



## Fachlicher Anspruch vs. Praxisrealität

Wie Pflegende die unwürdigen Bedingungen im Arbeitsalltag aushalten

Foto: www.martinglauser.ch

### *Karin Kersting*

Im öffentlichen Diskurs werden häufig „unwürdige Zustände in der Pflege“ angeprangert. Die schlechte Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ist immer wieder Thema. Welche Bedingungen hingegen Pflegende in ihrem Berufsalltag aushalten müssen, wird kaum betrachtet. Unsere Autorin hat mit den sogenannten Coolout-Studien in den vergangenen 20 Jahren untersucht, wie Pflegende sich zwischen der geforderten Patientenorientierung und den herrschenden ökonomischen Zwängen bewegen.

**P**fl egende sollen sich bei der Arbeit sowohl am aktuellen und anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher und anderer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse orientieren als auch die Patienten und ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen. Die pflegebedürftigen Menschen sollen in ihrer Selbstständigkeit gefördert und hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Teilhabe unterstützt werden. Im Pflegehandeln sollen insbesondere das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation der zu pflegenden Personen berücksichtigt werden (vgl. BMG 2003). Dieser Anspruch findet sich nicht nur im Krankenpflegegesetz, sondern auch in verschiedenen Pflege-

theorien und -konzepten, die in den Ausbildungen vermittelt werden, und in Forderungen seitens der Praxis wieder.

So wird etwa eine patientenorientierte Pflege in (Pflege)Leitbildern von Kliniken formuliert und der Öffentlichkeit vermittelt, dass alles Handeln der Mitarbeiter auf das Wohl der zu Pflegenden ausgerichtet ist: Empathie und Verständnis werden als Handlungsmaxime ausgewiesen. Oder es wird betont, die in der Einrichtung Tätigen nähmen sich Zeit für die zu Pflegenden, deren Würde und Individualität das Handeln leite (vgl. Kersting 2016b, S. 30 f.). Die Forderung einer patientenorientierten Pflege hat damit nach innen wie nach außen eine Funktion – nämlich die, das berufliche Selbstverständnis zu prägen und das jeweilige Krankenhaus als eine humane Einrichtung zu präsentieren, der sich die Einzelnen anvertrauen dürfen und in der sie sich gut aufgehoben wissen können (vgl. Kersting 2016a, S. 40 ff./ 2016b, S. 30 ff.).

### **Die ökonomischen Zwänge**

Zugleich müssten aber die von der Gesellschaft eingerichteten Gesundheitsinstitutionen bezahlbar bleiben – so jedenfalls fordern es seit Jahren Politik, Kranken- und Pflegeversicherungsträger.

Dieser Appell führt zunehmend zu Konkurrenz und Verdrängungswettbewerben der Einrichtungen untereinander. Gewinnmaximierung gewinnt an Bedeutung und führt in Klinikkonzernen zu wirtschaftlichen Zwängen, die sich in Zeit- und Personalmangel niederschlagen (vgl. Maizei et al. 2014). Der normative Anspruch der Patientenorientierung, mit dem die Einrichtungen für sich werben, degeneriert auf diesem Weg zu einem täuschenden Label, führt doch gerade der Wettbewerb zu Verhältnissen, die diesen Anspruch verhindern. Es gilt das Diktat der Ökonomie: Pflegende müssen ihr Handeln an wirtschaftlichen Prinzipien ausrichten (vgl. Kersting 2016b, S. 31 ff.). Sie sollen bereits in der Ausbildung lernen, mit materiellen und personalen Ressourcen ökonomisch umzugehen (vgl. BMG 2003).

### Herrschende „Mängelpraxis“

Die Situation in Krankenhäusern stellt sich als „Mängelpraxis“ dar, wie etwa die Studienreihe „Pflegethermometer“ zeigt: Mängel in der pflegerischen Versorgung sind nicht die Ausnahme, sondern die Regel, etwa bei der Überwachung verwirrter Patienten, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Mobilisierung und Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender (vgl. Isfort et al. 2010). Der Ruf nach Patientenorientierung bei gleichzeitiger Forderung von Wirtschaftlichkeit bekommt vor diesem Hintergrund geradezu einen zynischen Zug.

