

Berliner Medizinethische Schriften

Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin

Heft 9

Irmgard Hofmann

Aufgaben einer Pflegeethik und - als Beispiel - Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken/sterbenden Menschen

HUMANITAS Verlag Dortmund

Irmgard Hofmann

**Aufgaben einer Pflegeethik
und - als Beispiel - Wahrhaftigkeit im Umgang mit
kranken/sterbenden Menschen**

Inhalt:

I. Aufgaben einer Pflegeethik	3
1. Wandel im beruflichen Selbstverständnis	3
2. Die Notwendigkeit einer eigenen Pflegeethik	5
3. Beispiele pflegeethischer Aufgabenfelder	7
4. Mögliche theoretische Ansätze zur Pflegeethik	10
II. Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken/sterbenden Menschen - Ein Beispiel pflegeethischer Forschung	12
1. Was ist Wahrheit?	12
2. Die "Wahrheit am Krankenbett"	14
2.1. Gründe, die gegen eine weitreichende Aufklärung sprechen	16
2.2. Auswirkungen auf das Pflegepersonal	17
2.3. Bewußtheitskontexte	18
3. Psychologische Bedingungen für die Begleitung kranker und sterbender Menschen	20
Literatur	22

I. Aufgaben einer Pflege-Ethik¹

Seit der Formulierung des "Eid des Hippokrates" vor über 2000 Jahren ist es eine Selbstverständlichkeit, ärztliches Handeln immer auch mit moralischem Handeln und berufsspezifischer Ethik zu verbinden. Von daher gilt - zumindest theoretisch - die Medizinethik (insbesondere im Bereich menschlicher Grenzsituationen wie Sterbehilfe, Abtreibung, Gentechnologie, Organtransplantation etc.) als anerkannter und notwendiger Wissenschaftsbereich.

Ganz anders sieht dies auf dem pflegerischen Sektor aus: Wo überhaupt wahrgenommen wird, daß es auch im pflegerischen Bereich ethisch relevante Fragestellungen gibt (das läßt sich noch am ehesten im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Tod feststellen), besteht die Tendenz, sie als Untergruppe der Medizinethik zu subsumieren. Dies ist insofern problematisch, als unter Medizinethik bislang nahezu ausschließlich Fragen ärztlicher Ethik behandelt wurden - die Pflege spielte hier nie eine eigenständige Rolle.

Die Unterordnung der Pflegeethik unter die Medizinethik verführt dazu, ihr auch künftig keinen eigenen Stellenwert einzuräumen und suggeriert außerdem, "daß sich alle moralischen Probleme an der Schnittstelle zwischen ärztlichem und pflegerischem Handeln ansiedeln lassen" (Schröck 1995). Diese verengte Sichtweise ignoriert die Tatsache originärer pflegeethischer Probleme und prolongiert möglicherweise ein berufliches Selbstverständnis, das im Zuge der Professionalisierung eigentlich überwunden werden sollte.

1. Wandel im beruflichen Selbstverständnis

Als im letzten Jahrhundert die Krankenpflege als Beruf etabliert wurde, geschah dies unter zwei Grundbedingungen:

1. die Pflege ist eine **caritative Liebestätigkeit** um Gottes Lohn und
2. die Pflegerin hat sich in erster Linie als **gehorsame Helferin des Arztes** bei der medizinischen Patientenbetreuung zu sehen (Kruse 1987).

Die berufsethischen Normen der Pflegenden der damaligen Zeit sind im "Handbuch der Krankenpflege" von 1917 nachzulesen:

"Wünschenswerte, zum großen Teil unabweisbare Eigenschaften einer guten Krankenpflegerin sind Selbstlosigkeit, Pflichttreue, Folgsamkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit, Verschwiegenheit und eigene volle Gesundheit und Rüstigkeit... Sie ist die unentbehrliche geschätz-

¹ Nach einem Vortrag am 16.01.1996 in der Vorlesungsreihe *Medizinethik* am Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

te Hilfskraft des behandelnden Arztes und seiner Stellvertreter... Er muß von der Pflegekraft verlangen, daß sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich nach den Regeln der Wissenschaft und der Schule präzise durchführt und sich durch nichts in der Durchführung beirren läßt... Nicht nur für den Kranken, auch und in erster Reihe für die Pflegerin ist der Besuch des Arztes, die ärztliche Visite, das Hauptereignis des Tages" (zit. nach Steppe 1990).

Das moralische Handeln und die Verantwortung der Krankenschwestern und -pfleger bestand nahezu ausschließlich darin, sich in den oben aufgeführten Tugenden zu üben. Diese Haltung - die noch bis in die siebziger Jahre weit verbreitet war und wohl bis heute AnhängerInnen hat - führte neben einer grenzenlosen Selbstüberforderung auch dazu, daß die beruflich Pflegenden lange Zeit in einer Art Lethargie verharrten. Wer gelernt hatte, zum Wohl der PatientInnen immer wieder auf eigene berechnete Ansprüche zu verzichten; wer erfahren hatte, daß im Zweifelsfall immer der Arzt recht hat; wer erleben mußte, wie gering das Image der Pflege in der Öffentlichkeit war und - hört man manche Politikeraussagen dazu, wohl bis heute teilweise noch ist - dem mangelt es irgendwann an der Kraft, dagegen aufzubegehren.

Dennoch begann sich vor etwa 30 Jahren in Deutschland - nicht zuletzt unter dem Einfluß verstärkter internationaler Austauschmöglichkeiten - vereinzelt der Wille zum Auf- und Ausbruch aus diesem tradierten Bild zu regen. Doch erst in den achtziger Jahren wurde daraus eine breitere Bewegung, die in einem vielfältigen Streben nach Neuorientierung und Professionalisierung ihren vorläufigen Höhepunkt erfährt.

Drei Umstände trugen in entscheidender Weise dazu bei:

Erstens die Neufassung und Anpassung des Krankenpflegegesetzes sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung an die Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft von 1985, wo erstmals auch ein eigenständiger Berufsauftrag der Pflege formuliert wurde.

Zweitens die Rezeption von Pflege-theorien durch Krankenschwestern aus dem deutschsprachigen Raum, die ihre Ausbildung durch ein Pflegestudium in USA, Schottland oder England ergänzten und die dort gewonnenen Erkenntnisse nach Deutschland transportierten.

Die meisten der Vielzahl pflegerischer Konzepte und Modelle stammen aus den USA, wo seit über 50 Jahren die Möglichkeit eines pflegewissenschaftlichen Studiums besteht. Die Entwicklung eigenständiger Pflege-theorien fördert(e) ein neues Selbstverständnis von Pflege insofern, als sie zunehmend das bis dato gängige medizinische Paradigma überwindet und - auf der Basis verschiedener anthropologischer Grundkonzepte - zu einer originären Konzeption von Pflege führt (bzw. führen soll). Diese Neuorientierung wirft gleichzeitig Fragen nach der pflegerischen Verantwortung auf, die ohne umfassende ethische Reflexionen nicht zu klären ist; die Diskussion darüber ist in den USA und England voll im Gange.

Drittens die Einführung verschiedener Studiengänge für Pflege in Deutschland. Damit ergibt sich nun auch hier die Möglichkeit, die Komplexität pflegerischen Handelns auf wissenschaftlicher Basis neu zu sichten und zu strukturieren.

Dank der verschiedenen aufgezeigten Faktoren beginnt sich - zumindest in der Theorie - auch bei uns das traditionelle Bild der Pflege erheblich zu wandeln. Nach heutigem Verständnis ist die Pflege ein eigenständiger Beruf im Auftrag und Dienst der Gesellschaft. In der Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) von 1992 ist nachzulesen, worin die Aufgabe der Pflegenden besteht:

"Professionelle Pflege gilt dem einzelnen, seinen Bezugspersonen, der Familie und der Gemeinschaft... Pflege als Beruf leistet Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens... Sie ist eine abgrenzbare Disziplin von Wissen und Können, welches sie von anderen Fachgebieten des Gesundheitswesens unterscheidet." Von daher sind die Angehörigen der Pflegeberufe verpflichtet, "im Rahmen der ganzheitlich-fördernden Prozeßpflege [pflegerische Bedürfnisse und Maßnahmen] in eigener Verantwortung zu erfassen, zu planen, auszuführen, zu dokumentieren und zu überprüfen."

