

Pflegedienst mit Gesicht
Notwendigkeit und Bedingungen eines ganzheitlich
orientierten Pflegedienstes

Von Pfarrer Dr. Hermann Eberhardt*

Worum es geht

Es ist eine alte Weisheit, daß man einen Menschen nicht ohne Schaden teilen kann. Wer es trotzdem versucht, wird im harmlosesten Fall eine theoretische Abstraktion und im schlimmsten Fall eine Leiche vor sich haben. Dazwischen liegen die sog. Fälle. Sie lassen sich zwischen Aktendeckeln abheften oder auf dem Operationsplan notieren, aber im Krankenbett begegnen uns doch immer ganze Menschen. Bei einer Operation mag ein Mensch bis auf die zu operierende Stelle abgedeckt werden und alle, die an der Operation beteiligt sind, haben Kittel und Gesichtsmasken angelegt, doch dies ist ein vorübergehender Zustand. Zum lebendigen Menschen gehört das lebendige, unverhüllte Gesicht. Das Gesicht ist das Fenster der Seele.

Weil Krankenpflege es mit lebendigen Menschen zu tun hat, kann ich mir einen richtigen Pflegedienst nur mit Gesicht vorstellen. Da gibt es nicht nur Hände zu technischen Verrichtungen und nicht nur einen Kopf, der physiologische Daten gespeichert hat, da schaut mich eine Schwester oder ein Pfleger mit lebendigem Gesicht an. Dieses Gesicht hat Augen, die in Gesichtszügen lesen können; es hat Ohren, die zuzuhören vermögen; es hat einen Mund, der fähig ist zu persönlichem Zuspruch und Gespräch.

Pflegedienst mit Gesicht, das ist Pflegedienst, der die seelische Dimension pflegerischen Tuns und Seins ernst nimmt. Sicher weiß jeder, daß Krankenpflege etwas anderes ist als Computer- oder Robotertätigkeit. Eben das Gesicht gehört dazu. Aber es genügt nicht, dies einfach festzustellen. Wer tagtäglich im Krankenhaus arbeitet, der weiß, wie schwer es ist, wirklich Gesicht zu entwickeln und zu behalten im Pflegedienst.

Ich möchte im folgenden der Frage nachgehen, was es dem Pflegedienst schwer macht, wirklich Gesicht zu bekommen und zu haben, und was wir konkret dazu tun können, daß er Gesicht bekommt und behält. Ich werde dabei ausführen, wie sowohl das Menschsein des Patienten als auch des Pflegenden eine ganzheitliche Orientierung des Pflegedienstes begründet, und wie das Grundge-

* Überarbeitete Fassung eines am 14. Juli 1982 in Münster/Westfalen gehaltenen Vortrags vor der Arbeitsgemeinschaft Leitender evangelischer Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpfleger Westfalens. Abgedruckt in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 12/82, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S. 715-718 (Originaler Seitenumbruch in [|] angegeben.)

setz menschlicher Kommunikation nicht erlaubt, hier (weiterhin) beim Wohl der Pflegenden Abstriche zu machen, wenn nicht auch die Patienten darunter leiden sollen. Wir werden miteinander entdecken, wie Defizite der bisherigen Pflegedienstausbildung und der Betreuung des Personals einander bedingen und sich zwangsläufig auch auf die Versorgung der Patienten auswirken. „Pflegedienst mit Gesicht“ fängt mit der Pflege des eigenen Gesichts an. Das bedeutet konkret Neuorientierung der Krankenpflegeausbildung. Und es heißt, daß im Pflegealltag Freiräume da sein müssen für die persönliche Auseinandersetzung mit den seelischen Problemen des Pflegedienstes und eine begleitende Fortbildung.