Die Schilderung einer verzweifelten Krankenschwester, die sich 2015 an die Öffentlichkeit wandte, spitzt den Sachverhalt zu. Sie berichtete dem *SPIEGEL* unter anderem von Patienten, die fixiert werden, damit sie keine Unruhe stiften, von Patienten, die aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals mehrere Stunden in ihrem Kot und Urin liegen, von Pflegenden, die ihren Frust mit Alkohol betäuben. Am Beispiel der Arbeit in der Notaufnahme macht der Beitrag sehr eingängig auf die unhaltbaren Zustände und Zumutungen aufmerksam, die Pflegenden und Patienten aushalten müssen. „Manchmal denke ich: Ich wünschte, es würde mal was richtig Schlimmes passieren. Damit sich endlich etwas ändert“, heißt es abschließend in dem Artikel (*DER SPIEGEL* 44/2015).

Aber was soll dieses „richtig Schlimme“ sein, wenn nicht die von ihr geschilderte Situation, dass Menschen mehrere Stun-

den in ihren Ausscheidungen liegen, die Tatsache, dass kranke Menschen mit Gurten am Bett festgebunden werden, oder die Anzahl der Todesfälle, die mit dem Personalmangel in Zusammenhang gebracht werden können (vgl. Busse 2013)?

### Das Aushaltenkönnen

Diese unwürdigen Zustände in der Praxis, die negativen Auswirkungen auf die Patienten und die Belastungen für die Pflegenden sind zwar längst dokumentiert, in einschlägigen Studien untersucht und sowohl der Fachdiskussion wie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden. Dennoch gibt es weder in der Gesellschaft noch in der Pflegepraxis oder -wissenschaft eine derart nachhaltige Reaktion, die eine grundlegende Änderung der Versorgungsqualität zur Konsequenz hätte. Pflegende halten die Situation im Arbeitsalltag aus – zumindest die meisten von ihnen. Es steigen noch brennen weder alle aus oder betäuben sich mit Alkohol. Der „Wunsch nach etwas richtig Schlimmen“, um einen Wandel anzustoßen, zeigt vielmehr, dass es scheinbar noch nicht schlimm genug ist. Die Frage ist, wie die Akteure diese Situation im Pflegealltag dauerhaft mehr oder weniger widerstandslos hinnehmen können.

Ich untersuche seit 20 Jahren mit den sogenannten Coolout-Studien, wie Pflegenden den unauflösbaren Widerspruch zwischen dem gesetzlich verankerten (und im Laufe der Jahre immer elaborierter beschriebenen) pflegefachlichen Anspruch und der Sicherung der funktionalen Arbeitsabläufe innerhalb der ökonomischen Zwänge im Krankenhausalltag aushalten. Mit der Metapher der „Bürgerlichen Kälte“, so wie sie von Theodor W. Adorno und Max Horkheimer geprägt worden ist, kann erklärt werden, wie Pflegenden, Pflegeschüler, aber auch Pflegepädagogen und Praxisanleiter sich vor diesem Widerspruch schützen können und damit zugleich zur Stabilisierung der bestehenden Verhältnisse beitragen.

Sie alle lernen in der beruflichen Sozialisation, sich gegenüber dem unauflösbaren Widerspruch in den an sie gestellten Anforderungen „kalt“ zu machen, also eine Tendenz der Gleichgültigkeit gegenüber dem Widerspruch zu entwickeln. Dieses Sich-kalt-machen – das „Coolout“ – lässt sich als Prozess einer moralischen Desensibilisierung beschreiben, in dem Pflegenden sich verschiedene Deutungen

und Strategien aneignen. Diese zeigen, wie Pflegenden aushalten, was ihnen und den Patienten im Alltag widerfährt, warum das Bestehende sich letztlich relativ reibungslos reproduziert und warum auch das längst beschriebene „Schlimme“ noch nicht schlimm genug ist, um Veränderungen herbeizuführen.

