

IRMGARD HOFMANN

Verrat am Menschen? Wenn die Pflege hinter ihrem state of the art zurückbleibt ...

1. Durch falschen Rat in die Irre leiten

Ich möchte mich zu Beginn mit dem doch ziemlich provozierenden Titel auseinandersetzen: Verrat bzw. Verräter hat einen ausgesprochen negativen Klang und wird oft gleichgesetzt damit, jemandem bewußt und mit Absicht schaden zu wollen. In der – laut etymologischen Lexikon (Duden – Herkunftswörterbuch) – ursprünglichen Version stammt das Verb aus dem Mittelhochdeutschen; Ver-Rat/ver-raten bedeutet hier primär: *durch falschen Rat irreleiten*. Damit ist noch keine böswillige Absicht unterstellt, sondern es wird eine Tatsache festgestellt, nämlich daß schlechter Rat in die Irre leitet. Es wird sich allerdings weisen, daß – obwohl in vielen Fällen ursprünglich keine moralisch bedenkliche schlechte Absicht dahintersteht – falscher Rat aufgrund der mitunter schädlichen Folgen sehr wohl ethisch relevant ist.

Weiterhin steht im Titel, »...am Menschen«, nicht am Patienten, sondern am Menschen. Das greift sehr viel weiter und impliziert – wie ich später versuchen werde zu zeigen – auch ein sich selbst in die Irre führen der Pflegenden.

2. Pflegen »nach den Regeln der Kunst«

»State of the art« ist wohl am ehesten mit der Sentenz »nach den Regeln der Kunst« zu übersetzen. Dabei gilt es zu unterscheiden: Zum einen kann sich die Pflegekunst auf einzelne pflegerische Tätigkeiten beziehen. Das heißt, die durchzuführenden Maßnahmen sollten dem beruflich anerkannten Standard angemessener und sicherer Pflege entsprechen.

Zum anderen gehört dazu aber auch eine Ausrichtung auf das erstellte Pflegeziel, das sich an den individuellen Bedürfnissen, Einschränkungen und Ressourcen eines betroffenen Menschen orientieren muß (DBfK, Berufsordnung, 1992). Um diese Bedürfnisse in verantwortlicher Weise befriedigen zu können, bedarf es nicht nur einer möglichst vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zum Patienten, sondern auch des Wissens um eben die Bedürfnisse und der Ressourcen sowie der Fähigkeit dazu, das vorhandene Wissen in eine patientenorientierte Pflegeplanung zu übersetzen. Das heißt, »state of the art« bezieht sich nicht nur auf die fachgerechte Durchführung einer Einzelhandlung, sondern es bedarf immer einer Abstimmung dieser Handlung auf die individuelle Person hin in ihrer spezifischen Befindlichkeit und das im Rahmen eines für und mit diesem Menschen erstellten Gesamtkonzeptes. Erst dann läßt sich ehrlicherweise von einer Arbeit nach den »Regeln der Kunst« sprechen.

Zur Verdeutlichung: Ich kann einen Patienten noch so lehrbuchmäßig perfekt waschen, wenn aber der betreffende Mensch sich dabei aufgrund mangelnder Schmerztherapie vor Schmerzen krümmt oder aus anderen Gründen den Waschvorgang zu diesem Zeitpunkt ablehnt, dann widerspricht dies professioneller Pflegearbeit, die sich primär am Wohlbefinden des Patienten zu orientieren hat. Ähnliches gilt für alle pflegerischen Maßnahmen. Nach den Regeln der Kunst arbeiten bedeutet also immer auch, die Einzelhandlung in den Zusammenhang mit dem betreffenden Menschen zu stellen und im Hinblick auf dessen Bedürfnisse durchzuführen (bzw. zu unterlassen).

3. Pflegen »nach bestem Wissen und Gewissen«

»State of the art« läßt sich auch übersetzen mit der gebräuchlichen Redewendung »nach bestem Wissen und Gewissen«. Sowohl das Wissen wie auch das Ge-Wissen muß erworben und laufend geschult werden, um auf einem aktuellen Kenntnisstand zu bleiben. Das Grundwissen der Krankenpflege wird in der Berufsausbildung vermittelt; allerdings gilt hier das Gleiche wie in anderen Berufen: Einerseits ist in der Praxis nur ein Bruchteil des Gelernten direkt anwendbar (das meiste ist voraussetzendes Basiswissen) und andererseits müssen die Spezifika, die in einem bestimmten Arbeitsbereich aus den schwerpunktmäßigen Krankheitsbildern mit ihren je besonderen pflegerischen Anforderungen resultieren, erst in der regelmäßigen Arbeit damit gelernt werden. (Das wird verständlich, wenn man bedenkt, daß z. B. in der Onkologie ganz andere Dinge gefordert sind als in der Psychiatrie oder der Unfallchirurgie.) Außerdem wachsen die Erkenntnisse auch in der Pflege heute ungleich schneller als früher und es bedarf einer kontinuierlichen Fortbildungsarbeit, um wenigstens fachspezifisch auf dem aktuellen Stand zu bleiben.

