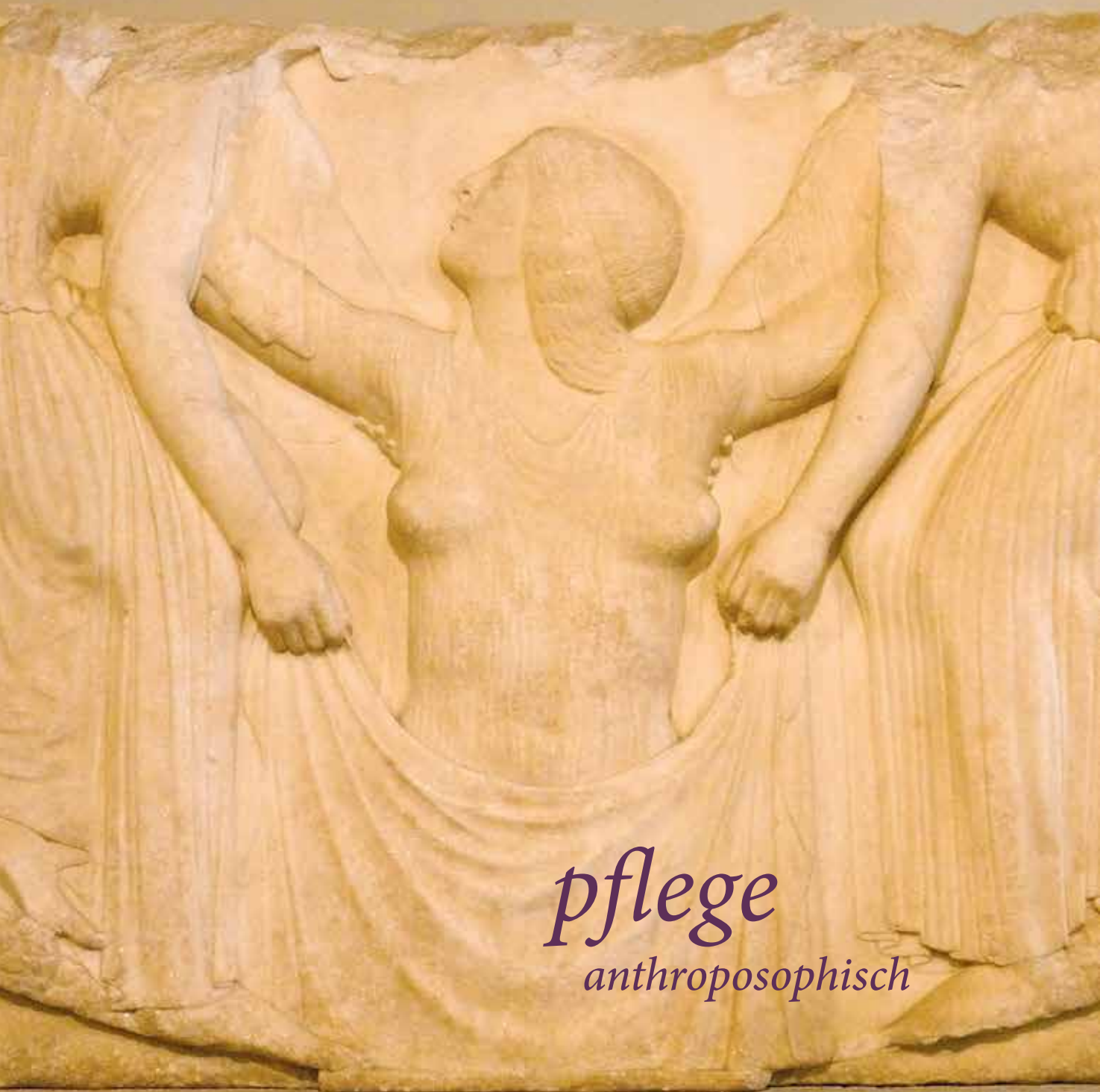


ZEITSCHRIFT FÜR ANTHROPOSOPHISCHE MEDIZIN  
AUSGABE 52 | FRÜHJAHR 2014

# *medizin*

INDIVIDUELL



*pflege*  
*anthroposophisch*

# pflege ermöglicht es dem menschen, krank sein zu dürfen



Über die Bedeutung der Pflege, speziell der Anthroposophischen Pflege, im Zeitalter der Fallpauschalen und Wirtschaftlichkeitsberechnungen sprach Annette Bopp mit Pflegeexpertinnen und -experten: Professorin Christel Bienstein vom Department für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke; Rolf Heine, stellvertretende Pflegedienstleitung an der Filderklinik, Stuttgart-Filderstadt; Maria Jung, Pflegedienstleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin; Gabriele Weber, Leiterin des Dörthe-Krause-Instituts für Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke; Barbara Yokota Beuret, Pflegedirektorin am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.





*Drei Gesundheits- und Krankenschwestern, die ganz offenkundig Freude an ihrer Arbeit haben!*

**Was ist für Sie das Besondere an Anthroposophischer Pflege?**

*Rolf Heine:* Sie ist eine integrative Pflege und gründet auf der pflegerischen Tradition und Pflegewissenschaft. Charakteristisch sind drei Aspekte: 1. Es wurden spezifische Methoden entwickelt oder aus der Tradition aufgegriffen: Wickel, Bäder, Waschungen, Rhythmische Einreibungen. 2. Die pflegerischen Prozesse sind geprägt durch die anthroposophische Anschauung von Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod. Daraus leitet sich eine bestimmte Haltung ab. Wenn man z. B. Lebensbeginn und -ende als Orte sieht, an denen ein unsterbliches Ich auf die Welt kommt und sie wieder verlässt, pflegt man anders als wenn man im Tod einen Endpunkt sieht. Und zum Dritten legen wir viel Wert auf die innere Haltung der Pflegenden zum Patienten und bilden diese auch gezielt aus.

