

Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus:
Zur Entwicklung vorbeugender
und helfender Maßnahmen

- Bericht -

070048



Mißbrauchsverhalten
im Krankenhaus:
Zur Entwicklung
vorbeugender und helfender
Maßnahmen

- Bericht -

vorgelegt von:

SALSS - Sozialwissenschaftliche
Forschungsgruppe GmbH
Riemannstraße 31
5300 Bonn 1

der:

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200

5000 Köln 91

Bonn, Juli 1985

Vorbemerkung

Im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Forschungsgruppe SALSS, gestützt auf Gruppendiskussionen mit Krankenhauspersonal, sondiert, welche Maßnahmen sich empfehlen, um den Konsum von Alltagsdrogen zurückzudrängen.

Als Grundlage dieser Studie diente die qualitativ-empirische Untersuchung, die SALSS zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus vorgelegt hat.

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
1. <u>Einleitung</u>	1
1.1 Zur Ausgangslage	1
1.2 Die Frage nach den Maßnahmen	3
1.3 Untersuchungsziele	7
1.4 Die Diskussionsgruppen	8
2. <u>Ergebnisse der Gruppendiskussionen</u>	11
2.1 Akzeptanz der Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus	11
2.2 Ergänzung der Untersuchungsergebnisse	14
2.3 Materielle Verbesserung der Arbeitsbedingungen	16
2.4 Zur Situation in der Krankenpflegeausbildung	19
2.5 Maßnahmen in der Ausbildungsphase	23
2.6 Verbesserung von Arbeitsorganisation und Koopera- tion: Das Problem harmonischer Arbeitsgruppen	27
2.7 Verbesserung von Arbeitsorganisation und Koopera- tion: Pro und contra Hierarchie	29
2.8 Verbesserung der Arbeitsorganisation und Koopera- tion: Die Stationsbesprechung	31
2.9 Maßnahmen zur Information und Aufklärung	36
2.10 Normative Regelung als Verhaltensstütze	39
3. <u>Aufgaben für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</u>	40

1. Einleitung

1.1 Zur Ausgangslage

Unsere Studie zum Mißbrauchsverhalten von Krankenhaus-Beschäftigten, die auf 39 intensiven, explorativen Interviews mit Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen beruht, hat gezeigt, daß der Konsum von Zigaretten, Kaffee, Alkohol und Medikamenten eine Reihe von wichtigen Funktionen für das soziale Leben im Krankenhaus erfüllt:

- Zum Abbau psychischer Spannungen, zur Linderung körperlicher Beschwerden werden vor allem Schmerz- und Beruhigungsmittel, aber auch Alkohol eingesetzt.
- Zur Rechtfertigung eines vorübergehenden Rückzugs aus belastenden Situationen, als Symbol für "Nicht-gestört-werden-Wollen" werden Zigaretten- oder Kaffee-pausen eingelegt.
- Als Belohnung für überstandene Strapazen spielen nach Extrembelastungen während des Dienstes und "zum Abschalten" am Feierabend Zigaretten, Kaffee und Alkohol eine wichtige Rolle.
- Die gemeinsame Kaffee- und Zigarettenpause bei Schichtübergabe oder die "kleine Feier auf der Station" bei Sekt und Wein sind typische Rituale, bei denen die informelle Kommunikation (zur Pflege des kollegialen Klimas) durch den Genuß anerkannter Alltagsdrogen erleichtert und unterstützt wird.

Diese den Betroffenen vielfach durchaus bewußten Funktionen werden durch frühzeitig erlernte, lange eingeübte Verhaltensweisen erfüllt, die ihre Wurzeln durchaus nicht nur in Krankenhaus-spezifischen Bedingungen haben, sondern auch aus sozio-kulturellen Rollenanforderungen außerhalb der Arbeitswelt resultieren.

Allerdings, wann immer es im Krankenhaus zu einem Spitzenkonsum von Alltagsdrogen kommt, der über den Standard statusähnlicher Gruppen außerhalb des Gesundheitsbereiches hinausgeht, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß eine Kumulation besonderer - also nicht sozio-kultureller - Bedingungen vorliegt. Die Welt des Krankenhauses zeichnet sich nämlich durch drei Charakteristika aus, die - zumindest in spezifischen Situationen - Mißbrauchsverhalten deutlich begünstigen. Es sind dies:

- die relativ leichte Zugänglichkeit von Alltagsdrogen wie auch rezeptpflichtigen Medikamenten,
- Arbeitsbelastungen, die hohe Anpassungsleistungen erfordern (zum Beispiel Überforderung durch Quantität aber auch Komplexität der Tätigkeit, Unterforderung durch Routinen, Schichtbetrieb, leicht störbares Betriebsklima und mitunter problematisches Führungsverhalten),
- ein relativ weit verbreitetes, geringes Risikobewußtsein der Beschäftigten gegenüber Alltagsdrogen und Medikamenten bzw. eine Tabuisierung des Mißbrauchs.

Naheliegend ist es also, daß Maßnahmen zur Information und Aufklärung, die das soziale Umfeld, d.h. die Arbeits- und Lebensbedingungen, des Krankenhauspersonals unberücksichtigt lassen, bei dem Versuch, das Mißbrauchsverhalten einzudämmen, scheitern müssen.

Auch die Suche nach funktionalen Äquivalenten (Tee trinken statt Kaffee, Eis essen statt Alkohol auf der Geburtstagsfeier), die als weniger gesundheitsschädlich erscheinen, ist - zumindest als isolierte Maßnahme - nicht erfolgversprechend. Diese Einschätzung wird auch durch Befunde der Studie gestützt: Die Befragten selbst räumen Appellen an das Gesundheitsbewußtsein des Krankenhauspersonals kaum Chancen ein.

1.2 Die Frage nach den Maßnahmen

Bereits in der Basis-Untersuchung, die das Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus qualitativ sondierte, ließen Mehrheiten der Interviewpartner erkennen, daß sie eine verbesserte Ausstattung der Krankenhäuser vor allem mit qualifiziertem Personal für vordringlich halten. In allererster Linie dadurch, so meint man, lassen sich die generellen Arbeitsbelastungen (insbesondere auch solche durch Schichtarbeit) so verringern, daß sich die Kooperationsbedingungen verbessern und am Ende jener Grad an Autonomie entstehen könnte, der es den Beschäftigten ermöglicht, mit Suchtgefahren bewußter, offener, umzugehen und sie eher zu bewältigen.

Allerdings sind sich die meisten Befragten auch bewußt, daß eine derartige materielle Verbesserung der Arbeitssituation in den Krankenhäusern angesichts der bereits extrem hohen Kostenbelastungen des Gesundheitssektors und der zunehmenden gesamtgesellschaftlichen Konkurrenz um öffentliche Ressourcen nur geringe Realisierungschancen hat.

Vor dem Hintergrund dieser Annahme hatte die Forschungsgruppe SALSS bereits im Bericht über die Basis-Studie drei Maßnahmen (oder besser: Stoßrichtungen für Maßnahmen) angeregt. Die entsprechenden Textpassagen seien im folgenden noch einmal wiedergegeben:

1. Trotz der angespannten Kostensituation im Gesundheitswesen sollte das Ziel einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der im Krankenhaus Beschäftigten nicht aus dem Visier verloren werden. Wenn auch die verbesserte Ausstattung vor allem mit qualifiziertem Personal in dieser Hinsicht mehr verspräche, erscheint uns doch die Flexibilisierung des Führungsstils mit der Absicht, die Kooperation unter variierenden Belastungssituationen zu verbessern, als lohnende Aufgabe.

Konflikte zwischen Vertretern der ärztlichen und der pflegerischen Hierarchie im Krankenhaus, die auf dem Buckel von Subalternen ausgetragen werden, vor allem aber auch die mangelnde Fähigkeit vieler Stationsleitungen, angesichts zunehmender Heterogenität und Fluktuation des zu beaufsichtigenden Personals unter Streß einigermaßen befriedigende Kooperationsbedingungen aufrecht zu erhalten, bestärken uns in der Ansicht, daß spezielle Trainingsprogramme für Leitungspersonal im Krankenhaus, die nicht-autoritäres und sachbezogenes Führungsverhalten einzuüben hätten, langfristig ein Klima erzeugen könnten, das Druck von den Beschäftigten nimmt, das damit gleichsam als Prophylaxe gegen Mißbrauchsverhalten wirken würde.

2. Selbst wenn sich die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus erheblich verbessern lassen sollten (wie gesagt, materiell-personelle Aufstockung hat sehr enge Grenzen und eine Verbesserung der Kooperationsfähigkeit stößt auf menschliche Unzulänglichkeiten und am Ende auf die Tatsache, daß auch die flexibelste Führung angesichts knapper Ressourcen kapitulieren muß), es wird - in mehr oder minder starker Ausprägung der Belastung - im Krankenhaus immer Problemgruppen geben, bei denen aus der Arbeitssphäre und aus der allgemeinen Lebenssituation resultierende Schwierigkeiten kumulieren.

Vor allem die Führungskräfte im Krankenhaus sind für die Lage dieser Problemgruppen, diese Untersuchung rückt Schwesternschülerinnen und ältere Pflegekräfte mit beruflich-häuslicher Doppelbelastung in das Zentrum der Aufmerksamkeit, in besonderem Maße zu interessieren. Wenn, was zu befürchten ist, es in annehmbarer Zeit nicht gelingen sollte, die Masse der Stationsleitungen "pädagogisch aufzurüsten", sollten um so mehr die pflegerischen Leitungen der Krankenhäuser

Adressaten von Aufklärungsmaßnahmen sein, die letztlich den bezeichneten Problemgruppen zu gute kommen.

