

Supervision in der Pflege

Ähnlich wie die Supervision im Kontext von Sozialer Arbeit, hat auch die Supervision in der Pflege, der Altenpflege, der ambulanten Pflege und die Supervision im Krankenhaus Konjunktoren durchlaufen. Ähnlich wie bei der Supervision in der Sozialen Arbeit ist Supervision in der Pflege heute eine Supervision über die Auseinandersetzungen um Arbeitsbedingungen, beruflichen Stress, Ökonomie und Zeit. In allen Bereichen des Sozialen sind die Uhren an die Beschleunigung angepasst worden. Therapie – geht heute vor allem als Kurztherapie, ein Krankenhausaufenthalt nach Fallpauschalen heißt Verkürzung der Liegezeit, Belegungsmanagement und eine durchrationalisierte Aufnahme und Entlassung. Mit dem Pflegeversicherungsgesetz hat die Gesellschaft die Altenhilfe ebenfalls an ihre Uhren angepasst und signifikant beschleunigt. Ganz neue Zeitstrukturen und Zeithorizonte sind in der stationären Pflege geschaffen worden, die sich vor allem nach dem Markt ausrichtet. Aus der Überdehnung der Zeit bei den Senioren, ihrer Langsamkeit, die das Altenheim früher kennzeichnete und zu entsprechenden Übertragungen bei den Mitarbeitern geführt hat, ist heute Stress und Beschleunigung bei den Mitarbeitern geworden.

Ich habe in einer früheren Publikation die unbewusste institutionelle Matrix des Pflegeheims einmal als „Entweihung und Scham“ bezeichnet und mich auf Publikationen wie die von Goffman und Attali bezogen. Attali, der in seiner Institutionsanalyse herausgearbeitet hat, dass überall dort, wo alte, kranke und sterbende Menschen in großen Gruppen auftreten, Fantasien der Abwehr entstehen, in dem Sinne, dass sich in der Krankheit, im Alter und in der Hinfälligkeit alter Menschen und ihrer Körper das Böse verberge. Und dass zweitens in den anstaltsähnlichen Einrichtungen der alten Prägung die Interaktion von Verunreinigung bestimmt ist. Meine Erfahrung damals war, dass es in den Einrichtungen der systematischen Reflexion bedarf, um zu verhindern, dass diese Dynamik von Scham und Verunreinigung in schwere Aggressionen mündet. Das Thema „Gefühle in der Pflege“ wurde nach meiner Erfahrung in den 1990er Jahren durch die Pflegeversicherung von Zeitstress und Heterogenität abgelöst, der mit der Pflegeversicherung und ihrem Pflegebegriff in Verbindung steht.

Gerade in der Pflege ist in diesen Zeiten der sozialen Beschleunigung immer mehr von einem krankmachenden Stress die Rede, der aber nicht nur der Beschleunigung, sondern auch hier dem Zwang zum Sparen und dem Zwang zur Qualität entstammt. Gleichzeitig erleben Helfende im Zusammenhang mit ihrer Arbeit immer wieder Begrenzungen, die der Philosophie der Beschleunigung und Entgrenzung deutlich gegenüber stehen. Sie befassen sich mit Menschen in schweren Krisen, Krankheiten und mit Menschen, die sich mit dem Tod auseinander setzen müssen. In einer Gesellschaft, die Entgrenzung und Beschleunigung zur allgemeinen Philosophie

erhebt, machen die Angehörigen der pflegenden Berufe deutlich Sisyphos-Erfahrungen. Sie erleben, dass „der Stein immer wieder den Berg herunterrollt“ und die Grenzen ihrer Arbeit sichtbar werden.

Anders als die Soziale Arbeit ist der professionelle Ausgangspunkt der Pflege ungünstiger. Pflege, ob im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege oder im Altenheim, gilt als Semiprofession, und mit den verrichtungsbezogenen und körpernahen Arbeitszusammenhängen ist Pflege vom sozialen Abstieg noch einmal stärker betroffen als die Soziale Arbeit. Sie ist zurzeit gekennzeichnet durch eine Entwicklung der Spaltung in wissenschaftlich ausgebildete Pflegeeliten mit Management- und Qualitätsfunktionen und in gestresste und gefährdete Semiprofessionelle und Dienstboten, die teilweise illegal in privaten Haushalten vor allem hochaltrige Menschen pflegen.