Das allerdings hat die Pflege mit praktisch allen Berufen gemeinsam. Niemand hätte Verständnis für eine Beratung im Computer-Fachgeschäft nach einem veralteten Informationsstand, sowenig wie für den Chirurgen, der nach einmal erlernten Methoden operiert, ohne sich mit neuen, anerkannt schonenderen Verfahren auseinanderzusetzen. Es ist ein ernsthaftes Problem in der Pflege, daß vielfach noch nach dem Motto gehandelt wird »was früher richtig war, kann jetzt nicht falsch sein«. Dieses Denken verhindert die Verarbeitung neuerer Erkenntnisse im pflegespezifischen Bereich, während es umgekehrt kaum ein Problem zu sein scheint, Veränderungen, die sich aus dem ärztlich-medizinischen Sektor ergeben (z. B. Durchführung neuerer diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen), umzusetzen. Das bedeutet, die Pflegenden sind zwar bereit, im Assistenzbereich relativ schnell Veränderungen zu akzeptieren, nicht jedoch in ihrem eigenen, selbst zu verantwortenden Aufgabengebiet. Ist es gerechtfertigt, an dieser Stelle ein Fragezeichen zum beruflichen Selbst!-Verständnis zu setzen?

Auch des Ge-Wissen bedarf der Schulung. Als Gewissen wird gemeinhin der Bereich bezeichnet, mit dem der Mensch versucht, nach gut und schlecht, richtig und falsch zu unterscheiden, die persönliche ethische Instanz. Doch diese Instanz ist nicht völlig autonom, d. h. sie weiß nicht automatisch und von sich aus, welche Entscheidung nun zu treffen sei, sondern sie ist abhängig von den jeweiligen moralischen Wertvorstellungen, den Informationen, die sie bekommt sowie der Bereitschaft zu Auseinandersetzung und Informationsverarbeitung. Es bedarf angesichts unterschiedlicher Handlungsfolgen der abwägenden Klugheit, um im konkreten Fall ethisch vertretbare Entscheidungen treffen zu können.

In der Medizin gilt als oberster ethischer Grundsatz seit jeher das »*nil nocere*«: nicht schaden. Es dürfte ohne nähere Begründung einsichtig und plausibel sein, daß dieser Imperativ auch für die Pflege gelten sollte. Positiv gewendet läßt sich »nicht schaden« übersetzen mit: Für das Wohlbefinden eines kranken, pflegebedürftigen, abhängigen Menschen Sorge zu tragen. Doch ob in positiver Wendung formuliert oder als negatives Gebot, die Voraussetzung bleibt: Es reicht nicht aus zu sagen, »Ich will helfen«. Es bedarf wenigstens eines annähernden Wissens darüber, was *de facto* schadet bzw. hilft. Das gilt im Berufsalltag sowohl für die sogenannten objektiven Daten einer Pflegehandlung wie auch für die subjektive Befindlichkeit eines Patienten. Das heißt, das beste Motiv kann sich beim konkreten Handeln ins Gegenteil verkehren, wenn das Wissen um die Voraussetzungen für echte Hilfe fehlt – und das bedeutet in der Pflege immer, daß die subjektiven Faktoren auf Patientenseite berücksichtigt werden müssen.

Zur Verdeutlichung: Was hilft es wohl, einem Patienten, der – aus welchen Gründen auch immer – längere Zeit nichts essen will, eine Magensonde zur enteralen Ernährung zu legen, wenn er gleichzeitig an allen Extremitäten gefesselt werden muß, damit er sich die Sonde nicht ziehen kann? Schadet das nicht viel mehr? Wäre es nicht gewissenhaftes Handeln, erst einmal herauszufinden, warum der Patient nicht essen möchte, ob es ihm nicht schmeckt, ihm übel wird, er Magenschmerzen bekommt oder schlicht lebens-satt ist? Je nach ausfallender Antwort gäbe es vermutlich ganz andere Handlungsalternativen, die dem ethischen Prinzip der Autonomie des Patienten eher gerecht würden.

Beispiele dieser Art finden sich in der Pflege unzählige. Oft wird schädliches Verhalten in Kauf genommen, entweder aus Unwissenheit (auch in moralischer Hinsicht), aus Angst oder um einem scheinbar wichtigeren Ziel zu dienen und die Begründung lautet dann ziemlich lapidar: Das muß sein, es wurde angeordnet, etc.

4. Verantwortungsbereiche der Pflege

Damit komme ich zum Bereich der Verantwortung der Pflege. Verantwortung bezeichnet generell die »Zuständigkeit von Personen für übernommene Aufgaben bzw. für das eigene Tun oder Lassen, auch für Charaktereigenschaften vor einer Instanz, die Rechenschaft fordert: z. B. vor einem Gericht, vor den Mitmenschen, vor dem Gewissen oder vor Gott« (HÖFFE 1992, 288f.).

