

# BEZIEHUNGSARBEIT

## ALS RESSOURCE PFLEGEPROFESSIONELLEN SELBSTVERSTÄNDNISSES

Dr. Helen Güther und Dr. Heike Baranzke

*Pflege ist ein Beziehungsberuf, und zwar der besonderen Art. Im Unterschied zu den meisten anderen Sozialberufen ist Pflege ein körperbezogener „Berührungsberuf“ (Bienstein & Fröhlich 2021), – ein Charakteristikum, das Gesundheitsberufe im allgemeinen kennzeichnet. Im Vergleich zu ärztlichen Berufen zeichnen sich pflegeberufliche Tätigkeiten jedoch durch eine sich in der Regel über einen längeren Zeitraum erstreckende bzw. wiederholende, oftmals in den Privaträumen der pflegebedürftigen Personen stattfindende höhere Intimität gesundheitsbezogener Versorgung aus. All diese Faktoren machen Pflegearbeit hochgradig prekär, und zwar umso mehr, je eingeschränkter die auf Pflege angewiesene Person ist, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund ist die Kompetenz zu einer empathischen und professionellen „Beziehungsgestaltung in der Pflege“ (DNQP 2018) für das Gelingen professioneller Pflege unerlässlich und bildet zugleich eine kaum zu überschätzende Ressource für die Berufszufriedenheit Pflegenden.*



### Dr. Helen Güther

ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Heilpädagogin und promovierte Pflegewissenschaftlerin. Aktuell forscht sie an der Universität Witten/Herdecke im Rahmen der Internen Forschungsförderung zur Lehre interprofessioneller Zusammenarbeit

**Kontakt:** [helen.guether@uni-wh.de](mailto:helen.guether@uni-wh.de)  
<https://www.uni-wh.de/detailseiten/kontakte/helen-guether-2725/f0/>

(Foto: Universität Witten/Herdecke)

### Dr. Heike Baranzke

unterrichtet Ethik an der Bergischen Universität Wuppertal. Von 2016 bis 2019 koordinierte und bearbeitete sie zusammen mit Dr. Helen Güther das gemeinsam entwickelte DFG-Forschungsprojekt „Habitat in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz (HALT)“

**Kontakt:** [heike.baranzke@t-online.de](mailto:heike.baranzke@t-online.de)  
<http://www.moraltheologie.uni-wuppertal.de>

(Foto: Dr. Heike Baranzke)

Professionelle Beziehungsgestaltung verlangt neben persönlicher Reife und Fachkompetenz Emotions- und Gefühlsarbeit (Hochschild 1990), um mit pflege- und hilfsbedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine von Vertrauen und wechselseitigem Respekt getragene kooperative Pflegebeziehung aufzubauen. Trotz ihrer fundamentalen Bedeutung für eine gelingende Pflege wird Beziehungsarbeit noch zu wenig als professionelle Leistung gewürdigt. Im Gegenteil sind psychosoziale Kompetenzen als zentrales pflegerisches Gut zur Förderung einer Professionalisierung in allen Sektoren der Pflege erst noch anzuerkennen (Witzmann et al. 2024). Denn für die Möglichkeit des Gelingens jedweder menschlicher Beziehungen bildet die wechselseitige Respektierung als Person die elementare Basis. Eine derart als relevant verstandene beziehungssensible Pflege bedarf eines gesundheitspolitischen Kulturwandels, der durch die Pflegeprofession selbst begonnen und mitgestaltet werden kann und muss. Ein starkes person-zentriertes pflegeprofessionelles Selbstverständnis ist dafür Voraussetzung.

Professionelle Beziehungsgestaltung verlangt neben persönlicher Reife und Fachkompetenz Emotions- und Gefühlsarbeit (Hochschild 1990), um mit pflege- und hilfsbedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine von Vertrauen und wechselseitigem Respekt getragene kooperative Pflegebeziehung aufzubauen.