Dienst im Zusammenhang menschlicher Begegnung

Krankenpflege hat es mit Menschen zu tun. Der eine Patient mag wegen seines Gallensteins ins Krankenhaus kommen, der andere wegen der Extrasystolen seines Herzens. Sie kommen beide nicht als Galle oder Herz, sondern als ganze Menschen. Jeder Patient bringt sich selbst mit, ob er das will oder nicht: sich selbst mit seiner eigenen Lebensgeschichte, seinen Erfahrungen, seinen Erwartungen, seinen Gefühlen, seinen Befürchtungen und seinen Phantasien. Er kommt als Mensch mit Gesicht ins Krankenhaus, und er erwartet, dort Menschen mit Gesicht zu begegnen, keinen „Apparatschiks“. So wie es gilt, daß es zwischen Menschen unmöglich ist, nicht zu kommunizieren, ebenso gilt, daß es unmöglich ist, einem Menschen (im Krankenhaus) zu begegnen und ihn zu behandeln, ohne daß auch Seelisches vorgeht und damit Seelsorgerliches geschieht. Ob das bewußt oder unbewußt, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, von negativer oder positiver Wirkung ist, das ist eine zweite, aber nicht zweitrangige Frage. Wo Menschen einander begegnen, geschieht Kommunikation und damit auch seelisch Wirksames. Je größer dabei die Nähe ist, desto intensiver gestaltet sich die Kommunikation, desto weniger können wir ihrer Wirkung entgehen. Krankenpflege vollzieht sich zwangsläufig aus der Nähe. Pfleger und Patient haben nicht nur Tuchfühlung, sondern auch Körperkontakt. Pflegedienst geschieht im Schlafzimmer des Patienten. Solche Nähe bringt besondere Verantwortung mit sich. Nun könnte man meinen, diese Verantwortung sei schon damit wahrgenommen, daß die spezielle pflegerische Distanz eingehalten wird, die der weiße Kittel anzeigt. Doch ich meine, hier muß man unterscheiden. Der weiße Kittel geht nur bis zum Hals.

Kommunikation geschieht immer in zwei Richtungen. Es ist unumgänglich, daß beide Seiten von ihrem Geschehen berührt werden und an ihm beteiligt sind. Kommunikation verläuft in Wechselwirkung. Wie mich mein Gegenüber mit seinem Lachen anstecken kann, so kann er mich auch mit seiner Traurigkeit anstecken und umgekehrt. Wir wären keine Menschen, würden da nicht Wirkungen hinüber und herüber gehen, wenn wir einander begegnen.

Wer pflegt, ist mitbetroffen

Menschen, die als Patienten ins Krankenhaus kommen, bringen sich selbst in der besonderen Situation ihrer Krankheit mit. Es ist keine Frage, daß es gut ist, wenn all diejenigen, die dem Patienten pflegerisch begegnen, etwas über die allgemeinen seelischen Bedingungen der Ausnahmesituation des Patientenseins wissen und sich um besondere Kenntnisse in dieser Richtung bemühen. Doch wir sind auf einem Auge blind, wenn wir nur nach dem Patienten schauen, nicht aber auch nach uns selbst, die wir doch dem Patienten begegnen. Nicht nur der Patient ist von seiner Krankheitssituation betroffen, auch diejenigen, die ihn umgeben, sind es.

Das ist das erste, was wir uns klarzumachen haben, wenn wir Pflegedienst mit Gesicht wollen: Es genügt nicht, sich auf den Patienten zu konzentrieren. Was da mit dem Menschen, der die Pflege tut, geschieht, was in ihm vorgeht, was er empfindet, wie er sich fühlt in der Begegnung mit dem Patienten, ist gleichermaßen wichtig – es sei denn, wir setzen uns über das Naturgesetz der Kommunikation hinweg. Ganzheitliche Krankenpflege, die dem Patienten auch in seinen seelischen Bedürfnissen gerecht werden will, kommt nicht daran vorbei, auch auf die seelischen Belange der Pflegenden ein Auge zu haben. Und die Pflege, die das Gesicht eines „Pflegedienstes mit Gesicht“ verlangt, ist nicht nur Kosmetik!

Defizite der Ausbildung

Was meine ich, wenn ich sage, daß Gesichtspflege im Dienst nicht nur Kosmetik ist? Da habe ich z. B. ein anerkanntes Lehrbuch der „Psychologie für das Krankenpflegepersonal“ (von Helmut Remschmidt) vor mir. Auf den letzten beiden Seiten wird das „Verhalten gegenüber Sterbenden“ abgehandelt. Der Verfasser führt aus: „Wenn Arzt, Schwester oder Pfleger den Tod eines Patienten herannahen sehen, so ergreift sie meist ein Gefühl des Unbehagens...“ und wenig später: „...schließlich ist es für das Krankenhaus als eine Institution, die ja helfen soll, unerfreulich, wenn jemand innerhalb seiner Wände stirbt.“ (Hervorhebungen von mir).