Die rechtliche Verantwortung bezieht sich nach FESENFELD darauf, innerhalb des jeweilig geltenden Rechtssystems die Haftung für eine Handlung zu übernehmen und Schadensersatzpflicht zu leisten (in Deutschland reguliert im § 823 BGB), wenn eine handelnde Person »vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt« (1998, 313). Die haftungsrechtliche Seite wird künftig sicher auch im Pflegebereich einen deutlich größeren Raum einnehmen als bisher. Allerdings geht es mir hier um die ethisch relevanten Verantwortungsbereiche.

Verantwortung aus *ethischer* Sicht hat einen anderen Hintergrund. Hier geht es nicht um die Einhaltung von Rechtsnormen aus Angst vor Strafe, sondern die Übernahme von Verantwortung geschieht deshalb »weil man sich als für die Mitmenschen, die Welt und sich selbst verantwortlich erkennt und sich gemäß dieser Verantwortung als Person einsetzt« (HÖFFE 1992, 289). Moralisch gesehen bezeichnet Verantwortung also die

grundsätzliche Fähigkeit und Bereitschaft zum Antwort geben auf ein Ansprechen (z. B. die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen). Wie diese Antwort konkret ausfällt, hängt von der jeweiligen Person und ihrem Wertehorizont ab. Moralische Entscheidungen sind individuelle Einzelentscheidungen; sie basieren auf den Wertvorstellungen, nach denen ein Mensch bewußt oder unbewußt zu leben und zu handeln versucht. Zwar können die Antworten im konkreten Einzelfall keine Allgemeingültigkeit beanspruchen, dennoch unterliegt ihre Bewertung nicht der individuellen Beliebigkeit. In Deutschland z. B. gilt für alle Menschen das Grundgesetz, in dem Werte wie Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, Freiheit und Autonomie, Menschenwürde und Gerechtigkeit allgemeingültig festgeschrieben sind. Außerdem gibt es eine Reihe rechtlicher und beruflicher Normen, die auch für die berufliche Pflege Gültigkeit beanspruchen.

Worauf bezieht sich Verantwortung in der Pflege konkret? Dazu möchte ich auf VAN DER AREND/GASTMANS (1996, 128 f.) zurückgreifen. Sie unterscheiden im wesentlichen 4 Aspekte der Verantwortlichkeit:

Kollektive Verantwortlichkeit

Kollektiv verantwortlich für eine gemeinsame Aufgabe
(bezieht sich auf das Team aber auch auf die Berufsgruppe der Pflegenden)

Persönliche Verantwortlichkeit

Persönlich verantwortlich sein bzgl. des eigenen Handelns

Berufsgebundene Verantwortlichkeit

Verantwortlich sein
für das professionelle Handeln

Personengebundene Verantwortlichkeit

Verantwortlich sein
für persönliche Eigenschaften wie
Lebensstil, Charakter, Haltung

Unter kollektiver Verantwortung ist zu verstehen, daß jede/r Pflegendende als Teil eines Teams (bzw. als Angehöriger der Berufsgruppe Pflege) mitverantwortlich ist für die Entwicklung einer professionellen Pflegearbeit sowie der Zusammenarbeit zwischen Patient, Pflegenden, Angehörigen anderer beteiligter Berufsgruppen und Institution. »Zusammenarbeit impliziert, daß jede/r sich als vollwertige Person für das beabsichtigte Ziel einsetzt, nämlich die Förderung des Wohlbefindens eines Patienten. Hieraus folgt, daß jede/r Betroffene in einem bestimmten Maße verantwortlich für die Pflege ist, welche dem Patienten angeboten wird« (VAN DER AREND/GASTMANS 1996, 128). Sollte sich also in einem pflegerischen Arbeitsfeld zeigen, daß einzelne Pflegendende sich gegenüber Patienten schädigend verhalten – und dazu zählen neben Vernachlässigung und Mißhandlung auch Arbeiten, die nicht nach dem »state of the art« durchgeführt werden, ist es – unter der Voraussetzung der stillschweigenden Duldung – durchaus angemessen, wenn dafür das ganze Team zur Verantwortung gezogen wird – allerdings in gradueller Abhängigkeit vom Status der einzelnen.¹

Es reicht demnach nicht zu sagen, wenn ich nur meine eigene Pflegearbeit gut mache, dann ist alles in Ordnung. So besteht z. B. eine Aufgabe und Verantwortung des ganzen

Teams darin, sich angemessen um die Vermeidung bzw. Aufarbeitung von Fehlern zu kümmern, und nicht, wie es oft geschieht, diese als persönliche Angelegenheit des Betroffenen zu behandeln. Fehler, die in der Arbeit passieren, haben nicht nur häufig mit der Atmosphäre eines Teams zu tun, sondern sie haben auch mehr oder weniger gravierende Folgen für die Patientenarbeit und betreffen von daher alle Teammitglieder.