Als Mensch Person zu sein, bedeutet, von seinem Gegenüber mit einem eigenen Willen geachtet und als gleichberechtigtes Individuum respektiert zu werden (Baranzke 2022). Dies gelingt ausschließlich über die Qualität der auch durch Berührung und Sprache vermittelten Begegnung. Dort wo Menschen sich einander in ihren unterschiedlichen Sicht- und Erlebensweisen zu verstehen suchen, Problemlagen miteinander ausloten und Lösungen gemeinsam aushandeln, wird die personale Würde eines jeden geachtet und wechselseitig anerkannt. Jedes andere Vorgehen, das einen Menschen als bloße Sache behandelt, ist als Depersonalisierung zu bezeichnen und strandet auf die eine oder andere Weise in einem von verbaler oder sogar körperlicher Gewalt geprägten Pfl-

geverhältnis. Diese Grundforderung ist grundsätzlich immer gültig, und zwar unabhängig vom körperlichen, mentalen oder kognitiven Gesundheitszustand eines Menschen. Insofern ist Person ein moralischer und ein Rechtsbegriff, denn er kennzeichnet Menschen als Träger unveräußerlicher Menschen- und Grundrechte, die auch für die Umsetzung professioneller Pflege als Beziehungs- und Berührungsberuf verpflichtend sind, wie in der nationalen Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ 2019) und im Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN-Ethikkodex 2021) ausgeführt ist.

## Pflege als asymmetrische Beziehung: Gefahr der Depersonalisierung

Pflegebeziehungen sind wie alle Fürsorgebeziehungen unausweichlich von einer gravierenden Asymmetrie zwischen der hilfsbedürftigen und der hilfegebenden Person geprägt. Aufgrund ihrer menschlichen und fachlichen Übermacht stehen Pflegefachpersonen in der Gefahr, den ihr anvertrauten, auf Hilfe angewiesenen Personen fachliche Vorgaben zu machen und Anpassungsleistungen zu erwarten, ohne zuvor eine von wechselseitigem Respekt geprägte zwischenmenschliche Beziehung auf Augenhöhe aufzubauen. Diese symmetrische menschliche Beziehungsebene ist aber die unverzichtbare Vertrauensbasis und Vorbedingung dafür, dass die hilfsbedürftige Person mit ihren vorhandenen Ressourcen in eine kooperierende Pflegebeziehung einsteigen kann. Insbesondere im Kontext medizinischer Versorgung wird jedoch eine auf Defizite hin ausgerichtete medikale Perspektive auch in der Pflege befördert (Twenhöfel 2011). Gemeint ist die Wahrnehmung von Menschen allein bezogen auf bestehende Krankheitssymptome und ihre Klassifizierung zu medizinischen Diagnosen (Medikalisierung und Defizitorientierung). Damit besteht das Risiko, dass hilfsbedürftige Menschen im Rahmen eines medizinisch-pflegerischen Prozesses als rein behandelbare „Objekte“ (Sachgegenstände) wahrgenommen werden. Eine derart paternalistische Interventionslogik verstößt gegen die grundlegende Verpflichtung zur wechselseitigen personalen Anerkennung, d. h. sie agiert depersonalisierend. Depersonalisierung bedeutet, die personale Beziehungslogik durch eine medizinische, ökonomische oder sonstige Sachlogik zu ersetzen und Menschen wie Gegenstände zu behandeln. Dass brüskiert und beschämt hilfsbedürftige Menschen, die sich dagegen durch Verweigerung, Rückzug oder Aggression wehren (Gröning 2014), und zwar umso unvermittelter, je eingeschränkter ihre rationale Impulskontrolle ist, sei es persönlichkeits- oder krankheitsbedingt.

Diese Dynamik lässt sich geradezu paradigmatisch an der Versorgung von Menschen mit Demenz studieren: Aufgrund ihrer abnehmenden Fähigkeit zur eigenen kognitiven Impulskontrolle spiegeln dementiell veränderte Personen eine empfundene Respektlosigkeit oder das Gefühl des Unverstandenseins unmittelbar. Denn entgegen dem falschen Bild vom Verlust des Selbst verfügen sie bis zuletzt über ein waches Ich-Bewusstsein und ein starkes soziales Bedürfnis, gesehen, bestätigt und kommunikativ einbezogen zu werden (Döttlinger 2018; Baranzke, Güther 2023b). Besonders empfindlich reagieren sie auf das Erleben sozialer Beschämung, wenn ihnen z. B. ihre krankheitsbedingten Fehlleistungen vor Augen geführt werden oder sie sich übersehen und ausgegrenzt fühlen (Romero, Wenz 2018).