**Wodurch definiert sich diese Haltung?**

*Gabriele Weber:* Zum Beispiel über das komplexe Menschenbild. Unsere Pflegenden sollten nicht erwarten, in der Ausbildung „Rezepte“ vermittelt zu bekommen, die sie durch Nachahmung 1:1 am Patienten umsetzen. Sie sollten genau hinschauen: Wen habe ich vor mir, was ist das für ein Mensch, was braucht er? Und umgekehrt: Was tue ich, wenn ich ihn berühre? Was macht es mit mir? Wie sieht mein Menschenbild aus? Sie sollen sich selbst einbringen in diese Begegnung und ebenso in den Stationsalltag mit den Kollegen.

*Maria Jung:* Als wir 1995 in Havelhöhe ein städtisches Krankenhaus übernommen und in eine anthroposophische Akutklinik entwickelt haben, bedeutete das auch für die Pflege einen grundlegenden Wandlungsprozess. Mit der Entwicklung des Krankenhauses hat sich auch die Pflege verändert, und die Pflege hat das Haus verändert. Ohne die anthroposophischen Elemente hätten wir keine gute Krankenpflege entwickeln können. Wir wollen ja keine „Stewardessen“ am Krankenbett, die einfach nur freundlich sind. Gute Pflege braucht eine Qualität, die sich durch das Verinnerlichen bildet. Das geht nur mit den Elementen der Anthroposophischen Pflege.

*Barbara Yokota Beuret:* Dass Pflegenden wertschätzend auf Patienten zugehen, gehört für mich zur normalen Professionalität. Das Besondere an der



Anthroposophischen Pflege sind für mich die eigenständigen Therapien: Wickel, Waschungen, Bäder, Einreibungen. Dadurch bekommen Pflegenden eine andere Haltung, ein anderes Selbstbewusstsein, eine andere Wahrnehmung vom Patienten.