Die kollektive Verantwortung wird oft unterschätzt, da zuwenig wahrgenommen wird, wie häufig Einzelverhalten vielfach aus Anpassung an ein kollektives Gruppenverhalten resultiert. Damit soll nicht der einzelne aus seiner persönlichen Verantwortung entlassen werden; aber allzu oft erleben Pflegekräfte mangelhafte Pflege und gemachte Fehler als rein persönliches Versagen, wo das Team seine Gesamtverantwortung für eine angemessene Pflegearbeit vernachlässigt bzw. nicht wahrgenommen hat (z. B. durch mangelhafte Organisation des Arbeitsablaufes). Natürlich gibt es auch institutionelle Rahmenbedingungen, die eine gute Pflegearbeit mehr behindern als fördern (so etwa die personelle und/oder materiale Ausstattung vieler Alten- und Pflegeheime). In diesem Fall gehört es zur kollektiven Verantwortung der Pflegenden, auf diese Mißstände immer wieder in entsprechender Form argumentativ hinzuweisen und konstruktive Vorschläge für Veränderungen einzubringen.

Die persönliche Verantwortlichkeit läßt sich als Überbegriff der berufsgebundenen und der personengebundenen Verantwortlichkeit verstehen. Berufsgebundene Verantwortung heißt in erster Linie nach den Regeln des Handwerks zu arbeiten und ist inhaltlich meist klar zu realisieren; das gilt insbesondere für die nicht-ethischen, häufig rein fachlichen Aspekte der Pflege. Einen Patienten zu waschen ist in den meisten Fällen eine vergleichsweise einfache berufliche Handlung: Ob er überhaupt gewaschen werden soll, wie ich dabei dem betroffenen Patienten begegne, ob er Nr. 4 ist, die gewaschen wird oder ob die Pflegeperson auch hier noch gewillt und in der Lage ist, dem individuellen Menschen zu begegnen und ihn in seiner Autonomie und Menschenwürde zu respektieren, das zeigt sich in primär persönlichen Eigenschaften wie Charakter und Sozialverhalten, gehört also zur personengebundenen Verantwortlichkeit. Allerdings zählt gerade ein respektvolles Sozialverhalten auch zu den professionellen Aspekten des Pflegeberufes, d. h. die personengebundene Verantwortlichkeit ist zumindest im beruflichen Kontext keine Privatangelegenheit, sondern muß ebenso geschult werden wie fachlich richtiges Arbeiten. »Den Pflegenden wird in vielen Variationen vorgehalten, daß das Wohl des Patienten ihr wichtigster ethischer Auftrag ist. Dieser Auftrag zählt zur berufsgebundenen Verantwortlichkeit der Pflegenden. Wie dieser Auftrag am besten erfüllt wird, kann Gegenstand einer Debatte in der Berufsgruppe sein. Aber ob dieser Auftrag in der von der Berufsgruppe angegebenen Weise erfüllt wird, ist und bleibt eine persönliche Entscheidung, die zu der personengebundenen Verantwortlichkeit gehört.« (VAN DER AREND/GASTMANS 1996, 129).

In die personengebundene Verantwortung fällt auch die Sorge um die eigene Person, d. h. die Selbstpflege ist eine wichtige Voraussetzung für berufliche Qualität. Wer sich selbst physisch oder psychisch vernachlässigt, die eigenen Grenzen nicht respektiert und nicht für eine entsprechende Psychohygiene sorgt, wird über kurz oder lang auch die Patienten vernachlässigen müssen, da mit der Leugnung der eigenen Bedürfnisse längerfristig auch die Bedürfnisse der Patienten nicht mehr wahrgenommen werden können. Wo sie aber nicht mehr erkannt werden, können sie auch nicht mehr (kunstgerecht) erfüllt werden.

Arbeiten nach dem »state of the art« bedeutet also verantwortungsbewußtes Handeln oder Unterlassen² und zwar in den folgenden drei – nur theoretisch trennbaren – Ar-

beitsbereichen, die originär zur pflegerischen Berufsarbeit gehören (§ 4 KrpflG [1985]) und im Pflege-Alltag fast immer ineinandergreifen:

Arbeits-Aufgaben der Pflege

Körperliche Arbeit	Rational-organisatorische Arbeit	Emotionale Arbeit
Heben, stützen, tragen Gleichgewicht halten betten, lagern	Medizinisch-pflegerisches Wissen Pflegediagnostik, Pflegeplanung	Beziehungsarbeit (Beziehungen aufnehmen, gestalten, beenden)
Hilfe bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Ausscheidung	Sprach-Kommuni- kationsarbeit Beobachtung – Artikulation Information – Argumen- tation – Dokumentation	Gefühlsarbeit/Empathie (Sympathie, Antipathie, Ekel, Mitleid, Ärger, Freude, Trauer etc.)
Ärztliche Assistenz- aufgaben Spez. Pflegefähigkeiten	Organisation Planung – Information – Koordination – Koopera- tion – Durchführung	Wohlbefindensarbeit (Sicherheit, Vertrauen) Motivations- und Trostarbeit
Manuelle Fertigkeiten	Verhandlungs-/ Vermittlungsarbeit Anleitung/Einarbeitung	Konfliktarbeit (Patienten, Team, Institution)
Schichtdienst	Maschinenarbeit	Fehlerarbeit
Erhöhtes Infektionsrisiko	Sicherheits-/Hygienearbeit	Flexibilität

Für diese Aufgaben sind die Pflegenden zuständig und damit verantwortlich – zum größeren Teil in eigener (Anordnungs- und Durchführungs-)Verantwortung, bei ärztlichen Assistenzaufgaben in weisungsgebundener Form (Durchführungsverantwortung).