Problematisch sind die Folgen für die betroffenen, derart depersonalisierten Menschen: Denn nicht selten werden herausfordernde Verhaltensweisen fälschlicherweise als Symptome einer demenziellen Erkrankung interpretiert (Doyle, Rubinstein 2014). Dabei kann es sich um zwar sozial unangepasste, aber rational nachvollziehbare non-verbale Ausdrucksformen handeln, mit denen die Betroffenen Bedürfnisse äußern, die in der konkreten Behandlungs- und Versorgungssituation nicht ausreichend Berücksichtigung finden (sogenannte unmet-needs), wie z. B. Hunger, Durst, Einsamkeit, Langeweile und – sehr oft – unerkannte Schmerzen (!) (Güther, Baranzke, Höhmann 2021). Statt die bio-psycho-sozialen Ursachen in derart herausgeforderten Beziehungen systematisch zu untersuchen, ist für die Betreuung von Menschen mit Demenz belegt, dass häufig (immer noch!) eine übermäßige und fehlerhafte Gabe von Neuroleptika zur Eindämmung und Kontrollierung herausfordernder Verhaltensweisen erfolgt, verbunden mit dem Risiko einer gesteigerten Mortalität. Umgekehrt können möglicherweise krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie Apathie und dahinterliegende Depressionen unbemerkt und unbehandelt bleiben. Werden diese Menschen als „reibungslös“ angepasst in die Abläufe pflegerisch medizinischer Versorgung wahrgenommen, werden ihre tatsächlichen Bedarfe schlicht übersehen. Die Gefahr in asymmetrischen Beziehungen besteht also darin, durch (wenngleich meist wohlmeinende) dominierende Fremdsichten von Angehörigen, Ärzten oder Pflegenden zu Fehleinschätzungen und daraus resultierender Fehl- oder Unterversorgung zu kommen (maligne Sozialpsychologie).

Auf der anderen Seite erleben Pflegende, wo gesundheitspolitische Vorgaben unter dem Ideal der Leistungsoptimierung zu rationierten Versorgungsstrukturen entmenschlicht werden, fehlende Resonanz auf ihr professionelles sorgendes Tun. Das Überwiegen einer längst als überholt geltenden funktionsorientierten pflegerischen Versorgung gegenüber einer Bezugspflege kann hier als symptomatisch aufgefasst werden (Büscher et al. 2024). Dies frustriert, erschöpft und beschämt, weil die Anerkennung des Geleisteten fehlt oder das pflegfachlich Gebotene unter den gegebenen organisationalen Rahmenbedingungen nicht geleistet werden kann (moral distress) (Baranzke, Güther 2022). Gleichzeitig können immer weniger Menschen für die an sich so wichtigen Berufe im Gesundheitswesen begeistert werden (SVR 2024). Ein Kreislauf, der sich selbst verstärkt und in unmenschliche Lebenspraktiken für alle Beteiligten führt.

Der kleine Ausflug in die Einsichten der jüngeren Demenzforschung zeigt, wie elementar eine professionelle Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe nicht nur für dementiell veränderte (DNQP 2018), sondern letztlich für alle Patienten und das Menschsein überhaupt ist. Der Mensch als Person muss stets im Zentrum einer jeden interpersonalen Interaktion stehen,

Grundsätzlich gilt: Nicht die Krankheit, sondern die Person mit ihren vielfältigen psychosozialen Prägungen, Befindlichkeiten und Bedürfnissen ins Zentrum zu stellen, bedeutet, die medizinische und pflegerische Sachlogik in eine professionelle person-zentrierte Beziehungslogik einzubetten (Güther, Baranzke 2024).

die bereits mit einer achtsamen Begrüßung als basalem Ausdruck beginnt. Dass diese zwischenmenschliche Selbstverständlichkeit gerade im modernen Gesundheitswesen oft unter die Räder des medizinisch-ökonomischen Getriebes gerät, kann insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Menschen in pflegerische Handlungen und organisatorische Rahmenbedingungen und Pflegekulturen führen, die nicht dem professionellen Anspruch genügen (Gröning 2014). Der Ansatz einer person-zentrierten Versorgung ist daher nicht nur für die Beziehungsgestaltung in der Versorgung von Menschen mit Demenz relevant, sondern für die Handlungsfelder in allen Pflegeberufen gegen das Vorherrschen einer Verrichtungslogik fruchtbar zu machen. Insbesondere aber im Zusammenhang von chronischer Erkrankung, Langzeitpflegebedürftigkeit (im Alter) (Baranzke, Güther 2023a), Behinderung und Palliativpflege bzw. Hospizpflege zeigt sich die Bedeutung und fachliche Relevanz eines von personalem Respekt getragenen Beziehungsaufbaus als eine ganz praktische Grundbedingung.

