

VSA-Fortbildungstagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal, 7./8. November 1990, im Kongresshaus Zürich : ethischer Notstand im Alters- und Pflegeheim

Autor(en): **Käppeli, Silvia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **62 (1991)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-810209>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

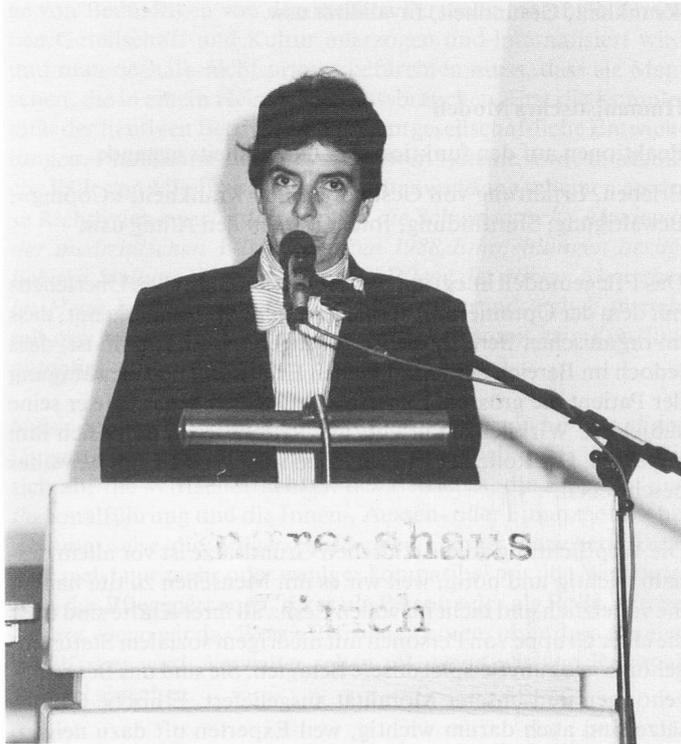
Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ethischer Notstand im Alters- und Pflegeheim

Rund 250 VSA-Mitglieder und -Freunde fanden sich im November 1990 im Kongresshaus Zürich ein, um sich während zweier Tage dem Thema «Ethischer Notstand im Alters- und Pflegeheim» zu widmen. Traditionsgemäss sind im Fachblatt jeweils die verschiedenen Tagungsreferate zu finden. Bereits im Januar druckten wir zwei erste Beiträge ab. Nachfolgend drei weitere Texte.

Dr. Silvia Käppeli ist Leiterin der Stelle für Entwicklung und Forschung in der Pflege, Universitätsspital Zürich, sowie Leiterin der Höheren Fachausbildung Krankenpflege Stufe II beim Schweizerischen Berufsverband für Krankenschwestern. Silvia Käppeli analysierte in ihrem Beitrag den moralischen Notstand im heutigen Pflegealltag.



Dr. Silvia Käppeli: Ist «unsere Zeit» in einer moralischen Krise?

Einführung

Ich erschrak, als ich realisierte, dass hinter dem Thema dieses Kongresses kein Fragezeichen steht. Sind wir wirklich soweit? Im Verlauf des Referatschreibens klärte sich die Situation etwas. Dabei ist zu sagen, dass mein Beitrag vielleicht relativ ernst, wenn nicht sogar negativ gefärbt ist, weil mein Thema «moralische Konflikte» praktisch ein Problem darstellt. *Nur auf einer philosophischen Ebene gelingt es uns, Konflikte als potentielle Chancen zu betrachten.*

Ich werde in meinem Beitrag zuerst einige Voraussetzungen für diese Konflikte beschreiben und anschliessend auf die Konflikte selbst eingehen. Schliesslich mache ich einige Erhellungsversuche und stelle einige abschliessende Gedanken zur Diskussion.

Voraussetzungen im System

Ich gehe davon aus, dass der Pflegeberuf ein Beruf ist, der von sich selbst und von dem die Gesellschaft eine gewisse Professionalität des Entscheidens und Handelns erwartet. Wenn dies nicht

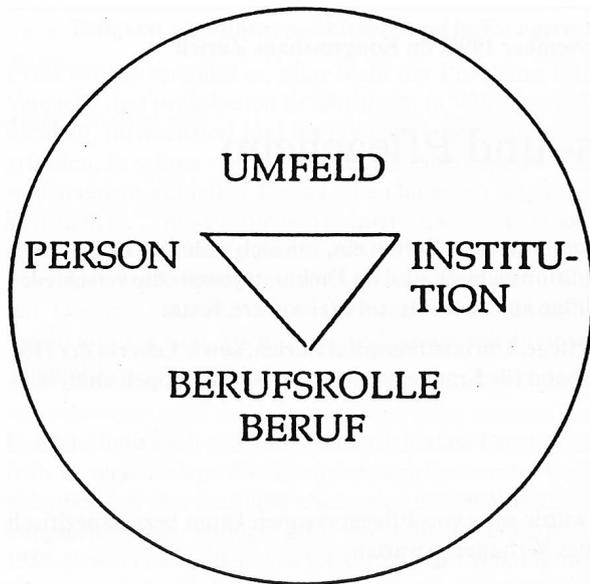
so wäre, würde man von Pflegepersonen kaum berufsspezifisch moralisches Verhalten erwarten.