**Steckt aber nicht doch noch mehr dahinter?**

*Heine:* Es ist ja die Frage, was „wertschätzend“ konkret heißt. Bin ich einfach nur nett? Ich denke, es ist viel mehr. Es ist die Art, wie wir pflegen. Ich kann mir bei ganz alltäglichen Handlungen bewusst sein, was ich tue und wie ich es tue. Ich darf den Patienten auf ganz bestimmte Weise berühren. Dafür muss ich achtsam sein und warme Hände haben, um nur zwei Aspekte zu benennen. Durch die Art des Berührens bilde ich eine Geste des Umhüllens, des Zugewandtseins, die sich dann auch auf andere Situationen überträgt und meine Haltung generell prägt. Das tut nicht nur dem Patienten gut, sondern auch mir als Pflegenden. Ich tauche ein in ein Heilmilieu, in bereits in der menschlichen Natur angelegte Heilprozesse. Das Anthroposophische daran wäre, dass ich versuche, diese Heilprozesse zu verstehen, zu beschreiben, zu leben.

*Weber:* Das üben wir intensiv während der Ausbildung im Demo-Raum, und zwar nicht an Puppen, sondern direkt am Menschen, aneinander. Die Pflegeschüler erfahren am eigenen Leib, wie sich eine Einreibung oder Ganzkörperwaschung anfühlt. Dadurch weiß ich, dass das, was ich tue, bedeut-



sam ist. Diese Art von Pflege bereitet ein Stück weit den Boden dafür, dass die ärztliche Therapie überhaupt wirksam werden kann. Deshalb legen wir auch Wert darauf, dass wir bei pflegerischen Maßnahmen nicht gestört werden, auch nicht durch Ärzte, die nur mal kurz etwas fragen wollen.

**Was, würden Sie sagen, macht gute Pflege aus?**

*Christel Bienstein:* Dazu gehören vier Kompetenzbereiche, die man nach und nach entwickeln muss. 1. Pflegende müssen Kenntnisse haben von dem Bereich, in dem sie pflegen. Das gilt für alle Fachbereiche der Pflege, sonst kann das für Patienten gefährlich werden. 2. Ich muss sensibel und wahrnehmungsfähig sein, bereit, Menschen genau anzuschauen und gut hin- und zuzuhören. Nur auf dieser Basis kann ich die richtigen Entscheidungen für die Pflege treffen. 3. Ich muss wissen, dass ich mir in jeder Situation eine eigene Meinung bilde, die mein Handeln beeinflusst. Und ich muss versuchen, mich davon zu lösen. Es ist z. B. erwiesen, dass Alkoholiker oder Drogenabhängige schlechter gepflegt werden als andere. Das muss man hinterfragen und reflektieren können! 4. Ich muss mich für meine Patienten einsetzen. Ich muss den Mut haben, mit meinem Wissen und meiner Wahrnehmung eine ärztliche oder andere Entscheidung zu hinterfragen und bereit sein, den Mund aufzumachen, wenn ich damit nicht einverstanden bin. Auch vor dem Hintergrund, ob es ethisch haltbar ist, was mit dem Patienten geschieht. Erst das Zusam-

menspiel dieser vier Kompetenzbereiche – und alle sind gleich wichtig! – macht gute Pflege aus.

**Wie realistisch ist es, das in der Klinik umzusetzen?**

*Jung:* Ich glaube, es kommt mit darauf an, was für ein Sozialkonzept das Haus hat. Wir haben dafür ein besonderes interprofessionelles Führungskonzept entwickelt. Ärzte, Pflegende und Therapeuten sind gleichberechtigt und arbeiten Hand in Hand in einem Führungsgremium für ihren Bereich. Das muss geübt werden, aber der Anspruch, auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten, ist da, auch im Stationsalltag. Man kann Strukturen schaffen, die erlauben, dass sich das überhaupt entwickeln kann.