Verantwortlich zu sein bedeutet Antwort geben oder anders formuliert: Rechenschaft ablegen über das eigene Tun und Lassen. Das gilt generell, in besonderem Maße aber im beruflichen Kontext und in der Arbeit mit abhängigen Menschen. Auf wen bezieht sich nun die Verantwortung, gegenüber wem gilt es, die sich daraus ergebende Rechenschaft abzulegen? Hier sind nun in unterschiedlichem Ausmaß ganz verschiedene Personengruppen angesprochen.

5. Berufliche Rechenschaftspflichten

Nach den »Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege« des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger gilt »die vordringlichste Verantwortung der Krankenschwester dem pflegebedürftigen Menschen« (ICN 1953). Des weiteren werden aufgeführt die Verantwortung für die Ausübung des Pflegeberufes nach »dem höchsten Stand, der in der gegebenen Situation möglich ist« (ebd.), gegenüber der Gesellschaft, den Mitarbeiter/innen sowie gegenüber dem Beruf als solchem. Auch bei Tschudin stehen Verantwortung und Rechenschaftspflicht gegenüber dem einzelnen Patienten an erster Stelle. Es folgt dann die Rechenschaft gegenüber dem Beruf, der Gesellschaft und den Kolleg(inn)en (1988, 77 f.). Außerdem benennt sie berufliche Loyalitäten, die sich aus der Arbeitsbeziehung ergeben, als eigenständigen Verantwortungsbereich; hier werden u. a. die Beziehung zum Arbeitgeber und zu den ärztlichen Mitarbeiter(inn)en aufgeführt (ebd.). Ähnlich VAN DER AREND/GASTMANS: Sie führen bei den Verantwortungsbeziehungen der Pflegenden die Patient(inn)en, Kolleg(inn)en, ärztlichen Mitarbeiter(inne)n, die Institutionen, die Gesellschaft und die Pflegenden selbst auf (1996, 130 f.).

Am Anfang wurde bereits ausgeführt, was pflegerische Arbeit »nach den Regeln der Kunst« im Hinblick auf die Patient(inn)en bedeutet und darüber können die Betroffenen Rechenschaft verlangen. Auch die Mitverantwortung der einzelnen für die Arbeit des pflegerischen Teams wurde bereits angesprochen. Bezogen auf die ärztlichen Mitarbeiter(innen) ergeben sich zwei Aspekte: Zum einen müssen die Ärzte/innen sicher sein können, daß ihre Weisungen bezüglich Diagnostik und Therapie befolgt und wichtige patientenbezogene Informationen an sie weitergegeben werden. Zum anderen sollten die Pflegenden auch ihre eigene pflegerische Fachkompetenz in kollegialer Form einbringen, damit ein optimales Zusammenspiel im Interesse der Patient(inn)en gewährleistet wird.

Die Rechte und Pflichten im Hinblick auf die Institution ergeben sich aus dem Arbeitsvertrag. Die Institution kann und muß verlangen, daß ihre Mitarbeiter(innen) nach dem »state of the art« arbeiten. Dafür übernimmt sie die Gehaltszahlung und bietet entsprechende Fortbildungsmaßnahmen an (bzw. sollte es tun).

Gesellschaftspolitisch lautet der Auftrag der Pflege: »Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten; ... die sach- und fachkundige umfassende, geplante Pflege des Patienten; die gewissenhafte Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie; die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten; die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen...« (KrpflG, § 4, Abschn. 1 [1985]). Den Pflegenden als Einzelpersonen wie als Berufsgruppe insgesamt obliegt es, diesem Auftrag in möglichst optimaler Weise nachzukommen; sie selbst bestimmen durch die Art und Weise, wie sie ihre Arbeit durchführen (das berufliche Selbstverständnis) auch das Bild von Pflege in der Öffentlichkeit.

Zusammenfassend läßt sich damit folgendes feststellen: Die Arbeit der Pflegenden, die sich aus dem sehr anspruchsvollen Zusammenspiel körperlicher, rational-kognitiver und emotionaler Anteile ergibt, muß immer auch in dem Beziehungsgeflecht gesehen werden, innerhalb dessen sie zu verwirklichen ist. Das macht Pflegearbeit zu einem ausgesprochen komplexen Geschehen und es bedarf zu ihrer Umsetzung nicht nur des pflegerischen Wissens, Könnens und der kontinuierlichen Fortbildung, sondern auch der ethischen Reflexion.