### Schutz und Stabilisierung

Die Deutungen beziehungsweise Reaktionsmuster haben eine Schutzfunktion für die Akteure, und weil sie hinreichend schützen, stabilisieren sie zugleich die bestehenden Verhältnisse. Ein zentraler Aspekt bei diesen schützenden und stabilisierenden Deutungen ist, dass Verletzungen des pflegefachlichen Anspruchs oder der gebotenen Patientenorientierung zur Normalität im Alltag werden. Es gibt eine Normalitätstendenz hinsichtlich strukturell regelverletzender Abläufe (vgl. Oevermann 1999, S. 257).

## „Pflegende lernen, die Regelverletzungen im Alltag als Normalfall anzusehen.“

Dabei sind es im Regelfall nicht die eklatanten, dramatischen Verletzungen der Norm, die zum Protest führen würden, sondern die häufigen Normverletzungen im scheinbar Kleinen. Diese sind vom Inhalt her tendenziell tolerierbar und mobilisieren keinen direkten Widerstand, da sie eher unscheinbar und aufgrund ihrer Häufigkeit im Arbeitsalltag eher harmlos erscheinen: Die Körperpflege, die Lagerung, das Anreichen von Nahrung, die Kommunikation oder anderes werden mit mehr oder weniger Abweichungen, eben nicht ganz so durchgeführt, wie es sein sollte. Schwerstkranken und Sterbenden kann nicht die Zuwendung zuteilwerden, der sie bedürfen. Man muss Abstriche bei der Pflege machen, Prioritäten setzen, Kompromisse suchen und auch bei Personalmangel müssen alle Arbeiten erledigt, alle Patienten versorgt werden. Das alles gilt im Alltag als „normal“ und geschieht jeden Tag.

### Regelverletzung und Gewöhnung

Pflegende lernen somit, die Regelverletzungen als Normalfall anzusehen. Aller-

dings lernen sie auch, grundsätzlich an dem normativen Anspruch festzuhalten, ihn zu wünschen oder auch anzunehmen – wenngleich er im Alltag mehr oder weniger unmerklich unterlaufen wird, weil den Pflegenden nichts anderes übrig bleibt (vgl. Kersting 2016a, S. 93 ff.).

Bezieht man dies auf die Kollegin aus dem *SPIEGEL*-Bericht, so zeigt sich zweierlei: Es gibt zunächst einmal eine nicht mehr zu tolerierende Regelverletzung, eine Sensibilisierung und einen Widerstand, der sich in dem Schritt an die Öffentlichkeit zu gehen zeigt. Zugleich gibt es jedoch eine Gewöhnung an das „Schlimme“, auch an „schlimme“ Regelverletzungen, die aus der eigenen Perspektive und Deutung heraus aber immer noch nicht schlimm genug sind, als dass ihnen eine ausreichende Dramatik für einen Anstoß zum Wandel zugeschrieben würde. Auch bei eklatanten Normverletzungen findet letztlich eine Gewöhnung statt, die dazu führt, dass diese ausgehalten werden und man am nächsten Tag weitermachen kann.

Das Beispiel der Kollegin verweist darauf, dass auch bei einer weiteren Zunahme des Arbeits- und Zeitdrucks weder nachhaltiger Protest noch grundlegende Veränderungen zu erwarten sind, sondern sukzessive eine weitere Gewöhnung und Anpassung an die sich verschlechternden Verhältnisse stattfinden werden.