Die pflegerischen Leitungen können zum Beispiel dafür sensibilisiert werden zu erkennen, welche Gefahr die soziale Isolation für Schwesternschülerinnen mit sich bringt. In diesem Zusammenhang könnten die Leitungen dazu gebracht werden, den jungen Frauen mehr Spielräume für Geselligkeit einzuräumen. Bei den älteren, doppelt-belasteten Frauen hätte es vor allem um eine flexiblere Dienstplanregelung zu gehen - darum auch, sie fürsorglich vor dauernder Überbeanspruchung auf bestimmten "Verschleißposten" zu bewahren.

3. Nicht nur günstige Voraussetzungen für einen Abbau von Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus (durch Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Beschäftigten) sind zu schaffen, es muß darüber hinaus auch um ein verstärktes Bewußtmachen der Risiken gehen: Gerade was die Verwendung von Medikamenten angeht, läßt unsere Studie erschreckende Wissensdefizite beim Pflegepersonal erkennen - auch und gerade beim jüngeren. Unser Vorschlag:

Verbesserung und laufende Anpassung des Informationsstandes zum Medikamentenangebot unter den Pflegekräften durch ausführlichere und regelmäßige Erklärungen der Ärzte, die als einzige Gruppe im Krankenhaus bisher gezwungen sind, ihr Wissen in Sachen Medikation durch Lektüre von Fachzeitschriften, Expertendiskussion und Besuch von Kongressen up to date zu halten.

Wenn etwa die Stationsärzte einmal wöchentlich während einer Phase geringen Arbeitsanfalls den Mitarbeitern ihrer Station in verständlicher und griffiger

Manier ihr Wissen weitergeben, ist ihr eigenes Zeitbudget damit in der Regel nicht überstrapaziert. Zugleich werden -jedenfalls im günstigsten Falle- drei Fliegen mit einer Klappe erschlagen:

- Wissensstand und Risikobewußtsein des Pflegepersonals auf der Station erhöhen sich. Die Chance zu vorsichtigerem Umgang mit Medikamenten zum Eigengebrauch und gegenüber Patienten wird verbessert.
- Der vorher sehr unterschiedliche Wissensstand der Pflegekräfte auf den typischerweise sehr heterogenen Stationen wird einheitlicher; als Folge davon verbessern sich die Kooperationsbedingungen.
- Der Arzt wird mehr als zuvor auf seine Rolle als Vorbild in Gesundheitsdingen festgenagelt; zugleich läßt er sich mehr in den Diskussionszusammenhang der Station einbinden, wodurch sich seine Rolle als Störfaktor der Arbeitsabläufe mildern lassen mag.

Ebenfalls wurde in dem Bericht über die Basis-Untersuchung angeregt, der Entwicklung solcher Programme eine Phase der Sensibilisierung für das Thema Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus vorzuschalten. Eine solche Phase wäre dazu zu nutzen, so wurde vorgeschlagen, den Beschäftigten im Krankenhaus die vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Mißbrauchsverhalten und anderen Problemkomplexen noch bewußter zu machen, als das heute bereits der Fall ist.

In diesem Zusammenhang ergab sich die Frage, ob der SALSS-Untersuchungsbericht "sich als Stimulus einsetzen ließe, 'mit dem vor Ort', beim Personal des pflegerischen, des ärztlichen und des Verwaltungs-Dienstes in Krankenhäusern, sich jene Diskussionen und Prozesse der Bewußtmachung auslösen lassen, die für weiterführende Maßnahmen ein günstiger Nährboden wären".

1.3 Untersuchungsziele

Aufgabe der hier dokumentierten Studie war es, das aus der Basis-Untersuchung vorliegende Material -in didaktisch gestrafter Form- unterschiedlich zusammengesetzten Gruppen von im Krankenhaus Beschäftigten vorzustellen und es gemeinsam mit ihnen zu diskutieren. Mit solchen Diskussionen wurden die folgenden Ziele angestrebt:

- Es sollte eine zusätzliche Validierung der Ergebnisse, im Sinne einer Kontrolle durch die Betroffenen selbst, sowie eine Anreicherung des Materials erreicht werden. Dabei sollte durchaus nicht ausgeschlossen sein, der Kontrolle einen sehr direkten Bezug zu geben: So war vorgesehen, an einem Teil der Gruppendiskussionen auch Interviewpartner aus der Basis-Untersuchung teilnehmen zu lassen, um zu erfahren, ob diese sich in den berichteten Ergebnissen mit der Essenz ihrer Aussage wiedererkennen würden.
- Zu überprüfen war darüber hinaus, inwiefern sich der Bericht über die Basis-Untersuchung -in didaktisch-gestrafter Form- als Lehrstoff eignet, der akzeptiert wird, motiviert und eine problemorientierte Diskussion auslöst.
- In freier Diskussion sollten Vorschläge in Richtung auf Maßnahmen zum Abbau von Mißbrauchsverhalten erarbeitet und auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten durchleuchtet werden.
- Und schließlich, das aus den Untersuchungsergebnissen abgeleitete, vorläufige Maßnahmenkonzept mit den drei Schwerpunkten "Flexibilität des Führungsstils", "Verständnis für Problemgruppen" und "Angleichung des Informationsstandes von Ärzten und Pflegekräften in bezug auf Medikamente" war, in Relation zu anderen sich aus der Diskussion ergebenden Vorschlägen, auf seine Akzeptanz und Realisierungschancen zu testen.

1.4 Die Diskussionsgruppen

Im Sinne der unter 3. aufgeführten Untersuchungsziele wurden vier Diskussionen mit Gruppen durchgeführt, die unterschiedliche Funktions- und Statusmerkmale im Krankenhaus repräsentieren.

In zwei Fällen überschritt der Umfang der Gruppe weit jenes Maß, das gemeinhin für dynamische und ertragreiche Gespräche erforderlich gehalten wird. Angesichts des sehr beträchtlichen Interesses an der Thematik sah sich das SALSS-Team außerstande, die Gruppengröße - wie geplant - zu steuern. Dieses außergewöhnliche Interesse ist auch der Grund dafür, daß - trotz zum Teil extremer Gruppengrößen - alle Gespräche als erfolgreich gewertet werden dürfen.

Bei drei der Gruppen wurden die Ergebnisse der Basis-Untersuchung in straffer Form dargestellt. Dies erwies sich als beinahe mehr als ausreichender Stimulus für lebhafteste Diskussionen. Bei einer Diskussion (in Frankfurt) war die Gruppe schon vorher durch Übersendung einer Kurzfassung der zu besprechenden Studienergebnisse informiert worden.

An zwei Diskussionen (Göttingen und Frankfurt) nahmen auch Interviewpartner aus der Basis-Untersuchung teil.

Im folgenden sollen kurz wesentliche Charakteristika der vier Gruppendiskussionen vermittelt werden:

Die Gruppendiskussion an der Werner-Schule in Göttingen:

Die Diskussion wurde im März 1985 an der Werner-Schule des Deutschen Roten Kreuzes in Göttingen geführt - mit einer der beiden Gruppen, die für ein dynamisches Gespräch "eigentlich" als viel zu groß gelten müssen: Es handelte sich um ca. 35 Damen und 6 Herren eines einjährigen Lehrganges

(alle mit abgeschlossener Berufsausbildung und fundierter Erfahrung im Krankenhausdienst), aus dessen Absolventen sich Führungskräfte für Pflegedienstleitungen und Lehrkräfte für die Krankenpflegeausbildung rekrutieren.

Die Aufgeschlossenheit sowohl der Leitung der Werner-Schule und der kontaktierten Unterrichtsschwester als auch der Lehrgangsteilnehmer führten dazu, daß Darstellung und Diskussion der SALSS-Studie als Unterrichtseinheit akzeptiert wurden.

Trotz der für eine Diskussion nicht optimalen Über-Beteiligung entwickelte sich ein sehr lebhaftes Gespräch, das im wesentlichen von ca. 10 bis 12 der Anwesenden getragen wurde.

Die Gruppendiskussion mit kritisch Engagierten in Frankfurt:

Die Diskussion wurde im April 1985 im Versammlungsraum eines freiwilligen Zusammenschlusses von kritisch engagierten Krankenhaus-Beschäftigten in Frankfurt durchgeführt. Die Teilnehmer waren: zwei jüngere Stationsärzte, ein Pfleger, drei vollausgebildete Schwestern und eine medizinisch-technische Assistentin. Das inhaltsreiche und stellenweise emotional bewegte Gespräch führte - bei aller Bereitschaft, sich auf konkrete, auch kurzfristig zu realisierende Maßnahmen einzulassen - immer wieder zu den materiellen, wie auch gesamtgesellschaftlich verankerten Schranken für Reformen im Gesundheitsbereich.

Eine große Diskussionsveranstaltung bei der Schwesternschaft im DRK-Kreis Bonn:

Die Veranstaltung wurde im Juni in einem Saal der DRK-Schwesternschaft Bonn durchgeführt. Die besondere Aufgeschlossenheit der zuständigen Oberin, Bekanntmachung der Diskussion als Fortbildungsveranstaltung sowie das allgemei-

ne Interesse an der Thematik führten zu einem "Massenan-
drang". Die größte Fraktion der über hundert Teilnehmer
stellten Schwestern aus Pflegedienst- und Stationsleitungen
sowie Lehrschwestern. Doch ebenfalls vertreten waren Sta-
tionsärztinnen und -ärzte, zumindest ein Krankenhaus-Psy-
chologe und Vertreter von Verwaltungsleitungen.