Grundsätzlich gilt: Nicht die Krankheit, sondern die Person mit ihren vielfältigen psychosozialen Prägungen, Befindlichkeiten und Bedürfnissen ins Zentrum zu stellen, bedeutet, die medizinische und pflegerische Sachlogik in eine professionelle person-zentrierte Beziehungslogik einzubetten (Güther, Baranzke 2024).

## Perspektivwechsel: Der Blick auf das gute Leben und die Lebenschancen (Flourishing)

Die Fokussierung auf die Person ist damit zum einen von menschen- und grundrechtlicher Bedeutung. Zum anderen schützt sie ganz konkret vor Fehl- und Unterversorgung im Gesundheitswesen. Darüber hinaus eröffnet sich mit der Sensibilisierung auf das Person-Sein eine gänzlich neue und damit alternative Perspektive zu der klassischen depersonalisierenden Defizitorientierung im Gesundheitswesen. Denn sie erkennt den Menschen grundsätzlich als ein sich lebenslang entwickelndes Wesen an, das nach einem „Werden zu sich selbst“ strebt (Rentsch 2012) und nach Sinn sucht. Erst ein als sinnvoll erfahrenes Leben wird als ein gutes Leben verstanden (Wolf 1997).

Damit wird ein Perspektivenwechsel möglich, der die Entwicklungschancen und -potentiale in den Blick nimmt, die die menschliche Entwicklung begünstigen und fördern. Der Philosoph Jennings (2000) spricht von einem „Human Flourishing“ als ein Aufblühen als Mensch im Sinne eines vollen Person-Seins (Güther, Brandenburg 2015). Zugleich versteht er das Aufblühen als einen Entwicklungsprozess, der ergebnisoffen ausgehandelt und immer wieder neu gestaltet werden muss. Dabei begrenzt sich das Human Flourishing nicht auf gesunde Menschen ohne Einschränkungen. Im Gegenteil geht diese Vorstellung von einer anthropologisch gegebenen Vulnerabilität des Menschen aus. Als Menschen sind wir immer schon und lebenslang auf den Schutz und die Unterstützung durch die menschliche Gemeinschaft angewiesen, innerhalb der unser Leben sich entwickeln und gelingen kann. Mit der Philosophin Martha Nussbaum (2012) ist in diesem Zusammenhang auch von einem Befähigen zum guten Leben zu sprechen.

Dazu bedarf es einer dialogischen Umgangskultur, die ein beständiges sich Annähern und Ausprobieren, d. h. eine offene Suchbewegung zulässt. Schon Anfang des letzten Jahrhunderts beschäftigte sich der Religionsphilosoph Martin Buber (2001/1923) mit der Erfahrung von Resonanz als wichtiger Voraussetzung für das eigene Selbstverständnis. Mit seiner Formel einer „ICH-DU-Beziehung“ prägte er das Bild von einer auf Wechselseitigkeit beruhenden Person-Werdung. Der Mensch kann nur am DU zum ICH werden (dialogisches Prinzip). Wir brauchen ein Gegenüber, das uns als unverwechselbar, einzigartig und wertvoll bestätigt und erleben lässt, um eine Vorstellung darüber zu erlangen, was es bedeutet Person zu sein. Erst diese Erfahrung erlaubt es uns, selbst wiederum den Anderen als Person zu respektieren und zu begegnen. Damit wird eine auf Augenhöhe und Wechselseitigkeit angelegte Kommunikation zwischen zwei Menschen mit dem Ziel der Selbstverwirklichung beschrieben (Güther 2022).