In Supervisionen mit Pflegenden stehen zumeist kontroverse Berufsverständnisse, analog zu denen in der Sozialen Arbeit, aber noch einmal schärfer als hier, im Fokus der Supervision. Die Pflegeverständnisse, Theorien und Konzepte zur Pflege, sind heterogener als in der sozialen Arbeit und nicht selten strittig. Sie reichen wie z.B. beim psychoanalytischen Ansatz von Emmi Pikler von einem Verständnis von Pflege als Aufbau einer psychischen Haut, also einer besonderen Pflegekunst bzw. Verständnis von Pflege als Kunstlehre, über die Gewährung eines hygienischen Zustandes und die Befriedigung der Grundbedürfnisse bis hin zur Pflege als das, was der Arzt zur Behandlung eines Kranken an die Pflege delegiert, oder auch solchen Verständnissen von Pflege, die diese als System, als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, kurz als etwas sehen, was aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt ist, die sich beliebig kombinieren lassen (vgl. Gröning 2004). Pflege theoretisch betrachtet sind es insbesondere die basalen Funktionen der Pflege, das heißt ihr Bezug zum Körper, welcher statusgefährdend ist, weil auf den Körper gerichtete Berufe historisch von Niedrigstehenden erledigt wurden (Neckel 1991). Andererseits ist Pflege eine Art des basalen Anerkennungshandelns, da sie sich anerkennungstheoretisch gesprochen immer auch auf die psychische Haut des Menschen richtet und somit in Verbindung mit dem Selbstvertrauen und der Selbstachtung des Menschen steht. Der Körperbezug der Pflege ist der Grund dafür, dass Pflege mit Vertrauen und Scham in einem engen psychodynamischen Zusammenhang steht. Dieser Zusammenhang war immer wieder auch wichtig für die Professionalisierung der Pflege und ihre Eigenständigkeit als Beruf.

Auf der anderen Seite gehen die Institution, die Kultur von Krankheit und Behandlung, die Hierarchie der Professionen, die Definitionsmacht von Theorie und Disziplin als strukturierender Hintergrund in die Situation ein. So entsteht der professionelle Basiskonflikt der Pflege, der sich vor allem an der Problematik der Kommunikation und an der Problematik des situationsethischen Handelns aktualisiert. In ihrer ethnografischen Studie „Das Menschliche erledigt die Putzfrau“ (Engelmeyer 1994) hat Elisabeth Engelmeyer aufgezeigt, das im Konflikt zwischen Patientenorientierung und Institution die Mehrheit der Pflegenden sich für die Ordnungs-

funktion entscheidet, während die Kommunikation mit den Patienten vor allem von Angehörigen bescheidener Berufe wie Putzfrauen ausgeführt wird. Die auf die Sicherstellung der Abläufe gerichtete Arbeit und die Ausweitung des bürokratischen Handelns werden zwar bedauert, aber eine Veränderung ist nicht gelungen.