Zieht man die Dimension der Veranstaltung in Betracht, kann
- zumindest in bezug auf die im Brennpunkt stehende Thema-
tik "Arbeitsbedingungen und Mißbrauchsverhalten" - auch in
diesem Fall von einem fruchtbaren Gespräch gesprochen
werden.

Die Gruppendiskussion mit Ärzten an einem großen Bad
Godesberger Krankenhaus:

Die Diskussion wurde ebenfalls im Juni 1985 durchgeführt.
Die Teilnehmer waren: ein Oberarzt, eine jüngere Stations-
ärztin und zwei Stationsärzte.

Das Gespräch, das unter zeitlichen Restriktionen in einem
Dienstraum stattfand, erbrachte dennoch etliche neue Aspek-
te, sowohl was die Situationsbeschreibung als auch den Maß-
nahmenbezug anbelangt.

2. Ergebnisse der Gruppendiskussionen

2.1 Akzeptanz der Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus

Auch wenn, wie dargestellt, der Umfang der Informationen über die Ergebnisse der Basis-Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus wie auch die Art und Weise, in der diese vermittelt wurden, unterschiedlich waren, so stieß doch die Darstellung der zentralen Studienergebnisse in allen Gruppen auf hohe Akzeptanz. Dies gilt für die Einschätzung des Mißbrauchsverhaltens im Krankenhaus - insbesondere in bezug auf Medikamente - ebenso wie für die Schilderung der Arbeitssituation.¹⁾

"Mein Eindruck ist, nachdem Sie mir Ihre Studie dargestellt haben, daß die Probleme, die mir im Krankenhaus aufgefallen sind, von Ihnen zumindest angerissen wurden." (Stationsarzt)

"Ich finde es schon erstaunlich, wie genau und zutreffend Sie als Soziologen, und das heißt ja eigentlich als Laien, die Situation im Krankenhaus beschrieben haben." (Arzt)

"Was Ihre Aussagen zum Medikamentenkonsum beim Krankenhauspersonal angeht, da würde ich Ihnen zustimmen. Aber, ich habe da zwar keine objektive Informationen, aber nach meinem persönlichen Eindruck, und das ist auch eine Meinung, die man häufig hört, gibt es beim Krankenhauspersonal, gerade auch bei Ärzten, eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Alkoholmißbrauch." (Oberarzt)

1) Auch diejenigen, die in der ersten Phase der Untersuchung als Interviewpartner zur Verfügung gestanden hatten, bestätigten, daß ihre Erfahrungsberichte angemessen dargestellt und interpretiert worden seien.

Zum Teil wurde allerdings in den Stellungnahmen - mit einem leicht kritischen Unterton - bemerkt, es würde lediglich das wiedergegeben, was den Betroffenen selbst seit Jahren bekannt sei, ohne daß überzeugende Vorschläge zur Lösung der drängenden Probleme vorgelegt würden.

Für den Untersuchungsauftrag, nämlich von den Betroffenen Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation zu erhalten, ergab sich damit zumindest in zwei Gruppen eine mißliche Ausgangssituation: Man trat den Mitarbeitern der Forschungsgruppe mit einer Erwartungshaltung entgegen, die eine gemeinsame Erarbeitung von zu realisierenden Maßnahmen erschwerte.

"Das, was Sie uns hier erzählt haben, das kennen wir aus eigener Erfahrung ja schon, aber in dieser gestrafften und systematischen Form ist das trotzdem wertvoll." (Arzt)

"Das ist für uns alles nicht neu! Im Rahmen der Kostendämpfung sind bei uns sogar noch weitere Stellenkürzungen zu erwarten, damit wird sich die Situation noch verschärfen! Was soll nun geschehen!?" (Oberschwester)

Wenn auch überwiegend der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen auf der einen und dem Konsum von Alkohol, Medikamenten, Zigaretten und auch Kaffee auf der anderen Seite bestätigt wird, so wird doch - zumindest in Einzelfällen - die vermeindliche Überbetonung der Arbeitsbelastungen als "Ursache" des Mißbrauchsverhaltens kritisch beurteilt.

Hervorgehoben wird demgegenüber von einer beträchtlichen Minderheit der Diskutanten die individuelle "Veranlagung" bzw. Verantwortlichkeit des einzelnen oder die kulturelle bzw. soziale, von außerhalb des Krankenhauses herrührende, Bestimmung des Verhaltens.

"Ich frage mich, ob die Schwesternschülerinnen, deren Suchtprobleme in der Untersuchung herausgekommen sind, nicht in vielen Fällen schon vorher Mißbrauchsverhalten gezeigt haben. Vielleicht ist das alles eher kulturell bedingt und vielleicht kann man im Krankenhaus gar nicht so viel ändern!" (Schwester)

"Ich halte es für gefährlich zu sagen, die Arbeitsbedingungen sind schuld. Nach meiner Ansicht sind persönliche Dispositionen ausschlaggebend. Auch das gesellschaftliche Klima ist ausschlaggebend!" (Chefarzt)

"An Ihrer Studie vermisse ich etwas. Ich finde, es wird nur die Oberfläche beschrieben. Auf die persönliche Veranlagung wird zu wenig eingegangen, ich meine damit die Art und Weise, wie der einzelne mit seinen Problemen umgeht, kommt in Ihrer Studie zu kurz." (Krankenhauspsychologe)

2.2 Ergänzung der Untersuchungsergebnisse

In der zuletzt zitierten Äußerung des Psychologen klingt etwas an, was uns zur Ergänzung der Untersuchungsergebnisse veranlaßt hat. Es geht um die folgende, auch von anderen Beteiligten geäußerte, Annahme: Die Wahl eines Berufes im Bereich der Krankenpflege sei vor allem "karitativ motiviert"; das heißt die Grundlage der Berufsausübung bilde die - zugleich vom Krankenhaus nachhaltig geforderte - Bereitschaft, die eigenen Bedürfnisse gegenüber den Anforderungen der Patienten eindeutig zurückzustellen.

Dies habe zwei Konsequenzen: Zum einen würde diese berufliche (Über)Forderung leicht zur (Über)Belastung. Zum anderen seien die Krankenpflegekräfte, und unter ihnen vor allem die Frauen, aufgrund ihrer Orientierung auf den anderen hin, nicht gewohnt, sich mit eigenen Problemen auseinanderzusetzen. Die aktive Bewältigung belastender Situationen würde also in der Regel nicht mit den erlernten, eingeübten Verhaltensmustern der Pflegekräfte im Einklang stehen.

"Wichtig ist für mich: Im Krankenhaus gilt als absoluter Primat, daß die eigenen Interessen hinter dem Arbeitsauftrag zurückzustehen haben. Die Bereitschaft dazu muß bei jedem, der im Krankenhaus arbeitet, da sein. Das ist schon eine bestimmte Form der Belastung." (Stationsarzt)

"Die Entscheidung zum Schwesternberuf beruht in sehr starkem Maße - viel mehr als bei anderen Berufen - auf normativen Orientierungen. Die jungen Schwestern bringen schon von vornherein diese Orientierung auf die Unterordnung, das Dienen und Helfen, mit. Nicht gewohnt sind sie es dagegen, sich mit eigenen Problemen zu beschäftigen, sich selbst zu helfen." (Stationsarzt)

"Es gibt natürlich auch im Krankenhaus geschlechtsspezifische Verhaltensmuster. Kennzeichnend dafür ist die Unterordnung der Frauen." (Stationsärztin)

"Die jungen Krankenschwestern bringen die Anlagen für einen sozialen Beruf mit. Sie leben damit mit einem Widerspruch: Auf der einen Seite wollen - und müssen! - sie anderen helfen, aber sich selbst helfen lassen, ist schwierig für sie."
(Krankenhauspsychologe)

Um einen weiteren Aspekt sind die Untersuchungsergebnisse zu ergänzen: Auch das Verhalten der Patienten kann die belastete Situation des Krankenhauspersonals in besonderer Weise verschärfen. Denn besonders problematisch wird die Lage der Pflegekräfte (aber auch die der Ärzte), die so stark auf das Helfen wollen ausgerichtet sind, dann, wenn sie bei den Patienten, denen ihre ganzen Bemühungen gelten, keine positive Resonanz spüren - ihnen also eine Bestätigung der Arbeit, ein Erfolgserlebnis, versagt bleibt.

Als ausschlaggebend hierfür wird das mangelnde Eingehen der Patienten auf die Anweisungen und Ratschläge der Krankenhausbeschäftigten wie auch die zunehmende Anspruchshaltung vieler Patienten bezeichnet.