*Bienstein:* Diese gleiche Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen bekommen wir nur hin, wenn Pflegende viel wissen, gut ausgebildet sind und sich ständig fortbilden. Da muss man auch Studien zitieren können und sich schlau machen und sich zu Wort melden. Pflegende sind meistens zu still.

*Yokota Beuret:* Wenn es keine positive Unternehmenskultur gibt, kann es auch keinen motivationsfördernden, wertschätzenden Umgang miteinander geben. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus über die Jahre hinweg unterschiedlich entwickelt haben und auch aus verschiedenen Warten auf den Patienten blicken. Das muss man verstehen und respektieren.

*Sorgfältiges Abmessen der verschiedenen Medikamente – eine verantwortungsvolle pflegerische Tätigkeit.*



*Die fertig vorbereiteten Medikamente werden zur Einnahme jedem Patienten auf das Essenstablett gestellt.*

*Heine:* Das hängt auch mit der Anschauung von Krankheit und Gesundwerden zusammen. In Deutschland dominiert die ökonomisch orientierte Sicht. Danach ist Krankheit ein Defizit, das durch eine Dienstleistung korrigiert wird, mit der man gut Geld verdienen kann. Dann gibt es die medizinische Anschauung, die im wesentlichen daran orientiert ist, dieses Defizit zu beheben – das will der Patient auch, aber nicht nur. Und dann gibt es eine pflegerische Sicht, die vollkommen anders sein kann. Das wird deutlich an der Frage: Ist Demenz eine Krankheit oder ein Seinszustand? Natürlich kann man eine Krankheit daraus machen – ebenso wie aus dem Alter oder der Geburt. Aber nicht notwendigerweise. In diesem Sinn hat Pflege eine ganz andere Option, mit Krankheit umzugehen. Radikal gesagt: Pflege ermöglicht es dem Menschen, krank sein zu dürfen. Sie erlaubt ihm, eine Situation zu erleben, in der ein Entwicklungsweg über den Körper, über die Krankheit möglich wird. Diese drei Sichtweisen stoßen im Krankenhaus aufeinander. Da gibt es viele Spannungsfelder. Und oftmals dominiert eben die ökonomische oder medizinische Anschauung, nicht die pflegerische.

**Gilt das auch für die anthroposophischen Kliniken?**

*Heine:* Sicher deutlich weniger als in anderen Häusern. Die Fallpauschalen triggern aber natür-

lich die ökonomische Seite, überall. Wir könnten unsere pflegerischen Leistungen durchaus ausweiten, das wird aber nicht vergütet, weil es in den Fallpauschalen nicht abgebildet wird. Trotzdem kann man schauen: Was braucht der Patient? Es wäre unsere Anforderung an das DRG-System, eine spezielle pflegerische Option offenzuhalten und zu vergüten. In der anthroposophischen Komplexpauschale, die wir für unsere zusätzlichen Leistungen bekommen, ist die Pflege mit im System. So haben wir z. B. auf der Inneren drei Pflegestellen mehr veranschlagt, damit wir Wickel und Einreibungen machen können. Da zeigt sich, wie sich pflegerische Leistung im Stellenschlüssel niederschlagen kann, sobald sie in den DRGs abgebildet wird.

*Jung:* Anthroposophische Häuser haben oft einen guten Ruf, weil hier anders gepflegt wird, weil anthroposophische Pflege gelebt wird und sich auch in der Sozialstruktur und in Bildungsmaßnahmen abbildet.

*Weber:* Wenn es den Pflegenden gut geht, geht es auch den Patienten gut. Deshalb sollten die Häuser etwas dafür tun, dass Pflegenden Zeit zum Reflektieren, Fortbilden und zur persönlichen Weiterentwicklung haben.