Hier ist nicht mehr die Rede vom selbstaufopfernden Dienst am Kranken oder der kritiklosen Unterordnung unter einen allmächtigen Arzt; vielmehr wird von den beruflich Pflegenden erwartet, daß sie sich selbstbewußt und anderen Berufsgruppen gleichberechtigt ihrer eigenen Aufgaben annehmen. Damit ist aber neben einem veränderten Auftrag auch eine gänzlich andere Verantwortlichkeit gefordert. Wenn die VertreterInnen der Pflegeberufe diese neue Selbständigkeit wirklich ernst nehmen, dann bedeutet das auch, daß sich der Berufsstand bestimmten moralischen Werten verpflichten muß.

2. Die Notwendigkeit einer eigenen Pflegeethik

War es früher gefordert, später manchmal auch nur bequem, echten oder aufoktroyierten Selbst- und Fremdverpflichtungen möglichst kritiklos nachzukommen, so reicht dies inzwischen nicht mehr.

Das Aufgabenspektrum des Pflegedienstes hat sich in letzten Jahren stark verändert; während auf der einen Seite eine extrem technisierte und ausgefeilte Krankenhausbehandlung hochspezialisierte Pflegekräfte erfordert, verlangt auf der anderen Seite die Verlagerung des Tätigkeitsschwerpunktes vom Krankenhaus in den ambulanten Pflege- und Betreuungsbereich neue und erweiterte Kompetenzen im Sinne eines Generalistentums, das auch dem zunehmenden Wandel der Krankheitsbilder vom akuten Geschehen zu multimorbiden chronischen Verläufen Rechnung trägt.

Beide Entwicklungen haben enormen Einfluß auf die pflegerische Arbeit. Von daher ist es dringend geboten, daß die beruflich Pflegenden erstens ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich - unter Offenlegung ihrer Wertmaßstäbe und des zugrundeliegenden Menschenbildes - selbst definieren und zweitens dafür auch die Verantwortung übernehmen. Entschuldigungsmöglichkeiten wie "der Doktor hat es angeordnet" oder "daran kann ich doch nichts ändern" etc. fallen damit

weg; denn generell impliziert die Forderung nach mehr Entscheidungsbefugnissen, daß die EntscheidungsträgerInnen bereit und fähig sein sollten, für die eigenen Entscheidungen und deren oftmals unbequemen Konsequenzen tatsächlich selbst einzustehen. Hierzu zählt auch die Bereitschaft zu versuchen, beruflich erforderliche und gerechtfertigte Ansprüche institutionell und gesellschaftlich im Wettbewerb mit anderen Berufsgruppen durchzusetzen. Es ist für mich allerdings eine noch ungeklärte Frage, ob das Gros der praktisch tätigen Pflegekräfte tatsächlich bereit und willens ist, aus einer eher dienenden, weisungsorientierten Haltung in eine verantwortungsbewußte und partnerschaftliche Position zu wechseln.

Wo nicht mehr in erster Linie Gehorsam das Handeln leitet, gibt es freiheitliche Entscheidungsspielräume. Um aber verantwortliche Entscheidungen treffen zu können, bedarf es bestimmter Orientierungshilfen. Diese anzubieten und zu begründen ist Aufgabe der Ethik. "Die Ethik ist eine Theorie der Praxis um der Moralität dieser Praxis willen". (Pieper 1994)

Eine Berufsethik befaßt sich mit jenen Fragen und Problemen, die sich aus dem spezifischen Arbeitsbereich einer Berufsgruppe ergeben. Auch in der Pflege wurde die Notwendigkeit einer Berufsethik erkannt; von daher entwickelte der "Weltbund der Krankenschwestern und -pfleger" (ICN)² bereits 1953 die "Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege". Nach mehrfacher Überarbeitung wurden sie schließlich von den Ländervertretungen in der Version von 1973 übernommen. Der Kodex umfasst neben dem grundsätzlichen Aufgabenbereich der Pflege (Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern) allgemeine ethische Grundprinzipien wie die Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten der Menschen. Konkret werden fünf Verantwortungsbereiche benannt, denen sich beruflich ausgeübte Pflege zu stellen habe; sie beinhalten die Verantwortung gegenüber dem einzelnen (Pflegebedürftigen), der Berufsausübung, der Gesellschaft, der MitarbeiterInnen sowie dem Berufsstand. Leider sind die Ethischen Grundregeln bei den Pflegenden in Deutschland selbst wenig bekannt, außerdem bereitet die notwendig abstrakt gehaltene Formulierung vielen PraktikerInnen erhebliche Deutungsprobleme. Doch bilden sie eine gute Ausgangsbasis zur Bearbeitung pflegeethischer Fragestellungen.

Pflegeethik als Teildisziplin der Ethik ist somit als eine Theorie der pflegerischen Praxis zu verstehen, die dazu beitragen soll, das moralische Handeln in der Pflege zu fördern bzw. zu verbessern. Es geht also nicht um die Entwicklung einer eigenen Ethik in dem Sinne, daß ganz neue Prinzipien und/oder Handlungsrichtlinien erarbeitet werden müßten; vielmehr besteht die Aufgabe einer Pflegeethik darin, die Struktur speziell pflegerischen Urteilens und Handelns unter moralischer Rücksicht zu untersuchen, kritisch zu hinterfragen und auf mögliche Fehlwirkungen hinzuweisen.

² ICN = International Council of Nurses; Ältester Internationaler Berufsverband (seit 1899); Zusammenschluß von über 100 nationalen Berufsverbänden für Krankenschwestern und -pfleger; Deutschland wird durch den "Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe", DBfK, vertreten

3. Beispiele pflegeethischer Aufgabenfelder

Bevor ich ein Beispiel pflegeethischer Problematik konkreter darstelle, möchte ich zunächst einige Aufgabenfelder benennen, in denen meines Erachtens dringender Forschungsbedarf besteht.

3.1. Ein im Grundgesetz verankertes ethisches Prinzip ist das **Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit**. Gilt dieses Recht absolut oder darf es im Zweifelsfall auch bei orientierten PatientInnen im Namen der Gesundheit eingeschränkt werden? Und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen ist dies erlaubt, ohne die Menschenwürde zu verletzen? Welche Möglichkeiten werden Kindern, psychisch kranken oder verwirrten Menschen eingeräumt, ihre Autonomie zu wahren? Kann es sein, daß die Berufung auf das Wohl der PatientInnen - so wie Pflegende und/oder Ärzte dies zu erkennen glauben - dazu verführt, offene oder versteckte Gewalt auszuüben (Fixierung, Ernährung wider Willen, Überredung zu ungewollten Diagnose- und Therapiemaßnahmen, medikamentöse Ruhigstellung, unangemessene Machtausübung, Überforderung durch forcierte Mobilisierung, respektloses Verhalten etc.)?

Aufgabe der Pflegeethik wäre es hier, zum einen die Voraussetzungen für eine mögliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes genau zu prüfen und zum anderen mehr Sensibilität dafür zu entwickeln helfen, daß die Bedürfnisse der kranken/alten/behinderten Menschen nicht einfach der Pflegeroutine untergeordnet werden dürfen - und sei diese noch so gut durchdacht.

3.2. Die **Krankenpflegeschulen** erfahren nach einigen Jahren wieder großen Zulauf an **Ausbildungswilligen**. So stellt sich generell die Frage, nach **welchen Kriterien** die künftigen KursteilnehmerInnen ausgewählt werden sollen. Die Pflege eines Menschen ist neben der Körperarbeit in hohem Maße Beziehungsarbeit, körperliche wie emotionale Nähe sind nicht nur unvermeidlich, sondern notwendiger Bestandteil einer guten Pflegearbeit.

Ist es erlaubt bzw. sogar geboten, bestimmte Qualitätsansprüche zu stellen, die eine der Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Pflege sein dürfte? Oder reicht es, wenn das Arbeitsamt eine/n Jugendliche/n schickt mit der Begründung, sie/er bräuchte einen qualifizierten Berufsabschluß? Welche Auswirkungen auf das Berufsbild ebenso wie auf die Auszubildenden hat es, wenn LehrerInnen für Pflege in Zeiten geringer Bewerberzahlen alle BewerberInnen aufnehmen, um sich nicht selbst den Arbeitsplatz weg zu rationalisieren?

