen. […] ich denk jetzt mal an die notwendigen freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die notwendig sind, aber was bedeuten die für diesen Menschen […], zu Hause hat man kein Bettgitter, zu Hause stürzt dieser Mensch auch in der Nacht, während er eben die Dinge macht, die er hier nicht darf […], also diese Frage Freiheit und Würde, da muss man schon sehr vorsichtig sein. Ich hab das Gefühl, dass […] freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Situationen notwendig erscheinen, auch verordnet werden, aber manchmal denk ich mir, ich würde mich vielleicht sehr eingeschränkt fühlen in meiner Freiheit, so es auch notwendig ist, aber da ist eine ethische Ambivalenz, das gibt Sicherheit für mich selber, schützt vor Verletzung und auch das Personal vor Komplikationen, aber wie verdammt ärgerlich muss es sein, wenn ich aufstehen möchte, und ich komm da nicht drüber. [...] macht mich dann doch wütend, dass ich jetzt beschnitten werde.” (GD2, 208)

In Fällen von Selbstgefährdung verändert sich also die Grenze der persönlichen Freiheit. In einer der Diskussionen wurde von einem alkoholkranke Mann berichtet, der an Bluthochdruckkrisen litt. Um ihn vor einem Schlaganfall zu schützen, meinte die ihn betreuende Pflegeperson, dass sie ohne die Einwilligung des Mannes eingreifen und dessen Bierkonsum einen Riegel vorschieben müsse. Die Pflegeperson war der Ansicht, in die persönliche Freiheit des Mannes eingreifen zu müssen, um weitere Blutdruckkrisen und einen möglichen Schlaganfall zu verhindern. Sie meinte, der Schlaganfall stelle einen größeren Würdeverlust dar als die drastische Reduktion des Alkoholkonsums, da er zu bleibenden Lebenseinschränkungen (wie Lähmung, Immobilität, Sprachstörungen etc.) führen kann.

„Genauso wie ich in der Langzeitpflege manchmal drüberfahren, wenn ich zum Beispiel denk, bei Alkoholikern, mit einem Zusammenhang, zum Beispiel, mit regelmäßigen Blutdruckkrisen, also wirklich arge Krisen, wo’s dann geht um 200 zu 120 oder mehr und der Bierkonsum. Da muss ich einfach drüberfahren und sagen, okay, da ist meine Akzeptanz, das ist jetzt erschöpft, ich kann ihm seinen Willen nach einem Bier oder zwei, drei Bier am Tag nicht mehr lassen, weil sonst seh’ ich den Zustand gefährdet, den er hat und ist er eigentlich in seiner Würde beschnitten, wenn er dann nimmer umherrennt oder im Bett liegt und komplett von uns abhängig ist. Also ich muss da sehr wohl Einschnitte machen auch.” (GD3, 794)

Hier stellt sich natürlich die Frage, inwieweit Pflegende die Verantwortung für KlientInnen übernehmen dürfen, die sich mit ihren Handlungen selbst gefährden. Leider fehlen in der Beschreibung dieses Falles einige Informationen (War der Klient beschwältet? In welcher Weise ist die Pflegeperson „drübergefahren“? Steht der Bierkonsum mit den Blutdruckkrisen nachweislich in
einem ursächlichen Zusammenhang? War der Klient dazu in der Lage, sich alleine Alkohol zu beschaffen oder bat er die Pflegeperson beim Einkauf Bier mitzubringen? etc.), sodass er nicht in allen Details beleuchtet werden kann.

Einerseits wird also in den Diskussionen gesagt, man dürfe pflegebedürftige Menschen nicht „overrule“ und nicht über sie „drüberfahren“, das sei „gegen sämtliche Menschenwürde“ (GD3, 288) und andererseits erleben sich die betreuenden Personen als verantwortlich, wenn sie den Eindruck haben, dass die KlientInnen oder BewohnerInnen nicht in der Lage sind, die Folgen ihrer Handlungen abzuschätzen. Im Fall der Freiheitseinschränkungen, die zum Schutz der Person oder ihrer Umgebung manchmal notwendig sind, gibt es für den stationären Bereich klare gesetzliche Regelungen (Heimaufenthaltsgesetz, Unterbringungsgesetz), deren Einhaltung von den BewohnervertreterInnen oder von PatientenanwältInnen und Richterinnen überprüft wird.

Im ambulanten Bereich ist die betreuende Person in der Regel allein vor Ort und muss Entscheidungen treffen, die, wenn sie nicht ausreichend überlegt werden, die Würde der betreuten Personen verletzen können. Hier braucht es Strukturen, die den in der ambulanten Pflege und Betreuung Tätigen ermöglichen, sich auszutauschen und die Meinung anderer einzuholen, denn „da passiert es hoffentlich nicht, dass gedankenlose Entscheidungen getroffen werden“ (GD 2, 778).

(Pflege-)wissenschaftliche Untersuchungen zur Würde


<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegende</th>
<th>PatientInnen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>respect</td>
<td>respect</td>
</tr>
<tr>
<td>privacy</td>
<td>privacy</td>
</tr>
<tr>
<td>control</td>
<td>control</td>
</tr>
<tr>
<td>advocacy</td>
<td>choice</td>
</tr>
<tr>
<td>time</td>
<td>humour</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>matter-of-factness</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Walsh/Kowanko 2002)


Chochinov weist auf die hohe Bedeutung der inneren Einstellung („A“ steht für Attitude) der Pflegenden hin. Er zeigt auf, dass die Art und Weise wie Pflegende die pflegebedürftigen Menschen betrachten, auf deren Wahrnehmung der eigenen Würde Einfluss hat. Die Einstellung der Pflegenden und ihre Gedanken über die betreuten Personen bestimmen das Verhalten der Pflegenden und damit auch die Art und Weise, wie die betreuten Personen sich selbst wahrnehmen.

„In other words, patients look at healthcare providers as they would a mirror, seeking a positive image of themselves and their continued sense of worth. In turn, healthcare providers need to be aware that their attitudes and assumptions will shape those all-important reflections.“ (Chochinov 2007, S. 185)

Chochinov zeigt in seiner Aufstellung würdeerhaltender Bedingungen auf, welch hohe Bedeutung das Verhalten der Personen hat („B“ steht für Behavior), die mit pflegebedürftigen Menschen umgehen:

Das Mitgefühl wird von Chochinov als weiteres bedeutsames Element von würdeerhaltender Pflege genannt („C“ steht für Compassion). Chochinov weist darauf hin, dass die Einstellung und das Verhalten vom Intellekt gesteuert werden können, das Mitgefühl jedoch einer Fähigkeit bedarf, die er mit „deep awareness of the suffering“ beschreibt, und die er an den Wunsch gekoppelt sieht, das Leiden des Anderen zu lindern. Manche Menschen besäßen Mitgefühl als natürliche Haltung, bei anderen entstehe es langsam durch die Lebenserfahrung, die Erfahrungen im klinischen Alltag und durch das Wahrnehmen der Tatsache, dass wir angesichts des Alters und der vielfältigen Unsicherheiten des Lebens alle verletzbare Menschen sind.