Es geht um das Erleben von Sterben, und ein Standardlehrbuch spricht derartig distanziert an, was das für die Pflegenden bedeutet! Selbstverständlich fehlt in diesem Zusammenhang nicht der Hinweis, daß bei uns sog. Abwehrmechanismen mobilisiert werden, wenn wir Sterbenden begegnen. Daß die Art und Weise, in der hier das Thema abgehandelt wird, selbst bereits ein typisches Beispiel von Abwehr darstellt, dessen ist sich der Verfasser wohl nicht bewußt. Doch wenn die seelische Dimension der Krankenpflege so unterkühlt und funktionell angesprochen wird, was lernen dann die Krankenpflegeschüler? Was erfahren sie vom Gesicht der Krankenpflege?

Im Lehrbuch kommt ihnen eher eine Maske entgegen als ein Gesicht. Und im Unterricht und auf den Stationen? Was tut sich hier dafür, daß die Schüler der Krankenpflege offen und sensibel werden für die seelische Seite des Pflegegeschehens bei den Patienten und bei sich selbst? Welche Möglichkeiten haben sie für die Ausbildung ihres Gesichts? Da ist nach Intelligenz gefragt und nach handwerklichen Fertigkeiten. Gute Gedächtnisleistungen werden verlangt. Charakterlich wird gefordert, daß der Krankenpflegeschüler sich ein- und unterordnen kann. Auch ist selbstverständlich, daß man lernen muß, zu arbeiten, Belastungen durchzustehen, schweigend zuzuschauen und abzugucken usw. – was alles zum Erlernen eines Handwerks mit solidem theoretischem Boden notwendig ist. Aber diese Fertigkeiten betreffen m. E. alle den weißen Kittel der Krankenpflege. Was qualifiziert ihr Gesicht?

Im Unterkurs begegne ich jungen Menschen, die – wenn man ihnen Gelegenheit gibt – noch von ihrer menschlichen Betroffenheit durch den Dienst erzählen und Fragen stellen können. Im Oberkurs finde ich dann eine auf frontales Lernen eingestellte Klasse vor, die – zumindest in Klassenformation – zum offenen Austausch über persönliches Erleben des Pflegedienstes kaum noch bereit ist. Wo verarbeiten diese jungen Menschen das, was sie auf den Stationen erleben? Wer hilft ihnen, die notwendigen Lernschritte vom Bilderbuchideal guter Krankenpflege in die angemessene Bewältigung des Pflegealltags hinein zu tun? Sicher geschieht Gutes und Wichtiges auf den Stationen. Aber ebenso müssen wir hier auch die Defizite sehen. Es alarmiert mich, wenn ich höre, wie die Schüler z. T. von der Routine auf den Stationen und von ihren Zwängen erzählen. Ich weiß, daß Routine notwendig zum Bewältigen des Alltags gehört. Sie hält Kräfte frei. Aber man muß unterscheiden, wo sie angebracht ist und wo nicht. Dies zu lernen ist besonders wichtig. Statt dessen kann es einfach heißen: „Der Betrieb muß weitergehen. Zum Quatschen ist keine Zeit!“ „Quatschen“, das ist das Gespräch mit den Patienten. Äußert ein Schüler seine Betroffenheit über die Situation eines Patienten, wird ihm schnell gesagt: „Du mußt Dir eben ein dickeres Fell zulegen!“

Wie soll ich Fingerspitzengefühl entwickeln, wenn man mir den Dickhäuter als Vorbild empfiehlt? Wie soll ich Zuhören und Gespräch als Element ganzheitlicher Krankenpflege würdigen lernen, wenn man es mir als „Quatschen“ etikettiert? Wie soll ich lernen, Patienten ins Gesicht zu schauen und als Menschen wahrzunehmen, wenn man mir einen weißen Kittel anpaßt, der mein eigenes Gesicht überdeckt? Eine Unterrichtsschwester, die Gesprächsführung mit den Patienten in das Unterrichtsprogramm aufnehmen will, muß sehen, wie sie das zusätzlich im Stundenplan unterbringt. Der offizielle Lehrplan kommt ohne solch ein Fach aus. Die allgemeine Technisierung der Medizin scheint auch das Gesicht der Krankenpflegeausbildung verformt zu haben.

Was ist zu tun?