"Die Patienten machen es uns aber auch nicht leicht. Ein großer Teil der Patienten ist wegen Mißbrauchsverhalten krank. Für viele Pflegekräfte ist das schwierig. Wir strengen uns an, und wenn der Patient wieder draußen ist, dann raucht er wieder." (Stationsärztin)

"Als positives Beispiel könnte man die Reha-Kliniken nennen. Da hat man wirklich das Gefühl, daß die eigene Arbeit lohnt, daß man gebraucht wird. Ganz anders dagegen auf den Privatstationen. Da erscheint das Krankenhaus - jedenfalls aus der Sicht der Patienten - eher als Reparaturbetrieb. Da findet dann auch die karitative Zuwendung ihre Grenzen. Diese Anspruchshaltung der Patienten! Die Patienten auf den Privatstationen lassen uns ganz deutlich spüren, daß sie das Gefühl haben: Sie bezahlen - und wir haben sie dafür gefälligst gesund zu machen!" (Oberarzt)

2.3 Materielle Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Da jene Aussagen der Studie, die auf den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen auf der einen und erhöhtem Konsum von Medikamenten, Zigaretten, Alkohol und Kaffee auf der anderen Seite verweisen, bei der Mehrheit der Teilnehmer an den Diskussionen auf starke Zustimmung stoßen, ist es naheliegend, daß Vorschläge zur Einschränkung des Mißbrauchsverhaltens zunächst an der Verbesserung der materiellen Situation im Krankenhaus ansetzen.

Ein günstigeres Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten (auch bei Nacht- und Wochenenddiensten) ebenso wie eine humanere Gestaltung der Schichtarbeit - womit die drängendsten Probleme angesprochen sind -, sei nur über eine Ausweitung der Stellen im Pflegebereich zu sichern. Verlangt wird zu diesem Zweck u.a. eine Veränderung der Berechnungsgrundlagen (z.B. Nichtanrechnung von Stationsschwestern und Schülern bzw. Schülerinnen auf den Stellenplan für pflegerische Tätigkeiten).

Mit der Betonung der Notwendigkeit von zwangsläufig kostenintensiven Maßnahmen geht in der Regel die Warnung vor allein "klimatischen" Veränderungen oder die Skepsis gegenüber der Wirksamkeit von Informations- und Aufklärungskampagnen einher.

Eine Verbesserung der Kooperationsbeziehungen wird in diesem Zusammenhang allerdings nicht abgelehnt, sondern eher als begleitende Maßnahme, die die Durchsetzung tiefergreifender Veränderungen unterstützen könnte, gesehen. Eine offene Gesprächsatmosphäre und solidarische Beziehungen innerhalb der Arbeitsgruppe erscheinen damit als Voraussetzungen eines gemeinsamen Eintretens für die Verbesserung der Personalsituation.

"Wenn auf einer Station viel geraucht wird, weiß natürlich jeder, wie schädlich das ist. Und bei Drogen ist das genauso. Dieses Verhalten ist nur ein Symptom, die Ursachen liegen ganz woanders. Information hilft da nicht mehr viel." (Schwester)

"Aufklärung allein bringt nichts Wesentliches; das ist vielfach wissenschaftlich nachgewiesen worden." (Schwester)

"Klar, die Gespräche auf der Station sind wichtig. Wir dürfen uns aber nicht dadurch selbst beschränken, daß wir allein darin die Lösung sehen. Wenn sich ergibt, das vieles mit der Personalknappheit zusammenhängt, dann müssen wir die Probleme auch nach außen tragen." (Pfleger)

"Ich glaube nicht, daß durch ein besseres Gesprächsklima in der Gruppe - vielleicht durch Supervision - die Mitarbeiter versuchen werden, alle Probleme nur in der Gruppe zu lösen. Im Gegenteil, man wird zusammenrücken und seine Interessen weiter nach außen vertreten." (Schwester)

"Wenn man sich öfter zusammensetzt, um über die Ursachen der Probleme zu sprechen, dann kommt dabei sicher heraus, daß vieles an der Personalknappheit und an der Arbeitsbelastung liegt. Und wenn verschiedenen Stationen klar wird, daß es mit der Personalknappheit so nicht weitergeht, dann muß man sich solidarisieren und gemeinsam mehr Stellen fordern. Ich kenne ein Krankenhaus, wo das gelungen ist." - (Zwischenfrage:) "Wo ist denn das?" - "Das ist in der Schweiz". (Schwester)

Die letzte Aussage, wie auch weitere Äußerungen der Diskussionsteilnehmer, machen allerdings deutlich, daß die Chancen einer Realisierung materieller Forderungen nicht allzu hoch eingeschätzt werden.

"Ich fürchte, der Zug ist genau in die andere Richtung abgefahren. Mehr Stellen wird es wohl in absehbarer Zeit nicht geben." (Schwester)

Die Tatsache, daß trotz der verbreiteten Skepsis gegenüber den Durchsetzungsmöglichkeiten die Notwendigkeit kostenintensiver Verbesserungen immer wieder bekräftigt wird, wirkt sich zwangsläufig auf die Diskussion alternativer, kostenneutraler oder zumindest geringe Kosten verursachender Maßnahmen hinderlich aus.

2.4 Zur Situation in der Krankenpflegeausbildung

Ohne Abstriche wird in den einzelnen Diskussionsrunden bestätigt, daß die Schwesternschülerinnen eine der Gruppen im Krankenhaus mit den schwerwiegendsten Problemen darstellen. Bekräftigt werden die vorgelegten Untersuchungsergebnisse sowohl in Hinblick auf Art und Ausmaß der Belastungen, denen die Auszubildenden unterliegen, als auch in bezug auf die Verhaltensweisen, mit denen sie auf die Überbeanspruchungen reagieren: Die Tendenz zum Mißbrauchsverhalten und die erhöhte Suizidalität.

Zur sozialen Isolation der jungen Frauen und ihrer Mehrfachbelastung durch Ausbildung und Beruf sowie immer häufiger auch durch eigenen Haushalt treten nach Auffassung der Gesprächsteilnehmer als zusätzlich belastende Aspekte die eigene berufliche Orientierung auf der einen und die Anforderungen, fixiert im Berufsbild, auf der anderen Seite hinzu.

Orientiert sich die Berufswahl an dem traditionellen Motiv des Helfen und Dienen wollens, dann treffen auch auf die in der Ausbildung stehenden Krankenschwestern die bereits dargestellten allgemein verbreiteten Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen Problemen zu. Naheliegend ist, daß gerade jungen Schwestern - im Zusammenhang mit illusionären Vorstellungen vom Berufsalltag wie auch der Wahrnehmung eigener Unzulänglichkeiten - noch häufiger Erfolgserlebnisse verwehrt bleiben.

Allerdings setzt sich, nach Meinung der Diskussionsteilnehmer, im Rahmen der Ausweitung der Rekrutierungsbasis auch bei den Pflegekräften in immer stärkerem Maße eine Job-Mentalität durch, das heißt karitative Orientierungen verlieren an Bedeutung, konfessionelle Bindungen werden schwächer, lockerer. Dies bedeutet, daß die Grenzen der eigenen Belastbarkeit eher spürbar werden und in geringerem Maße - bei gleichzeitigem Verlust der Stütze durch den Glauben - berufliche Befriedigung aus der täglichen Arbeit gezogen wird.

Hinzu kommt, daß mit der wachsenden Heterogenität des Pflegepersonals sich auch eher Anlässe zu Konflikten, zu solchen mit Ausbildern wie auch mit Kollegen, ergeben.

"Belastungen hängen nicht nur mit den Strukturen zusammen, sondern auch damit, daß sich das 'Job-Denken' breit gemacht hat. Keiner will mehr länger bleiben, wenn es mal sein muß. Keiner kümmert sich um den anderen... Jeder ist sich so wahnsinnig selbst überlassen. Früher wurde man bei Problemen noch mehr durch die Gruppe aufgefangen." (Stationsschwester)

So, wie die Erwartungen und Ansprüche des jungen Menschen, der eine Tätigkeit im Krankenhaus aufnimmt, einem Wandel unterliegen, bleibt auch das Berufsbild der Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers von Veränderungen im Gesundheitswesen nicht unberührt.

Kennzeichnend für die Krankenpflege ist seit jeher die breite Palette unspezifischer Tätigkeiten, die ihr zuzuordnen ist: Nahezu vom ersten Tage an sind die Auszubildenden konfrontiert mit Anforderungen, die von einfachen Putztätigkeiten über die psychosoziale Betreuung der Patienten bis zum - in Notfällen - Ersatz des Mediziners reichen. Durch das in den letzten Jahren zu verzeichnende Vordringen spezialisierter Berufsgruppen im Krankenhaus - zum Beispiel Raumpflegerinnen, Diätassistenten, Sozialarbeiter, Psychologen und Ernährungswissenschaftler - wird die Krankenpflege selbst immer mehr zur Restgröße, bleibt aber diffus.

Die Schwierigkeiten, pflegerische von den übrigen Tätigkeiten abzugrenzen, werden noch verschärft durch den fortschreitenden Trend zur Spezialisierung - im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen - der Krankenschwestern und Pfleger, die auf die Behauptung ihrer Berufsrolle besonderen Wert legen. Eine Schwester faßt dieses Dilemma, das gerade bei jungen Berufstätigen zu nachhaltigen Irritationen führen dürfte, in folgenden Worten zusammen:

"Auf der einen Seite, wenn die Spezialisten nicht da sind, wird von uns wirklich alles verlangt, gleichzeitig aber gibt man uns das Gefühl, nichts richtig zu können."

Die Diskussion um die Bestimmung des Berufsbildes spart natürlich auch die Frage, inwieweit die Medikation zum Tätigkeitsfeld der Krankenpflege gehört, nicht aus. Der starken Beschränkung auf das Pflegerische, bei der "die Medikamente unter den Tisch fallen", steht die andere Position gegenüber, die fordert, "die starre Trennung zwischen Arzt und Pflegekräften aufzuheben", und damit auch dem pharmakologischen Wissen auf seiten der Pflegekräfte eine erheblich stärkere Bedeutung zumißt.