Neben Studien, die sich damit auseinandersetzen, wie Würde aufrechterhalten werden kann, wurde auch untersucht, unter welchen Umständen die Würde verletzt wird. Jonathan Mann hat in einer „Taxonomy of dignity violations“ folgende Tatsachen als besonders verletzend bezeichnet:
- Nicht gesehen werden: wenn eine Person von anderen ignoriert, nicht angesprochen wird, der Blickkontakt mit ihr nicht gesucht wird.

- Nur als Mitglied einer Gruppe wahrgenommen werden, nicht als Individuum.


**Zusammenfassung**

Verhaltensweisen erwarten die Pflegenden nicht nur von sich selbst, sondern auch von den pflegebedürftigen Personen. In den Diskussionen haben die Pflegenden aufgezeigt, dass Würde in sozialen Situationen bewahrt, aber auch verletzt werden kann. Wie verletzlich auch die Würde der Pflegenden bei ihrer Tätigkeit ist, soll der nächste Abschnitt zeigen.

**Würdeverletzungen – Missachtungserfahrungen – Grenzverletzungen**

**Vorkennen des Tätigkeitsbereiches**

Pflegebedürftigen Personen sind die unterschiedlichen Aufgabenbereiche der einzelnen Berufsgruppen (z.B. diplomierte Pflegepersonen, PflegehelferInnen, HeimhelferInnen) oftmals nicht bekannt. Es können sich Missstimmigkeiten ergeben, wenn die BewohnerInnen Hilfestellungen von einer Person verlangen, die nicht zu den beruflichen Aufgaben ihrer Berufsgruppe gehört. Die MitarbeiterInnen ambulanter Dienste erscheinen den pflegebedürftigen Menschen möglicherweise unwillig, wenn sie solche Hilfestellungen verweigern. Sie dürfen aber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nur bestimmte Tätigkeiten ausführen (z.B. ist die Medikamentenverabreichung den diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vorbehalten) und ihren Kompetenzbereich nicht überschreiten.

Die pflegenden und betreuenden Personen erleben sich oft als „Sklaven“, und sehen dies als respektlos und ihre Würde verletzend, wenn sie den Eindruck haben, das Gegenüber meint, ihnen jede beliebige Aufgabe aufbürden zu können.

„Respekt dem Pflegepersonal gegenüber. Die Klienten vergessen oft, dass wir keine Sklaven sind und irgendwelche Einkäufer und-und-und, und dass wir diverse Aufgabenbereiche haben, und das muss man oft dem Klient wirklich klar sagen, dass man eben dazu da ist, dass er eben gut gepflegt wird und dass es ihm gut geht, und dass man eben auch akzeptiert werden (will), und dass der Respekt eben da ist.“ (GD3, 360)

**Mangelndes Verständnis für berufliche Notwendigkeiten seitens der Betreuenden**

In der Hauskrankenpflege kommt es immer wieder zu unerwarteten Ereignissen und Verzögerungen. Wenn zum Beispiel eine Pflege- oder Betreuungsperson KlientInnen in einem bedrohlichen körperlichen Zustand vorfindet, muss sie einen Arzt oder die Rettung herbeirufen und so lange anwesend bleiben, bis der Klient versorgt ist. „Manchmal brauchst länger beim Klienten, da kannst nicht einfach gehen.“ (GD3, 1510) Durch solche Zwischenfälle verzögern sich die nachfolgenden Einsätze bei den weiteren KlientInnen, und diese zeigen oft wenig Verständnis, wenn die Pflegenden später erscheinen. Bei einer Gruppendiskussion entspann sich ein Dialog zwischen zwei TeilnehmerInnen über das verspätete Eintreffen bei KlientInnen, das bei manchen Betreuten starken
Unmut auslöst und zu negativen Reaktionen führt: „Manche behandeln dich ja schon...“ (GD3, 1505). Eine Teilnehmerin imitierte eine Klientin: „Wo sind sie denn? Wir warten schon zwei Stunden!“ und fügte dann hinzu: „Die wissen aber nicht, was vorher war, dass wir einen Rettungseinsatz gehabt haben.“ (GD3, 1507) Die betreuenden Personen können nur während der Büroöffnungszeiten der Einsatzzentrale die dort zuständige Person darum bitten, dass die KlientInnen, die bei nachfolgenden Einsätzen betreut werden sollen, verständigt werden. Handelt es sich um einen Einsatz am Abend oder am Wochenende, können diese nur von der betreuenden Person selbst davon in Kenntnis gesetzt werden, dass sie verspätet eintrifft. Während eines Notfalls Telefonate zur weiteren Einsatzgestaltung zu führen, stellt jedoch eine sehr große Herausforderung dar.

Rechtliche Kompetenzeinschränkungen


„Wir müssen halt leider oft telefonieren, auch mit Ärzten, ja? Und das ist für mich egal: Ich bin jetzt im Dienst und ich hab grad mein Kaffee getrunken, das hört man sich so, ja? Das ist mir – bist du da draußen – egal (…), was du da machst. Wir müssen oft nach Hilfe schreien, ja, weil wir sind draußen alleine, wir sind nicht im Spital, dass ich klopfe (macht Klopfgeräusch), Herr Doktor, kommen Sie kurz’, sondern ich muss am Abend um 20 Uhr nach Hilfe schreien. Blutzuckerprobleme, zum Beispiel, ja, Koma.“ (GD3, 1337)

Im folgenden Zitat beschreibt eine Pflegeperson, die in einem Notfall eine ärztliche Anordnung für ihr Handeln benötigte und die Rettung rief, sodass die Rettungsmannschaft ihr fachliches Wissen in Frage stellte, weil sie keine eigenmächtige Dosierung vornahm. In diesem Fall blieb ihr also die Wahl zwischen der Herabsetzung durch die Rettungsleute und rechtswidrigem Handeln ohne ärztliche Anordnung.

„Aber manchmal ist die Rettung gekommen: ‚Sind Sie doch eine Diplomschwester, oder, kennen Sie sich nicht aus?’ Wir dürfen uns nicht einmal auskennen, dürfen dort gar nix
machen, ich kann nicht eine Einheit (gemeint ist eine Insulineinheit) weniger geben ohne ärztliche Anordnung.“ (GD3, 1343)

Wegen des Migrationshintergrundes abgelehnt werden

Manche pflegebedürftige Menschen stellen den Anspruch, nur von Personen betreut werden zu wollen, die aus Österreich stammen. Die Vereine, die in der mobilen Pflege tätig sind, beschäftigen eine zunehmende Zahl von MitarbeiterInnen, die nicht in Österreich geboren sind und können auf solche Bedürfnisse keine Rücksicht nehmen.

Die MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund werden von manchen KlientInnen mit einer massiven Feindlichkeit konfrontiert oder sogar beschimpft.