Moralische Konflikte im Berufs-/Pflegealltag haben mit der ausserordentlich komplexen Situation, in der sich die Pflege befindet, zu tun. Ich erwähne nur einige der Faktoren, die zu der bestehenden unübersichtlichen Lage beitragen:

- Wir pflegen Personen, die verschiedenste Auffassungen vom Wert des Lebens, vom Sterben, von Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität haben.
- Ausser vielleicht der ältesten Generation nehmen die Empfänger der Pflege diese kritisch entgegen und sind nicht mehr einfach dankbar, dass man sie pflegt.
- Die Gesundheitstechnologie hat sich (selbst im Bereich der Altenpflege) so erweitert, dass sie moralisches Verhalten und ethische Entscheidungen zu bestimmen droht.
- Pflegenden wie Gepflegte stellen in zunehmendem Masse auch kulturell heterogene Gruppen dar.
- Die Wissenschaften, vor allem die Möglichkeiten der Medizin, entwickeln sich ständig.
- Die Stellung der Frau in unserer Gesellschaft verändert sich allmählich, was sich auf die Stellung der Krankenschwester auswirkt.
- Die Pflegenden haben ein verändertes Bewusstsein für ihre Rollen und für ihre beruflichen Verantwortungen. Der Beruf hat sich selbst horizontal und vertikal aufgesplittert in verschiedene Spezial- und Fachrichtungen bzw. in verschiedenen kompetente Stufen.
- Die Berufsausbildung vermittelt nicht mehr nur Dogmen, sondern Prinzipien und Werte.
- Besonders in bezug auf den Bereich Ethik behandelt man heutzutage nicht mehr nur Fragen über Trinkgeld und Schürzenlänge in der Ausbildung. Man setzt sich auseinander mit Fragen über
 - Leben und Sterben
 - Moralische Entwicklung
 - Loyalitäten, Rollen usw., usw.
- Institutionen haben Ethikkomitees.

Ich glaube, dass man ganz grundsätzlich sagen kann, dass die meisten beruflichen Fragen und Probleme in der Pflege immer auch ethische Fragen sind. Pflege kann leicht als moralischer Auftrag verstanden werden.

Um etwas Klarheit in diese Komplexität zu bringen, versuche ich mein Thema «Moralische Konflikte im Pflegealltag» innerhalb dem folgenden Spannungsfeld zu besprechen.



Pflege findet in dieser Konstellation statt. Diese wiederum ist in eine mehr oder weniger unbegrenzte Umgebung gebettet. Dieses System selbst verursacht einen grossen Teil der Konflikte und die meisten involvieren alle Elemente des Systems. Jedes der Elemente vertritt ein bestimmtes Wertesystem. Je weniger diese miteinander übereinstimmen, bzw. je weniger klar und bekannt sie sind, um so mehr Konfliktpotential enthalten sie.

Von den Wertesystemen werden Ziele, Erwartungen, Ressourcen, Machtansprüche, Verantwortlichkeiten usw. abgeleitet. Die Situation wird weiter kompliziert, indem dieses System in drei bis vier Versionen vorhanden ist, für die Pflegeperson, für den Arzt, für den Verwalter und für den Heimleiter.

Verschiedene Personen und Berufsgruppen identifizieren sich in unterschiedlichem Masse mit den einzelnen Teilen. Eine Person identifiziert sich vielleicht voll mit ihrer Berufsrolle, aber kaum mit der Institution; ein Verwalter vielleicht voll mit der Institution und mit einer Person, aber kaum mit ihrer Berufsrolle usw. Im Falle eines Konfliktes kommt es zu Bedürfnissen und Verschwörungen, zu Loyalitätskonflikten.

Der Patient steht im Mittelpunkt dieses Systems. Und man könnte mit Toffler ironisch beifügen *«deshalb steht er allein im Wege»*.

Das Wertesystem der Person

Das Wertesystem der Person, die pflegt, besteht in ihrer ganz primären und unverfälschten Haltung, leidenden Menschen zu helfen. Diese hat sie während ihrer primären Sozialisation erworben und als Kind und Jugendliche spontan verwirklicht.

Das Wertesystem einer professionellen Pflegeperson bzw. des Pflegeberufes

Der Pflegeberuf als Kollektiv erfüllt einen gesellschaftlichen Auftrag. Die Gesellschaft und der Beruf haben Vorstellungen und Erwartungen, über was er beinhaltet und wie dieser Auftrag erledigt werden soll. In bezug auf den moralischen Auftrag der Pflege sind diese Erwartungen zusammengefasst in den «Ethischen Grundsätzen für die Pflege» (1990). Sie beschreiben die Verantwortung einer Krankenschwester oder eines Pflegers gegenüber Patienten und ihren Bezugspersonen, gegenüber sich selbst und dem Beruf, gegenüber den Mitarbeitern und gegen-

über der Gesellschaft und der Umwelt. Sie werden geleitet von der folgenden Deklaration:

«Krankenpflege ist ein Dienst am Menschen. Die Krankenschwester achtet die Würde des einzelnen und die Einzigartigkeit des Lebens. Bei allen pflegerischen Handlungen ist sie für das Wohl und die Sicherheit des Patienten oberstes Gebot.»