Weg von der (Schutz)Maske zum (eigenen) Gesicht

Was ist heute zu tun, wenn wir Krankenpflege mit Gesicht wollen? Ich meine, der Weg darauf zu verläuft in zwei Spuren. Die eine Spur setzt da an, wo wir deutlich sehen, daß Empfindsamkeit und Einfühlungsvermögen nur dort wirken können, wo man ihnen Raum läßt. Wer etwas vom seelischen Erleben der anderen erspüren soll, dessen eigene Seele darf nicht plattgedrückt oder abwesend sein. Sie muß lebendig und da sein können. Sorge um das seelische Wohlbefinden der Patienten ist zwangsläufig auch entsprechende Sorge um das seelische Wohl des Personals. Für den Pflegedienst ergeben sich daraus nicht nur die gängigen Ansprüche an ein gutes Betriebsklima. Das Betriebsklima muß nicht nur gut sein. Es bedarf einer seelsorgerlichen Atmosphäre.

Wer „mit Gesicht“ pflegt, nimmt Anteil an seinen Patienten und trägt damit ihre seelischen Lasten ein Stück mit. Das geht auf Dauer nur, wenn er selbst auch abladen kann und wenn Raum zum Verarbeiten da ist. Niemand hat unerschöpfliche Kräfte. Wir können auf Dauer nur geben, was wir empfangen. Der Stationspfleger einer Intensivpflegestation erzählt: „Die Verweildauer der Patienten hat sich verkürzt. In letzter Zeit gab es viele Beatmungspatienten. Aussichtslos.“ Er ist am Ende seiner Kraft und geht zur Oberin. Sein Vortrag bei ihr ist sicher nicht ausgewogen – vermutlich sogar aggressiv. Im Ohr geblieben ist ihm die Reaktion der Oberin: „Wenn Sie die Arbeit nicht leisten können, dann müssen Sie sich eben eine andere Stelle suchen!“ – [716|717] Ich bin sicher, daß die Oberin sich nicht wünschte, diesen guten Mann zu verlieren. Aber die (seelsorgerliche) Sicherung war bei ihr durchgebrannt. Auch Oberinnen sind Menschen mit Grenzen seelischer Kraft. Auch sie müssen abladen und auftanken können, sonst wird auch aus ihrem Gesicht eines Tages eine Maske. Es gehört Kraft dazu, ein Gesicht zu zeigen und dieses Gesicht alltäglich dem Berührtwerden auszusetzen.

Wer eine Maske trägt, tut das letzten Endes nicht aus Bequemlichkeit, sondern weil er deren Schutz braucht. Es ist unverständlich, das anders zu sehen. Im Gespräch mit Schwestern und Pflegern einer radiologischen Station sagt ein Pfleger: „Mit den Patienten rede ich nur so daher. Ich weiß genau, würde ich mich auf sie wirklich einlassen, dann würde ich bald in den Keller sausen...“ Der Pfleger spricht mit seinen Worten das an, was die Psychologen den seelischen Mechanismus der Abwehr nennen. Abwehr hat Schutzfunktion. Wo die Belastung zu stark wird, muß ich abschalten, mir ein dickes Fell zulegen, durch das nichts mehr durchkommt. Mir bleibt nur noch die Flucht in die Routine übrig, und geredet wird in „Sprüchen“. Es ist nicht zufällig, daß das Gespräch mit den Patienten Schülern gegenüber abwertend „Quatschen“ genannt wird. Ist es erst einmal so etikettiert, dann hat es auch kein Gewicht mehr, und niemand kann mir vorwerfen, daß ich Wichtiges mit ihm versäume. Was soll ich auch anderes tun als

darüberhinreden – eben „quatschen“ –, wenn ich mich vor dem Abstieg in den Keller tieferer Gefühle (beim Patienten und bei mir) schützen muß?! Damit verlassen wir die erste Spur und machen den Schritt in die zweite.