„Die werden oft massiv angegriffen, also ich hab das nicht einmal erlebt, dass man bei Klienten reinkommt, und das erste Wort zur Begrüßung: ‘San Sie a Inländer, aner von unsere?’ (...) Da hab’ ich gesagt, ich kann nimmer hingeBen, weil der fangt an zum Schreien, ich komm eine halbe Stunde zu spät: ‘Der, der das einTheit, ist sicher a Ausländer.’ ‘Warum?’ ‘Na, des is sicher a Ausländer, die loss ma jo olle eine.’ [...] Bis hin zu Bezeichnungen von Kolleginnen von mir als Pollacken.“ (GD3, 1553)

„Da muss i noch was sagen, dazu, wir haben so einen Klienten gehabt, (...) also die Firma hat ein Jahre lang Geduld gehabt, und es waren schon alle betroffen, auch die Geschäftsführung so mit Schimpfen und alles und dann haben wir, ich weiß nicht, wo die Klient ist, der lebt sicher noch, aber wo, bei wem (lacht kurz) bei welchem Verein. Wir waren sicher schon der vierte, fünfte Verein. Ich glaub, da könnte die Kollegin, die gerade nicht da ist, mehr reden, weil sie ist eine Polin, und da hat es schon mehr solche Wörter gegeben, ja.“ (GD3, 1540)

Von einem Klienten mit Migrationshintergrund herabgesetzt werden

Es kann aber auch geschehen, dass ein Klient mit Migrationshintergrund auf die Betreuungspersonen herabsieht, weil er deren Tätigkeit aus seiner kulturellen Perspektive als minderwertig sieht. Eine Heimhelferin berichtet, sie hätte die Herabwürdigung, von dem türkischen Klienten als „Putzfetzen“ gesehen zu werden, deutlich gespürt, aber sie hätte nicht weiter darauf reagiert, sondern die aufgetragenen Tätigkeiten erledigt. Sie ist unsicher, ob das Verhalten des Klienten ihre Würde verletzt hat. Möglicherweise möchte die Heimhelferin den Schmerz nicht zulassen, den die Konfrontation mit der Tatsache, dass sie aufgrund der Tätigkeit, die sie ausübt, von einer anderen Person verachtet wird.

A: „Ich hab aber zum Beispiel auch das Gegenteil erlebt, da bin ich zu einem türkischen Klienten hingekommen, als Heimhilfe bist a Putzfetzen, die lassen dich das spür’n, als österreichische Heimhilfe bist ein Putzfetzen.“
B: „Rassisten, weißt eh, Rassismus is kein Phänomen der Österreicher.“

A: „Ich hab meine Arbeit gemacht und bin halt wieder gegangen. Aber so wirklich an meiner Würde kratzen, in dem Fall da, ich weiß nicht.“ (GD3, 1585)


Verbale Gewalt

Mitunter kommt es auch zu verbalen Gewaltakten – die Pflegepersonen werden regelrecht beschimpft. In der mobilen Pflege sind die Pflege- und Betreuungspersonen auch mit Menschen konfrontiert, die eine schwierige Persönlichkeitsstruktur besitzen und im Umgang mit anderen Menschen wenig Rücksichtnahme zeigen. Die Pflegekraft in den nächsten beiden Zitaten berichtet, dass sie für ihr professionell korrektes Verhalten beim Wechsel einer Injektionskanüle aus der Wohnung einer Klientin gewiesen und beschimpft wurde (bei einem Insulin-Pen muss die Nadel vor jeder neuen Injektion gewechselt werden, da sich die extrem fein geschliffenen Kanülen bei oftmaligerem Gebrauch verbiegen, stumpf werden und zu Mikroverletzungen führen, die das Fettgewebe schädigen, was wiederum eine schlechtere Aufnahme von Insulin zur Folge hat). Möglicherweise hat die insulinpflichtige Klientin entgegen den Empfehlungen aus Sparsamkeit die Pen-Nadel öfter benutzt und war aufgebracht, als diese vor Gebrauch gewechselt wurde.

„Wie gesagt (...) wenn ich mich dann dafür, dass ich meine Arbeit korrekt erledigt habe, noch beschimpfen lassen kann, ich kann bei meiner Arbeit sehr wohl Abstriche machen, ich weiß genau, was ist jetzt Lehrbuch, wie weit kann ich jetzt vom Lehrbuch abweichen ohne, dass es irgendwie Probleme gibt oder was. Ja, aber wenn ich dann für meine Arbeit, wenn ich mich eh schon anpasse, wenn ich dann für das, wozu ich überhaupt gekommen bin, das, wofür ich angefordert worden bin, wenn ich mich dann noch von den Leuten beschimpfen lassen kann, und sie beide aber geistig zurechnungsfähig sind, das muss man jetzt auch sagen, nicht, dass der jetzt irgendwelche Wahnideen hat oder dement ist, dass ich mich jetzt von zwei geistig gesunden Menschen noch beschimpfen lassen kann, (...) dann ist es unter meiner Würde.“ (GD3, 1485)

Die Pflegeperson bringt zum Ausdruck, sie könne Verständnis für außergewöhnliches Verhalten haben, wenn es sich bei den KlientInnen um psychisch kranke Menschen handelt, die z.B. an Wahnideen leiden oder dement sind, aber bei geistig gesunden Menschen sei ein solches Verhalten eine Verletzung der Würde von Pflegenden.

Als Betreuende/r sexuellen Übergriffen ausgesetzt zu sein

Verletzungen der Würde sind die Folgen von Grenzverletzungen. Im Fall von sexuellen Übergriffen werden die Grenzen der persönlichen Intimsphäre überschritten.

„Mir ist das im Krankenhaus passiert, da haben wir noch die grünen Kleider angehabt mit den Druckknöpfe, und ich mach’ bei einem Klassepatienten des Bett und greif so unten zum Leintuch, und wie ich wieder raufgeh’, hat mir der das ganze Kleid aufgerissen. Also, das ist unter meiner Würde g’wesen, da hab ich wirklich die Würde verloren. Und hab ihm eine Mordstrumm Watschen runterg’haut.“ (GD3, 1533)

Die belästigte Frau hat auf diesen Angriff von einem Patienten umgehend reagiert und hat diesen geohrfeigt. Obwohl sie eine rasche Gegenreaktion zeigte und das Verhalten des Patienten unmittelbar sanktionierte, fühlte sich die plötzlich entkleidete Frau in der Situation ihrer Würde beraubt.

Sexuelle Übergriffe sind nicht immer so klar zu sehen wie im letzten Zitat. Manche Formen der Belästigung sind viel weniger eindeutig. Die Grenzverletzung lässt sich zum Beispiel dann nicht so deutlich ausmachen, wenn das Gegenüber Koseworte gebraucht oder bei Pflegehandlungen wie zufällig den Körper der Pflegeperson berührt. Aber „alle Formen der sexuellen Diskriminierung, die ungewollte Körperkontakte beinhalten, sind als Übergriffe und damit als massive Form der sexuellen Diskriminierung einzustufen. Das scheinbar absichtlose Streifen, plötzliche Küsse, Arm umlegen und Po- und Busenbegrapschen gehören in diesen Bereich.“ (Harms 1995, S. 120)

„Ja, natürlich ist es bei der Arbeit schon passiert, als Frau sowieso.“ (GD3, 1527)
Die Moderatorin fragte daraufhin, ob die Diskussionsteilnehmerin meint, dass pflegebedürftige Männer manchmal sexuell übergriffig werden.