Daß auch die Einbindung vor allem der Schwesternschülerinnen in die Institution Krankenhaus dem sozialen Wandel unterliegt, darauf machen einige Teilnehmer aus der Ärztegruppe aufmerksam. Wenn auch das Krankenhaus mit seinen umfassenden Verhaltenserwartungen und -regulierungen die Freiheitspielräume des jungen Menschen in starkem Maße einschränke, so würde es aber auch Halt und Hilfestellung bieten, gegenüber Konflikten aus der Außenwelt abschirmen. Diese positive Funktion der sozialen Stütze könne das Krankenhaus den jungen Krankenpflegekräften aber immer weniger bieten.

"Mir erscheint besonders wichtig dieser Institutionenaspekt. Zwar ist man in seinen Handlungsmöglichkeiten in einer totalen Institution stark eingeschränkt, das gibt einem aber auch eine gewisse Sicherheit, vor allem nach außen hin hat man weniger Konflikte. Aber andererseits ist es heute immer weniger möglich, mit Scheuklappen durch eine Institution zu laufen." (Stationsarzt)

Ähnlich zwiespältig wird die Funktion der Schwesternwohnheime eingeschätzt:

"Die Schülerinnen sind heute nicht mehr kaserniert. Die Folge ist allerdings häufig, daß sie - durch Freund und eigenen Haushalt - noch mehr einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sind. Früher wirkte das Schwesternheim auch als soziale Stütze. Was natürlich nicht zuletzt auch von der Führung abhing. Wenn die Klinik gut war, konnte man sich im Schwesternheim besser fühlen, besser als heute vielfach in der eigenen Wohnung. Heute ist, das kann ich bestätigen, die Suizidalität höher." (Oberarzt)

2.5 Maßnahmen in der Ausbildungsphase

In allen Diskussionsgruppen wird immer wieder hervorgehoben, daß Probleme im Zusammenhang mit Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus generell sehr frühzeitig, das heißt bereits in der Ausbildungsphase, angegangen werden müssen.

"Wenn man überhaupt etwas erreichen will, dann muß man auf jeden Fall schon in der Ausbildung anfangen." (Arzt)

"Wenn man etwas ändern will, dann muß man ganz unten anfangen. Da werden zum Beispiel Schülerinnen unvorbereitet alleine zu einem Toten ins Zimmer geschickt. Natürlich kriegen die dann 'nen Schock. Was ich damit sagen will: Man muß den Neuen von Anfang an helfen, nicht erst, wenn es schon passiert ist." (Schwester)

Die vorgeschlagenen Abhilfen setzen an den dargestellten und in den Gesprächsrunden zum Teil ausführlich diskutierten Problemen an:

1. Verhindert werden müsse, daß die Auszubildenden überfordert werden, indem sie mit Aufgaben konfrontiert werden, die ihrer Qualifikation und Erfahrung nicht angemessen sind. Eine Entlastung wird zum Beispiel erwartet durch eine Nichtanrechnung von Auszubildenden auf den Stellenplan für pflegerische Tätigkeit wie auch durch eine behutsamere Zuteilung von Aufgaben durch die Stationsleitung.
2. Eine Überarbeitung des Berufsbildes, auf die aber im Rahmen dieser Studie nicht näher eingegangen werden kann, hätte das Tätigkeitsfeld der Krankenpflege präzise abzugrenzen, Kompetenzen wären klarer zu definieren.
3. Bezogen auf die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern wird zwar kritisiert, daß keine, in Ausbildungsplänen fixierten präzisen Anweisungen für das

Verhalten der Stationsleitungen gegenüber Schülern und Schülerinnen vorlägen, doch wird zugleich immer wieder betont, daß die alleinige Unterweisung und Betreuung durch die Stationsleitungen nicht ausreichen könne.

"Wenn man den jungen Pflegekräften helfen will, dann ist das gar nicht so einfach. Auf die rationale Tour, durch mehr Informationen, geht das sicher nicht. Und über die Hierarchie geht das auch nicht. Denn die Hierarchie hat ja viele unserer Probleme mitverursacht." (Schwester)

"Die Stationsleitungen sind häufig wegen Überlastung oder von ihrer personellen Besetzung her nicht in der Lage, den Anfängern richtig zu helfen. Da muß schon extra Betreuungspersonal her." (Schwester)

Verlangt werden also für die Betreuung der Auszubildenden zusätzliche Kräfte, die für diese Aufgabe speziell qualifiziert und freigestellt werden müssen. Diese Forderung wird auch von jenen Gesprächsteilnehmern vertreten, die über - insgesamt nicht voll befriedigende - Erfahrungen mit "Schulmentoren", die die Schüler und Schülerinnen während ihrer Ausbildung auf der Station begleiten, berichten. Danach traten, da die Mentoren "keinerlei Befugnisse hatten" und "in den Ausbildungsablauf selbst nicht eingreifen konnten" Konflikte mit den Stationsleitungen auf, wenn es darum ging, die Arbeitsabläufe mit den Ausbildungserfordernissen in Einklang zu bringen. Das heißt, daß lediglich eine Erweiterung der Beratungskapazitäten, die die Organisation der Ausbildung letztlich unverändert läßt, für nicht ausreichend gehalten wird.

4. Nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Rahmen der schulischen Ausbildung sollte mehr auf die psychosoziale Lage der Auszubildenden eingegangen werden. Dies umfaßt nicht nur das Angebot von Gesprächsmöglichkeiten in Problemsituationen, sondern auch das Einüben von Verhaltensweisen, die zur Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle im Krankenhaus, zur Reflexion der Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten und Patienten, befähigen. Thematisiert werden sollte nach Auffassung von Gesprächsteilnehmern auch in stärkerem Umfang die berufliche Motivation des einzelnen, seiner Einstellung zum Beruf.

"Die Frage ist doch, ob man zur Krankenschwester, zum Helfen, geboren sein muß, oder ob nicht vieles, was dazu nötig ist, gelernt werden kann." (Schwester)

"Ich meine, man kann nicht nur bestimmte Kenntnisse, sondern auch Einstellungen lernen, zum Beispiel die Einstellung zum Beruf." (Schwester)

Voraussetzung dafür, diese Forderungen einzulösen, ist natürlich eine entsprechende Qualifikation der Lehrkräfte. Auf dieses Problem ist an anderer Stelle näher einzugehen.

5. Überwiegend kritisch eingeschätzt wird der in der Ausbildung vermittelte pharmakologische Wissensstand der jungen Pflegekräfte. Dabei wird von mit der Ausbildung befaßten Gesprächsteilnehmern vielfach das allzu geringe Interesse der Schülerinnen und Schüler an dieser Thematik beklagt.

Zur Lösung der bestehenden Vermittlungsprobleme wird es für notwendig erachtet, das Auseinanderklaffen von Lehrstoff und praktischen Anforderungen im Berufsalltag zu überwinden. Nur wenn Medikation

nicht mehr weitestgehend den Ärzten und einigen "Spezialisten" unter den Pflegekräften vorbehalten bleibt, ist die Bedeutung der Pharmakologie den Auszubildenden einsichtig zu machen. Auch hier ergibt sich also ein Bezug zur Neubestimmung des Berufsbildes der Pflegekräfte.

Zum zweiten wären im Rahmen der pharmakologischen Ausbildung auch die psychosozialen Rahmenbedingungen der Medikation stärker zu berücksichtigen. Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint die Tatsache, daß von mehreren angehenden Lehrschwestern die Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus als Unterrichtsmaterial angefordert worden ist. Nicht zuletzt geht es also auch darum, den eigenen Medikamentenkonsum in der Beziehung zu den persönlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu problematisieren.

2.6 Verbesserung von Arbeitsorganisation und Kooperation: Das Problem harmonischer Arbeitsgruppen

Auch wenn von den meisten Diskussionsteilnehmern das Hauptproblem in der Überbelastung durch die Personalknappheit im Pflegebereich gesehen wird, so wird doch anerkannt, daß viele (zusätzliche) Schwierigkeiten durch eine mangelhafte Arbeitsorganisation oder durch ein unbefriedigendes Betriebsklima, was vielfach auf unzureichendes Führungsverhalten zurückzuführen ist, mitbedingt sind.

Dabei sind beide Aspekte häufig nur schwer voneinander zu trennen, da gestörte Kooperationsbeziehungen (ausgelöst oder verstärkt durch unangemessenes Verhalten der pflegerischen oder ärztlichen Leitung) und eine unbefriedigende Arbeitsteilung sich gegenseitig bedingen können. Anders gewendet heißt dies aber zugleich auch, daß ein gutes Arbeitsklima, zufriedenstellende Beziehungen zwischen Kollegen und Vorgesetzten, zumindest vorübergehend gegenüber hohen Arbeitsanforderungen entlastend wirken können.

"Häufig ist die Arbeitsbelastung einfach selbstgemacht - dadurch, daß die Aufgaben schlecht verteilt sind, daß von oben schlecht organisiert wird." - "Ja, man muß vernünftige Gruppen zusammenstellen." (Schwester)

"Da wir wahrscheinlich keine Stellen bewilligt bekommen, sollten wir uns darauf konzentrieren, was sich relativ einfach und in kürzerer Zeit durchführen läßt. Darum finde ich, daß die Pflegedienstleitungen viel mehr darauf achten sollten, daß die Mitarbeiter auf den Stationen miteinander können." (Pfleger)

"Die Studie von SALSS hat ja wohl gezeigt, daß auch bei großer Arbeitsbelastung die Arbeitszufriedenheit doch ganz gut sein kann, wenn man auf der Station miteinander auskommt." (Schwester)

An die Pflegedienstleitungen wird also die Forderung gerichtet - wobei zu unterstreichen ist, daß dieser Anspruch von Schwestern und Pflegern formuliert wird, die sich selbst in einer Maßnahme zur Weiterbildung für solche höheren Positionen befinden -, daß bei der Zusammenstellung von Arbeitsgruppen in stärkerem Maße auch die zwischenmenschlichen Beziehungen berücksichtigt werden sollten. Bei der Zuteilung der Arbeitsaufgaben sollten darüber hinaus nicht nur die Kenntnisse und Fähigkeiten des einzelnen, sondern verstärkt auch seine psychosoziale Lage (zum Beispiel Mehrfachbelastung durch Familie und Haushalt) beachtet werden.