Eine dreijährige Krankenpflegeausbildung kostet bei uns etwa 130.000 DM; die durchschnittliche Lebensarbeitszeit beläuft sich auf circa fünf Jahre, wobei die höchste Ausstiegsrate nach dem ersten Berufsjahr zu verzeichnen ist. Wie ist der rein volkswirtschaftliche Schaden, der durch Ausbildung ohne entsprechende Amortisierung über Berufsleistung entsteht, gegenüber den Beitrags- und Steuerzahlern zu rechtfertigen?

Die Aufgabe einer Pflegeethik könnte hier sein, anhand der beruflich erforderlichen physischen, psycho-sozialen, kommunikativen und organisatorischen Kompetenzen und Fähigkeiten begründete Auswahlkriterien zu entwickeln. Dies würde einerseits bereits bei Eintritt in die Ausbildung ein bestimmtes qualitatives Niveau ermöglichen und andererseits für diesen Beruf weniger geeignete BewerberInnen davor schützen, Zeit und Energie in eine Berufsausbildung zu investieren, die dann doch nicht ihren Vorstellungen und/oder Fähigkeiten entspricht.

3.3. Qualitativer und quantitativer Pflegenotstand im Krankenhaus ist ein unverändert brisantes Thema. Dabei übersteigt vermutlich die Zahl der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte den tatsächlichen Bedarf.³ Trotzdem bleiben Planstellen unbesetzt, weil viele Krankenschwestern und -pfleger nach relativ kurzer Zeit nicht mehr in dem erlernten Beruf arbeiten. Die Arbeitsbedingungen sind zum Teil so belastend und die Aussicht auf Veränderung oftmals so gering, daß gerade der engagiertere Teil des Pflegepersonals es vorzieht, sich nach einem anderen Wirkungskreis umzusehen. Es wäre wohl die vordringlichste Aufgabe der Klinikleitungen, für veränderte Rahmenbedingungen zu sorgen, die es den - ursprünglich oft hochmotivierten - Pflegekräften ermöglichen würde, länger im Beruf zu bleiben.

Doch statt für strukturelle und organisatorische Verbesserungen einzutreten, werden vielfach Pflegekräfte aus dem - bevorzugt östlichen - Ausland angeworben und mit der Aussicht auf eine vergleichsweise sehr gute Bezahlung nach Deutschland gelockt.

Eine ziemlich fragwürdige Maßnahme, vor allem angesichts des Wissens darüber, daß praktisch in allen Ländern Mangel an qualifizierten Pflegekräften herrscht und die Gesundheitsversorgung gerade in ärmeren Staaten vielfach nicht gewährleistet ist. Gerne wird dabei auch übersehen, daß die Ausbildungsschwerpunkte mancher Oststaaten mit denen in der Bundesrepublik nur wenig vergleichbar sind, weshalb in ihren Heimatländern hochqualifizierte Krankenschwestern den anderen Anforderungen in Deutschland oftmals ratlos gegenüberstehen. Dazu kommen sprachliche Barrieren, die in sehr vielen Fällen für alle Beteiligten - und hier insbesondere für die PatientInnen - eine kaum vertretbare Zumutung darstellen.

Eine Pflegeethik hat hier auf die möglichen bzw. wahrscheinlichen sozialen und qualitativen Folgen derartigen Handelns hinzuweisen, sowohl bezogen auf die Situation der Herkunftsländer als auch auf die individuellen und strukturellen Konsequenzen bei uns. Auch wäre es eine wichtige Aufgabe zu untersuchen, welche Bedingungen hergestellt werden müßten, damit die beruflich Pflegenden sinnvolle Perspektiven im erlernten - und ursprünglich durchaus positiv bewerteten - Beruf entwickeln können.

³ Genaue Angaben sind hier nicht zu leisten, da es keine statistische Erfassung der nicht mehr in ihrem Beruf tätigen Krankenschwestern und -pfleger gibt; meine Vermutung basiert auf drei Komponenten:

a) auf der in der Fachliteratur angegebenen Durchschnittslebensarbeitszeit von fünf Jahren
b) daß sich diese Angabe in den Literaturberichten der letzten zwanzig Jahre kaum verändert hat und
c) dem Punkt, daß die Ausbildungskapazitäten Ende der achtziger Jahre um ein Drittel erhöht wurden, ohne daß sich - speziell in großen Kliniken - am chronischen Personalangel viel geändert hätte.

3.4. In den sechziger Jahren wurde - zur Rationalisierung des Arbeitsablaufes - die Funktionspflege in den Kliniken eingeführt. Ihre Auswirkungen, nämlich die Instrumentalisierung der PatientInnen und Pflegekräfte im Dienste eines fließbandmäßig organisierten Klinikbetriebes (Taylorismus), wurde damals unbedacht in Kauf genommen. Heute ist viel von neuen **Pflegemodellen und -theorien** die Rede; die meisten kommen aus den USA und werden manchmal schon aus diesem Grund ohne genauere Untersuchung auf das zugrundeliegende Menschenbild propagiert, ähnlich wie früher die Funktionspflege.

In diesem Zusammenhang besteht die Aufgabe einer Pflegeethik darin, die entwickelten bzw. zu entwickelnden Modelle und Theorien auf ihre anthropologischen und ethischen Implikationen hin zu untersuchen, bevor sie in die Praxis übernommen werden. Dazu zählt auch die Zurückweisung utopistischer Vorstellungen, die im Namen pflegerischer Optimierung die Grenzen personeller und sozialstaatlicher Ressourcen gänzlich außer acht lassen, ebenso wie die ökonomistisch reduzierter Minimalforderungen; beides ist ethisch nicht vertretbar.

3.5. Ethik ist eine normative Wissenschaft. Doch Normen, die abstrakt, ohne Bezug zum konkreten menschlichen Handeln formuliert werden, sind für die praktische Umsetzung im Berufsalltag wenig hilfreich. So bedarf es für eine ernstzunehmende Pflegeethik wissenschaftlicher Grunddaten, wie sie andere praxisbezogene Wissenschaften (hier insbesondere Soziologie und Psychologie) zur Verfügung stellen können.

Erst auf der Basis empirischer Untersuchungen über das tägliche berufliche Handeln, die zugrundeliegenden Wertvorstellungen sowie häufig vorkommende Belastungsfaktoren und Gewissenskonflikte lassen sich sinnvollerweise theoretische Überlegungen darüber anstellen, wie ethisch vertretbares Handeln tatsächlich aussehen könnte.

Eine Pflegeethik sollte hier zweierlei leisten:

- Erstens die Förderung empirischer Grundlagenforschung im Hinblick auf konkrete ethische Fragestellungen im pflegerischen Berufshandeln, d.h. sie sollte einen Anstoß für - aus ethischer Perspektive - wichtige Untersuchungen geben.
- Zweitens - und hier liegt ihre originäre Aufgabe - die Formulierung der Bedingungen, unter denen das berufliche Handeln als moralisch begriffen werden kann. Anders ausgedrückt: Aus der Reflexion über Inhalt, Möglichkeit und Notwendigkeit beruflichen Handelns in Verbindung mit ethischen Grundprinzipien sollte eine Pflegeethik verbindliche ethische Richtlinien erarbeiten und begründen, an denen sich Pflegekräfte orientieren können (Ethik-Kodex).

3.6. Nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist Ethik im Rahmen der Berufskunde verpflichtend zu lehren. Allerdings gibt es keinen Hinweis über die konkreten Inhalte; nur das Thema Sterbegleitung dürfte fast überall unterrichtet werden. Ansonsten werden öfter Fragen der Medizinethik angeboten, meistens allerdings ohne den konkreten Bezug, der sich daraus für die Pflegenden ergibt. Lehrbücher gibt es zum Thema Ethik der

Pflege bislang nur sehr wenige⁴ und die Qualifikation der Unterrichtenden scheint eher beliebig.

Menschen, die beruflich anderen, vor allem abhängigen Menschen in irgendeiner Weise helfen oder beistehen, tragen generell eine besondere moralische Verantwortung. Den meisten Pflegekräften ist dies ebenso bewußt wie etwa SozialarbeiterInnen oder ÄrztInnen. Doch wie moralisches Handeln im konkreten Alltag tatsächlich zu verwirklichen ist, dafür fehlt oft der theoretische Bezugspunkt ebenso wie auch die erforderliche Sensibilität, um ethische Probleme als solche zu erkennen. Von daher scheint es unabdingbar, die Vermittlung pflegerischer Themen auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie im Pflegestudium zu etablieren. Ebenso müßte die gerade erst beginnende Forschung in diesem Bereich gezielt gefördert werden.