„Genau, ja, da passiert’s: ‚Ja, Hasibinki’ und (macht eine Bewegung, die ein Grapschen andeutet). (GD3, 1528) Ein in der Pflege tätiger Mann meinte daraufhin: „Und das, glaubst, passiert mir net?” (Gelächter) „Glaubst Du, alte Frauen sind irgendwie um irgendwas besser?” (GD3, 1529)


**Belastende Betreuungssituationen**

Bei der Besprechung der Fallbeispiele war nicht in allen Gruppendifussionen eindeutig erkennbar, ob schwierige Betreuungssituationen die Würde der Pflege- und Betreuungspersonen tangieren. Die im Fallbeispiel geschilderte Pflegesituation eines Einsatzes in der verwahrlosten Wohnung eines stark alkoholisierten Patienten wurde vor allem von den Personen, die in der stationären Pflege tätig sind, mit starken negativen Gefühlen und mit einer hohen Belastung assoziiert, während die Pflege- und Betreuungspersonen, die im mobilen Dienst tätig sind, die Situation als alltäglich empfanden. Eine Teilnehmerin, die im stationären Bereich arbeitet, empfand die im Fallbeispiel beschriebene belastende Betreuungssituation als persönliche Grenzverletzung.

„Also für mich wär sie überschritten. Da würd’ ich mich nicht raussehen. Also ich müsst entweder die Institution wechseln oder…“(GD2, 59)


„Aber die Frage is, wie Du mit Deiner eigenen Würde, ich zum Beispiel hab kurz jetzt nachgedacht, wir müssen bei so einer Situation nicht unbedingt unsere eigene Würde verlieren.“ (GD3, 1437)
Folgen von Würdeverletzungen


Der nächste Abschnitt widmet sich der Diskussion der Bedingungen, die behandelnde, pflegende oder betreuende Personen benötigen, damit ihre eigene Würde in der Arbeitssituation gewahrt werden kann.

Würdebewahrende Arbeitsbedingungen

Während in den bisherigen Überlegungen über Würde der Fokus vor allem auf den pflegebedürftigen Menschen lag, soll jetzt die Aufmerksamkeit auf die in der geriatrischen Langzeitpflege tätigen Personen und auf die Bedingungen, unter denen sie arbeiten, gerichtet werden. Es soll betrachtet werden, welche Voraussetzungen auf personaler und organisationaler Ebene erfüllt sein müssen, damit Würde für die Menschen, die in der Pflege und Betreuung von gebrechlichen, alten Menschen tätig sind, möglich und gegeben ist. Die gesellschaftliche Ebene, die hierfür ebenfalls eine bedeutsame Rolle spielt, wurde in den Gruppendiskussionen nicht behandelt und kann daher in diesem Rahmen nicht beschrieben werden.

Personale Voraussetzungen

Selbstachtung

Die Diskutierenden nannten die Selbstachtung und die Wertschätzung der eigenen Person als entscheidendste Voraussetzungen für das Aufrechterhalten der Würde:

„Selbstachtung und Wertschätzung.“ (GD2, 1474)

„Für mich ist es auch die eigene Wertschätzung, also ich möchte zu mir stehen können und zu meinen Entscheidungen“. (GD2, 1498)

Für pflegende und betreuende Personen bedeutet Selbstachtung, dass sie in ihrem beruflichen Alltag imstande sein müssen, ihre Vorstellungen davon, was für sie gute Pflege und Betreuung bedeutet, verwirklichen zu können. Erlauben die Umstände es nicht, so zu pflegen wie sie selbst es für richtig halten, leidet ihr Gewissen und sie können sich selbst nicht mehr im Spiegel anschauen. Ihr Selbstbild, die Vorstellung eine gute Pflegeperson (betreuende/behandelnde Person) zu sein, wird versehrt und damit auch ihre Selbstachtung verletzt.

Die Haltung der Selbstachtung wird von einer Diskussionsteilnehmerin mit den Worten „für mich ist es auch: zu mir stehen, mit gutem Gewissen in den Spiegel reinschauen können“ (GD2, 1501) beschrieben. Sie drückt damit aus, dass es eine hohe Bedeutung hat, nicht nur vor den anderen, sondern vor allem vor sich selbst das Gesicht wahren zu können. Ein anderer Teilnehmer brachte dies in ganz ähnlicher Weise zum Ausdruck („ich will mir ins Gesicht schauen können“, GD3 1457), und setzte hinzu, dass seine Selbstachtung gewahrt wird, wenn er den (schlimmen) Zustand von PatientInnen nicht selbst verursacht hat. Bei seiner Tätigkeit in der Psychiatrie sah er sich mit drogenabhängigen PatientInnen konfrontiert, die einerseits in einem lebensbedrohlchen körperlichen Zustand waren und andererseits um sich geschlagen haben, was es gefährlich machte, sich dem Krankenbett zu nähern.

„...und selbst dort hab ich meine Würde nicht verloren bei den Polytoxikomanen, die schon eine Sauerstoffsättigung von achtzig hatten (Anm.: nur 80% O₂ im Blut) und nur mehr um sich geschlagen haben (...), also da hab ich auch keine Würde verloren. Warum auch, der Zustand eines anderen kratzt nicht an meiner Würde, wenn ich ihn nicht verschuldet habe. Wenn der Mensch meinetwegen in so einem Zustand ist, (...) dann muss ich was tun, um meine Würde zu bewahren, ich will mir ja noch ins Gesicht schau’n können. Aber, wenn ich jetzt mit dem Zustand nix zu tun hatte, kann ich schau’n, dass ich das halbwegs über die Bühne bring, also, dass das gefahrlos ausgeht. Das kratzt nicht an meiner Würde.“ (GD3, 1450)
Selbstfürsorge

Die Notwendigkeit der Selbstsorge haben mehrere TeilnehmerInnen in die Diskussion eingebracht. Die Sprecherin im folgenden Zitat hebt hervor, dass ihr das eigene Wohlergehen am wichtigsten sei, denn sie könne ihre Arbeit nur dann in geeigneter Weise erledigen, wenn sie selbst in einem guten Zustand sei.

„Dieses glückliche ...? Leben, ich sag immer, für mich, ICH bin die Nummer eins, und wenn’s mir gut geht, dann geht’s auch meiner Umwelt gut. Das heißt aber nicht, dass ich jetzt auf anderen herumtrampel, damit’s mir gut geht, so möchte ich nicht verstanden werden, sondern ich möchte, wenn’s mir gut geht und ich zufrieden bin und auch in meiner Arbeit eine gewisse Wahrhaftigkeit hab’, das heißt, dass ich mich selbst verwirklichen kann mit meinen Grenzen, geht’s auch den anderen gut.“ (GD2, 1453)

Diese Beschreibung von Selbstfürsorge findet sich in der folgenden Definition wieder: „Selbstfürsorge meint die Fähigkeit, mit sich gut umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, Belastungen richtig einzuschätzen, sich nicht zu überfordern oder sensibel auf Überforderungen zu bleiben.“ (Küchenhoff 1999, S. 151) Küchenhoff meint weiter, dass Selbstfürsorge mit Selbstachtung und der Fähigkeit der liebevollen Aufmerksamkeit für sich selbst verbunden ist (vgl. Küchenhoff 1999, S. 151).

In den Gruppendiskussionen tauschten sich die TeilnehmerInnen darüber aus, wie weit das eigene Engagement gehen sollte.