Die Berufsethik bezieht sich auf das gegenwärtig gültige Modell der Pflege. Dieses orientiert sich nicht mehr nur am bio-medizinischen Modell, sondern integriert ein sozial-geisteswissenschaftliches bzw. humanistisches Modell zu einem Pflege-/Patientenmodell.

Medizinisches Modell

Funktioneller Gesundheitszustand:

Krankheit, Gesundheit, Invalidität usw.

Humanistisches Modell

Reaktionen auf den funktionellen Gesundheitszustand:

Erleben, Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, «Coping», Bewältigung, Sinnfindung, Integration in den Alltag usw.

Das Pflegemodell integriert das Ziel des biologischen Überlebens mit dem der Optimierung der Lebensqualität. Es anerkennt, dass im organischen Bereich die Berufsangehörige Expertin ist, dass jedoch im Bereich der individuellen Erfahrung und Bewältigung der Patient die grössere Expertise hat. Nur er weiss, wie er seine subjektive Wirklichkeit erlebt. Die Pflegeperson muss sich ihm anpassen. Die Rolle der Pflegeperson wird als die eines Anwaltes beschrieben.

Die Verpflichtung an die ethischen Grundsätze ist vor allem deshalb wichtig und nötig, weil wir es mit Menschen zu tun haben, die verletzlich und nicht im vollen Besitz all ihrer Kräfte sind oder die einer Gruppe von Personen mit niedrigem sozialem Status angehören wie zum Beispiel unsere Betagten. Sie sind uns Berufsangehörigen und unserer Moralität ausgeliefert. Ethische Grundsätze sind auch darum wichtig, weil Experten oft dazu neigen, ihre fachliche Expertise zu verallgemeinern auf andere Lebensbereiche und damit meinen, alles besser zu wissen als andere. Die objektiven Fakten zu erkennen genügt aber nicht immer, um ein Risiko abzuschätzen. Die Anerkennung subjektiver Erfahrung schützt uns gerade im Umgang mit Betagten vor ungerechtfertigtem Paternalismus.

Moralisches Verhalten setzt einen minimalen Grad von Autonomie und Freiheit voraus. Wenn ich nicht wählen kann, kann ich auch die Moralität meines Verhaltens nicht bestimmen. Und ich kann mich nicht nicht verhalten.

Weitere Bedingungen sind, dass ich die notwendige Information erhalte oder mir beschaffe, und dass ich überhaupt fähig bin, zu erkennen, worum es geht. Und schliesslich muss ich bereit sein, mich mit meinem Verhalten auseinanderzusetzen, wenn ich Anspruch auf Professionalität erhebe.

Das Mandat des Pflegeberufes beinhaltet nebst ethischen Richtlinien das Bekenntnis zur Dienstleistung Pflege, den Auftrag, durch Ausbildung und Kontrolle die Pflegepraxis gemäss den Abmachungen zu optimieren und unprofessionelles das heisst unmoralisches Verhalten zu korrigieren.

Der Zusammenhang zwischen der Person, die pflegt und dem Beruf beziehungsweise ihrer beruflichen Rolle ist darin begründet,

dass die Person entscheidet, die beschriebene Rolle zu übernehmen. Damit verspricht die Schwester oder der Pfleger persönlich aber implizit auch öffentlich, dass sie/er die Werte des Berufes praktizieren wird. Von nun an hat sie oder er eine private, individuelle und eine kollektive, öffentliche Verpflichtung, der sie oder er sich nicht in beliebigem Masse entziehen kann. Wenigstens nicht, ohne den Beruf zu verlassen.

Das Wertsystem der Institution

Die Institution Heim hat einen spezifischen Auftrag im Rahmen der Gesundheits- oder Altersversorgung. In vielen Kantonen ist nicht reglementiert, wie ein Heim, das heisst eine Institution, in der Menschen im AHV-Alter leben, geführt werden soll. Dies hat wohl unter anderem mit unterschiedlichen Trägerschaften und mit der Vielfalt der Heimtypen zu tun. Es rührt aber auch daher, dass ein bestimmtes moralisches Verhalten in bezug auf die Pflege von Bedürftigen von den meisten Personen innerhalb derselben Gesellschaft und Kultur anerzogen und internalisiert wird und man deshalb nicht primär befürchten muss, dass sie Menschen, die in einem Heim leben, missbrauchen. Erst die Komplexität der heutigen Betriebe und gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, Pluralismus im Bereich der Wertsysteme sowie tatsächliche Fälle von Missbrauch und Gewaltanwendung scheinen gewisse Richtlinien zu erfordern. *So hat die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 1988 Empfehlungen bezüglich der Stellung, Lebensweise und Pflege des älteren Menschen im Heim herausgegeben.* Diese stimmen grundsätzlich überein mit den Anliegen der Pflege und enthalten somit kein Konfliktpotential.

