



„ES IST OFT NICHT ZUM AUSHALTEN!“

Ethische Konflikte in Zeiten des Mangels.

Nun berichten auch schon ganz normale Tageszeitungen (1) auf ihrer Titelseite über den Pflege-
notstand und tausende fehlende Pflegekräfte.
Damit ist das Problem wohl, wie man heute sagt,
in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

Von Wolfgang Pasch

Ich möchte hier nicht über Ver-
säumnisse und die Entstehung
sprechen. Auch nicht darüber, mit
welchen Maßnahmen das Problem
gelöst werden kann und muss. Klar
ist aber: Es wird keine schnelle Ver-
besserung der Situation geben. Und
darum möchte ich über die jetzige
Situation sprechen und einen Hin-
weis dazu geben, wie die Auswirkun-
gen des Mangels für Pflegende und
Pflegebedürftige aus meiner Sicht
besser auszuhalten wären - in der
Palliativpflege spräche man wohl von
Symptomkontrolle.

Die Folgen für Patienten und Bewohner sind belegt

Die Auswirkungen von Fachkräfte-
mangel, Stellenabbau, knappen
Dienstplänen und Arbeitsverdich-
tung strahlen in zwei Richtungen
aus: in die der Pflegebedürftigen und
die der Pflegenden. Die Folgen für
die Patienten, Bewohner und Klien-
ten sind in den letzten Jahren in Be-
fragungen und Studien beschrieben
und belegt worden. Die Pflege-
thermometer 2007 und 2009 (Isfort et
al) bestätigen, dass Pflegemaßnah-
men in Krankenhäusern in beunru-
higendem Maße zu spät, zu schnell
oder gar nicht durchgeführt werden.
Auch in der ambulanten Pflege und

der stationären Altenhilfe haben Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und Personalmangel zur Folge, dass angemessene und notwendige Pflegemaßnahmen nicht immer erfolgen. Der Personalmangel führt in manchen Teilen Deutschlands dazu, dass Pflegenden, die in der ambulanten Pflege beschäftigt sind, beim Einsteigen in den Dienstwagen von Headhuntern angesprochen und abgeworben werden.

Die international durchgeführte IHOS-Studie (Aiken et al) erkannte schon 2002 einen Zusammenhang zwischen der personellen Ausstattung der Kliniken mit Pflegepersonal und der Mortalitätsrate der Häuser. Ebenfalls wurde in der auf IHOS aufbauenden RICH-Studie 2004 das Phänomen der durch Pflegenden zu treffenden Rationierungsentscheidungen mittels Fragebogen erfasst.

Als Pflegender muss ich entscheiden, wer meine Zeit bekommt

Und damit sind wir bei den Folgen der Mangelsituation für die Pflegenden – genauer dabei, was es für Pflegenden bedeutet, immer wieder Rationierungsentscheidungen treffen zu müssen. Wer kennt das nicht? Acht Stunden Dienstzeit stehen zur Verfügung, aber die Arbeit reicht für mindestens zehn Stunden. Als Pflegender muss ich nun entscheiden, wer von den Patienten bzw. Bewohnern meine Zeit bekommt und vor allem: wer bekommt meine Zeit nicht? Diese Entscheidungen werden meist implizit und intuitiv getroffen (Schubert 2008), d.h. unausgesprochen und auch meist ohne durch transparente Kriterien geleitet und unterstützt zu sein – „aus dem Bauch heraus“. Zwar ist es für Pflegenden normal, in personalknappen Situationen Prioritäten zu setzen, sie sehen das aber als individuell-subjektives Geschehen mit erkennbaren Unterschieden zwischen den Kolleginnen in der Handhabung. Obwohl dies erkannt wird, werden die unterschiedlichen Prioritäten nicht kommuniziert (Hopperdietzel 2004). Der Versuch von Käppeli, Kriterien

für die Priorisierung und Rationierung zu formulieren (Käppeli 1999), scheiterte wohl vor allem, weil damit dokumentiert worden wäre, dass es etwas gibt, was es nicht geben darf. Das Konzept landete in der Schublade – es hatte Angst ausgelöst, Angst vor der Reaktion verunsicherter Patienten. Ist die Verschleierung der Problematik besser für Patienten – aus ethischer Sicht vertretbarer?