Lebendiges Gesicht – Kunst des Gesprächs

Ging es auf der ersten Spur darum, Freiraum für seelisches Erleben und Verarbeiten in einem lebendigen Pflegedienst zu eröffnen, dann verfolgen wir auf der zweiten Spur das gleiche Ziel mit Blick auf die Patienten. „Mit Gesicht“ pflegen heißt: Mit Patienten sprechen, ihnen nahe sein, die seelische Dimension der Pflege ernst nehmen. Es ist klar, daß beide Spuren nicht zufällig parallel laufen. Wenn ich mich als Krankenpflegeschüler daran gewöhnt habe, daß meine Empfindungen und Gefühle niemanden interessieren, dann werde ich früher oder später auch Patienten gegenüber abschalten. Selbst wenn ich es anders wollte, ich könnte nicht anders. Ohne Nachschub an Energie kann keine Arbeit auf Dauer weiterlaufen. Auch ein noch so dringlicher Appell an das Pflegepersonal setzt die Gesetze seelischer Energie nicht außer Kraft. Wie oft habe ich schon gehört: „Die Schwestern und Pfleger sollten besser mit den Patienten sprechen als dauernd Kaffee trinken und rauchen...!“ Diese Forderung kann nur dann Erfolg haben, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Der (seelische) Tank darf nicht leer sein, und ich muß als Pflegender wissen, wie hilfreich ein Gespräch sein kann und wie ich ein solches Gespräch bewerkstellige. Der ersten Voraussetzung sind wir auf der ersten Spur gefolgt. Wie sieht die zweite Spur aus? Zunächst einmal darf keiner, der Pflegedienst tut, sich allein gelassen fühlen, wenn er meint, daß einfühlsame Nähe und das Patientengespräch (nicht nur theoretisch) wichtig sind. Wie man körperlich pflegt, das wird in der Krankenpflegeschule gelernt. Aber wie steht es mit dem Lernen richtiger Gesprächsführung?

Hierin scheint mir nicht nur die Ausbildung zum Pflegedienst im allgemeinen noch ziemlich „unterbelichtet“ zu sein. Natürlich kann einer schnell sagen: „Wer Mund und Ohren hat, kann auch Gespräche führen!“ Sicher kann er das – vielleicht sogar recht gut. Doch gilt dann nicht auch, daß fast jeder Laie ein Naturtalent zum Pflegen hat? Wenn denn das Pflegen ein Handwerk ist, das man lernen muß, und eine Kunst, die etwas mit Können zu tun hat, gilt das nicht auch für die seelische Seite der Pflege, für ihr Gesicht? Nicht, daß ich einer totalen Perfektionierung das Wort reden wollte. Doch heißt es nicht die leib-seelischen Zusammenhänge von Krankheit sträflich übersehen, wenn auf der einen Seite die handwerklich versierte Pflegekraft gefordert und gefördert, auf der anderen Seite aber alles leichtthin dem naiven Naturtalent überlassen wird? Ich vermute, man ist beim Gespräch mit Patienten deshalb so unbekümmert, weil selten ein Kundiger zugegen ist, der sofort auf Mängel und vermeidbare Fehler aufmerksam machen könnte.

Wird nicht immer wieder beklagt, daß der Betrieb zu Gesprächen mit Patienten wenig Zeit lasse? Ich will dem nicht widersprechen. Es bleibt wenig Zeit, die ausschließlich zum Gespräch da wäre. Um so mehr müßten wir daran interessiert sein, diese Zeit möglichst effektiv zu nutzen. Vielleicht verbirgt sich hinter dem Zeitargument aber auch einfache Unlust zum Gespräch. Solche Unlust hätte m. E. gute Gründe. Auf Dauer kann nur die Arbeit Freude machen, von der ich etwas verstehe und die mir Erfolgserlebnisse bringt. Nicht Appelle, sondern gute Erfahrungen bewirken dauerhafte Motivation.

Die erste Erfahrung aller, die sich an eine Ausbildung in Gesprächsführung heranwagen, ist allerdings negativ: Man stellt mit Schrecken fest, wie viel man falsch machen kann und wird unsicher. Unsicherheit fühlt sich nicht gut an. Häufig stellt sich dann auch Trauer über den Verlust der Naivität ein, mit der man bisher Gespräche führte und Patienten begegnete. Manch einer bleibt hier dann stehen und redet warnend der alten Naivität das Wort. Doch typische Durchgangserfahrungen soll man nicht absolut setzen. Eine gute Ausbildung in Gesprächsführung wird dafür sorgen, daß es nicht bei den kränkenden Anfangserfahrungen bleibt. (Wie ihr übrigens auch jedes Herabschauen auf naive Fähigkeiten fernliegt.)