Nebst den Werten, die eine Institution realisiert in bezug auf den Umgang mit ihren Pensionären gibt es jedoch noch Werte, die sich auf die Wirtschaftlichkeit des Betriebes, die Betriebs- und Personalführung und die Innen-, Aussen- oder Finanzpolitik beziehungsweise die Trägerschaft eines Heimes beziehen. Diese sind meist nur mehr oder weniger kompatibel mit den Wertsystemen der Pflegepersonen, sei es als Person oder als Rolle. Wir sehen rot, wenn wir das Wort «Effizienz» hören, ohne dass es näher qualifiziert wird. Verwalter sehen rot, wenn wir von Personal-mangel sprechen.

Soweit einige Voraussetzungen, die das moralische Konfliktpotential im Pflegealltag erhöhen.

Moralische Konflikte im Alltag

Die moralische Verantwortung der Pflegenden gegenüber dem Patienten ist in 12 Punkten niedergelegt in der Standesethik:

Ich werde im folgenden diese Punkte zitieren und Konflikte, die in ihrem Zusammenhang bestehen, illustrieren.

1.1. Die Schwester achtet die Persönlichkeit und die Wertvorstellungen des Patienten, ungeachtet deren sozialen und kulturellen Herkunft sowie deren religiösen und politischen Überzeugungen.

Beispiel: Eine Patientin auf einer Langzeitstation trug zeit lebens nur Kleider. Frauen in Hosen erscheinen ihr ordinär. In dieser Institution zieht man allen Patienten einen Trainingsanzug an, weil es praktisch ist, warm gibt, schnell geht (man das Nachthemd darunter anbehalten kann).

Die Patientin sagt, sie fühle sich wie eine Hure. Die verantwortliche Pflegerin möchte ihr ihre eigenen Kleider anziehen, erntet jedoch Protest und Boykottandrohungen bei ihren Kolleginnen, die sie auch ablösen.

Es findet eine Missachtung der Natur der Patientin statt. Oft werden Betagte als geschlechtslose Wesen behandelt.

1.2. Die Schwester respektiert die Lebensweise und die Privatsphäre des Patienten.

Beispiel: Ein ehemaliger Bauarbeiter, der nach dem Tod seiner Frau vereinsamte und schliesslich hospitalisiert wird, möchte jeweils ein Glas Rotwein zum Mittagessen. Dies ist in der Pflegeplanung notiert. Es steht auch im Pflegebericht, dass er ab und zu 2 Gläser trinkt. In der Krankengeschichte steht, er sei ein chronischer Alkoholiker, was die Pflegerinnen als verletzend empfinden.

Beispiel: In vielen Heimen fehlt eine angemessene Anzahl von Gesprächsräumen, in denen man sich wohl fühlt. Fragen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Sexualität, müssten oft im Zimmer geführt werden, was aus Gründen der Diskretion nicht geschieht. Die ständige Unterdrückung sexueller Bedürfnisse kann schliesslich zu verzweifelter Übergriffen der Betagten führen, was dann aber bestraft wird.

1.3. Die Schwester behält vertrauliche Informationen für sich.

1.4. Die Schwester achtet und fördert die Autonomie des Patienten.

Beispiel: Wieviele Betagte langweilen sich, leiden unter Unterstimulierung oder sitzen wider ihren Willen in der Ergotherapie, währenddem sie viel lieber allein gelassen werden möchten.

Beispiel: In vielen Heimen haben die Pensionäre keinen eigenen Briefkasten oder erhalten die Post am Mittagstisch verteilt.

Beispiel: Viele Patienten dürfen nicht telefonieren, wenn sie das Bedürfnis dazu, zum Beispiel Heimweh, haben.

Beispiel: Wieviele werden zwangsernährt?

1.5. Die Schwester unterstützt den Patienten in der Wahrnehmung seiner Rechte und Pflichten.

Beispiel: Viele Pensionäre wären nicht im Heim, wenn man ihnen das Recht, Risiken einzugehen oder sogar unvernünftig zu sein, einräumen würde.

1.6. Die Schwester stellt dem Patienten ihr Wissen und ihre berufliche Kompetenz zur Verfügung.

1.7. Die Schwester verhilft dem Patienten zu Informationen.

1.8. Die Schwester verhilft dem Patienten zu einer Umgebung, in der er sich wohl fühlt und die ihm ermöglicht, Krankheit und Leiden durchzutragen.

Beispiel: In vielen Pflegeheimen beschränkt sich das persönliche Eigentum eines Patienten auf einen Teil der Nachttischschublade und auf Bilder an der Wand, die hinter dem Kopfende des Bettes hängen und die er oft nicht sieht.

Beispiel: Oft findet kein angemessenes Gespräch statt, das mit dem Patienten etwas zu tun hat, und das es ihm zeitlich und praktisch ermöglicht, selbst aktiv daran teilzunehmen.