Als Problem in diesem Zusammenhang erscheinen den jungen Pflegekräften, die auf die Wahrnehmung von Aufgaben in den Leitungsorganen vorbereitet werden, die unzureichenden Kenntnisse der meisten Vorgesetzten in den Krankenhäusern über die Voraussetzungen befriedigenderer Arbeitsbeziehungen. Eine Möglichkeit, um die Informationsbasis der Führungskräfte zu verbessern und auch eine Diskussion über die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus in Gang zu bringen, wird in einer Veröffentlichung der Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus gesehen; weiterhin wird vorgeschlagen, diese Untersuchung in den Lehrstoff von Weiterbildungsmaßnahmen zu integrieren.

"Den Pflegedienstleitungen fehlt häufig das Wissen über die Zusammenhänge - darüber, was die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt. Ich finde, die Ergebnisse der SALSS-Studie sollten ein fester Bestandteil der Ausbildung von Führungskräften werden." (Schwester)

"Die SALSS-Studie sollte auf jeden Fall veröffentlicht werden - vielleicht die wichtigsten Ergebnisse in Thesenform: am besten in einer Fachzeitschrift, die auch Pflegedienstleitungen lesen - damit endlich mal eine Diskussion ausgelöst wird." (Schwester)

2.7 Verbesserung von Arbeitsorganisation und Kooperation: Pro und contra Hierarchie

Ein weiteres Problem, das das Arbeitsklima beeinträchtigen kann, hat seine Wurzeln in der doppelten Hierarchie auf den Stationen, dem zum Teil unkoordinierten Nebeneinander von pflegerischer und ärztlicher Leitung. Die Folge ist ein mangelhafter Informationsfluß zwischen pflegerischer Leitung auf der einen und Medizinern auf der anderen Seite. Hinzu kommen Störungen der Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen der ärztlichen Hierarchie.

Als Abhilfen werden eine stärkere Einbindung der Ärzte in die Station (wie dies geschehen kann, darauf ist noch zurückzukommen) sowie eine klarere Abgrenzung von Zuständigkeiten und Kompetenzen, letztlich eine Stärkung des hierarchischen Prinzips, vorgeschlagen.

"In den Befragungen von SALSS, soweit ich das hier an der Werner-Schule mitgekriegt habe, ist ja wohl vor allem auch herausgekommen, daß die Pflegekräfte meist sehr genau wissen, wie wenig sie wissen, daß sie von vielen wichtigen Informationen nichts erfahren. Deswegen ist es so besonders dringend, daß die Ärzte mehr in das Leben ihrer Station eingebunden werden." (Schwester)

"Wichtig ist eine fachliche Hierarchie und ein klarer Informationsfluß!" (Stationsarzt)

"Das hierarchische Prinzip hat sich bewährt! Weil es in vielen Fällen wichtig ist, daß Entscheidungen getroffen werden, die nicht schon kurze Zeit später von einem anderen umgeworfen werden. Das gibt dann - zum Beispiel bei dem Wechsel von der Nacht- zur Tagschicht - große Probleme bei der Informationsweitergabe. Innerhalb von 24 Stunden dürfte es höchstens drei Verantwortliche geben." (Oberarzt)

Meinungsunterschiede gibt es - verständlicherweise zwischen den verschiedenen hierarchischen Stufen sowie zwischen Pflegekräften und Medizinern - über die Notwendigkeit des Abbaus hierarchischer Strukturen. Vielfach wird von positiven Erfahrungen mit kollektiven Führungen, vor allem auf Intensivstationen, berichtet.

Deutlich wird aber auch, daß hierfür eine Reihe von Voraussetzungen gegeben sein müssen: Positiv scheint sich vor allem die Homogenität der Arbeitsgruppe im Hinblick auf Qualifikationsniveau und Einstellung zum Arbeitsauftrag auszuwirken. Ein Ausschnitt aus der Diskussion mit Ärzten verdeutlicht diese Problematik:

"In kleineren Arbeitsgruppen, gerade auf Intensivstationen, geht das (gemeint ist die kollektive Führung). Da ist die Arbeitsatmosphäre meistens besser." (Stationsarzt)

"Das liegt auch an dem besonderen Bewußtsein der dort Beschäftigten, sie leisten da qualifiziertere Arbeit." (Stationsärztin)

"Wir haben vor kurzem im Labor ein Experiment mit einer kollektiven Führung gemacht. Die Laborleiterin war ausgeschieden, und da haben wir es versucht ohne neue Leiterin ... Bei uns auf den Stationen gibt es eine gemeinsame, tragende Idee, der sich alle verpflichtet fühlen, nämlich die Patienten wieder gesund zu machen, als geheilt zu entlassen. Im Labor ist das viel problematischer, da gibt es nur diese sehr abstrakte tragende Idee: gute Laborergebnisse. Das reicht zur Identifikation für alle nicht aus, hinzu kommen noch die unterschiedlichen Qualifikationen und die unterschiedlich beliebten Tätigkeiten. Das alles hat schließlich zum Scheitern dieses Experiments geführt; heute haben wir wieder eine Leiterin." (Oberarzt)

2.7 Verbesserung von Arbeitsorganisation und Kooperation: Die Stationsbesprechung

Wenngleich die hierarchischen Strukturen generell nicht zur Disposition stehen, so besteht doch weitgehend Einigkeit darüber, daß eine stärkere Einbeziehung aller an der medizinischen Versorgung im Krankenhaus Beteiligten in Informations- und Entscheidungsprozesse notwendig ist. Als geeignetes Instrument hierfür werden regelmäßige Stationsbesprechungen angesehen. Die Bedeutung, die diesen Zusammenkünften beigemessen wird, aber auch die Hindernisse, die einer Verwirklichung entgegenstehen, werden dadurch unterstrichen, daß in den Diskussionen aller Gruppen diese Thematik einen breiten Raum einnahm.

Betont wird, daß es wichtig sei, diese Besprechungen nicht lediglich informell, wenn Anlaß und Zeit dafür gegeben ist, abzuhalten, sondern daß eine Institutionalisierung dieser Zusammenkünfte unabdingbar sei. Während der Arbeitszeit, zu immer wiederkehrenden Terminen, ist die Situation auf der Station gemeinsam von Pflegekräften und Ärzten zu besprechen. Als Hindernisse, die einer Verwirklichung dieser Forderung entgegenstehen, werden vor allem die "Unabkömmlichkeit der Ärzte" wie auch das Zwei- bzw. Drei-Schichten-System genannt.

"Ich verstehe nicht ganz, warum man die Ärzte und das übrige Personal voneinander trennen soll. Sie bilden doch eine Gruppe - nämlich eine Gruppe von Betroffenen." (Schwester)

"Es gibt da das uralte Bestreben, regelmäßig Stationsbesprechungen durchzuführen. Aber die Ärzte sind - weil es zu wenig Stellen gibt - vielfach nicht abkömmlich." (Stationsarzt)

"Ein- bis zweimal in der Woche wäre ein intensiver Austausch zwischen Ärzten und Pflegekräften über immer wiederkehrende Probleme nötig. Wir haben das mal versucht, aber es hat nicht geklappt." - "Ich habe das auch mal probiert. Es

geht! Wichtig ist nur, daß das nicht nach Dienstschluß stattfindet, sondern in die Arbeitszeit integriert wird. Nur das Problem ist, daß das furchtbar teuer wird. Aber die Kosten steigen ja jetzt schon ständig, nicht nur wegen der steigenden Personalkosten, sondern auch wegen anderer sehr teurer Investitionen." - "Das funktioniert aber nur, das möchte ich noch einmal betonen, wenn das wirklich ein institutionalisierter Austausch von Erfahrungen und Meinungen ist und nicht nur spontan, wenn mal gerade Zeit da ist, abläuft." (Stationsärzte, Oberarzt)

Eine breite Vielfalt von Inhalten und Zielen wird diesen Stationsbesprechungen zugewiesen:

- Auch wenn sich daraus wiederum Konflikte ergeben könnten, sei die eigene Rolle in der Institution Krankenhaus aufzuarbeiten. Das heißt, zu thematisieren seien eigene Erwartungen und Ansprüche auf der einen wie auch Anforderungen von seiten der Kollegen, Patienten und Vorgesetzten.