4. Mögliche theoretische Ansätze zur Pflegeethik

Eine erst in jüngerer Zeit beginnende Diskussion beschäftigt sich mit der Frage, ob die klassischen Ethiktheorien ausreichend sind für die Bewältigung ethischer Fragestellungen, die weniger auf Entscheidungen sondern mehr auf Beziehungen ausgerichtet sind.

Traditionell basieren alle Ethiktheorien auf einem oder mehreren ethischen Grundsätzen (z.B. Autonomie, Gerechtigkeit, Wahrheit), die als Richtlinien für die moralische Entscheidungsfindung dienen. Die Anwendung dieser Richtlinien unterliegt selbst einer Vorentscheidung, ob sie unter allen Umständen ohne Rücksicht auf die Folgen zu verwirklichen sind (Pflichtenethik), oder ob die moralische Richtigkeit einer Handlung von den Folgen her bestimmt wird (Utilitarismus).

In allen Fällen aber wird als Grundlage der Entscheidungsfindung die Fähigkeit angesehen, ein moralisches Urteil möglichst autonom und unparteiisch sowie nach (ausschließlich) rational bestimmbar, verallgemeinerungsfähigen Kriterien zu fällen. Beziehungsaspekte, Empathie oder Fürsorge spielen in diesem Schema keine Rolle bzw. werden zugunsten einer „objektiven“ Sichtweise als subjektive Momentaufnahmen eher störend für die Entscheidungsfindung wahrgenommen.

Dem tritt seit Beginn der 80er Jahre die „feministische“ Ethik entgegen. „Die feministische Ethik hat es sich zur Aufgabe gemacht, das einseitige Menschenbild und die ebenso einseitige (androzentrische I.H.) Theorie der Moral ... zu korrigieren“ (Pieper 1994). Ein weiteres Anliegen besteht darin, spezifisch weibliche Aspekte herauszuarbeiten und so eine eigene Moraltheorie zu entwerfen, in der insbesondere Beziehungsaspekte eine große Rolle spielen. C. Gilligan beschreibt einen wesentlichen Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Moral damit, daß im ersten Fall mit „Recht und Achtung“ argumentiert wird, während im zweiten Fall „Beziehung und Verstehen“ im Vordergrund stehen. Ihr Anliegen ist es, Fürsorge als eigenständige Moralperspektive in die Ethikdiskussion aufzu-

⁴ als empfehlbar erscheinen Fry 1995, Hoppe 1995, Tschudin 1988.

nehmen und den konkreten Bezugsrahmen eines Menschen mit zu berücksichtigen.

Die „Ethischen Grundregeln“ der Pflege von 1973 sind noch ganz im Stile klassischer Ethik-Kodexe verfaßt, d.h. sie basieren auf Prinzipien (hier den allgemeinen Menschenrechten). Mittlerweile werden von manchen Pflegeetheoretikerinnen Zweifel geäußert, ob dies einem Beruf, in dem Fürsorge ein hohes berufliches Ideal ist und der zunehmend kommunikativ-bedinfnisorientiert verstanden wird, gerecht werden kann. Anders ausgedrückt: Sind neben den (männlichen) Aspekten einer „Entscheidungsethik“ (wie sie traditionell durch die Arztethik repräsentiert wird) nicht auch (weibliche) Aspekte einer „Beziehungsethik“ zu entwickeln?

Nach Arndt (1996) wären drei Themen frauenorientierter Ethik in der Pflege von besonderer Bedeutung:

1. Das Denken in Zusammenhängen und in Beziehungsgefügen, statt abstrakt und analytisch zerlegend.
2. Das moralisch Empfinden von Frauen wird stärker bestimmt durch Mitempfinden (Empathie), Sorgen-für und Sich-sorgen-um; Männer denken in Kategorien wie Recht Fairneß, Pflicht.
3. Die Hinwendung zu konkreten Menschen in konkreten Situationen mit einem Sensus für die tieferen Zusammenhänge, den Kontext.

Daß solche Formen des Denkens und Empfindens geschlechtsspezifische Eigenheiten seien, wird andererseits auch kritisch in Frage gestellt (Bondolfi 1996).

Wohin die gerade erst begonnene Auseinandersetzung der Pflege mit ihrem beruflichen Selbstverständnis führen wird, ob sie es schaffen kann (und will), sich nicht nur von dem sehr starken medizinischen Paradigma zu lösen, sondern sich zusätzlich an einer - bislang kaum ausgearbeiteten kontextuellen „feministischen“ Ethik zu orientieren, ist noch völlig offen.

II. Ein Beispiel pflegeethischer Forschung - Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken/sterbenden Menschen

Der Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen zählt für die meisten Pflegekräfte und Ärzte zu den am stärksten belastenden Situationen im Arbeitsalltag. Dabei wird für die Pflegenden eher der Bereich der Sterbebegleitung als solcher genannt, während im ärztlichen Sektor häufig die "Wahrheit am Krankenbett" als besonders schwierig erlebt wird. Unter diesem Stichwort wird die Frage behandelt, ob und wieviel ein kranker/sterbender Mensch über seine Diagnose bzw. Prognose erfahren darf oder soll.

Obwohl die jeweilige ärztliche Entscheidung über den Grad der Aufklärung erhebliche Auswirkungen auf die Krankenschwestern und -pfleger für deren Interaktion mit den PatientInnen hat und eine wahrhaftige Sterbebegleitung möglicherweise sogar verhindert, wurde dieser Aspekt in der medizinethischen Diskussion bis vor kurzem völlig ausgeklammert - ein Beispiel für die unterschiedliche Wahrnehmung und Aufgabenstellung der beiden Berufsgruppen.

Im Folgenden sollen nun verschiedene Teilaspekte der Wahrheitsthematik aufgegriffen und beschrieben werden; sie alle tragen letztlich dazu bei, ob es Krankenschwestern und -pflegern tatsächlich möglich ist, kranken und sterbenden Menschen wahrhaftig zu begegnen, sie umfassend zu pflegen:

1. Die Klärung des Wahrheitsbegriffes aus anthropologischer Sicht in Abgrenzung zu einer eher naturwissenschaftlich orientierten Sachwahrheit.
2. Der Bereich, der unter dem Stichwort "Wahrheit am Krankenbett" in der medizinischen Fachliteratur behandelt wird, mit seinen Auswirkungen für das Pflegepersonal.
3. Die psychologischen Bedingungen, die bei der Begleitung kranker oder sterbender Menschen berücksichtigt werden sollten.

1. Was ist Wahrheit?

Einer klassischen philosophischen Tradition zufolge besagt Wahrheit die "Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit". Dabei wird Wirklichkeit zumeist als etwas Objektives angesehen, das rein rationaler Erkenntnis zugänglich ist. Dies läßt sich insbesondere in den Naturwissenschaften feststellen, zu denen auch die Medizin zählt.

Dagegen zeigen Erkenntnisse aus den Human- und Geisteswissenschaften, daß dem Menschen "die Wahrheit nicht in einer eindeutigen und unzweifelbaren Form zugänglich ist" (Betz 1989) und "sich nicht einfach beobachten, feststellen und verobjektivieren läßt" (Schwarzwaller 1983). Zwei verschiedene Sichtweisen, die der näheren Erläuterung bedürfen.

Die Naturwissenschaft vertritt in der Regel eine beschreibbare Sachwahrheit, deren Richtigkeit sich experimentell belegen läßt. Ein Beispiel hierfür wäre, daß alle Materie auf Erden dem Gesetz der Schwerkraft unterliegt, was jederzeit experimentell überprüfbar ist und in der Regel keine Probleme verursacht.

Eine völlig andere Perspektive ergibt sich dagegen, wenn die sachliche Richtigkeit einer Aussage einen Menschen in seinem existentiellen Dasein trifft. Der Mensch ist nicht ausschließlich durch die Naturgesetze determiniert, sondern hat aufgrund seiner Freiheit die Möglichkeit, die eigene Zukunft - der jeweils eigenen geschichtlichen und psychosozialen Verfaßtheit gemäß - je neu zu entwerfen.