6. Verrat am Menschen?

Die Schwierigkeit im Pflege-Alltag ergibt sich überwiegend aus eben dieser Komplexität und der Notwendigkeit, oft alle drei Arbeitsebenen gleichzeitig berücksichtigen zu sollen. Ein Beispiel: Die Krankenschwester wäscht gerade eine bettlägerige ältere Patientin; diese erzählt von ihrem Kummer, sie fühle sich oft so alleine. In dem Moment ruft jemand nach der Krankenschwester, weil jetzt dringend ein anderer Patient zur Diagnostik gebracht werden soll.

Hier treffen körperliche Arbeit, Stationsablauf und emotionale Arbeit konkret aufeinander und es ist praktisch nicht möglich, in dieser Lage selbst eine richtige Entscheidung zu treffen. Was immer die Krankenschwester in diesem Moment tut oder läßt – es hinterläßt ein ungutes Gefühl. Diese Situationen bereiten viel Streß, werden aber meist als gegeben, d. h. quasi unveränderlich hingenommen. Die Folge ist, daß die Pflegeperson aus dem Streß heraus ungeduldig wird, nicht mehr zuhört (bzw. zuhören kann), sich dadurch schuldig fühlt und mit diesem Schuldgefühl dem nächsten Menschen begegnet. So wird eine Kette daraus, Unzufriedenheit macht sich breit und oft wird dies nur der betreffenden Pflegeperson angelastet. Im Hinblick auf solche – ziemlich häufigen – Situationen wäre es dagegen angemessen, im Team und wenn nötig auch in der Abteilung darüber zu beraten, welche strukturellen und organisatorischen Veränderungsmöglichkeiten es gäbe, die zur Entlastung der einzelnen Personen beitragen könnten.

Es ist bekannt und in vielen Untersuchungen nachgewiesen, daß unzufriedene Mitarbeiter(innen) Patienten weniger einfühlsam begegnen, häufiger krank sind und das Teamklima belasten – so wie ein schlechtes Teamklima auch die Arbeit jeder einzelnen Mitarbeiterin beeinträchtigt. Wo eigentlich erforderliche Bemühungen um Veränderung im Interesse aller Betroffenen unterbleiben, ist »Verrat am Menschen« gegeben.

7. Analyse zweier Fallbeispiele:

Auch wenn Einzel-Beispiele nicht verallgemeinert werden können, so tragen sie doch zum besseren Verständnis für bestimmte Vorgänge bei, und sie bieten einen Ansatzpunkt zur Analyse möglicher bzw. wahrscheinlicher Folgen. Daher zwei Beispiele etwas ausführlicher:

Das erste ist einem Artikel von ANKE FESENFELD in der »Pflege« entnommen (1998, 315): Zwei Schülerinnen aus dem zweiten Kurs waren gleichzeitig auf einer onkologischen Station eingesetzt. Sie arbeiteten gegenschichtig und betreuten schwerpunktmäßig einen jüngeren Patienten mit Bronchial-Ca. Sie entschieden sich im Rahmen ihrer Pflegeplanung für die atemstimulierende Einreibung zur Unterstützung der Atmung und zur Stärkung des Wohlbefindens. Der Patient, der ansonsten stark von Unruhe, Atemnot und Schmerzen geplagt war, schlief ihnen – wie sie berichteten – regelmäßig »unter den Händen« ein. Sie entschieden sich daher, bei dieser Maßnahme zu bleiben, auch wenn sie etwas mehr Zeit benötigen würden. In der Auswertung des Stationseinsatzes – einige Wochen später – wurde im Hinblick auf eben diese Einreibungen beiden Schülerinnen zurückgemeldet, sie hätten keinen Überblick über die anfallende Arbeit auf Station, könnten ihre Zeit nicht einteilen und würden sich bei einzelnen Maßnahmen überdimensional lange aufhalten.

Was ist hier passiert? Die beiden Schülerinnen nahmen offensichtlich ihren beruflichen Auftrag »für das Wohlbefinden des Patienten sorgen« ernst und wurden dabei in ihrem Handlungserfolg durch die Reaktion des Patienten bestätigt. Dafür nahmen sie einen etwas höheren pflegerischen Zeitaufwand in Kauf. Sinnvollerweise, wenn denn die Pflegearbeit zum Ziel hat, reale Bedürfnisse zur Stärkung des Wohlbefindens zu erfüllen. Später allerdings werden beide für ihre kunstgerechte Pflegearbeit bestraft, indem man ihnen vorhält, sie hätten keinen Überblick über die Stationsarbeit. Diese Kritik kommt viel später und sehr pauschal, eine differenzierte Sicht wird nicht ermöglicht, eine organisatorische Handlung wird inhaltlich über eine ethisch relevante Entscheidung gestellt. Wie oft werden Auszubildende sich wohl solchen Erfahrungen aussetzen, bevor sie resignieren?