1.9. Die Schwester schützt den Patienten vor Schaden durch Fehlverhalten und Fehlentscheide.

Beispiel: Um diesen Punkt zu kommentieren, müsste man die Heerscharen unqualifizierter Pflegepersonen, die ohne jegliche Aufsicht arbeiten, aufführen. Inkompetentes Ver-

halten wird zum Beispiel gut sichtbar im Umgang mit Verwirrten, deren oft nur beschränktes oder zeitweises Leiden generalisiert wird. Verwirrt bedeutet dann, dass sie sediert oder angebonden werden.

1.10. Die Schwester ist sich bewusst, dass der Patient in einem einseitigen Abhängigkeitsverhältnis steht und missbraucht diese Tatsache nicht.

Beispiel: Ein Patient läutet. Viele Studien zeigen, dass bestimmte Patienten voraussagbar länger warten müssen, ob oder bis eine Schwester kommt.

Was macht eine Schwester allein auf der Nachtwache, wenn mehrere Patienten gleichzeitig läuten? Es ist unmöglich, zu vermeiden, dass sie ihre Abhängigkeit schmerzlich spüren, wenn die Personaldotierung ein gewisses Mass unterschreitet.

1.11. Die Schwester setzt sich für eine festgelegte Pflegequalität ein.

Beispiel: Wie erreicht eine Pflegerin die festgesetzten Pflegestandards, wenn sie in 45 Minuten (oder weniger) 3-4 Patienten das Essen eingeben muss; wenn sie Patienten nicht mehr mobilisieren kann aus Zeitmangel, wenn die Pflege fragmentiert und standardisiert werden muss wegen Schichtbetrieb, Teilzeitarbeitenden und sonst eingeschränkten Mitarbeiterinnen?

1.12. Die Schwester wahrt das Eigentum des Patienten.

Meines Erachtens dürfte dieser Punkt gar nicht aufgeführt sein hier. Er ist es aber dank der Tatsache, dass seine Einhaltung keine Selbstverständlichkeit ist.

Die genannten Beispiele zeigen, dass die Pflegeperson auf zwei grundsätzlich verschiedene Arten an den moralischen Konflikten beteiligt sein kann:

- a) Im einen Fall ist sie das *Opfer* der Situation und damit in einem echten Dilemma. Die Realisierung persönlicher oder beruflicher Werte muss derjenigen anderer Personen, Sachzwängen, Gegebenheiten, institutionellen Normen, Traditionen, Regeln, Autoritäten oder auch Irrationalem geopfert werden.
- b) Im zweiten Fall verhält sich die Pflegeperson infolge bestimmter persönlicher oder innerer Gegebenheiten als *Täterin*. Der Konflikt stellt sich nicht in der Situation, sondern erst bei einer späteren Rückschau ein. Meistens in Form eines schlechten Gewissens oder von Schuldgefühlen.

Zu a): Die Pflegerin wird zum Opfer, wenn die Bedingungen der Situation stärker und gegen ihren persönlichen moralischen Entscheid gerichtet sind.

Im ersten Beispiel (1.1.) sind die Kolleginnen in der Mehrzahl. Die Pflegerin ist beruflich abhängig von ihnen. Sie muss in Zukunft mit ihnen zusammenarbeiten. Vieles in der Betagtenpflege muss zu zweit ausgeführt werden. Persönlich kann sie sich den Verlust ihrer Beliebtheit nicht leisten, wenn sie nicht andere Leute hat im Betrieb. Das «Durchziehen» ihres Entscheides könnte sich auch negativ auf die Patientin auswirken, wenn sie abgelöst wird. Obwohl es gegen ihr Wertesystem geht, resultiert die Kosten-Nutzen-Rechnung negativ für die Patientin. Solche Konflikte werden verschärft durch die Knappheit der Ressourcen.

Im zweiten Beispiel (1.2.) besteht der Konflikt zwischen der Wertung des Arztes und derjenigen der Pflegenden. Die Etikette «Alkoholiker» steht der Diagnose der Vereinsamung und Weiterführung der Lebensgewohnheit gegenüber. Der Konflikt ist latent, solange der Arzt den Wein nicht – was er seiner Kompetenz entsprechend könnte – verbietet. In jenem Fall würde das medizinische Modell das Pflegemodell vergewaltigen, weil die Machtstruktur der Institution so ist, dass die Medizin die Pflege bestimmt.

Im dritten Beispiel (1.3.) werden in bezug auf Briefkasten und Telefonate die Werte der Pflege Opfer der Bürokratie. Zentralisierung von Post und Telefon ermöglicht Kontrolle und Ordnung. Die Alten haben keinen Briefkastenschlüssel zu verlieren, sie haben keinen Grund, im Foyer des Heimes herumzuschlurfen, sie bleiben auf ihren Zimmern, und es gibt weniger Geschwätz.

Das vierte Beispiel (1.5.) beschreibt Zwangsinstitutionalisierung oder die Manipulation dazu. Der Konflikt bezieht sich auf die Unterschiede der Wertung der Betagten in einem Teil unserer Gesellschaft und derjenigen der Pflege. Das Dilemma ist besonders gross, da die Pflegenden auch zur Gesellschaft gehören und viele von ihnen auch um Lösungen zur Pflege ihrer Eltern ringen. Das Problem ist die Wahrung des freien Willens der Betagten und die zwar gut gemeinte, aber entmutigend kleine Risikobereitschaft der Gesellschaft.