Eine richtige Aussage trifft also nur für einen kleinen Ausschnitt menschlichen Daseins zu. Sie wird zur individuell erfaßten Wahrheit erst dann, wenn sie nicht nur gedanklich auf rationaler Ebene, sondern mehr noch im emotional-psychologischen Bereich "verdaut" worden ist. Dies erfordert - insbesondere bei Ereignissen von hoher Tragweite, wie z.B. eine schwere Krankheit - eine längere prozeßhafte Auseinandersetzung.

Erst wenn der betroffene Mensch in der Lage ist, eine richtige Sachaussage existentiell zu verarbeiten und daraus Konsequenzen für das eigene Leben zu ziehen, ist diese Aussage für ihn zur Wahrheit geworden, stimmt sie mit seiner ganz persönlichen Wirklichkeit überein. Die Dauer dieses Prozesses hängt ab von:

- a) der individuellen Verfaßtheit eines Menschen in seinen personalen und sozialen Bezügen
- b) der Unsicherheit oder Gewißheit der Betroffenen darüber, ob er/sie bei dieser Auseinandersetzung auch unterstützt werden.

Aus diesen Vorgaben lassen sich zwei Schlußfolgerungen für den wahrhaftigen Umgang mit PatientInnen ziehen:

- **Die bloße Mitteilung einer Diagnose und/oder Prognose trifft die Wahrheit eines kranken Menschen in seiner individuellen Situation nicht bzw. nur sehr unzureichend.**

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Bei einem Motorradunfall brach sich der Journalist Claudio Kürten den 7. Brustwirbel. Diagnose: Querschnittslähmung. Prognose: Leben im Rollstuhl. Nach gängigem Verständnis entspricht dies der Wahrheit und kein Zweifel, die Aussage als solche ist richtig. Doch was ist seine Wahrheit?

"Stellen Sie sich vor:

An einem einzigen Tag Ihres Lebens wird durch einen Unfall entschieden:

Ihre Ehe ist fragwürdig,

denn Sie sind nicht mehr partnerschaftsfähig.

Sie werden fristlos entlassen,

denn Sie sind nicht mehr leistungsfähig.

Ihr Zuhause, Ihre Wohnung wird gekündigt,

denn Sie schaffen die Treppen nicht mehr.

Ihre Zukunftspläne werden annulliert,

denn Sie sind untauglich geworden.
Tanz und Sport gibt es nicht mehr für Sie,
denn Sie sind bewegungsunfähig.
Keine Versicherung nimmt Sie mehr an,
denn es gibt an Ihnen nichts mehr zu versichern.
Ihre Umgebung zieht sich zurück,
denn Unglück steckt an.

Und während Sie dann im Trümmerhaufen Ihres Lebens nach erhaltenswerten Resten suchen, kommt einer und will Ihnen das Rauchen verbieten - wegen Ihrer Gesundheit." (Kürten 1987)

In beiden Fällen wird über die gleiche Sache gesprochen und beides wird mit dem Anspruch auf Wahrheit vertreten. Welche Sicht stimmt nun? Und welche Sicht nehmen die Pflegenden ein?

- **Sollen kranke Menschen imstande sein, mit einer für sie ungünstigen Diagnose und Prognose dennoch ein sinnerfülltes Leben bis zuletzt zu führen, so bedürfen die meisten von ihnen einer Hilfestellung bei der Bewältigung dieser Schockerfahrung.**

Das ist eine Aufgabe, die dem pflegerischen, ärztlichen und seelsorgerlichen Personal zukommt. Diese Aufgabe ihrerseits aber verlangt, daß die professionellen HelferInnen selbst dazu imstande sind, mit der Realität des Versehrtseins, des Sterbens und des Todes umzugehen und dem nötigen Trauerprozeß nicht ausweichen.

2. "Wahrheit am Krankenbett"

Unter diesem Stichwort wird gemeinhin die oft diskutierte Frage verstanden, ob und wieviel ein Patient über seine Krankheit und deren Verlauf erfahren soll, wobei sich dieses Problem in erster Linie bei schwerkranken und/oder sterbenden Menschen stellt. Diskutiert wird das Thema unter zwei Rücksichten: Einerseits muß der betroffene Mensch über Art und Folgen der Erkrankung Bescheid wissen, da er nur so sein Grundrecht auf Selbstbestimmung ausüben kann. Andererseits zeigen Erfahrungen aus dem klinischen Alltag, daß die wahrheitsgemäße Aufklärung mitunter dramatische Folgen hat - bis hin zum Suizidversuch.

Dies legt die Vermutung nahe, daß viele Patienten die "Wahrheit" nicht verkraften können. Aus Angst vor einer eventuell nicht kontrollierbaren Wirkung neigen daher immer noch manche Ärzte zu der Ansicht, es sei besser, dem Patienten so wenig wie möglich mitzuteilen. Raspe (1983) faßt das Ergebnis seiner repräsentativen Studie, bei der 414 PatientInnen, 53 ÄrztInnen, 119 Krankenschwestern und -pfleger und 233 MedizinstudentInnen in acht verschiedenen Krankenhäusern über einen Zeitraum von etwa acht Jahren befragt wurden, folgendermaßen zusammen:

"Unsere Befunde weisen auf ein verbreitetes und ausgeprägtes Aufklärungs- und Informationsdefizit bei Akutkrankenhauspatienten hin. Dieses Defizit findet sich bei einem Viertel bis mehr als der Hälfte der Befragten. Alte sowie schwer- und prognostisch infaust erkrankte internistische Patienten haben eine schlechtere Kenntnis ihres Zustandes." Und das, obwohl sich auch herausstellte, daß mehr als 80% der untersuchten KrankenhauspatientInnen "uneingeschränkt hohe, inhaltlich bestimmte und subjektiv begründete Informationsbedürfnisse" haben.

Vereinfacht dargestellt bedeutet das: Bei rund der Hälfte aller PatientInnen im Krankenhaus wird deren Grundrecht auf Selbstbestimmung durch unzureichende Information zum Teil erheblich eingeschränkt. Es wird speziell den unheilbar Kranken nicht die Chance eingeräumt, ihre verbleibende Lebenszeit auf ihre individuellen Bedürfnisse hin zu gestalten, was nur möglich ist, wenn sie entsprechend aufgeklärt sind.

Zwar ist diese Studie mittlerweile über zehn Jahre alt und es gibt verschiedene Anzeichen dafür, daß sich die Aufklärungssituation insgesamt verbessert hat, doch die Klagen des Pflegepersonals in diesem Zusammenhang werden eher lauter. So antworteten einer Studie von Herschbach (1987) zufolge - er ermittelte die Belastungssituation von 299 ÄrztInnen und 592 Krankenpflegekräften auf onkologischen und nichtonkologischen Vergleichsstationen in sechs verschiedenen Institutsformen - 97% der befragten Krankenschwestern und -pfleger, daß sie **"zeitweilig von Patienten mit Fragen bedrängt werden, die die Ärzte beantworten sollten"** und dies als sehr belastend empfinden.

Hält man diese Aussage für gerechtfertigt - wofür einiges spricht - dann stellt sich allerdings die Frage, wie es zu dieser Diskrepanz kommt. Zwei Möglichkeiten bieten sich an:

1. In der bereits erwähnten Untersuchung von Herschbach klagen 91% der befragten ÄrztInnen, daß "PatientInnen die Krankheitserklärungen nicht verstehen". Diese Aussage könnte auf zweierlei hinweisen: Entweder finden ärztliches Personal und PatientInnen nur schwer eine gemeinsame Sprachebene, so daß die Kommunikation von daher auf Hindernisse stößt, oder die PatientInnen sind - insbesondere bei schmerzhaften Eröffnungen - nur bedingt aufnahmefähig und vertragen Erläuterungen zu ihrem Krankheitsbild wie dessen Folgen nur portionsweise. Vermutlich spielen beide Aspekte eine gewichtige Rolle, jedenfalls wenden sich die PatientInnen mit ihren Fragen dann an die Pflegenden.

2. Es gibt immer noch einen erheblichen Anteil innerhalb der Ärzteschaft, der eine umfassende Aufklärung der PatientInnen - insbesondere bei schwerster Erkrankung - nicht für sinnvoll hält. Begründet wird die Überzeugung möglichst geringer Aufklärung - wo sie noch vertreten wird - traditionell mit fünf Argumenten (vgl. Ansohn 1965):

2.1. Gründe, die gegen eine weitreichende Aufklärung zu sprechen scheinen

a) Schonung des Patienten

Dieses Argument finden wir schon bei Hippokrates: "Von dem, was eintreten wird und dem Kranken droht, lasse man nichts merken. Denn schon viele sind dadurch zum Äußersten getrieben worden."