In Carl Rogers humanistischer Psychotherapie lässt sich das dialogische Prinzip wiederfinden. Seine person-zentrierte Gesprächsführung stellt sich gegen eine therapeutische Autorität und ist bestrebt, das asymmetrische Beziehungsverhältnis zum Klienten zu einem symmetrischen auszubalancieren („Demokratisierung der (psycho-)therapeutischen Beziehung“ Baranzke, Güther 2023b, 62). Zentral für ihn ist es, die Perspektive der hilfeschuchenden Person nicht als defizitär (bspw. krankhaft) zu stigmatisieren, sondern als gleichberechtigt ernst zu nehmen und in gewisser Weise zu empowern. Es geht darum, gemeinsam mit der hilfebedürftigen Person Problemlagen zu definieren und Lösungswege zu entwickeln (Nicht-Direktivität, Assistenz). Die Expertise bei der Lösungssuche liegt dann nicht (mehr) allein bei der behandelnden Person, sondern zu gleichen Teilen auch bei der hilfeschuchenden Person. Dazu bedarf es einer therapeutischen Haltung (nicht Technik!), die auf drei Säulen beruht (Rogers 1973): Professionell-helfende und therapeutische Beziehungen sind in der Weise zu gestalten, dass die helfende Person sich in die Rolle, Sicht- und Erlebensweise der hilfsbedürftigen Person hinein versetzt, ohne sie zu bewerten (Empathie). Dazu ist die Sichtweise des Gegenübers vorurteilsfrei anzuerkennen, um eine Art geschützten Raum



der freien Aussprache, der offenen Problemdefinition wie auch der experimentellen Lösungssuche zu schaffen (Akzeptanz). Schließlich ist Mut erforderlich, eine echte Beziehung einzugehen, in der sich auch der Helfende reflektiert (nicht kontrolliert!) und mit seinen eigenen Gefühlen, empfundenen Stärken und Schwächen aufrichtig einbringt (Kongruenz).

## Person-zentriertes Tätig-Sein als professionelles Pflegehandeln

Professionelles Pflegehandeln als person-zentriertes Tätig-Sein zeigt sich daher in konzeptionellen Ansätzen der Befähigung, der Anwaltschaft und Assistenz, des Empowerments, der Ressourcen-, Lebenswelt- und Biographieorientierung, der Demokratisierung pflegerischer Versorgung und der Bezugspflege. Sie öffnen den Horizont und ermutigen für neue innovative pflegerische Herangehensweisen. Personsein realisiert sich im Dialog, in der Begegnung und Berührung. Ihm wohnt das Potential inne, menschliche Begegnung in jedem Augenblick verbaler Kommunikation und nonverbaler Interaktion zu vollziehen und zu verwirklichen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff von 2017 berücksichtigt bereits ein breites Spektrum pflegerischer Leistungen wie die Unterstützung bei kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen (Büscher et al. 2024, 41), wengleich das Begutachtungsmanagement nach wie vor defizitorientiert verläuft (Diesbach 2023, 25).

In klinisch (intensiv-)pflegerischen Kontexten, in denen um das Überleben zudem oftmals bewusstloser Schwerkranker gerungen wird, mag die Analyse von ICH-DU Beziehungen weniger relevant – vielleicht sogar im Zweifelsfall als poetischer Luxus erscheinen. Vergegenwärtigt man sich aber, wie weit verbreitet gerade in (intensiv-)medizinischen Kontexten der Blick auf zu kontrollierende und zu behandelnde Krankheiten verengt ist, wird die objektivierende Wirkung eines rein auf Defizite hin ausgerichteten depersonalisierenden Blicks deutlich spürbar. Dabei stärkt eine person-zentrierte Haltung Patienten gerade in lebensbedrohlichen Situationen. Erfahrungsberichte schildern immer wieder, dass selbst komatöse Menschen ihre Umwelt wahrnehmen und sie als förderlich oder bedrohlich erleben können (u.a. Fangmeyer 2012). Unterstützend gilt hierbei auch das Konzept der Basalen Stimulation (Bienstein/Fröhlich 2021).