Die im fünften Punkt (1.8.) beschriebene umgebungsbezogene Pflege scheint eine Forderung zu sein, die viele Pflegende mehr und mehr zum Zynismus verleitet.

In bezug auf den Schutz vor Fehlverhalten (1.9.), Missbrauch (1.10.) und die Verwirklichung einer mindestens sicheren Pflege beobachtet man im Pflegealltag ein zunehmendes Absinken der Standards. Während im physischen Bereich der Pflege Mängel relativ einfach feststellbar und korrigierbar sind, ist dies schwieriger in bezug auf den Umgang mit Patienten. Wir unterscheiden Missbrauch durch Begehen oder durch Unterlassung einer Handlung. Wie begegnen wir der Unterlassung von spontanem menschlichem Kontakt, von Zuwendung, von vernünftigen und gehaltvollen Gesprächen, unter denen heute zum Teil herrschenden Arbeitsbedingungen? Es stellt sich immer wieder die Frage, ob kein Personal besser ist als defizientes Personal.

Wie realistisch ist es, zu fordern, dass das Personal besser geschult wird, besser bezahlt wird, wenn es je länger je weniger gibt? Welche Art von moralischen Kompromissen gehen wir ein?

Währenddem ich spreche, wird mir bewusst, wie richtig es ist, dass hinter dem Thema dieser Tagung kein Fragezeichen steht.

Ich glaube, meine Beispiele sind nichts anderes als Illustrationen eines ethischen Notstandes, bedingt durch «äussere Gegebenheiten».

REDI AG Treuhandbüro
für Heime, Kliniken und Kurhäuser

— Wir erstellen für Sie
den Jahresabschluss.

REDI AG 8500 Frauenfeld
Telefon 054 21 09 21

Zu b): Die Tatsache, dass die Pflegeperson Täterin werden kann, ist Ausdruck eines inneren Notstandes. Zur Täterin wird sie, wenn sie unprofessionell handelt infolge

- mangelnder fachlicher oder persönlicher Kompetenz oder Disziplin,
- infolge fehlender kritischer Selbstbeurteilung,
- wenn sie einem unprofessionellen Modell der Pflege verfällt, zum Beispiel einem bürokratischen, individuellen oder politischen, indem der Patient nur noch Mittel zum Zweck ist,
- wenn sie ihre Standesethik missachtet,
- wenn sie infolge Übermüdung und innerer Erschöpfung nicht mehr die Kraft zur Professionalität, das heisst gleichzeitig zum adäquaten moralischen Verhalten hat.

Moralisches Verhalten beinhaltet auch, dass man äussere und innere Grenzen anerkennt. Wenn man die Situation moralisch nicht mehr erträgt, sollte man die Pflege verlassen bevor man zum Täter wird, weil die Erkenntnis, dass man sich als Berufsangehörige wiederholt moralisch nachlässig verhält, einem das letzte, was bleibt, nämlich die Achtung seiner selbst, raubt.

Erklärungsversuche

Wie eingangs erwähnt, ist das zentrale Element die Pflege der Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson. Das Denken und Handeln, die gesamte Rolle der Pflegeperson orientiert sich an dieser Beziehung.

Das gegenwärtig hochgehaltene Ideal dieser Beziehung ist dasjenige, welches die Pflegeperson als Advokatin darstellt. Sie vertritt die Interessen des Patienten, wahrt seine Anliegen und schafft ihm eine Umgebung, welche ihm erlaubt und ihn darin unterstützt, seine persönliche Autonomie und Würde zu erhalten. Das Ideal ist nobel, seine Verwirklichung befindet sich in einer Krise.

Nach Murphy und Hunter 1983 gibt es hauptsächlich zwei soziale Kräftefelder, die den Notstand verursachen:

1. Die Bürokratisierung und Industrialisierung der Institution.
2. Die Wirkung des medizinischen Modells.

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich die Identität der Pflege beziehungsweise der Krankenschwester verändert. Von sich primär Sorgenden sind sie zu primär Machenden geworden. Mit der Unterteilung der Pflege in Grund- und Behandlungspflege verlor die Pflege der Betagten, der terminal und chronisch Kranken ihren Wert. Die zunehmende Technik brachte zunehmende Fragmentierung der Aufgaben.

Bürokratie bedeutet Zentralisierung der Entscheidungen (auch der ethischen) an der höchsten Stelle der Hierarchie. Eine vertikale Aufteilung der moralischen Verantwortung bewirkt, dass die mittlere Führungsstufe nur noch koordiniert und kontrolliert, und dass die pflegende Schwester nur noch Aufträge ausführt, ohne sich dafür oder sogar für das sogenannte Ganze verantwortlich zu fühlen. *Die Pflegenden werden zu Angestellten oder Funktionären reduziert.* Die Einhaltung der Regeln und das Gewährleisten eines reibungslosen Betriebsablaufes werden erste Priorität. Sie identifizieren sich nicht mehr mit ihrer eigentlichen Aufgabe – mit der Pflege. In der Bürokratie Spital oder Heim, sofern diese dominiert, sind persönliche Kontakte der Pflegenden mit den Bewohnern oder Angehörigen unerwünscht. Man befürchtet Störungen und Ablenkungen. Sie kennen den Satz «wenn das alle wollten . . .».