_Gleichgültigkeit als Form einer „schlechten“ Grenze_


„Eine Form von Gleichgültigkeit, dass man sagt, ist mir völlig egal.“ (GD1, 764)

„Wurscht, gleichgültig. Wennst öfter hingehest und hast das jedes Mal die Situation.“ (GD1, 768)

In einem informellen Gespräch, das nach der Diskussion geführt wurde, wies eine Pflegeperson auf die Bedeutung der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Gepflegten hin. Die Arbeitgeber
forderten häufig, dass Pflegepersonen sich stark abgrenzen sollten, jedoch dieser Forderung nachzugeben bedeute für die Pflegekraft, dass sie immer härter und kälter werde und dadurch weniger Befriedigung in ihrer Arbeit erlangen könne.


**Beziehungsebene**

**Beziehungen zu KollegInnen**

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang von Würde im Arbeitsalltag angesprochen wurde, ist die Wertschätzung durch Vorgesetzte und KollegInnen.

„*Die gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen. Also das ist für mich ganz wichtig, dass wir uns gegenseitig, also, dass man persönlich wertgeschätzt wird, aber dass wir einander uns wertschätzen, jeder in seinem Bereich.*“ (GD1, 841)


In den Gruppendiskussionen betonten die TeilnehmerInnen den Respekt und die Wertschätzung, die sie sich gegenseitig entgegenbringen. Sie brachten zum Ausdruck, dass sie nur dann, wenn diese Werte im Umgang miteinander eine Rolle spielen, in der Lage sind, die erfahrene Wertschätzung auf die pflegebedürftigen Personen zu übertragen.

„Bei uns im Haus und überhaupt im ganzen Haus auf der Station, wir zum Großteil mit dementen Menschen arbeiten, da hat Wertschätzung und Respekt zwischen den Kollegen auch einen sehr großen Wert, weil nur wenn’s da funktioniert, dann können wir das auch weiter übertragen und es ist schön, sich auch Zeit nehmen zu können, darüber nachzudenken.“ (GD2, 1587)


„Die Würde bedeutet hier für mich viel eher auch als Ehrenamtliche auch die Wertschätzung des Hauses und der wirklichen Mitarbeiter. Und ich muss sagen, das ist sehr toll.“ (GD2, 1513)

In den Diskussionen haben die TeilnehmerInnen die Chance, Verantwortung teilen zu können als bedeutsam für die eigene Würde und Autonomie erachtet. „Und dann tut’s der Würde auch sehr gut, wenn andere sich auch auseinandersetzen mit dem, was ich dann zu entscheiden habe. Das ist einfach gut!“ (GD2, 977) In der stationären Langzeitpflege bietet sich öfter die Gelegenheit, informelle Gespräche über schwierige Arbeitssituationen zu führen als in der ambulanten Pflege. Hier sind die pflegenden und betreuenden Personen in der Regel allein vor Ort und haben seltener die Möglichkeit zu einem direkten Austausch. Im gemeinsamen Gespräch unter KollegInnen eröffnen sich neue Entscheidungsmöglichkeiten, und die Sicherheit beim Entscheiden ansteigt.

„Ich denk mir ganz einfach durch die Reflexion in der Gruppe entsteht ja für mich die Freiheit der Wahl, und das heißt natürlich immer, dass das, was ich jetzt sag, genau das Richtige ist, ja für mich in dem Moment, aber indem ich Meinungen von anderen Kollegen höre, hab ich ja die Wahl, zu sagen: Gott sei Dank, dass du das sagst, weil […] ohne es wirklich TUN zu wollen, ja ganz einfach nicht merken oder nicht darüber reden oder aus welchen Gründen auch immer. Aber ich hab die Wahlmöglichkeit, und ich denk, das passt so zur Freiheit, nämlich auch für mich als Pflegerin.“ (GD2, 969)

„Und es gibt mehr Sicherheit, nicht? Mehr Sicherheit für meine Person und mehr Sicherheit in der Sache, dass die richtig getan wird.“ (GD2, 1005)
„Einfach nachher dann vielleicht über die Situation mit jemandem sich austauschen, damit man jetzt wieder, damit es einem selber auch wieder gut geht.“ (GD1, 674)

Eine Möglichkeit sich unter KollegInnen gegenseitig zu unterstützen besteht darin, dass nicht immer ein und dieselbe Pflegekraft problematische KlientInnen oder BewohnerInnen betreut, sondern dass die Pflegepersonen sich in der Betreuung abwechseln oder die Pflege zu zweit vorzunehmen. Die Fähigkeit, Kollegen um Hilfe zu bitten, bzw. Vorgesetzte zu veranlassen, dass ein Rotationsprinzip eingesetzt wird, ist ein Teil der Fähigkeit den richtigen Grad an Engagement zu finden und verweist wider auf die Selbstfürsorge.

„Wenn dann so viele Schwestern sind, die werden dann sicher bitten im Team, dass sie nicht allein hingehen. Wenn Sie’s nicht schaffen, nehm ich an.“ (GD1, 778)

Beziehungen zu den gepflegten Personen


Grenzen und Respekt


Mit respektvollem Verhalten können die handelnden Personen den Abstand, den sie sich in der Beziehung wünschen, festlegen und sich davor schützen, dass ihnen jemand zu nahe tritt. Die DiskussionsteilnehmerInnen meinten, es sei wichtig, von Anfang an durch das eigene Verhalten zu signalisieren, welche Form des Umgangs sie sich mit den gepflegten Personen wünschen, damit die Würde aller gewahrt wird.
„Manche sagen gleich zu Dir ’Du’, das mag ich schon überhaupt nicht. Und das muss man natürlich auch gleich klarstellen.Wennst das erste Mal wohin kommst, ich bin die Soundso, also mit Hand und allem, was dazugehört, dann geht’s schon.“ (GD3, 369)

Im Zusammenhang mit körperlichen Berührungen als Zeichen der Zuneigung sind die persönlichen Grenzen der betreuenden Personen von Bedeutung – nicht alle in der Pflege und Betreuung von alten, gebrechlichen Menschen tätige Personen möchten, dass Zuneigung in körperlicher Weise ausgedrückt wird.

„Ich glaub, das hat aber sehr viel mit der eigenen Persönlichkeit zu tun. Ich komm zum Beispiel aus Kroatien, wir sind immer, oder bei mir in der Familie, immer sehr respektvoll mit den älteren Menschen umgegangen, und ich kann jetzt zum Beispiel, oder ich tu mir eher schwer, auf jemanden so zuzugehen, obwohl es gibt Bewohner bei uns, die das verlangen, die möchten umarmt werden, oder die möchten einer Schwester Bussi geben und so weiter. Aber es gibt wieder Pflegepersonen, die sich da leichter tun, das hat ganz viel mit der eigenen Persönlichkeit zu tun.“ (GD2, 413)

Die DiskussionsteilnehmerInnen wiesen darauf hin, dass es bedeutsam sei, sich davor zu schützen, ausgenutzt zu werden, da manche pflegebedürftige Menschen dazu neigen, immer mehr zu verlangen. Es sei immer wieder nötig, durch Worte klarzulegen, welche Tätigkeiten man bereit sei, auszuführen und welche nicht, sonst sei man „unten durch“.