**Erwarten Patienten heute etwas anderes von der Pflege als früher?**

*Yokota Beuret:* Patienten legen sich heute nicht mehr ins Klinikbett und machen, was der Arzt sagt. Sie wollen auch nicht mehr unbedingt bemuttert werden, sondern haben ein großes Autonomiebedürfnis. Dafür brauchen wir neue, differenzierte Konzepte. Wir dürfen die Patienten nicht hilfloser machen als sie sind. Es gibt Bereiche, wo sie viel Pflege und Hülle brauchen, und es gibt andere, wo sie das eher als übergriffig empfinden. Wenn wir das berücksichtigen, kommen wir besser mit den Ressourcen zurecht, die uns zur Verfügung stehen.

**Woran bemisst sich für Sie Qualität in der Pflege?**

*Weber:* Dass wir ernst nehmen, was Gerhard Kienle als Leitspruch für Herdecke formuliert hat: „Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu veranlagern.“





*Heine:* Ich denke, wir können dafür verschiedene Kriterien angeben. Ein Patient möchte erst einmal zügig aufgenommen werden und bald einen Arzt sehen; er möchte eine transparente Therapie und Pflege bekommen, bis er wieder nach Hause geht. Das ist eine hohe Anforderung an gute Abläufe – erstes Level. Für viele reicht das schon. Bei anderen genügt das absolut nicht, weil ihre Erkrankung so komplex ist, dass sie ganzheitlich angeschaut werden müssen, mit ihrer sozialen, privaten und beruflichen Situation – zweites Level. Das dritte ist für mich dasjenige, wo wir als therapeutisches Team am Patienten aufwachen, weil er uns vor Fragen stellt, die wir noch nicht gelöst haben, wo wir an unsere Gren-

zen kommen, wo wir nicht einfach eine Studie aus der Tasche ziehen und sagen können: So machen wir's. Das ist bei allen kritischen Therapieentscheidungen so, in der Onkologie taucht das immer wieder auf. Solche Patienten treffen wir vielleicht nur ein paarmal im Jahr, aber das reicht, das gibt Kraft genug, um auch ein tieferes Interesse für den „Standardpatienten“ zu entwickeln.

**Was sagt die Pflegewissenschaft dazu?**

*Bienstein:* Pflegequalität ist etwas, was man primär nur als Person erleben und definieren kann. Aber es gibt auch Fakten. Ein Patient kann sich gut gepflegt fühlen, hat sich aber eine Infektion eingefangen. Dann war die Qualität doch nicht so gut – in dieser

Hinsicht. Man kann letztlich auch nicht genau sagen, was gute medizinische Qualität ist – die ist auch sehr individuell dem Einzelnen angepasst.

**Worin sehen Sie heute die größten Probleme?**

*Yokota Beuret:* Pflege ist in Deutschland grundsätzlich unterfinanziert, im Krankenhaus, vor allem aber in der ambulanten und Altenpflege. Außerdem werden Pflegenden mit besonderen Qualifikationen, Funktionen oder Aufgaben nicht besser honoriert, das bildet sich noch nicht einmal im Tarifsystem ab. Das Problem ist, dass es politisch in keiner Weise gewollt ist, dass Pflege an dieser Stelle eine andere Finanzierungsgrundlage bekommt.

*Liebevoller Fürsorge und Respekt vor der Individualität sind auf einer Intensivstation besonders wichtig.*

*Bienstein:* Probleme haben wir viele! 1. Pflegen wird immer gleichgesetzt mit Sorgen und Kümern. Das ist nicht besonders angesehen. Ein Ingenieur hat ein viel besseres Image. Wir haben aber mit z. B. der Intensiv-Weiterbildung längst Ingenieur-Niveau erreicht! 2. Pflegende brauchen heute generell ein viel größeres Wissen als früher, weil die Patienten meist komplex erkrankt sind. Sie kommen nicht nur mit einer, sondern mit drei, vier oder fünf Krankheiten gleichzeitig in die Klinik. 3. Ärzte sind oft Fachärzte, die nur auf ein Organ oder einen Defekt schauen, nicht auf den Menschen an sich. 4. Sondererlöse, die von den Pflegenden erarbeitet wurden, kommen zumeist nicht der Pflege zugute, sondern werden u. a. in die Anschaffung neuer Geräte gesteckt. 5. Ärzte sind wegen der Fallpauschalen gehalten, den Patienten möglichst schnell wieder nach Hause zu schicken. Wir in Deutschland schleusen europaweit die meisten Fälle pro Pflegenden durch