Wenn die gesamte Pflege vom medizinischen Modell oder vom Arzt dominiert wird, ist es wahrscheinlich, dass sich die Pflegen-

den mehr an ihm orientieren als am Patient. Die Pflegenden interpretieren und führen seine Anordnungen aus, nichts mehr und nichts weniger. Ziel ist die Aufrechterhaltung der Harmonie in der Umgebung des Arztes.

In beiden Modellen ist die Pflegeperson Puffer, Katalysator, Sprecherin und Ordnungshüterin im Dienste der Verwaltung oder des Arztes. Gehorsam und Unterordnung sind höchstes Gebot.

In bezug auf das moralische Verhalten zwingen diese Modelle (ich habe sie absichtlich idealtypisch dargestellt) die Pflegenden, auf den niedrigsten Stufen moralischer Entwicklung (Kohlberg 1971) zu operieren. Sie haben entweder die Möglichkeit, auf der präkonventionellen Stufe zu argumentieren und zu entscheiden; das heisst wie es am angenehmsten ist für einen selbst. Oder sie können auf der konventionellen Stufe handeln, nämlich so, dass sie Erwartungen von einflussreichen und wichtigen Personen im Betrieb erfüllen. Vorläufig ist es nicht so, dass die Betagten zu den Einflussreichen gehören, und dass Lob und Tadel von Verwalter und Arzt mehr Gewicht haben als Kommentare von Patienten. Dieses Niveau der Moralität erhält die soziale Ordnung im Betrieb.

Beide Modelle führen zu einer utilitaristischen Entscheidungsweise, wobei der Patient der Bürokratie oder der Medizin geopfert wird. Er wird zur Manipuliermasse.

Hannah Arendt nannte dies die *bürokratische Gewalttätigkeit*. Sie führt dazu, dass die Praktiker nur noch stereotype Reaktionen zeigen, statt verantwortungsvoll zu versuchen, dem Einzelfall gerecht zu werden.

Demgegenüber fordert das Pflegemodell, dass die Betriebsangehörigen aufgrund vereinbarter moralischer Grundsätze und Werte handeln. Diese stellen sicher, dass der Mensch Zweck jeder pflegerischen Handlung bleibt. Autonomie, Würde und Wert wohnen jedem Menschen inne, weil er ein Mensch ist. Sie können nicht Bedürfnissen von Institutionen oder eigenen Interessen untergeordnet werden.

Das berufliche Modell geht davon aus, dass die persönliche, enge und kontinuierliche Beziehung zwischen Schwester und Patient gleichzeitig Ursprung und Wirkung dieser moralischen Haltung ist.

Murphy und Hunter 1983 gehen davon aus, dass die Widersprüche der drei in der Praxis oft gleichzeitig vorhandenen Modelle Ursache vieler moralischer Konflikte oder sogar eine Ursache der momentanen Identitätskrise der Pflege sind. In der konkreten Situation merkt die Pflegeperson, dass die hohe Moralität einer echt professionellen Entscheidung keinen Platz hat, im Konflikt mit anderen steht oder überhaupt nicht gefragt ist.

Dazu kommt die eingangs geschilderte Dynamik, die einem Heim oder einer Station innewohnt. Die kulturell bedingte Mischung moralischer Auffassungen, Fragmentierung der Beziehung durch Schichtarbeit und Teilzeitanstellungen, die persönliche Distanz zum Patienten, da jede Pflegeperson auch Energie für ihr Privatleben sparen will. Personalmangel ist nur das Tüpfchen auf dem «i».

Es gibt Untersuchungen, die zeigen, wie die Moralität der einzelnen Pflegenden von der Umgebung, in der sie arbeitet, beeinflusst wird. *In einer moralisch intakten Umgebung, in der die Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse einbezogen sind* (das heisst in dezentralisiert geführten Betrieben), *stellt man ein höheres Verantwortungsbewusstsein unter den Pflegenden fest.* Kramer

(1974) hat auch gezeigt, dass frischdiplomierte Schwestern vom Niveau professioneller Moralität auf das Niveau bürokratischer Moral absinken, wenn sie in einer entsprechenden Umgebung arbeiten.

Schluss

Ich komme zum Schluss, und ich ringe mit der *Versuchung, Lösungsvorschläge zu machen*. Da es aber schon so viele gibt, beschränke ich mich auf einige abschliessende Feststellungen.

Moralisches Verhalten in der Pflege heisst, Handeln in Übereinstimmung mit den Werten und Prinzipien des Berufes. In der heutigen Praxis der Altenpflege stehen unsere Werte im Konflikt mit den Interessen anderer Personen oder Institutionen. Ferner stimmt unser Credo nicht mehr überein mit unserer Praxis. Beides gab es schon immer in gewissem Masse. Aber heute scheinen wir keine konstruktiven Auswege aus der Situation mehr zu finden.