Die Pflegenden sehen demnach ihre Würde und Autonomie bedroht, wenn sie nicht in der Lage sind, sich in der Pflegesituation abzugrenzen. Sie meinten, es sei ein Ausdruck der Selbstsorge und ein Zeichen von innerer Stärke, die eigenen Grenzen zu kennen und deutlich zu machen. Hilfe zu leisten könne nicht bedeuten, jemandes Last zu tragen, sondern der Person zu helfen, die Last so zu verteilen, dass sie erträglich ist.

„Naja, weil wenn ich jetzt die Grenzen nicht setzen kann, kann man keine Würde mehr, da wirst du zu viel reingezogen und zu viel verlangt, und dann verlang ich aber auch, ich bin auch ein Mensch.“ (GD3, 475)

„Anzuerkennen, aber nicht darunter zu leiden. Das heißt für mich ist es schon sehr wichtig, für mich selbst als Pflegekraft, hier Abgrenzung zu finden. Das heißt gewisse Dinge zu tolerieren, aber nicht bis zur Selbstaufgabe. Also auch „Nein“ sagen zu können.“ (GD2, 129)

Dankbarkeit der gepflegten Personen

Wenn sich pflegebedürftige Personen dankbar zeigen, erlaubt dies den Pflegenden auch in sehr schwierigen Pflegesituationen einen Sinn in der pflegerischen Intervention zu erkennen. Eine Teilnehmerin beschreibt, dass sie Situation, in denen Ekel und Unbehagen in ihr auftauchen, leichter
bewältigen kann, wenn sie an einem Wort oder auch nur einem Blick erkennt, dass die betreute Person dankbar ist.

„Wenn ein Alkoholiker fähig ist, danke zu sagen, aber im Grunde genommen reicht oft sogar ein Blick. Ja, einfach ein ‚Danke‘ entgegenzunehmen, ist dann auch schon etwas heller. Man weiß, man hat helfen können.“ (GD3, 1208)

„Wenn der Heimbewohner sagt „Gott sei Dank, jetzt bin ich wieder sauber“, dann ist das für das Pflegepersonal auch eine große Erleichterung, denk ich.“ (GD1, 742)

**Fehlende Anerkennung**

Eine – allerdings wenig konstruktive – Möglichkeit des Umgangs mit belastenden Arbeitssituationen, sehen Pflegende in der Erhöhung des Arbeitstempos. Fehlt die Anerkennung für die geleistete Arbeit, z.B. wenn die gepflegten Personen oder deren Angehörige keinerlei positive Reaktionen auf die geleistete Pflege zeigen, kann es geschehen, dass Pflegende versuchen, sich möglichst rasch aus der Situation wieder zurückzuziehen.

„Wird man halt schnell.“ (GD1, 774)


**Organisationale Bedingungen**

Als Bedingungen am Arbeitsplatz, die Wohlbefinden, Zufriedenheit und Sicherheit bei der Arbeit ermöglichen und maßgeblich für die Bewahrung der eigenen Würde sind, nannten die DiskussionsteilnehmerInnen den gegenseitigen Respekt zwischen ArbeitnehmerInnen und Vorgesetzten, ausreichende Kommunikationsmöglichkeiten über den Arbeitsprozess, passende Fortbildungsangebote und die Unterstützung der Organisation in schwierigen Arbeitssituationen.

**Respekt und Wertschätzung durch die Organisation**

Die Rahmenbedingungen, welche die Organisation bietet, sind für das Aufrechterhalten der Würde von ArbeitnehmerInnen, die in der Pflege und Betreuung von alten, gebrechlichen Menschen tätig sind, von hoher Bedeutung. Vom Arbeitgeber ernstgenommen und respektvoll behandelt zu werden, ist den TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen wichtig.
„Und einfach auch, dass ich respektiert werde in dem, was ich tu und in dem was ich gelernt habe.“ (GD1, 887)

Auffällig ist, dass die Wertschätzung durch den Arbeitgeber in den Diskussionen nicht viel Raum einnimmt. Aus theoretischer Sicht hat der Respekt, den die Organisation ihren MitarbeiterInnen entgegenbringt, eine hohe Bedeutung.

Die britische Pflegeethikerin Ann Galagher ist der Ansicht, dass eine respektlose Behandlung von Pflegenden dazu führt, dass sich deren Selbstachtung sowie die Fähigkeit, die Würde der Gepflegten, der Angehörigen und die Würde der KollegInnen zu respektieren, vermindert.

„(...)when the worth, value or dignity of nurses is not respected in tangible ways then their own self‐respect may be compromised and their ability to respect the dignity of patients, families and colleagues is reduced.“ (Gallagher 2004, S. 592)


Kuhlmey (1999) fordert daher, dass Pflegende mehr Kontroll- und Entscheidungsspielräume erhalten, um das Empfinden der eigenverantwortlichen Arbeit zu stärken und ihre Tätigkeiten nicht als

**Fortbildung, Supervision**

Passende Angebote des Arbeitgebers werden als Würdigung der MitarbeiterInnen wahrgenommen. Als Zeichen der Wertschätzung durch die Institution erleben die MitarbeiterInnen beispielsweise ein vielfältiges Fortbildungsangebot und die Möglichkeit der Supervision.

„Durch die Organisation, wir bekommen wirklich ein sehr schönes Fortbildungsangebot. Wie ich ins Haus gekommen bin, hab’ ich nicht gewusst, was Validation ist oder Palliative Care und hab alles erfahren dürfen“ (GD2, 1519)

Führungsverhalten

Die TeilnehmerInnen diskutierten über die Notwendigkeit eines Feedbacks durch Vorgesetzte, welches sie als wertvoller empfinden als eine Erhöhung der Entlohnung.

„Es ist schon nett, wenn man einmal positives Feedback kriegt und man hört, das habt ihr jetzt mal gut gemacht, das ganze Team das ist mehr wert wie wenn’s eine Gehaltserhöhung gibt.“ (GD1, 860)


Es ist demnach bedeutsam, wie eine Organisation, bzw. die FührungsPersönlichkeiten mit Situationen umgehen, die eine Belastung für Pflegende darstellen. Die Belastung kann durch das Führungsverhalten abgemildert oder auch verstärkt werden.


„Für mich wär’s, wenn ich dann raus geh und das jemandem erzähle, dass der mich dann auch ernst nimmt.“ (GD1, 813)

„Wir bekommen sogar ein Angebot für Supervision, also es wird wirklich so viel getan und das ist sehr, sehr schön. Ja, da können Sie mich alle beneiden.“ (GD2, 1521)
Da sich in der geriatrischen Langzeitpflege immer wieder ethische Fragestellungen ergeben, wurde in den Diskussionen auch angesprochen, dass es Raum und Zeit für ethische Gespräche geben solle.

„Ich würde mir wünschen, das in allen Gesundheitsbereichen zum Thema zu machen, und was ich mir wünschen würde, wäre in der medizinischen Ausbildung auch einfach mehr Zeit und Raum für solche Dinge zu haben. Wir in der Krankenpflege sind ja schon ein paar Schritte weiter, aber dass es in der medizinischen Ausbildung einfach auch Thema wäre.“ (GD2, 1579)

Die TeilnehmerInnen an den Gruppendiskussionen wünschten sich aber nicht nur die Möglichkeit, über Belastendes zu sprechen, sondern sie wiesen darauf hin, dass der Respekt gegenüber den MitarbeiterInnen sich auch darin äußern müsse, dass diesen tatkräftig geholfen wird, wenn es die Situation verlangt.