Gleichzeitig offenbaren aber die ausgebildeten Pflegekräfte damit, daß ihnen die atemstimulierende Einreibung, entweder nicht bekannt oder nicht »interessant« genug war, um zum Einsatz gebracht zu werden. Denn wenn sie in diesem Falle offensichtlich zu einer Linderung von Schmerz, Unruhe und Atemnot führte, dann hätten sie diese Maßnahme selbst in die Pflegeplanung aufnehmen müssen; zählt sie doch in der Fachliteratur eindeutig zu den professionellen pflegerischen Elementen.

Ver-Rat am Menschen? Ja, an den Patienten, denen diese Maßnahme vielleicht ebensogut Linderung verschaffen würde – ein wesentliches Anliegen gerade bei onkologischen Patienten. Ja: An den Schülerinnen, die wieder einmal erfahren mußten, daß »Funktionieren« wichtiger als professionelle Pflegearbeit ist. Ja, auch der ausgebildeten Pflegepersonen an sich selbst, weil ihnen ihre ureigenste Aufgabe, nämlich mit pflegerischen Mitteln für das Wohlbefinden der Patienten zu sorgen, nicht so wichtig erscheint, als das »Stationsgetriebe«. Manchmal hat man den Eindruck, ein Motto in der Pflege lautet: Hauptsache schnell – nur daß Schnelligkeit per se wenig mit Qualität zu tun hat.

Viele Pflegekräfte leiden darunter, daß das berufliche Ansehen der Pflege nicht der damit verbundenen Arbeit und Verantwortung entspricht. Aber wer sich selbst nicht ernst nimmt in seinem eigenen Aufgabengebiet – wieso sollten es dann andere tun?

Das zweite Beispiel wurde von einer der betreffenden Personen selbst berichtet:

Auf einer internistischen Station gibt es 12 Personen pflegerisches Stammpersonal. Die Pflegedienstleitung als Vertreterin der Institution empfiehlt allen die Teilnahme an Kinästhetik-Kursen und setzt – ihrer Meinung nach im Interesse der Pflegenden – durch, daß die Kursgebühren übernommen werden und auch die Fortbildung selbst als Arbeitszeit angerechnet wird. Hintergrund dafür ist die weitgehend gesicherte Erkenntnis, daß kinästhetisches Lagern und Betten sowohl für die Patienten als auch für das Pflegepersonal schonender ist. Die Träger sind in diesem Fall oft bereit, die nicht gerade geringen Kosten zu übernehmen, da der volkswirtschaftliche Schaden wegen chronischer Rückenleiden bei Pflegenden ungleich größer ist.

In diesem Fall nahmen alle Pflegenden gerne an den Kursen teil, doch niemand arbeitete anschließend danach. Auf die Nachfrage, wieso denn das Gelernte dann nicht umgesetzt werde, wo es doch nur Vorteile hätte, hieß es: »Das dauert zu lange.« Übersetzt heißt das: Ich bin gerne bereit, auf Kosten der Allgemeinheit etwas Neues zu lernen, aber mich darin zu üben und es konsequent auf die Arbeit umzusetzen – dazu bin ich nicht bereit, weil Neu-Gelerntes umzusetzen zu lange dauert. Die eingefahrene Routine wird nicht

geändert, obwohl es für alle Beteiligten zu höherer Belastung führt. Den Gedanken weiterspinnend heißt das, daß zumindest auf dieser Station folgende Maxime gilt: *Geschwindigkeit geht vor Qualität!*

Welche Folgen ergeben sich daraus:

1. Da das Gelernte nicht umgesetzt wird, ist erst mal ein hohes Maß an finanzieller Ressourcen-Vergeudung zu konstatieren. Alle zwölf Personen nahmen drei volle Arbeitstage an der Fortbildung teil, zu Lasten des Klinik-Etats bzw. der Krankenkassen und damit der Beitragszahler(innen). $12 \times 24 = 288$ Stunden bezahlte Arbeitszeit plus die hohen Kursgebühren – letztlich für nichts.
2. Den Patient(inn)en, die darauf vertrauen müssen, daß das Pflegepersonal nach bestem Wissen und Gewissen seine Arbeit macht, wird geschadet, weil das nachweislich schonendere Verfahren nicht angewendet wird; statt dessen bleibt es bei den althergebrachten Lagerungsmustern mit seinem oft schmerzhaften Gezerre.
3. Die Pflegenden schaden sich selbst, weil sie rückschonende Verfahren nicht einsetzen. Rückenbeschwerden zählen zu den häufigsten Beschwerden der Pflegenden überhaupt; nach Untersuchungen ist ein sehr hoher Prozentsatz davon betroffen und sie sind die häufigste Ursache für frühzeitige Berufsunfähigkeit mit all seinen volkswirtschaftlich teuren Folgen.
4. Auszubildende Krankenpflege-Schüler(innen) werden um Teile ihrer Ausbildung betrogen, da die bereits Examinierten ihnen weder das Verfahren beibringen noch in der Regel Zeit lassen, das in der Schule gelernte kinästhetische Verfahren in aller Ruhe wenigstens zu versuchen.