Heute hat die Arbeitsteiligkeit in den Einrichtungen der Pflege zu einer deutlichen Ausweitung nicht nur von Stress und Zeitnot, sondern auch zur Wiedereinführung von nichtexaminierbarem Personal geführt, von Ein-Euro-Kräften, Praktikanten, EQ-Maßnahmen und anderen Personen im Umfeld des Programms „Fördern und fordern“. Hinzu tritt ein recht hoher Migranten-Anteil in der Altenpflege, der durchschnittlich bei 18% liegt, wobei hier die Aussiedlerinnen mit deutschem Pass nicht erfasst sind. In der stationären Pflege ist das Problem des Stresses teilweise hausgemacht und ökonomisch verschuldet. Die Überführung der stationären Altenhilfe in einen Markt und die Veränderung der Altenheimfinanzierung hat zu einem vermehrten Pflegeheimbau geführt, um so mehr als noch vor 10-15 Jahren davon ausgegangen wurde, dass aufgrund des demografischen Wandels und der familialen Entwicklung die Nachfrage nach Altenheimplätzen steigen würde (vgl. z.B. zur Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung: Simon 2003). Faktisch wurden in den letzten Jahren viel zu viele Altenheime gebaut, wodurch ein Überangebot an Heimplätzen entstanden ist, welches wiederum zu einer Belegung von 75-80% oder weniger führt. Die niedrige Belegung wird heute als ökonomisches Risiko an die Beschäftigten weitergegeben, in dem vor allem den Pflegedienstleitungen zum einen enge Sparzwänge, zum anderen hohe Qualitätsanforderungen, Stichwort ‚MDK-Noten‘, abverlangt werden. Eine neue Rolle kommt den Angehörigen zu, die zunehmend als Anwälte, Verbraucher und Co-Klienten in einer Rolle auftreten und höchste Qualität in der Pflege zu niedrigsten Preisen erwarten. Wie schlagen sich die veränderten Bedingungen auf die Organisationskultur nieder? Immer wieder kommt es zu Regressionen in den Organisationen, ist der Anlass für Supervision eine umfassende Krise der gesamten Institution. Zunächst einmal bedeutet der ökonomische Zwang zum Sparen nicht nur mehr Teilzeitarbeitskräfte und 400 Euro-Jobs, sondern darüber auch ein Wegfall indirekter und kommunikativer Zeiten für die Bewohner und für das Team, eine Entritualisierung im Team (keine Zeit), eine Zuspitzung auf die pflegerischen Kernprozesse, die wiederum schnell erledigt werden müssen. Es kommt zu aggressiven Reaktionen bei Störungen in den Abläufen und zu Pflegefehlern. Den Hilfskräften bleibt darüber hinaus der Pflegeprozess fremd, wodurch vor allem das examinierte Personal in Zeitstress gerät, denn viele Vorbehaltsaufgaben, Medikamente, Pflegeplanung, auch einfache Behandlungspflege müssen eben dann von qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Dies alles wäre aber noch erträglich, wenn nicht unglaublich viel Druck, Entwertung der Arbeit und Arbeitsplatzwechsel an der Tagesordnung in der stationären Altenhilfe wäre. Besonders die Führungskräfte, die Geschäftsleitungen und die Pflegedienstleitungen wechseln häufig und zunehmend im Konflikt. Meine Erfahrung: es kommt fast nie zur Fallsupervision, sondern immer öfter zu Krisenintervention

im Kontext von Supervision. Denn auch hier wirken sich die Sparzwänge und der Zeitstress aus. Geld und Zeit für regelmäßige Supervision in der stationären Altenhilfe: Fehlanzeige. Stattdessen Leitungscoaching, Krisenintervention, Mediation mit Angehörigen etc.

Gleichzeitig, das habe ich im letzten ‚Forum Supervision‘ publiziert, ist durch die Entwicklung der Pflegeversicherung die Situation in den Heimen so, dass die Heime „die Schattenseite der Entwicklung“ tragen. Vor allem dementiell erkrankte Menschen und Menschen in ihrer letzten Lebensphase haben ein anderes Zeiterleben und eine andere Beziehung zurzeit. So unterscheiden dementiell Erkrankte, die heute das Erscheinungsbild der Heime prägen entweder nur noch zwischen jetzt und nicht jetzt oder sie leben in einer anderen Zeit und beginnen mit ihren Pflegenden über die Gegenwart zu streiten. Sie haben die Zeit vergessen und bewegen sich jung, beschwingt und vergnügt durch die Räume der Heime, in denen sie etwas anderes sehen als die Pflegenden. Es hat unglaublich lange gedauert, dieses Zeiterleben dementiell Erkrankter nicht einer generellen Entwertung zu unterziehen. Es soll validiert werden, die Selbstheilungskräfte des veränderten Zeiterlebens werden aber kaum geschätzt.

Literatur

- Engelmeyer, E. (1994): Das Menschliche erledigt die Putzfrau. In: Bertrams, A.: Dichotomie, Dominanz, Differenz. Frauen platzieren sich in Wissenschaft und Gesellschaft. Berlin.
- Gröning, K. (2004): Welche Qualität sichert die Qualitätssicherung? Möglichkeiten einer hermeneutischen Wahrnehmung. In: Schnell, M. (Hg.): Leib, Körper, Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Düsseldorf, S. 145-156.
- Neckel, S. (1991): Status und Scham. Frankfurt/New York.
- Simon, M. (2003): Die Ausgaben und Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung in den Jahren 1997-2001. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 52/Heft 9, S. 221-230.