„Und von außen dann auch Hilfe bekommen, dass die Organisation organisiert, dass ich dann einmal einen Sozialarbeiter dort auch seh’. Dass man mich ernst nimmt in der Situation, dass es mir dort schlecht geht. Und nicht: ‚Das ist Dein Job, den hast Du zu machen, egal wie.’“(GD1, 814)

**Umgang mit Missachtung und Grenzverletzungen der Pflege- und Betreuungspersonen auf institutioneller Ebene**

Unterstützung bei verbalen Übergriffen durch die Betreuten

Wenn KlientInnen, die zu Hause betreut werden, die MitarbeiterInnen verbal attackieren, bedeutet das im Allgemeinen nicht die sofortige Beendigung der Betreuung. Die Organisation, von der im Zitat berichtet wird, zeigte viel Geduld mit der betreuten Person und führte die Betreuung ein Jahr weiter, obwohl die MitarbeiterInnen beschimpft wurden.

„Da muss ich noch was sagen, dazu, wir haben so einen Klienten gehabt, wir haben ein Jahr lang, also die Firma hat ein Jahre lang Geduld gehabt, und es war schon alle betroffen, auch die Geschäftsführung, so mit Schimpfen und alles und dann haben wir, ich weiß nicht, wo der Klient ist, der lebt sicher noch, aber wo, bei wem (lacht kurz) bei welchem Verein. Wir waren sicher schon der vierte, fünfte Verein.“ (GD3, 1540)

Bei manchen KlientInnen, die nicht willens oder nicht fähig sind, ihr verletzendes Verhalten zu verändern, wird allerdings die Betreuung von der Organisation beendet. Solche KlientInnen, die ja der Betreuung bedürfen, werden dann von einer anderen Organisation übernommen.

„Ganz professionell und schön gesagt, man muss sich dann von manchen Menschen trennen, weil ganz einfach der Background net passt. Von unserer Seite her, von ihrer Seite her, wenn man kein Arrangement treffen kann, muss man genauso zum Wohle des Patienten wie auch zum Wohle der Mitarbeiter, muss man einfach auseinander gehen und sagen, auch den Klienten, muss man sagen, wir können ihn leider nicht betreuen, wie’s für ihn am besten wäre, wenn er derartig agiert, muss man sich leider trennen von ihm.“ (GD3, 1626)

Wenn die MitarbeiterInnen der neuen Organisation dieselben Erfahrungen machen wie die des vorangegangenen betreuenden Vereins, kann es dazu kommen, dass KlientInnen von Institution zu Institution weitergereicht werden. Solche KlientInnen werden dann zu „Wanderpokalen der Pflege“ (GD3 1639), weil sie wiederholt von einer Organisation zur anderen weitergereicht werden.

„...also wenn’s gar nicht geht, trennen wir uns von unseren Klienten, wenn die Versorgung nahtlos von einem anderen Verein sichergestellt wird. Manchmal dauert’s länger, manchmal dauert es kürzer, aber es funktioniert. Problematisch wird’s wenn, es gibt so Wanderpokale der Pflege, die schon durch sämtliche Vereine gingen, da gibt’s dann keinen Verein mehr, der den nimmt, da dauert es dann halt ein bissel länger.“ (GD3, 1636)

Die Diskutierenden äußern Mitgefühl für die MitarbeiterInnen in neu gegründeten Organisationen, da sie vermuten, dass diesen neuen Vereinen alle KlientInnen zugewiesen werden, die von anderen Anbietern mobiler Dienste abgegeben wurden.

„Mir tun die Leute leid, die neu einen Verein gründen, weil die kriegen die von allen Vereinen.“ (GD3, 1641)
Ein Mitarbeiter im mobilen Dienst hat eine Äußerung in die Diskussion eingebracht, in welcher die Klientin den Migrationshintergrund einer seiner Kolleginnen mit sehr abfälligen Worten beschrieb. Er hat diese Äußerung nicht an die polnische Mitarbeiterin weitergegeben, um diese zu schonen und meinte, die Klientin sei nicht mutig genug, um solche Aussagen direkt gegenüber den MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund zu machen.

„Das hab ich ihr dann gar nicht weitergegeben, das lassen wir unter den Tisch fallen. Das braucht sie gar nicht wissen. Wenn, dann soll das die Klientin selber sagen, aber dazu hatte die Klientin dann doch nicht die ’Cochones’. Ahm, das ist oft so, wirklich oft so.“ (GD3, 1559)

Der Diskussionsteilnehmer erzählt, wie es ihm gelang, das Verhalten der Klientin kurzfristig zu beeinflussen. Kaum sei jedoch die Betreuung der pflegebedürftigen Frau durch einen Spitalsaufenthalt unterbrochen worden, habe diese nach ihrer Rückkehr nach Hause gegenüber den MitarbeiterInnen des mobilen Pflegedienstes wiederum rassistische Äußerungen getätigt.

„Wir haben (…) eine Klientin gehabt, die haben wir in Stammbetreuung gehabt, die hab ich dann, wenn ich ein paar Wochen bei ihr war, soweit gehabt, dass sie das denkt, aber es unterlässt. (…) Aber dann hat man’s erledigt, fertig. Kaum war diese Dame wieder im Krankenhaus, hat der ganze Spuk von vorn angefangen, dann hat es zwei, drei Wochen gedauert.“ (GD1567)

Für rassistisches Verhalten von KlientInnen wurden in den Diskussionen zwei Lösungsmöglichkeiten genannt. Entweder kann die Organisation versuchen, die KlientInnenwünsche zu berücksichtigen und nur mehr in Österreich geborenen MitarbeiterInnen, „Inländerteams“ (GD3 1575), bei den KlientInnen einsetzen oder die Betreuung wird beendet und die KlientInnen an einen anderen Verein abgegeben.

„Also, man kann sich da arrangieren, den Leuten des abgewöhnen, manchmal hilft sogar nix ander,s als dass man schaut – es gibt Pflegehelferteams, die nicht gemischt sind, also wo’s nur reine Inländerteams gibt, es gibt auch Teams, wo nicht hier geborene Menschen arbeiten – muss man halt schauen, dass man ein Arrangement findet.“ (GD3, 1574)

Unterstützung bei sexuellen Übergriffen

„Er hat dann müssen das Krankenhaus verlassen. Weil des war ein sexueller Übergriff auf’s Personal. Dann hab’ ich meine Würde wieder gehabt.“ (GD3, 1537)

Verantwortung der Organisation bei zu geringem Betreuungsausmaß

Manche KlientInnen in der mobilen Pflege wünschen – möglicherweise aus Gründen der Sparsamkeit oder fehlender finanzieller Ressourcen – ein sehr knapp bemessenes Betreuungsausmaß. In einigen Fällen ist die Stundenanzahl bei hochgradig pflegebedürftigen Menschen pro Woche so gering, dass die Pflegenden dies als verantwortungslos empfinden, wenn keine zusätzliche Hilfe durch pflegende Angehörige geleistet wird. In einer Gruppendiskussion wurde das Beispiel einer bettlägerigen und inkontinenten Klientin genannt, deren Inkontinenzversorgung von den Angehörigen über das Wochenende nicht vorgenommen wurde, sodass die Pflegeperson die Klientin am Montag in der Windel vorfand, die sie selbst am Freitag angelegt hatte.