Bedenkt man einmal die Folgen in nur diesen beiden Fällen genauer, dann wird erkennbar, daß der anfänglich sehr hart anmutende Begriff des Ver-Rates durchaus seine Berechtigung hat. Ver-Rat im Sinne von »in die Irre leiten« und zwar zum Schaden für sich selbst und andere, trifft hier tatsächlich zu. Erforderlich ist demzufolge ein Bewußtseinswandel der Pflegenden dahingehend, daß die scheinbar selbstverständliche Pflege nach dem »state of the art« nicht in einer einmaligen Ausbildung erlernbar ist, sondern des kontinuierlichen Weiterlernens sowie der Bereitschaft zur Umsetzung des Gelernten bedarf.

Schlüsselwörter

Berufliches Selbstverständnis – »nach bestem Wissen und Gewissen« – »nach den Regeln der Kunst« – nicht schaden – Pflege-Ethik – Professionalität – Qualität – Rechenschaftspflichten – »state of the art« – Tätigkeitsbereiche – Verantwortlichkeit – Verantwortung – Verrat

Key words

According to one's knowledge and conscience – accountability – acting professional – betrayal – following the rules of the fine arts – nonmaleficence – nursing ethics – practical fields – quality – responsibility – state of the art – the way the profession sees itself

Zusammenfassung

In den Pflegeberufen ist kontinuierliche Fortbildung bzw. die Umsetzung neuerer Erkenntnisse in die Praxis leider keine Selbstverständlichkeit. Vielmehr wird oft noch nach dem Prinzip gehandelt »was früher richtig war, kann jetzt nicht falsch sein«. Das Bewußtsein der beruflich Pflegenden dafür, daß dies sowohl für die zu betreuende Klientel wie für eigene Professionalität und die ganze Berufsgruppe schädlich sein kann, scheint teilweise unterentwickelt. Einerseits erwarten sie, daß andere Berufsgruppen die Pflege-Arbeit als eigenständigen Teil im therapeutischen Team ernst nehmen, andererseits ist der Verdacht nicht ganz von der Hand zu weisen, daß sie selbst sich und ihren Beruf nicht wirklich zu würdigen wissen.

Nach einer Einführung zu den Begriffen des Verrats sowie der Arbeit nach dem »state of the art« wird die Verantwortlichkeit der Pflegenden in bezug auf ihre Tätigkeiten dargelegt. Anschließend soll mittels der Analyse einiger Beispiele aufgezeigt werden, welche Folgen und längerfristigen Auswirkungen es haben kann, wenn es Pflegenden am Verständnis für beständiges Weiterlernen und der Umsetzung des Gelernten in die Praxis mangelt.

Abstract

Unfortunately in the nursing professions continuing education respectively the realisation of new theoretical outcomes into practice is not a matter of fact. Moreover the principle is followed: what has been proved to be correct in the past, cannot be said to wrong now. Professional nurses are not aware of the fact that this attitude can be harmful to patients as well as to their own profession. On the one hand nurses expect that other members of the health care team respect their work as an autonomous part, on the other hand one might suspect that nurses themselves do not really value themselves and their profession.

After an introduction of notions within the context of »suspicion« as well as the work of the state of the art, the responsibility of nurses with reference to their activities will be shown. In the following the analysis of some examples should show what kind of effects might occur if there is a lack of understanding among nurses concerning continuing education and the transformation of knowledge into practice.

ANMERKUNGEN

- ¹ So haben Personen mit Leitungsfunktion eine größere Verantwortung als nichtleitende Mitarbeiter(innen), höherwertig Ausgebildete mehr als weniger Ausgebildete, Personen mit langjähriger Berufserfahrung mehr als Berufsanfänger(innen) usw.
- ² Eine erforderliche Pflegemaßnahme zu unterlassen ist ethisch genauso bedenklich wie z. B. eine Handlung gegen den Willen eines Patienten durchzuführen. Das heißt, die Verantwortung des einzelnen bezieht sich immer auf beide Aspekte.
- ³ So z. B. G. SCHLÜTER (1992), die auch auf andere Veröffentlichungen dazu verweist.

LITERATUR

- VAN DER AREND, A./GASTMANS, CH. 1996: *Ethik für Pflegende*, Bern.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE E. V. (DBfK) 1992: *Berufsordnung*.
- BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT 1963: *Duden – Herkunftswörterbuch*, Mannheim.
- ICN 1973: *Ethische Grundregeln für die Krankenpflege*, Eschborn.
- FESENFELD, A. 1998: *Moralisches Handeln in der Pflege*, in: *Pflege* 6/11, 312–318.
- HÖFFE, O. 1992: *Lexikon der Ethik*, 4. neubearbeitete Auflage, München.
- SCHLÜTER, G. 1992: *Berufliche Belastungen der Krankenpflege*, Melsungen.
- TSCHUDIN, V. 1988: *Ethik in der Krankenpflege*, Basel.