die Klinik! Sich da für ein Aufnahmegespräch noch ausreichend Zeit zu nehmen oder einen Wickel, eine Einreibung zu machen, erfordert eine immens hohe Selbstdisziplin. Wir arbeiten zurzeit daran, den Pflegenden hier eine Art Prioritätenkonzept an die Hand zu geben, weil es nicht hilft, ständig Überlastungsanzeigen zu schreiben. Dafür gibt es auch nicht mehr Stellen.

1990 hatten wir 4 Pflegenden pro Arzt im Krankenhaus, heute sind es noch 2,2, teilweise sogar nur 1,75. Warum? Weil die Ärzte für die Kliniken erlösrelevant sind, nicht die Pflege. Das muss ein Ende haben. Und es ist Zeit, dass die Pflegenden sagen: Das machen wir nicht mehr mit.

**Kann man unter diesen Bedingungen überhaupt noch eine gute Pflege machen?**

*Jung:* Wir haben die Fallpauschalen jetzt seit gut zwölf Jahren. Wir haben uns als Klinik in dieses System hineinentwickelt. Wir weisen alle pflegerischen Leistungen in den Erlösen aus. Und ich denke schon, dass wir eine gute Pflege machen, vor allem, wenn man bedenkt, von welchem schlechtem Niveau wir ausgegangen sind. Havelhöhe ist ein gutes Beispiel dafür, dass das geht.

*Yokota Beuret:* Ich denke auch, dass das geht. Es erfordert aber ein deutliches Umdenken aller Beteiligten und eine gute Organisation, gute Abläufe. Eine gute Pflege bildet für mich das Fundament für eine gute medizinische Versorgung im Krankenhaus. Wenn das nicht da ist, bricht alles zusammen. Das muss ein Haus wissen und berücksichtigen. Wenn wir unsere Anschauung ernst nehmen wollen, wäre es sinnvoll, auch den ambulanten Sektor mitzudenken und stärker auszubauen.

*Weber:* Die Stationen, die wissen, worum es geht und die Anthroposophische Pflege machen wollen, organisieren sich so, dass sie es auch können. Man darf nicht sagen: Wir machen das, wenn wir noch Zeit haben. Diese Zeit wird nie da sein! Man muss es von vornherein einplanen und Schwerpunkte setzen, dann schafft man es auch.



*Heine:* Ich möchte an dieser Stelle jetzt doch eine Lanze brechen für das Fallpauschalen-Zeitalter, so selten ich das auch tue! Denn die Grundidee, dass Erkrankungen heute nicht in speziellen Heilstätten abseits der Gesellschaft behandelt werden, sondern dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit wieder dorthin zurückkommen, wo sie herkommen, nämlich aus den sozialen Zusammenhängen, aus den Familien oder dem Lebens-

umfeld, das ist im Prinzip ja nichts Schlechtes. Das Krankenhaus ist heute der Ort, in dem Heilung beginnen kann. Dann müssen wir aber das System als Ganzes weiterdenken: Von der Klinik, wo die Krankheit kulminiert und die Behandlung beginnt, den Bogen schlagen in eine Rehabilitation, in eine häusliche und/oder professionelle Pflege. Der nächste Schritt wären dann Pflegeleistungen, erbracht in einem Mix aus Professionellen, Angehörigen, Nachbarn, Freunden und auch den Patienten selbst. Dafür haben wir noch zu wenige gute Lösungen. Gute Pflege ist möglich, und nur gute Pflege hat die Stärke, die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen zum Wohle von Pflegebedürftigen und Patienten zu verändern.