Die betreuende Organisation gerät dadurch in ein Dilemma: Gilt es die Autonomie der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen und die geringe Frequenz der Betreuung zu akzeptieren oder muss eine solche geringfügige Betreuung „gefährliche Pflege“ genannt und daher abgelehnt werden? Im folgenden Zitat wird in diesem Zusammenhang auch die Verantwortung der Organisation gegenüber den eigenen Angestellten genannt, da man die Pflegepersonen bei einer solchen Betreuungssituation in starke Konflikte bringt und die Gefahr von Kündigungen droht.

„Weil diese Leute in ihrer Autonomie sagen: ‘Ich möchte nicht mehr betreut werden als dreimal in der Woche.’ Also das ist immer wieder so, die Fragen, kann das die Organisation verantworten? Ich glaube, da müsst man sich auch die Frage stellen, kann diese Organisation das verantworten, dass man dort hingeht und solche Zustände sieht, kann man durch den Einsatz das lindern? Verheizt es mir nur das Personal, also ich bin auch verantwortlich für das Personal, weil da kündigt ja bald einmal jemand.“ (GD2, 1390)

Unterstützung bei drohendem Übersteigen der Belastungsgrenze

In der Diskussion wurde auch die Frage gestellt, ob manche Betreuungssituationen nicht unzumutbar sind. In einem der von den ModeratorInnen präsentierten Fallbeispiele wurde ein Fall aus der mobilen Betreuung vorgestellt, in dem eine Pflegeperson das Colostoma (vorzeitiger Darmausgang) eines alkoholkranken Mannes zu versorgen hatte, der schon um sieben Uhr morgens schwer betrunken war und sich unkooperativ verhielt: „Er liegt und lallt und plärrt herum, ned, und alles angemacht, alles schmutzig. Dann musst Du eben schauen, dass Du den in die Dusche reinbringst, zwischendurch kraxelt noch die Perserkatze herum.“ (Krenn 2003 S. 23f.) Die Diskutierenden stellten fest, dass eine solche Situation für manche Pflegepersonen über die Grenze der Zumutbarkeit
hinausgeht und dass die Organisation ihre Verantwortung gegenüber den Pflegenden wahrnehmen und dafür sorgen muss, dass qualifizierte Pflege möglich ist.

„Also, ich hätte als Leitung auch das Problem, kann ich das meinen Leuten zumuten? Von den zwanzig kommen fünf in Frage, die das fähig sind, dass ich sie hinschicken kann, einer ist schon krank, der zweite droht: „Wenn ich (…?), dann kündig’ ich.’ Ist das zumutbar? Und kann ich das, ist das nicht für dort vielleicht auch, also kann ich dort überhaupt qualifizierte Pflege leisten, wenn ich jeden Tag eine stuhlverschmierte Wohnung hab?” (GD2, 1403)

Auch in solchen Fällen kann die Organisation die Betreuung beenden, wenn mit den KlientInnen oder deren Angehörigen keine geeignete Lösung gefunden wird. Dass ein so gestalteter Abschied für das Betreuungsteam eine schwer zu bewältigende Situation darstellt, wird im folgenden Zitat deutlich:

„Aber das war auch schwierig dieser Schritt, letztlich dann die Betreuungsmappe zu nehmen und zu sagen: ‘Auf Nicht-Mehr-Wiedersehen.’ Also, das ist schon hart, aber es war im Team, pfff, viele Supervisionen”. (GD2, 1416)

Die DiskussionsteilnehmerInnen brachten zur Sprache, dass es nicht die Aufgabe der Pflegepersonen allein sein kann, schwierige Betreuungssituationen zu bewältigen, sondern dass die Organisation hier konkrete Unterstützung geben muss – vor allem dann, wenn die häusliche Situation bei den KlientInnen nicht für eine einzelne Pflegeperson, sondern für das ganze Team eine unzumutbare Belastung darstellt.

„Wenn ich da nur ernst genommen werde, dann hilft mir das überhaupt nicht. Sondern dann muss das so sein, dass da jetzt wirklich auch eine Hilfe, eine praktische Hilfe.” (GD1, 823)

Wenn aber nur eine einzelne Pflegeperson an der Situation leidet, und die Organisation die Betreuung für gerechtfertigt hält, dann sei es die Aufgabe dieser, für sich alleine einen Ausweg zu finden.

„Also ich würde mir erwarten, ja, wenn ich sag, diese Situation ist für mich haltlos, natürlich, wenn ich die Einzige bin, dann hab’ nur ich das Problem, dann muss ich mir für mich eine Lösung finden (…) Dann erwart’ ich mir schon von der Organisation eine Unterstützung. Wenn die Organisation aber sagt: „Nein, wir tragen das Leid der Welt.’, na dann, ohne mich.” (GD2, 1432)

*Internationale Studien zu Arbeitsbedingungen, die Würde erzeugen oder erhalten*


- Kohärente, kooperative Arbeitsplätze (Coherent, co-operative workplaces)
- Die Selbstbestimmung wird unterstützt. (Autonomy is supported.)
- Angemessenes Arbeitspensum (Reasonable workloads)
- Fehlen von Missbrauch, Misshandlung, Beschimpfung, Schmähung (Freedom of abuse)
- Die Arbeit ist gut organisiert und wird als sinnvoll erlebt. (Work is managed and meaningful.)

Wenig überraschend war das Ergebnis, dass an Arbeitsplätzen, an denen die Arbeitnehmer Würde erzeugende und Würde erhaltende Bedingungen erfahren, auch das höchste Maß an Effektivität erreicht wird.

Dietmar Althaus (1979) ist in seiner „Psychopathologie des Alltagslebens am Arbeitsplatz“ zu ähnlichen Ergebnissen gelangt. Menschenwürdige Arbeit zeichnet sich nach Althaus durch folgende Merkmale aus:

- Autonomie: Möglichkeit der Einflussnahme auf und der Kontrolle über die Arbeitssituation
- Sinnhaftigkeit: den Arbeitseinsatz als sinnvoll und als Ausdruck eigener Fähigkeiten erleben zu können
- Physische und psychische Eignung
- Qualifikations- und Aufstiegsmöglichkeiten
- Existentielle Sicherheit
Absenz von Arbeitsleid.

(Althaus 1979, zitiert in: Mikl-Horke 2000, S. 423)


Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen machen deutlich, was auch in diverser Forschungsliteratur bestätigt wird: dass das berufliche Selbstverständnis von Pflege- und Betreuungspersonen auf der grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der BewohnerInnen/KlientInnen basiert. Dies stellt ein enormes Potential dar, über das die Gesellschaft und die Organisationen hinsichtlich einer würdevollen Pflege- und Betreuung alter Menschen verfügen.


Für einen würdevollen Kontext in der geriatrischen Langzeitpflege zu sorgen, der auch ein hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglicht, kann damit nicht nur an Pflege- und Betreuungspersonen alleine gerichtet sein, sondern muss von der gesamten Organisation und ebenso auf gesellschaftspolitischer Ebene wahrgenommen werden.
Literatur