Die bekannte Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross (1976) sagt dagegen: "Bei über 800 todkranken Patienten haben wir außerordentlich selten einen Selbstmordversuch erlebt... Viele Ärzte haben große Bedenken, die Patienten über den Ernst ihrer Erkrankung zu informieren, weil sie fürchten, der Patient könne an Selbstmord denken, wenn er die Wahrheit erfährt. Wir können aber diese Vermutung nicht bestätigen."

b) Der Patient will die Wahrheit nicht wissen

Diese Meinung basiert auf zwei Tatsachen: Erstens, daß viele PatientInnen nie konkret nach ihrer Diagnose oder Prognose fragen. Dies wird häufig dahingehend interpretiert, daß die PatientInnen von ihrem Recht auf Nichtwissen Gebrauch machen wollen. Nach Raspe traf dies auf etwa 4% der befragten Kranken zu. Die Zahl derjenigen, die nicht konkret fragen, ist aber erheblich höher. Daraufhin angesprochen, warum denn die PatientInnen nicht mehr auf die Beantwortung ihrer Fragen dringen, wurden folgende Gründe genannt: "Ich möchte gern, aber der Doktor hat Schweigepflicht mir gegenüber." oder: "Die Ärzte haben schon genug zu tun" oder: "Der Doktor würde mir mit Rücksicht auf mich sowieso nichts sagen." (Raspe 1983)

Der zweite Punkt ist, daß manche PatientInnen zwar ausdrücklich fragen, indirekt aber signalisieren, daß sie nur die "gute" Wahrheit zu hören wünschen. Nach Sporken (1977) geschieht dies in einer Zeit großer Unsicherheit: Einerseits spürt der Kranke, daß es schlimm um ihn steht, andererseits hofft er auf harmlose Erklärungen. In diesem Stadium ist äußerste Behutsamkeit geboten, bis der Kranke soweit ist, daß ihm die Wahrheit lieber ist als die quälende Unsicherheit. Dann allerdings darf man ihm nicht mehr ausweichen.

c) Die Hoffnung darf nicht zerstört werden

Dieses Motiv taucht in praktisch allen Stellungnahmen zum Thema "Wahrheit am Krankenbett" auf, wobei speziell von ärztlicher Seite - aber auch von vielen Pflegenden - unter Hoffnung in der Regel die Erwartung des Patienten auf Heilung verstanden wird. Diese würde bei entsprechender Prognose durch Aufklärung zerstört werden. Doch wie in der Sterbeforschung immer wieder betont wird, gibt es noch eine andere Hoffnung, nämlich die auf ein sinnerfülltes Leben bis zuletzt, wo der/die Betroffene sich selbst bestimmend auf seine/ihre Versehrtheit bzw. sein/ihr Sterben einläßt.

Deutlich muß werden, daß alle sinnvollen Maßnahmen, die zur Besserung bzw. Linderung des Leids beitragen können, auch tatsächlich ergriffen werden und der Patient nicht alleine gelassen wird.

d) Unsicherheit der Prognose

Dieser Punkt bezieht sich praktisch immer auf zeitliche Angaben. Zeitliche Angaben aber basieren auf Durchschnittswerten - mit entsprechenden Abweichungen im individuellen Bereich. Um unnötig belastende Irrtümer zu vermeiden, sollte man daher grundsätzlich auf Zeitangaben verzichten bzw. sehr nachdrücklich auf die Tücken statistischer Angaben hinweisen.

e) Die Sicherung des leichten Sterbens

Die meisten Menschen möchten von ihrem Sterben am liebsten nichts mitbekommen; das beste Sterben sei ein leichtes, unbewußtes aus der Welt scheiden. Das Wissen um den baldigen Tod würde dem nur hinderlich sein. Diese Vorstellung kommt auch den professionellen HelferInnen entgegen, weil sie bei ruhigen (oder ruhiggestellten) PatientInnen am wenigsten mit ihren eigenen Ängsten konfrontiert werden.

Ein **sechstes** Argument möchte ich noch anfügen, das allerdings selten diskutiert wird: **Die Befürchtung mancher ÄrztInnen vor der Nicht-Einwilligung des Patienten in Therapie und Diagnostik.**

Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von Autobiographien, in denen betroffene PatientInnen schildern, daß sie in viele Maßnahmen nicht eingewilligt hätten, wenn sie genau gewußt hätten, was sie erwartet (vgl. etwa A. Tausch 1985). Auch das Pflegepersonal äußert Vermutungen in dieser Richtung. Das aber widerspricht den gängigen Vorstellungen, wonach - aus medizinisch-technischer Sicht gesehen - alles Menschenmögliche unternommen werden muß, um den Kranken zu helfen. Dagegen wird das Menschenmögliche aus ganzheitlicher Sicht manchmal vernachlässigt.

Gemeinsam ist all diesen Argumenten, daß sie von der "Wahrheit" als der "Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit" im naturwissenschaftlichen Sinne ausgehen. Die sehr schmerzhaft individuelle Auseinandersetzung, die sich aus der existentiellen Betroffenheit des einzelnen Menschen ergibt, soll den PatientInnen und/oder den HelferInnen offensichtlich erspart werden. Doch der Preis dafür ist hoch; es bleiben sowohl das Recht auf Selbstbestimmung als auch die Möglichkeit des bewußten Abschiednehmens auf der Strecke.

2.2. Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Unabhängig davon, ob die kranken Menschen nun wegen der vorhandenen Kommunikationsbarrieren oder der möglichen Nicht-Aufklärung seitens des ärztlichen Personals zu wenig über ihre Erkrankung und deren Folgen erfahren: Die Konsequenzen für das Pflegepersonal bleiben die gleichen. Da das Pflegepersonal kein eigenes Aufklärungsrecht hat und nach Brenner/Adelhardt Aussagen eines Arztes höchstens "verdeutlichen", nicht aber "interpretieren" oder "ergänzen"

darf, ist es in seinem Gesprächsverhalten weitgehend von der Aufklärungs- und Informationsbereitschaft der ÄrztInnen abhängig.

Dies führt in allen Fällen ungenügender Zusammenarbeit zu erheblichen Konflikten, da Pflegekräfte zwar in erster Linie den PatientInnen verpflichtet sind, sie aber aus rechtlicher Sicht nicht über die dazu erforderliche Gesprächsautonomie verfügen. Das Problem, das sich hieraus für die Pflegenden ergibt, ist die Frage nach der Möglichkeit eines wahrhaftigen und offenen Umgangs mit kranken und sterbenden Menschen. So stehen sie oftmals vor der Entscheidung, entweder den Fragen der Kranken auszuweichen, d.h. unaufrichtig zu sein und damit das Vertrauen der Patienten aufs Spiel zu setzen oder die rechtlichen Bestimmungen zu mißachten. Daraus ergeben sich - häufig unbewußt - bestimmte Verhaltensweisen PatientInnen gegenüber.

2.3. Bewußtheitskontexte

Glaser und Strauss (1995) untersuchten die Verhaltensweisen, die auftreten, wenn ein wacher Patient nicht über seine Erkrankung bzw. sein Sterbenmüssen aufgeklärt wird. Dazu gibt es bestimmte Bewußtheitskontexte.

Man versteht unter Bewußtheitskontext:

Was jede und jeder Beteiligte (Patient, Arzt, Pflegende, Angehörige) über einen bestimmten Zustand eines Patienten weiß, sowie das Wissen darüber, daß die anderen sich dessen bewußt sind, was jede und jeder andere weiß.

Jeder Bewußtheitskontext wirkt sich nachhaltig auf die Beziehungen zwischen den Patienten und dem Personal aus, denn die Menschen richten ihr Verhalten immer danach aus, ob und was ihr Gesprächspartner weiß und wie sicher er oder sie sich dessen ist. Im Verlauf von Gesprächen und Begegnungen ergeben sich meist neue Hinweise, die bewirken können, daß bestimmte Bewußtheitskontexte sich verändern und in andere übergehen.

a) Geschlossene Bewußtheit:

Das bedeutet, daß ein schwerkranker Mensch nicht weiß und nicht wissen soll, wie es um ihn oder sie steht, während das Personal und häufig auch die Angehörigen darüber aufgeklärt sind. Dies erfordert von allen Wissenden ein hohes Maß an Selbstkontrolle. Informationen müssen so gegeben werden, daß der Patient keinen Verdacht schöpft; die zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes wird geleugnet, einzelne positive Aspekte werden besonders hervorgehoben: "Sie haben heute eine viel bessere Gesichtsfarbe als gestern"!