Als Konkretion für eine Person-Zentrierung in der Langzeitpflege kann auf das Konzept der rehabilitativen Pflege nach Oskar Dierbach (2023) verwiesen werden. Mit seinem therapeutisch rehabilitativen Ansatz wird Pflege als ein Dienst am Menschen verstanden, ein Begleiten und (Wieder-)Befähigen. Dabei fließen in dieses Konzept sowohl grundpflegerische als auch behandlungspflegerische Handlungen ein, ebenso wie sozialpädagogische Maßnahmen und interdisziplinäre Fallbesprechung. Von zentraler Bedeutung ist dabei, alle Maßnahmen mit der pflegebedürftigen Person zusammen zu planen und durchzuführen und Pflege als eine „Pflege mit“ und nicht „Pflege für“ zu denken! (Dierbach 2023, 24)

Interessant ist, dass dieses Konzept aus der pflegerischen Praxis heraus entwickelt wurde – trotz gesundheitspolitischer Widrigkeiten. Und es kann sich offenbar behaupten: So können Krankenhausaufenthalte reduziert und Selbständigkeit wiederhergestellt oder zumindest verbessert werden – manchmal sogar soweit, dass das Pflegeheim wieder verlassen werden kann. 20 bis 25 % der Pflegeheimbewohner konnten im Rahmen des rehabilitativen Pflegekonzepts wieder nach Hause zurückkehren (Dierbach 2023, 21). Auch für die Mitarbeitenden erweist sich dieser pflegerische Ansatz als positiv. Denn Mitarbeitergewinnung und -pflege bilden ebenfalls zentrale Bausteine und bedingen sich gegenseitig. Eine als sinnvoll erfahrbare und erlebbare pflegerische Tätigkeit, wo Beziehungsarbeit als Kern professioneller Pflege wertgeschätzt und gefördert wird, bindet und wirbt zugleich neue Pflegefachkräfte in Zeiten eines sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege.

Über Jahre wurde die Umsetzung erprobt. Bis heute haftet den Pflegeheimen, in denen die rehabilitative Pflege praktiziert wird, ein „Werkstatt-Charakter“ an, d. h. sie konnten sich eine offene, experimentelle und folglich lernende Organisa-



Professionelles Pflegehandeln als person-zentriertes Tätig-Sein zeigt sich daher in konzeptionellen Ansätzen der Befähigung, der Anwaltschaft und Assistenz, des Empowerments, der Ressourcen-, Lebenswelt- und Biographieorientierung, der Demokratisierung pflegerischer Versorgung und der Bezugspflege. (Foto: freepik.com)

tionskultur bewahren. Damit wird der „Weg zu einer menschenwürdigen Pflege“ zwar als einer beschrieben (Dierbach 2023, 11), für den es einen langen Atem und Ausdauer braucht. Auf der anderen Seite bilden „Motivation und Kraftquelle“ (Dierbach 2023, 11) die zentralen Früchte und Fundamente für Pflegebedürftige wie Pflegende getragen von beobachtbaren Entwicklungen und Lebensfreude. Zu denken geben sollte auch der Hinweis, dass Rehabilitation in der (Langzeit-)Pflege seit bald 20 Jahren in „Großbritannien, Österreich, Skandinavien, Neuseeland, Australien oder in den USA umgesetzt“ wird (Dierbach 2023, 23). Warum also tun wir uns in Deutschland so schwer?

Um depersonalisierenden und in Folge deprofessionalisierenden Fehlentwicklungen in Pflegebeziehungen entgegenzuwirken, ist das Einüben einer demokratischen, person-zentrierten Kultur zu ermöglichen.

## Fazit: Emanzipation des pflegeprofessionellen Selbstverständnisses als Voraussetzung für Entwicklung eines humanistischen, lernenden Kulturraums (Cultural Change)

Um depersonalisierenden und in Folge deprofessionalisierenden Fehlentwicklungen in Pflegebeziehungen entgegenzuwirken, ist das Einüben einer demokratischen, person-zentrierten Kultur zu ermöglichen. Der dafür erforderliche organisatorische Rahmen im Sinne einer lernenden, partizipativen Organisation kann aber letztlich nur über die Menschen, die sich innerhalb dieses Rahmens bewegen, eingefordert, gestaltet und gelebt werden. Die Haltung der Orientierung auf Ressourcen und die Chancen für Entwicklung (Flourishing) ist somit auch auf das eigene professionelle Selbstverständnis umzumünzen. Es gilt zu erkennen, mit dieser Haltung nicht nur eine humanistische Pflege und einen Dienst an der Gesellschaft zu leisten, die die personale Entfaltung des anderen Menschen unterstützt, sondern zugleich das eigene professionelle Profil im Sinne eines person-zentrierten pflegerischen Selbstverständnisses zu stärken.