"Zur Verbesserung des Klimas auf der Station erscheint mir eine kooperative Reflexion notwendig. Man muß gemeinschaftlich Gedanken anstellen, über das, was in der Station gemacht und gelebt wird." (Stationsarzt)

"Ich möchte da ein Beispiel aus einer Psychiatrieklinik, an der ich gewesen bin, anführen: Da gehörte die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in dieser Institution mit zu unserer Arbeit. Auch unsere Rolle gegenüber den Patienten!... Ein wichtiges Thema, mit dem sich die therapeutischen Gemeinschaften beschäftigt haben, waren ihre Interaktionsbeziehungen. Und wichtig auf dem Weg dorthin war die Auseinandersetzung mit der Institution. Dabei stößt man zwangsläufig auf Konflikte, zum Beispiel mit der Pflegedienstleitung. Und dann war es wieder wichtig, sich diese Konflikte bewußt zu machen. Das war andererseits aber auch wieder gefährlich, weil - und das ist wahrscheinlich meistens so - das Bewußtmachen von Konflikten auch wieder Konflikte schaffen kann." (Stationsarzt)

- Solch eine allgemeine Diskussion wird in der Regel bei speziellen Problemfällen ansetzen oder aber zwangsläufig auf sie zusteuern. Insofern käme diesen Besprechungen die Funktion einer frühzeitigen Krisenintervention zu.

"Auch wenn das seine Grenzen hat, kann man die Arbeitsbelastung wahrscheinlich reduzieren, wenn man auf der Station offen darüber redet, wer im einzelnen besonders einseitig belastet ist. Erst, wenn man wirklich offen drüber redet, kann man die Arbeit - so gut wie möglich - umverteilen." - "Diese Offenheit kann man ein bißle trainieren." (Schwester)

"Man muß transparent machen, was auf der Station läuft. Man muß sich mitteilen, vor allem wenn's kriselt. Wenn's jemandem nicht gut geht. Dazu muß die Initiative von den Ärzten ausgehen. Die Pflegedienstleitung ist zu sehr eingebunden und die Schwestern haben keine Lobby. Daß die Ärzte eine einflußreiche Lobby haben, sieht man ja daran, daß die personelle Besetzung der Ärzte sich gebessert hat." (Oberarzt)

- Aber nicht nur für die Beschäftigten, auch für den Patienten wäre ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch von Vorteil. Von Ärzten wird auf die beschränkte Sichtweise vieler Mediziner hingewiesen: Sie sehen nur den medizinischen "Fall", die psychosoziale Lage des Patienten dagegen bleibe in vielen Fällen verborgen. Pflegekräfte dagegen könnten, aufgrund ihres zeitlich längeren und häufig auch intensiveren Kontaktes mit dem Patienten, auch Aussagen über die nicht zu vernachlässigende emotionale Befindlichkeit des Patienten machen. Von daher erscheint die Einführung von regelmäßigen Stationsbesprechungen auch als Beitrag zur Förderung der Humanität im Krankenhaus.

"Aus dem Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften ergibt sich häufig ein humanitäres Problem: Wenn's einem Patienten schlecht geht, dann bekommt das Pflegepersonal das viel besser mit als der Arzt, weil der Kontakt zwischen Pflegekräf-

ten und Patienten viel dichter ist, Pflegekräfte sind viel länger mit dem Patienten zusammen. Deshalb werden von den Pflegekräften humanitäre Aspekte in den Vordergrund gestellt, während die Ärzte häufig nur den medizinischen Fall sehen." (Stationsarzt)

"Ich weiß das ja aus eigener Erfahrung: Man ist mit der Medizin so beschäftigt, daß man sich nicht auf den humanitären Aspekt einlassen kann. Das ist natürlich - jedenfalls am Anfang der beruflichen Tätigkeit - ein Problem der mangelnden Erfahrung und der fehlenden Übersicht. Da ist man dann froh, wenn man das, was zur medizinischen Versorgung des Patienten notwendig ist, alles schafft." (Stationsarzt)

- Ebenfalls im Interesse der Patienten läge es, jedenfalls nach Meinung einiger Gesprächsteilnehmer, die Therapiepläne zwischen Ärzten und Pflegekräften abzustimmen. Dies hätte nicht nur für den Patienten den Vorteil einer Berücksichtigung eines umfassenderen Informations- und Erfahrungsstandes, sondern vor allem für das Pflegepersonal wäre dies mit einer Ausweitung ihres pharmakologischen Wissensstandes verbunden. Letzteres erscheint gerade auch im Rahmen der Vorbeugung des Mißbrauchsverhaltens als eine erfolgversprechende Maßnahme.

"Eine sinnvolle Forderung ist es, die Therapiepläne gemeinsam mit dem Pflegepersonal abzusprechen." (Stationsarzt)

Schwierigkeiten, solche regelmäßigen Stationsbesprechungen durchzuführen, werden jedoch nicht nur, wie bereits erwähnt, im Zeitmangel und in organisatorischen Hindernissen gesehen, sondern auch darin, daß Stationsleitungen selbst häufig nicht in der Lage seien, ein Gespräch so zu führen, daß alle Beteiligten in gleichem Maße zum Zuge kämen. Hinzu komme, daß vielfach das Vorgesetztenverhalten der Anlaß von unterschwelligem Konflikten sei, und daß daher von diesen kaum zu erwarten sei, ihr eigenes Verhalten in Frage zu stellen. Ein Ausweg aus diesem Dilemma wird daher darin gesehen, Hilfe von außerhalb der Station hinzuzuziehen.

"Ich finde es gut, wenn die Station es lernt, anliegende Probleme gemeinsam zu lösen. Dazu muß man sich regelmäßig zusammensetzen - in Ruhe, nicht in Hetze zwischendurch. Dabei muß einem jemand helfen, er muß die Station anleiten, wirklich ein Gespräch zu führen." (Schwester)

"Man muß da ansetzen, wo die einzelne Schwester Schwierigkeiten hat - etwa im Umgang mit den Kranken. Dabei kann jemand von außen, allerdings mit Einfühlungsvermögen, sicherlich von Nutzen sein." (Schwester)

"Ich bin auch dafür, daß es Personen geben muß, die nicht unmittelbar zu einer Station gehören und auch nicht zur Hierarchie, die sich vor allem um die psychischen Probleme der Mitarbeiter kümmern müssen, die sicher resultieren aus den Arbeitsbelastungen. Dazu müßten diese Leute natürlich eine spezielle Ausbildung haben." (Pfleger)

"In einem Krankenhaus, in dem ich mal gearbeitet habe, da hat der Krankenhauseelsorger seine Hilfe bei solchen Gesprächen angeboten. Das haben wir auch eine Weile lang gemacht, dann ist das aber wieder eingeschlafen." (Schwester)

2.9 Maßnahmen zur Information und Aufklärung

Da in den Diskussionsgruppen, wie bereits erwähnt, weitgehend die Auffassung vorherrschte, daß das Mißbrauchsverhalten auf die Lebens- und vor allem Arbeitssituation der Betroffenen zurückzuführen sei, war es nicht einfach, eine Diskussion über Maßnahmen, die direkt am Mißbrauchsverhalten ansetzen, in Gang zu bringen. Von einem Teil der Gesprächsteilnehmer wurden Maßnahmen zur Aufklärung und Information generell abgelehnt, in seltenen Fällen mit dem Hinweis auf das bereits ausreichend vorhandene Wissen, was allerdings niemanden vom Konsum der "Alltagsdrogen" abhalten würde, oder begründet durch die "wissenschaftlich belegte" geringe Wirksamkeit solcher Maßnahmen.

Zum Teil ausführlich diskutiert wurde zwar unser Vorschlag, die Pflegekräfte regelmäßig durch die Stationsärzte über das Medikamentenangebot (Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken) informieren zu lassen, doch stieß diese Idee überwiegend, bei dem Pflegepersonal wie auch bei den Ärzten, auf Ablehnung. Bezweifelt wurde die erhoffte Wirkung einer besseren Einbindung der Ärzte in die Station wie auch einer Ausweitung des pharmakologischen Wissens bei den Pflegekräften.

Die Ablehnung wurde im wesentlichen damit begründet, daß eher eine Verfestigung der Hierarchie zu erwarten sei und daß die Ärzte vielfach nicht nur selbst einen unzureichenden Kenntnisstand in bezug auf das vorhandene Medikamentenangebot hätten, sondern darüber hinaus aufgrund des verbreiteten Mißbrauchsverhaltens unter den Medizinern selbst nur selten ein Vorbild für die Pflegekräfte darstellen könnten.

"Natürlich hat der Arzt ein Grundwissen. Das wollen wir ihm auch nicht streitig machen. Und sicherlich kann man vom Arzt viel lernen. Aber daß er das Pflegepersonal regelmäßig belehren soll, dagegen wende ich mich." (Schwester)

"Den Arzt soll man selbstverständlich in klärende Gespräche auf der Station miteinbeziehen, aber nicht in der Form, daß er belehrt." (Pfleger)

"Eine Weiterbildung der Pflegekräfte durch die Ärzte würde nur die Hierarchie, die Überlegenheit der Ärzte zementieren." (Arzt)

"Ich bin sehr skeptisch, wenn unter anderem angeregt wird, die Ärzte zur Information des Personals auf den Stationen einzusetzen. Zum einen verstärkt man dadurch die Hierarchieprobleme, zum anderen bedeutet dies, daß der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben wird. Es gibt nämlich Statistiken, die belegen, daß die Ärzte, was den Drogenkonsum und das Trinken angeht, eine sehr belastete Gruppe sind." (Schwester)

"Ich möchte fast sagen, daß die Ärzte noch mehr betroffen sind von Suchtproblemen. Also: Sie sollen uns nicht therapieren, sondern umgekehrt, man muß vor allem auch ihnen helfen." (Pfleger)

"Wenn es um Therapie in irgendeiner Form geht, müssen Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam daran teilnehmen." (Schwester)

"Gucken wir uns nur die Hausärzte an! Die bringen doch ihre Patienten überhaupt erst zum Mißbrauchsverhalten." (Schwester)

"Vom Arzt kann man vielleicht die Information an sich bekommen, aber gleichzeitig ist er vielleicht ein schlechtes Beispiel. Man kriegt dann zum Beispiel über Psychopharmaka mit, was besonders gut antörnt und was nicht so toll wirkt." (Schwester)

"Die Kenntnisse der Ärzte, die sie über Medikamente mitbringen, sind ja auch nicht vollständig und häufig auch nicht auf dem neuesten Stand. Die müssen sich das erst mal selber beibringen." (Schwester)

Vorbehalte richten sich also vor allem gegen die Trennung von Ärzten und Pflegekräften in Lehrende auf der einen und Lernende auf der andere Seite. Statt dessen wird vorgeschlagen, selbst mehr für die eigene pharmakologische Weiterbildung zu tun bzw. die Stationsschwester, die hierfür hinreichend qualifiziert sein müßten, mit dieser Aufgabe zu betrauen.