### Coolout-Strategien

Dies geschieht mithilfe von Deutungen und Strategien des Coolout, etwa – einer unkritischen, fraglosen, unreflektierten Übernahme der Gepflogenheiten der Praxis und alleinigen Orientierung an dem, was im Alltag machbar ist, oder – einem Verharren in der Perspektive

eines Opfers, das keine Macht zur Veränderung hat, gleichsam ohnmächtig hinnehmen muss, was an Normverletzungen geschieht, oder

– dem Suchen nach den richtigen Prioritäten, nach guten Kompromissen, nach Nischen und positiven Ausnahmen im Alltag, nach besserer Arbeitsorganisation und -koordination oder dem Hochhalten der Kollegialität und des Teamgeistes, kurz dem Verfallen in verschiedene Strategien, die der Verwirklichung des pflegfachlichen Anspruchs, der Verbesserung der Situation im Arbeitsalltag dienen sollen. Diese führen letztlich aber zu einem Trugschluss, weil mit ihnen nicht, nur zufällig oder nur teilweise das erreicht werden kann, was intendiert ist – nämlich eine Orientierung am einzelnen Patienten. Vielmehr dienen die Strategien im Ergebnis der Sicherung aller Arbeitsabläufe auch unter schlechten Bedingungen. Es werden immer Abstriche an der Pflege gemacht. – Oder es kommt zu einer reflektierten Hinnahme, dass es keine Lösung im Sinne einer Verwirklichung des Anspruchs unter den herrschenden Bedingungen geben kann (vgl. Kersting o.J./2016a, S. 133ff.).

### Der Widerspruch bleibt bestehen

Mit den Ergebnissen der Coolout-Studien lassen sich diejenigen Mechanismen aufdecken, die dazu führen, dass letztlich alles so bleibt, wie es ist, obwohl das doch keiner so möchte. Und das bezieht sich nicht nur auf die Praktiker. Vielmehr lassen sich verschiedene der oben skizzierten Deutungen auch in pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Konzepten aufdecken (vgl. Kersting 2008, S. 3–5/2015, S. 177–198/2016, S. 585–604/2016b).

Dementsprechend müsste gefragt und geprüft werden, inwieweit das strukturelle Problem, also der unauflösbare Widerspruch in den Anforderungen an Pflegende, in der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Berufspolitik personalisiert, pädagogisiert oder psychologisiert wird – etwa in Motivationsreden mit Aufforderungen zum Zusammenhalt der Berufsgruppe, Konzepten zur Stärkung der eigenen Person und Entwicklung der Ich-Identität, zur Stärkung der Resilienz oder Förderung einer schier unendlichen Anzahl von Kompetenzen, mit denen dann im Alltag die Qualität der Pflege gesichert werden soll.

Diese Strategien bergen die Gefahr, die unwürdigen Bedingungen im Pflegealltag zu bagatellisieren oder zu verschleiern, weil der Blick von den eigentlichen Ursachen abgewendet und die Lösung in den Akteure selbst gesucht wird. Dies gilt es weiter zu untersuchen und darüber gilt es aufzuklären. ■

Die vollständige Literatur zum Text finden Sie unter [www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)

In der kommenden Ausgabe von *Dr. med. Mabuse* wird ein weiterer Beitrag zur Situation der Pflegepädagogen und Praxisanleiter erscheinen.

### Was bereichert Ihr Leben?

„Jede Art von Wärme.“



**Dr. Karin Kersting**  
ist Krankenschwester,  
Lehrerin für Pflege,  
Dipl.-Pädagogin und  
Professorin für Pflege-  
wissenschaft/Pflege-  
forschung an der  
Hochschule Ludwigshafen am Rhein.  
[karin.kersting@hs-lu.de](mailto:karin.kersting@hs-lu.de)

## Kompetenzorientierte Pflege

Ausbildung zur Kinaesthetics-TrainerIn  
[www.kinaesthetics.de](http://www.kinaesthetics.de)



Kinaesthetics



YouTube

Das Arbeitsfeld der  
Kinaesthetics-TrainerIn