Bedingungen der Ausbildung in Gesprächsführung

Jedem Pflegedienst, der mit Gesicht arbeiten will, ist also eine Grundausbildung in Gesprächsführung anzuraten. Ich möchte mit ihrem wesentlichsten Merkmal beginnen: Ausbildung in Gesprächsführung unterliegt ihren eigenen Gesetzen. Sie unterscheidet sich damit deutlich vom üblichen Unterricht der Schule oder von allgemeinen Fortbildungsseminaren. Der Grund dafür liegt auf der Hand: Hier gilt es, die Regungen der Seele wahrzunehmen. Das Organ dafür ist weniger unser Verstand als unser Gefühl. Ich muß nicht nur mit dem Kopf, ich muß auch mit dem Herzen zuhören und sprechen können, wenn das Gespräch gelingen soll. Schauen wir uns ein drastisches Beispiel an: Ein Patient sagt: „Schwester, ich habe solche Angst vor der Operation.“ Darauf die Schwester: „Das ist irrational, Herr X! In der Operation sterben nur 0,0...% der Patienten. Da gestern gerade ein Patient im OP gestorben ist, ist es höchst unwahrscheinlich, daß bei ihrer Operation morgen schon wieder etwas passieren könnte...“ Wir sind uns einig, daß keine Schwester so antworten wird. Hier fehlt das Herz so total, daß auch das letzte Gefühl der rationalen Argumentation zum Opfer fällt. So antwortet kein Mensch. Aber was antwortet die Schwester tatsächlich? Wird sie die Angst des Patienten so nah an sich heranlassen (können), daß sie sie deutlich genug [717|718] spürt, um sie ganz ernst zu nehmen? Es kann ja auch geschehen, daß mir die Angst des anderen so ins eigene Herz fällt, daß ich selbst sprachlos werde und nur noch weglaufen mag. Wie reagiere ich, wenn ich selbst Angst habe? Ich

kann sehr wohl Angst haben, auch wenn ich sie nicht zugebe oder spüre. Das Gespräch mit sterbenden Patienten ist nicht nur um der Patienten willen so schwer. Meine eigenen Ängste und Hemmungen spielen da sehr bedeutsam mit. Nur daß mein „blinder Fleck“ mich daran hindern mag, dies wahrzunehmen.

Das bedeutet: Ausbildung im helfenden Gespräch kann von der unmittelbaren Auseinandersetzung mit Reaktionsweisen der eigenen Seele nicht absehen. Eine solche Auseinandersetzung ist aber – selbst wenn sie nur andeutungsweise geschieht – nur unter der Voraussetzung von Freiwilligkeit und Vertrauen möglich. Vertrauen braucht Zeit zum Wachsen und den Schutzraum einer verlässlichen Gruppe. Von daher kann Ausbildung im helfenden Gespräch nur angeboten, nicht aber verordnet werden. Manche dürften sich schwertun, den Schritt in das Neuland der Auseinandersetzung mit sich selbst zu wagen. Gleichwohl meine ich, daß jede Pflegekraft lernen kann, einfache Weichen des Gesprächs zu erkennen und grobe Schnitzer der Gesprächsführung zu vermeiden. Wie viele wissen z. B. nicht, daß etwa die Frage: „Muß ich sterben, Schwester?“ zunächst einmal als Botschaft zu hören ist. Auf eine äußerlich so klare Frage kann äußerlich nur mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ geantwortet werden. Eine Botschaft muß ich erst einmal richtig verstehen, ehe ich angemessen zu reagieren vermag. Vielleicht ist unser Patient ja längst schon selbst zu einer Antwort gelangt und will jetzt nur, daß die Schwester ihm hilft, eine Kontovollmacht für seine Frau auszustellen. .. Oder die schwierige Frage der Wahrheit am Krankenbett! Wie oft wird sie unter falscher Alternative abgehandelt. All das wird in einem Kurs hilfreicher Gesprächsführung Schritt um Schritt in eigener Erfahrung behandelt werden müssen. Habe ich aber erst einmal erfahren, wie viel hilfreicher ein Gespräch sein kann, wenn ich die gängigsten Fehler zu vermeiden lernte, dann bin ich auch motiviert, weiterzumachen, vorausgesetzt, ich bin selbst nicht gerade an meinem seelischen Nullpunkt.