"Ich bin dagegen, daß gesagt wird, wieder mal gesagt wird, wir müssen von den Ärzten lernen. Auch in Sachen Medikation können wir ohne fremde Hilfe hinzulernen, wenn wir nur wollen."
(Schwester)

"Ich finde es auch besser, daß man etwas selber lernt, dann hat das mehr Wirkung, als wenn da noch jemand (gemeint sind die Ärzte) dazwischengeschaltet ist." (Schwester)

"Wenn es ein Wissensgefälle über die Wirkung von Medikamenten auf einer Station gibt, dann kann auch die Stationschwester aufklären."
(Stationschwester)

"Die Stationschwester haben auch die Grundlagen, um solche Aufklärung zu geben - oder sollten sie jedenfalls haben." (Schwester)

Letztlich bedeutet diese Bereitschaft, sich selbst in bezug auf pharmakologisches Wissen weiterzubilden, daß im Rahmen von Qualifikationsmaßnahmen gerade für Stations- und Lehrschwestern der Medikation besonderes Gewicht zugemessen werden sollte. Dazu gehören ohne Zweifel auch Informationen über den Medikamentenabusus, um auf diesem Wege auch ein gesteigertes Risikobewußtsein, was den eigenen Umgang mit Tabletten angeht, zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist noch einmal der Vorschlag, Ergebnisse der Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus in den Lehrplan von Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte zu integrieren, aufzunehmen.

Ebenfalls den Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zuzurechnen ist die Verbesserung der Erstausbildung in bezug auf die zu vermittelnden pharmakologischen Kenntnisse (vgl. 2.4).

Wenn auch die Ärzte als Lehrende und Informationsvermittler auf nur geringe Akzeptanz stoßen, so würde doch eine stärkere Einbeziehung der Mediziner in das Leben einer Station weitestgehend begrüßt werden. Wie bereits erwähnt könnte gerade bei einer gemeinsamen Aufstellung von Therapieplänen der Informationsstand über Medikamente bei allen Beteiligten verbessert werden.

2.10 Normative Regelung als Verhaltensstütze

Wenn auch bereits im ersten Bericht zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus darauf hingewiesen wurde, daß Verbote und Einschränkungen der Verfügbarkeit nur selten dazu geeignet sind, das Mißbrauchsverhalten auf Dauer einzudämmen, so soll doch abschließend, trotz der Schwierigkeit von Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten, mit den Worten eines befragten Oberarztes auf diesen Aspekt hingewiesen werden:

"Mit Goodwill allein geht's nicht! Dazu ein Beispiel zum Zigarettenrauchen: In der Endoskopie wurde früher von den Patienten, aber auch von einigen Mitarbeitern, geraucht. Wir haben versucht, durch gute Ratschläge, durch Argumentation und Überzeugungsarbeit daran etwas zu ändern. Aber nach mühevoller Diskussion wurde ich dann regressiv. Irgendwann habe ich das verboten! Die Leute - Patienten, aber auch Mitarbeiter - brauchen auch so etwas wie Orientierungshilfen! Natürlich habe ich dabei auch - und vor allem - an die Funktionstüchtigkeit des Betriebes gedacht!"

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß sich Rauchverbote in anderen, weniger sensiblen, gesellschaftlichen Bereichen - auch international gesehen - zunehmender Legitimität erfreuen. Hier geht es im übrigen um Verhalten, dessen Regelung sich wohl auch technisch besser kontrollieren läßt als etwa der Konsum von Tabletten.

Legitimieren lassen sich Rauchverbote nicht nur als Orientierungshilfe und Verhaltensstütze für jene - wohl langfristig zunehmende - Fraktion, die sich den Nikotinkonsum abgewöhnen will, sondern auch als Schutz der Nichtraucher. Dieser Aspekt, nämlich der Schutz von Nicht-Praktizierenden, kann im Zusammenhang mit anderen Mißbrauchsusancen bekanntlich nicht geltend gemacht werden. Es spricht viel dafür, diesen Gesichtspunkt gerade im Krankenhaus besonders zu betonen.

3. Aufgaben für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Wir empfehlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maßnahmen zu ergreifen (bzw. sich an Maßnahmen zu beteiligen), die der langfristigen Eindämmung und Verminderung des Konsums von Alltagsdrogen durch das Krankenhauspersonal dienen:

1. Auf der Basis der SALSS-Studie zum Mißbrauchsverhalten im Krankenhaus sind Lehrmaterialien zu entwickeln, die sich - modular aufgebaut - für drei Einsatzzwecke eignen:

- Für die Erstausbildung von Krankenpflegekräften sind vor allem Unterlagen zu erstellen, die den Auszubildenden helfen, in der Diskussion mit dem Lehrpersonal und untereinander Wirkungszusammenhänge zu erkennen. Das heißt, es geht darum, einen Bezugsrahmen zu vermitteln, der es gestattet, Institution, Beruf und Einzelschicksal ganzheitlich zu reflektieren, und vor falscher Individualisierung warnt. Dies ist auch im Zusammenhang mit der Unterstützung des pharmakologischen Unterrichts zu sehen; das heißt die zu konzipierenden Unterrichtsmaterialien müssen ermöglichen, daß Medikamentenkonsum in seiner sozialen Funktion hinterfragt wird.
- Für die Ausbildung von Führungspersonal und Lehrkräften im Pflegebereich sind Materialien zu erarbeiten, die zwei Aspekte in den Vordergrund zu stellen haben: Zum einen sind Informationsstand und Sensibilität in bezug auf die Lage wichtiger Problemgruppen im Krankenhaus zu erhöhen; zu denken ist hier vor allem an die Auszubildenden, aber auch an die älteren weiblichen Pflegekräfte mit

Mehrfachbelastung. Zum anderen geht es um die Verbesserung des Kenntnisstandes in Sachen kooperativen Führungsverhaltens, generell um verstärktes Bewußtmachen der Konsequenzen unterschiedlicher Führungsstile für die Arbeitsbedingungen, das Betriebsklima und letztlich auch das Mißbrauchs- bzw. Fehlverhalten der betroffenen Pflegekräfte.

- Ging es bislang um differenzierte Unterrichtsblöcke, sollte im Zusammenhang mit der Fortbildung von Führungskräften im Krankenhaus (der Begriff Führungskräfte umfaßt hier Pflegedienstleitungen, ärztliche Hierarchie und Verwaltungsleitungen) Material konzipiert werden, das sich in der Art von Kurzvorträgen dazu eignet, das Bewußtsein für den Wirkungszusammenhang von Arbeitsbedingungen und Mißbrauchsverhalten wach zu halten, und als Stimulus für maßnahmenorientierte Diskussionen dienen kann.

Wir schlagen vor, die Erarbeitung der Lehrmaterialien für die drei angegebenen Zwecke an der gestrafften Fassung der SALSS-Untersuchungsergebnisse zu orientieren. Dabei sind sowohl praktizierende Lehrkräfte wie auch Schulbuchexperten und Didaktikwissenschaftler zu beteiligen.

Dem Satz zu entwickelnder Lehrmaterialien sollte auch ein unterrichtstauglicher Dia-Vortrag angehören. (Anzumerken ist, daß die Forschungsgruppe SALSS beim Design und Einsatz didaktisch geeigneter Lichtbilder-Vorträge besondere Erfahrungen sammeln konnte.)

2. Die Entwicklung von Informations- und Unterrichtsmaterialien würde in ein umfassendes Konzept gestellt, wenn die Bundeszentrale sich betroffene Partnerinstitutionen, zum Beispiel Krankenhäuser, Schwesternschaften usw., suchen könnte, mit denen sich Pilotprojekte durchführen ließen, in denen der Einsatz der Materialien auf verschiedenen Ebenen mit der Bereitstellung von Personal für Zwecke der Gruppenbetreuung (Stationsgespräch) zu kombinieren wäre.

Hier könnte die Bundeszentrale in mehrfacher Hinsicht konstruktiv wirksam werden:

- Anregungen zu solchen Pilotprojekten,
- Bereitstellung der informellen und didaktischen Grundlagen,
- Beobachtung und wissenschaftliche Auswertung der gemachten Erfahrungen und
- Übertragung der Ergebnisse auf andere Bereiche des Gesundheitssektors durch Fachtagungen und entsprechende Publikationen.

Die bisherigen Erfahrungen der Forschungsgruppe SALSS lassen es als sehr aussichtsreich erscheinen, Partner für solche Projekte zu gewinnen.