Konkreten Fragen wird ausgewichen, es wird ein vollständiges Drama zur Irreführung in Szene gesetzt, das eine wahre Kettenreaktion an weiteren Täuschungen nach sich zieht. Immer wieder müssen alle Beteiligten darauf hingewiesen werden, nur nichts zu sagen, was den Verdacht schwerer Erkrankung beim Patienten auslösen könnte. Die Angehörigen reißen sich zusammen, die Ärzte konzentrieren sich angestrengt auf medizinische Fakten und das Pflegepersonal zeigt

- da sie dem Patienten nicht so leicht aus dem Weg gehen können - deutlich, daß es keine Zeit für Gespräche hat - oder es verweist auf den Arzt, von dem sie wissen, daß er nicht aufklären wird.

Trotzdem gelingt es bei wachen Patienten in aller Regel nicht, diesen Zustand zu erhalten. Subjektives Krankheitsempfinden, Verlegung in ein Einzelzimmer, Anbieten von Wunschkost, Gespräche mit anderen Patienten - all diese Momente schüren das Mißtrauen des Patienten. So vollzieht sich allmählich ein Wechsel in einen anderen Bewußtheitskontext.

b) Der argwöhnische Bewußtheitskontext

Der Patient weiß zwar nichts Genaues, hegt aber den Verdacht, daß ihm etwas verschwiegen wird. Sein ganzes Bemühen ist darauf ausgerichtet, Klarheit zu bekommen. Sagen die Ärzte weiterhin nichts, wendet er sich - oft in Form von Fangfragen - verstärkt an die Pflegenden. Diese weichen dem Patienten aus, weil sie fürchten, von den Fragen überrumpelt zu werden und dann mehr zu sagen, als sie eigentlich dürften. Der Patient sieht sich durch diese Verhaltensweisen in seinen Vermutungen bestätigt und wird gegenüber dem Personal und deren Arbeit zunehmend kritischer und argwöhnischer.

Die möglichen Folgen werden von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten bestimmt: Entweder er zieht sich innerlich zurück und läßt alles resigniert über sich ergehen, oder er wird aggressiv und verweigert künftig die Mitarbeit.

c) Das Ritual wechselseitiger Täuschung

In diesem Kontext wissen sowohl der Kranke als auch das Personal, daß der Patient sterben wird - beide aber geben sich so, als ob er weiterleben würde. Alle Beteiligten gehen davon aus, daß die jeweils andere Seite - aus welchen Gründen auch immer - nicht dazu in der Lage ist, ein Gespräch über die Situation und das Sterben zu führen. Folglich handelt man nach dem Ritual "als-ob-nichts-wäre".

Prinzipiell neigt ein Patient eher als das Personal dazu, offen über seinen Tod zu sprechen. Merkt er aber, daß dieses nicht bereit ist, darauf einzugehen, nimmt er Rücksicht und hüllt sich künftig in Schweigen. Die Beziehung zwischen den Beteiligten läuft dann nur noch auf der Ebene eines Rollenspiels ab: der tüchtige Arzt, die freundliche Krankenschwester, der willige Patient - und alle bemühen sich um betonte Munterkeit.

d) Der offene Bewußtheitskontext

Alle Beteiligten (Patient, Angehörige und Helferkreis) wissen darüber Bescheid, daß der Tod bevorsteht und es werden keine Täuschungsmanöver mehr versucht. Umfassende Aufklärung (wo die Kranken es wünschen) sowie offene Gesprächsbereitschaft auf seiten des Personals wird hier zur Selbstverständlichkeit.

Der offene Bewußtheitskontext ist die einzige Form, in der das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewahrt wird und auch die Krankenschwestern und -pfleger ihrer Aufgabe der menschenwürdigen Begleitung gerecht werden können.

Doch ist dieser Bewußtheitskontext nur zu erreichen, wenn bestimmte Grundbedingungen erfüllt sind:

- a) Die umfassende Aufklärung der Patientin über die Krankheit und deren Folgen durch den Arzt, am besten in Begleitung der betreuenden Krankenschwester (Idealfall);
- b) Die ausführliche Information des Pflegepersonals über Inhalt und Umfang des Aufklärungsgespräches, da sonst Gesprächsbarrieren durch Nichtwissen aufgebaut werden.
- c) Die Bereitschaft des pflegerischen und ärztlichen Personals, sich selbst intensiv auf das Thema Sterben und Tod ein- und eigene Ängste zuzulassen.

3. Psychologische Bedingungen für die Begleitung kranker und sterbender Menschen

Nach Herschbach gehört das "Miterleben von langen Krankheitsprozessen" sowohl auf pflegerischer (95%) wie auch auf ärztlicher Seite (96%) zu den überdurchschnittlich belastenden Arbeitsfaktoren. Als besonders schwierig wird dabei der Umgang mit den sogenannten "unbequemen" PatientInnen und Angehörigen erlebt, worunter jene verstanden werden, die als mißtrauisch, ablehnend, unkooperativ oder aggressiv gelten; alles Reaktionsweisen, die im Rahmen des Abschiednehmens von der eigenen Gesundheit und/oder vom Leben als "normal" gelten können und wesentlicher Bestandteil des Trauerprozesses sind.

Obwohl in der Krankenpflege die Pflege sterbender Menschen zur Ausbildung gehört und dort auch behandelt wird, fühlen sich dennoch die meisten Pflegekräfte in der Praxis damit offensichtlich überfordert. Überforderte HelferInnen sind aber in der Regel "hilflose HelferInnen", das heißt, sie erleichtern den PatientInnen und Angehörigen den Abschied nicht nur nicht, sondern sie erschweren ihn womöglich noch.

Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Art; an erster Stelle sind hier die strukturellen Bedingungen zu nennen, wie die Organisation der meisten Krankenhäuser als funktionelle Einheiten, der oft beklagte Zeitmangel sowie der quantitative und qualitative Pflegenotstand. Diese Fehlentwicklungen sind nur langfristig zu lösen und bedürfen der aktiven Mitarbeit der Pflegenden in den entsprechenden Organisationen.

An zweiter Stelle und nicht minder wichtig steht die persönliche Auseinandersetzung der HelferInnen mit der eigenen Einstellung zu Krankheit, Leid und Sterben. Die Erkenntnisse der Sterbeforschung - die vor allem durch die Hospiz-Bewegung gewonnen wurden - zeigen, daß ein nur kognitives Wissen über die Sterbephasen und die verschiedenen Bewußtheitskontexte nicht ausreicht. Ohne eine intensive persönliche Bearbeitung der eigenen Ängste, die möglichst unter professioneller Begleitung stattfinden sollte, ist es nur wenigen Menschen möglich, die "Wahrheit des Krankseins und Sterbenmüssens" (Thielicke 1979) anzuerkennen. Doch wer dies für sich selbst nicht anzunehmen vermag, sieht sich dem Problem ausgesetzt, wie er/sie einem kranken Menschen ohne die Aussicht auf

Gesundung noch aufrichtig begegnen kann. Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken Menschen umfaßt also auch den ehrlichen Umgang mit sich selbst, der die Bereitschaft zur eigenen Psychohygiene mit einschließt.

Auch unter optimalen Rahmenbedingungen stellt der (häufige) Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen eine enorme Belastung dar. Von daher ist es unerläßlich, daß die HelferInnen selbst immer wieder die Möglichkeit erhalten, sich zu entlasten. Es ist kein Zeichen von Schwäche, zuzugeben, daß es manchmal einfach zuviel wird und daß auch Krankenschwestern und Ärzte zeitweise der Hilfe bedürfen. Gemeinsame Fortbildungen sowie regelmäßige psychologische Unterstützung zur emotionalen Entlastung sollten für beide Berufsgruppen eine Selbstverständlichkeit werden, wenn persönliches Engagement nicht "ausbrennen" soll.