Dazu ist die Eigenwertschätzung erbrachter Momente echter Begegnung mit pflegebedürftigen Personen als eine qualitativ hochprofessionelle Leistung zu unterstreichen. Dann aber offenbart sich ein Schatz, den die Pflegeprofession in sich trägt und den es zu heben gilt. Zwar ist eine person-zentrierte Beziehungsgestaltung keiner Berufsgruppe vorbehalten. Im Gegenteil sollte sie das grundlegende professionelle Selbstverständnis aller Berufe bilden, die mit Menschen zu tun haben. Die Profession der Pflege als Beziehungsberuf kann aber eine Vorreiterrolle insbesondere in der Gesundheitsversorgung einnehmen. Vor allem in Settings der ambulanten und stationären Langzeitpflege, wo die Pflege über weitreichende eigene Handlungs- und Gestaltungsspielräume verfügt, kann sie mit person-zentrierter Beziehungsgestaltung Standards setzen, die auch auf andere Gesundheitsberufe ausstrahlen und zu einem Kulturwandel im Gesundheitswesen beitragen können.

Literatur bei der Redaktion

### DEUTSCHER PFLEGERAT KÄMPFT FÜR EINE STÄRKUNG DER BERUFLICH PFLEGENDEN IM G-BA

#### Einbindung der Pflege zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung

*Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats (DPR), fordert ein Antrags- und Stimmrecht der beruflich Pflegenden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die vollständige Einbindung der Pflege im G-BA ist eine Chance zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.*

„Traditionelle Vorstellungen sind der falsche Weg, um den G-BA an heutige Verhältnisse anzupassen und zu reformieren. Juristische Schwarz-Weiß-Malerei ist fehl am Platz“, sagt Vogler. Sie verlangt einen vollwertigen Sitz für die Pflegeberufe im G-BA, ausgestattet mit den nötigen finanziellen und organisatorischen Ressourcen. Nur so könne der Anspruch eines ‚Gemeinsamen‘ Bundesausschusses erfüllt werden.

Birgit Pätzmann-Sietas, Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerats, ergänzt diese Forderung. Sie vertritt seit vielen Jahren für den Deutschen Pflegerat die Pflege im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA, verfügt aber weder über ein Antrags- noch über ein Stimmrecht. „Die demografische Entwicklung mit ihren enormen Herausforderungen der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung erfordert, dass Pflege ein Antrags- und Stimmrecht im G-BA erhält. Die Bedeutung der Pflege wird nicht nur in einem eigenständigen Sozialgesetzbuch im SGB XI anerkannt. Im Pflegeberufegesetz hat die Politik die Stellung der Pflegenden weiter aufgewertet. Gleiches gilt für das kommende Pflegekompetenzgesetz.

Daher ist es nur konsequent, die politisch und gesetzlich hervorgehobene Stellung der Pflege im zentralen Gremium des Deutschen Gesundheitswesens voll anzuerkennen. Die dafür notwendige Novellierung der Beteiligungsrechte im G-BA und die damit verbundene notwendige Anpassung der Stimmrechte ist zweifelsohne möglich.“

„So funktioniert Wertschätzung. Jegliche besitzstandswahrende Äußerungen stehen dem konträr entgegen und sind nicht nachvollziehbar“, weist Vogler hin. Die Pflege sei eine tragende Säule des Gesundheitssystems. Ihre Erfahrungen müssen gleichberechtigt in den G-BA einfließen. „Im 21. Jahrhundert muss es selbstverständlich sein, dass die Pflegeberufe mit ihren Verbänden mitbestimmen.“

Pätzmann-Sietas hebt hervor, dass das Gesundheitswesen vom Wissen der Pflege profitiere und nicht allein auf die Expertise von Krankenhäusern, Ärzten und Krankenkassen bauen könne. „Anstatt die Pflege systematisch auszuschließen, muss sie als gleichberechtigte Partnerin anerkannt und einbezogen werden.“ Bei der Neuordnung des G-BA gehe es darum, betonen beide Pflegeexpertinnen, das Gremium neu zu denken und aufzustellen, einschließlich einer Zusammenführung der Sozialgesetzbücher.

#### **Ansprechpartner\*innen:**

**Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats / Birgit Pätzmann-Sietas, Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerats**  
Michael Schulz, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Telefon: 0151 650 617 86 | E-Mail: m.schulz@deutscher-pflegerat.de

Quelle: PM DPR, 07.08.2024