Schlußfolgerungen

Krankenpflege mit Gesicht nimmt sowohl die seelischen Bedürfnisse des Patienten als auch die des Pflegepersonals ernst. Wenn wir hier bis in die Ausbildung der Krankenpflegeschüler deutlich Defizite feststellen, dann dürfte das auch darin begründet sein, daß der „Gesichtspflege“ bei Pflegekräften selbst immer noch zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Es genügt nicht, auf einen perfekt weißen Kittel zu achten. Auch mit der evtl. Rückversicherung, ob einer zur Kirche gehört oder gar zum Gottesdienst geht, ist die Frage nicht erledigt, woher die Mitarbeiter im Pflegedienst ihre seelische Energie beziehen. (Auch Glaubensstradition vermag Masken zu schaffen!) Raum zum Gespräch ist nötig.

In einigen Krankenhäusern kümmert sich der hauseigene Seelsorger darum, daß dieser Raum da ist. Vor allem, wenn er Gesprächsgruppen für das Personal

einrichtet, wird er eine entsprechende Ausbildung dazu mitbringen müssen. Aber er bedarf auch der Unterstützung durch die Pflegedienstleitung. Freiräume müssen vom Dienstplan her da sein. Jedenfalls wird eine einsichtige Pflegedienstleitung ihren Beitrag zur Sache nicht in Gestalt bloßer Appelle leisten. Sie wird diese Freiräume von sich aus anbieten. Daß dies sich auf weite Sicht dann auch „bezahlt macht“, steht für mich außer Zweifel. Zunächst aber zeigt sich in einem solchen Angebot überzeugend, wie ernst es dem Krankenhaus mit dem Gesicht seines Pflegedienstes ist. Und für die Motivation der Mitarbeiter ist Entscheidendes getan.

Die Ausbildung in Gesprächsführung wird erst einmal in der Krankenpflegeschule den ihr gebührenden Platz im Ausbildungsplan bekommen müssen. Nicht nur, daß die Schüler am ehesten für Neues offen sind. In der Ausbildung werden auch die Maßstäbe gesetzt, die das Berufsbild prägen.

Ausbildung in Gesprächsführung bzw. im Umgang mit Patienten sollte zunächst in selbstgewählten Gruppen von 8 bis 12 Teilnehmern erfolgen und von jedem Notenzwang frei sein. In diesen „Unterricht“ ließen sich auch theoretische Einheiten aus den klassischen Fächern Psychologie, Soziologie und Pädagogik organisch integrieren. Was sich von diesen Fächern nicht integrieren läßt, bleibt ohnehin graue Theorie.

Wie die Ausbildung im „Handwerk“ des Pflegedienstes sollte die Arbeit am „Gesicht“ des Pflegedienstes die drei Jahre der Ausbildungszeit durchgehend begleiten. Folgerichtig heißt dies: Neben die beiden traditionellen Ausbildungsstränge müßte ein dritter Ausbildungsstrang ganz eigener Prägung treten.

Das Fortbildungsangebot für ausgebildete Pflegedienstmitarbeiter wird freiwillig bleiben müssen. Hier gilt das Prinzip des Zellenwachstums. Erfahrung schafft Motivation und umgekehrt. Gute Erfahrungen stecken an. Wichtig ist dabei freilich, daß wagemutige einzelne, die sich solche Fortbildung vielleicht zunächst außerhalb ihres Krankenhauses holen, nicht lange allein bleiben, sondern in ihrem Krankenhaus dann auch wirklich eine Zelle bilden können. Sie sind dann Frischzellen, die das Gesicht des Pflegedienstes von Station zu Station erneuern können – auch dort, wo keine Krankenpflegeschule dieses Werk tut.

Manch einer mag sich spätestens jetzt fragen, ob der hier geforderte Aufwand zur Gesichtspflege des Pflegedienstes möglich ist, und davor zurückschrecken. Ich möchte dazu abschließend zweierlei bemerken. Zum ersten frage ich als Mitarbeiter im Krankenhaus: Ist nicht – seit es Krankenhäuser gibt – die Hygiene ein selbstverständliches und unverzichtbares Mittel der Krankheitsprophylaxe? Zum zweiten meine ich als Pastor und Seelsorger: Wenn wir denn versuchen wollen, die Patienten „zu lieben wie uns selbst“, dann dürfen wir mit dem, was wir für uns selbst tun, nicht zu knauserig sein. Das ist die ebenso gültige, wie lange übersehene Seite des Liebesgebotes Jesu.