Das Minimum, was Pflege als Berufsstand leisten kann beziehungsweise muss, ist sichere Pflege anzubieten, das heisst den Gepflegten keinen Schaden zufügen oder das Prinzip der Normaleffizienz wahren. Der Notstand besteht darin, dass wir dieses Minimum nicht mehr immer gewährleisten.

Der Notstand besteht zweitens darin, dass die Bedingungen der Pflegepraxis und vor allem der Altenpflege teilweise so sind, dass man den Notstand erklären kann, und dass man deshalb geneigt ist, ihn sogar zu entschuldigen.

Ferner ist es so, dass die Öffentlichkeit dies erkannt hat und versucht, sich zu schützen. (*Ombudsmänner, Patientenorganisationen, Klagen, Beschwerden usw.*)

Wenn wir zurückkommen auf das Dreieck, das ich am Anfang verwendet habe, erkennen wir, dass es nicht Sache des Einen oder des Andern sein kann, die Situation zu verändern. Moralisches Verhalten muss im System – bei der Person, in der Rolle und in der Institution, das heisst in den Strukturen und in der Umgebung verankert sein. Alle müssen es fordern, alle müssen an den Bedingungen schaffen und alle müssen vor allem darum besorgt sein, dass Personen, Rollen und Institutionen, die unmoralisch handeln, nicht weiterpraktizieren.

Das Schlimmste, was dem Pflegeberuf passieren kann und was meines Erachtens der Betagtenpflege jetzt geschieht, *pflügen zu müssen in einer Gesellschaft, in der Pflege keinen Wert hat, in einer Wegwerfgesellschaft*. Bodamer schreibt «die Struktur unserer Zeit ist so, dass sie organisatorisch und karitativ alles tut, um das Alter seine Nutzlosigkeit nicht zu sehr fühlen zu lassen» (Infokara 1990). Ist «unsere» Zeit in einer moralischen Krise? Wenn moralisches Verhalten gefordert ist, müssen auch die Mittel dazu auf moralische Art verteilt werden.

Wenn die Bedingungen je länger je schlechter werden, müssen wir überlegen, welche davon akzeptabel sind und welche nicht. Ist meine eigene Gesundheit oder die Integrität meiner Familie ein legitimer Grund für mich zu sagen, ich grenze mich ab? Ist es moralisch besser, zu bleiben und zu versuchen oder zu gehen und das Bestehende zusammenbrechen zu lassen?

Was bedeutet es, zu einem moralisch fehlbaren Beruf zu gehören, in einer moralisch fehlbaren Institution zu arbeiten?

Ich kann beeinflussen, was innerhalb der mir gesetzten Grenzen liegt. Muss ich auch versuchen, die Grenzen zu verschieben? Man darf niemanden zwingen, unter dem von ihm verantwortbaren Niveau zu arbeiten. Doch es liegt in der Natur moralischer Konflikte, dass man jeweils zwischen zwei schlechten Varianten eine wählen muss. Um wenigstens dem Prinzip der Normaleffizienz zu genügen, sollte uns die Ethik zuhilfe kommen. Ethik ist, um dies mit Loew's Worten auszudrücken «keine Philosophie oder Theologie, sondern eine Form von Intelligenz». Dies gilt wohl auch für den Pflegealltag.

Bibliographie

- Kohlberg, L., 1971: From is to ought: How to commit the Naturalist Fallacy and get away with it in the study of moral development. In *Cognitive Development and Epistemology*, ed. T. Mischel, NY., Academic Press.
- Kramer, M., 1974: *Reality Shock: Why Nurses leave nursing*. Mosby, St. Louis.
- Kühl, R., 1989: *Lebensqualität droht verloren zu gehen*. *Altenpflege* 1/89 S. 47-49.
- Murphy, C., Hunter, H., 1983: *Ethical Problems in the Nurse-Patient Relationship*. Allyn + Bacon, London.
- Ozar, D., 1987: *The demands of profession and their limits in: The Professional commitment: Issues and Ethics in nursing*. Saunders, London 155-176.
- Quinn, C.A., Smith, M.D., 1987: *The professional commitment: Issues and Ethics in nursing*. Saunders, London.
- Rapin, J.M., Loew, F., 1990: in *Info-KARA Institutions universitaires de Geriatrie de Genève*, no 17, Mars 1990.
- SBK, 1990: *Grundsätze für die Pflege*. Choisystr. 1, 3001 Bern.
- Sproul, R.C., 1983: *In search of dignity*. Pickering and Inglis, Basingstoke.
- Tschudin, V., 1986: *Ethics in Nursing – the caring relationship*. Heinemann, London, deutsch bei Recom, Basel.



**Verlangen Sie
Qualitäts-Bettwaren von
Kyburz** 
**... weil guter Schlaf
so kostbar ist!**

Gerne beraten wir Sie über:
Decken und Kissen (auch waschbar)
sowie **Matratzen und Bettwäsche**.

**Wir sind auch Lieferanten für Betten, Vorhänge
und Badezimmerelemente.**

Carl Kyburz AG
3122 Kehrsatz, Tel. 031 54 15 25

Der Bettwarenspezialist mit dem umfassenden
Angebot für Spitäler und Heime.