Schlußbemerkung

Ich hoffe, daß es mir mit diesem Beispiel gelungen ist aufzuzeigen, warum es immer wichtiger wird, ethische Fragestellungen verstärkt aus der Sicht der Pflege aufzugreifen und zu analysieren. Während nämlich ein humaner und ehrlich-zugewandter Umgang mit kranken und sterbenden Menschen durchaus von den Pflegenden erwartet wird, wurden die Bedingungen, unter denen dies überhaupt in nicht-überfordernder Weise möglich ist, bislang kaum ins Blickfeld genommen.

Gerade das Thema "Wahrheit am Krankenbett" wurde jahrzehntelang von Ärzten, Juristen und Theologen diskutiert, ohne auch nur andeutungsweise das Dilemma der Pflegenden zu sehen bzw. zu thematisieren. Die Beugung des Gewissens der Pflegenden unter die rechtlichen Bedingungen (Weisungsgebundenheit) ohne Berücksichtigung ethischer Belange schien selbstverständlich.

Doch unabhängig von der Frage der Kooperation mit dem ärztlichen Personal gibt es - wie oben aufgeführt - etliche pflegespezifische Fragestellungen, die dringend einer systematischen Bearbeitung unter ethischer Rücksicht bedürfen - dies besonders im Hinblick darauf, daß sich im Pflegerberuf neue Aufgaben und Selbständigkeiten entwickeln.

Literatur

zu Teil I.

Arndt M: Aus Fehlern lernen. Pflege 9 (1996), 12-18

Arndt M, Bondolfi A: Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik. Pflege 9 (1996) 1, 26-31

Beneker A, Wichmann E: Grenzüberschreitende Dienstpläne. Welpflegenotstand und Frauenbewegungen. Mabuse, Frankfurt 1994

Bondolfi A: Moralisch handeln in der Pflege. Pflege 9 (1996), 19-25

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Berufsordnung für Pflegeberufe. DBfK-Verlag, Eschborn 1992

Elkeles T: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. Mabuse, Frankfurt 1994.

Elsbernd A: Zum Verhältnis von pflegerischem Wissen, pflegerischer Handlungsfreiheit und den Grenzen des Gehorsams der individuellen Pflegeperson. Pflege 7 (1994), 105-116

Dätwyler B: Die veränderte Sicht in der Krankenpflege oder ethisch-politische Überlegungen im Hinblick auf das 21. Jahrhundert. Pflege 3 (1990), 47-53

Fry S: Ethik in der Pflegepraxis. Eschborn: DBfK-Verlag 1995

Galuschka L, Hahl B, Neander K-D, Osterloh G: Die Zukunft braucht Pflege. Eine qualitative Studie über die Belastungswahrnehmungen beim Pflegepersonal. Mabuse, Frankfurt 1994

Gilligan C: Die andere Stimme. München 1984

Gilligan C: Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Nunner-Winkler G (Hrg) Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Moral. Campus, Frankfurt 1991

Hofmann I: Berufliches Selbstverständnis und Pflege-Ethik. Mabuse 20 (1995) Nr.97, 35-38

Hoppe E, Körner U, Luther E, Nitsche A: Ethik. Arbeitsbuch für Schwestern und Pfleger. Lau, Reinbek 1995

Käppeli S: Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. Pflege 1 (1988), 20-27

Kesselring A: Pflege wider den Willen des Patienten? Eine ethisch-moralische Fragestellung. Pflege 4 (1991), 195-198

Klie T, Lörcher U: Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht. Lambertus, Freiburg 1994

Kruse A-P: Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart 1987

Pieper A: Aufstand des stillgelegten Geschlechts. Einführung in die feministische Ethik. Herder, Freiburg 1993

Pieper A: Einführung in die Ethik. UTB Francke, Tübingen - Basel 1994 (3. Aufl)

Schreiner P-W: Hauptsache Gesundheit. Zur gesellschaftlichen Bewertung von Pflege und Medizin. Pflege 8 (1995), 138-145

Schröck R: Zum moralischen Handeln in der Pflege. Pflege 8 (1995), 315-323

Steppe H: Das Selbstverständnis der Pflegeberufe. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 43 (1990) 5, Beilage

Tschudin V: Ethik in der Krankenpflege. RECOM, Basel 1988

Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN): Ethische Grundregeln für die Krankenpflege, 1973

zu Teil II.

Ansohn E: Die Wahrheit am Krankenbett. Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe. München 1965

Betz O: Ringen um Wahrhaftigkeit. In: Christophorus Hospiz Verein (Hrg.) Pflegen bis zuletzt. München 1989, 115-120

Brenner G, Adelhardt M: Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. Kohlhammer, Stuttgart 1983 (2. Aufl)

Glaser B, Strauß A: Betreuung von Sterbenden. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1995 (2. Aufl)

Herschbach P: Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. VCH, Weinheim 1991.

Hofmann I: Wahrheit am Krankenbett. Zur ethischen Problematik der Pflegeberufe. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 46 (1993) 5, Beilage

Hofmann I: Wahrheit im Umgang mit kranken Menschen. Pflege 8 (1995), 333-338

Kübler-Ross E: Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Stuttgart 1976 (5. Aufl)

Kürten C: Patienten-Wirklichkeit. Ck-Verlag Dr.Sidow, München 1987

Raspe H-H: Aufklärung und Information im Krankenhaus. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983

Sporcken P: Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik. Patmos, Düsseldorf 1977

Schwarzwäller K: Inhalt und Umfang ärztlicher Aufklärung. Ethischer Kommentar. In: Troschke J v, Schmitt H (Hrg) Ärztliche Entscheidungskonflikte. Falldiskussionen aus rechtlicher, ethischer und medizinischer Sicht. Enke, Stuttgart 1983, S.25-34

Tausch A, Tausch R: Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet. Reinbek 1985

Thielicke H: Wer darf sterben? Herder, Freiburg 1979



Irmgard Hofmann, geboren 1959 in Deggendorf, 1976-79 Krankenpflegeschule Erlangen (Diplom), 1983 Abitur in Heidelberg, 1988-92 Studium der Philosophie an der Hochschule für Philosophie der Gesellschaft Jesu, sowie Katholische Theologie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München; 1992 Magistra Artium. Thema der Masterarbeit: "Wahrheit am Krankenbett. Zur ethischen Problematik der Pflegeberufe." Seit 1995 Supervisorin in Ausbildung beim Fortbildungsinstitut für Supervision in Münster.

Tätigkeit als Krankenschwester: 1979-83 Universitätsklinik Heidelberg (Kardiologie, Allgemeine Internistische Station), 1983-84 Universitätsklinik Münster (Hämatologie, Internistische Intensivstation), 1985 Rehabilitationszentrum für Dialyse in Heidelberg, 1985-88 Universitätsklinik München (Interdisziplinäre Anästhesiologische Intensivstation).

Seit 1993 freiberufliche Vortrags- und Seminartätigkeit für Pflegeethik an Instituten der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Pflegeberufe und in Krankenhäusern, Lehrbeauftragte an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München, Mitarbeit in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).

Irmgard Hofmann M.A.
Philosophin, Krankenschwester
Freiberufliche Pflege-Ethikerin
Terofälstraße 5
80689 München

In den Pflegeberufen ist Aufbruchstimmung zu spüren. Die Pflegenden begnügen sich nicht mehr, als Ausführungsorgane ärztlicher Anordnungen gesehen zu werden. Sie möchten den pflegebedürftigen Menschen als kompetente und eigenständige Berufsgruppe begegnen. Daraus ergeben sich neue Verantwortlichkeiten: Wer selbständiger entscheiden und handeln möchte, muß verstärkt lernen, die Folgen des eigenen Tuns oder Lassens abzuwägen und kritisch zu überprüfen.

Neben der Offenlegung und Begründung beruflicher Wertvorstellungen gehört zu den Aufgaben einer Pflegeethik, konkrete Orientierungshilfen für Entscheidungen in der täglichen Pflegepraxis zu geben. Am Beispiel des oft als sehr schwierig erlebten wahrheitsgemäßen Umgangs mit Schwerkranken werden die aus der Sicht der Pflege ethisch relevanten Fragen und die möglichen Lösungsansätze gezeigt. Wenn der Tod bevorsteht, ist ein offener Bewußtheitskontext die Form, in der die Selbstbestimmung des Patienten gewahrt wird und auch die Pflegenden ihrer Aufgabe der menschenwürdigen Begleitung gerecht werden können.