Was wir sicher nicht brauchen, ist ein allgemeines Wegsehen. Corpsgeist, der dazu führt, Probleme unter den Teppich zu kehren und nicht offen und strukturiert mit Engpässen umzugehen, ist eher gefährlich. (Pasch 2010)

Nach wie vor werden die Pflegenden also mit den Rationierungsentscheidungen allein gelassen. Der dadurch entstehende Druck führt häufig in die Flucht aus dem Beruf, in das „Auskühlen“, wie Kersting (1999) es beschreibt, oder in Wut, Frustration und Krankheit. Gibt es dazu Alternativen? Ich denke: Ja!

Der ICN Ethikkodex steckt den Rahmen für professionelle Pflege

Ein Blick in den Ethikkodex für Pflegenden macht deutlich, dass das Zurückbleiben hinter den ethischen Grundsätzen für professionelles Pflegehandeln und auch hinter den eigenen Ansprüchen an die Profession oft nicht zu verhindern ist. Die Wahrnehmung der Verantwortung gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen stellt Pflegenden vor zum Teil unlösbare Probleme. Die Verantwortung für eine nicht erbrachte Pflegemaßnahme zu übernehmen, fällt umso schwerer, wenn ich für die Rahmenbedingungen, die mich an der Ausführung hindern, nicht verantwortlich bin. Der Ethikkodex für Pflegenden bestimmt nicht nur den Rahmen professioneller Pflegetätigkeit, sondern schützt auch die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Darum darf sich der Kodex auch keinesfalls an vorhandene falsche politische und wirtschaftliche Gegebenheiten anpassen – im Gegenteil.

Allerdings hält der Kodex es aus ethischer Sicht auch für angemessen und geboten, dass Pflegenden sich für gerechte und soziale Arbeitsbedingungen einsetzen. Daraus resultiert der Auftrag des Berufsverbandes, Rahmenbedingungen einzufordern, die angemessene und menschenwürdige Pflege möglich machen. Pflege also, die ich als Pflegenden verantworten kann. Daraus ergibt sich aber auch Handlungsbedarf für Einrichtungsleitungen, Pflegedirektionen und jeden einzelnen Pflegenden, Strukturen und Optionen zu gestalten, die verantwortliche Pflege im Sinne des ICN-Kodexes ermöglichen.

Jede Entscheidung hat eine ethische Dimension

Persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig zu sein zwingt in Mangelsituationen zu äußerst schwierigen Entscheidungen. Dabei geht es nicht nur darum, welche Maßnahme durchgeführt wird. Es ist auch immer wieder zu entscheiden, ob Tätigkeiten an nicht oder gering qualifizierte Mitarbeitende delegiert werden. Zudem stellt sich immer wieder die Frage, wie im Rahmen der Dokumentation mit nicht erbrachten Pflegemaßnahmen umgegangen wird.

Jede Entscheidung, die wir zu treffen haben, hat eine ethische Dimension. Immer geht es darum, Argumente zu finden. Es geht darum zu begründen, welche Handlungsalternative die vertretbarere ist – sich zu vergewissern, das Richtige zu tun. Hier kann Ethikberatung eine Unterstützung bieten. In schwierigen Entscheidungssituationen zeitnah zu einer Antwort auf meine Frage zu gelangen, die alle möglichen Perspektiven einbezieht und als wertvolle Entlastung von anderen mitgetragen wird, zählt zu den primären Zielen der Ethikberatung.

Im Rahmen von Therapie und Pflege von Patienten, Bewohnern und Klienten werden immer häufiger ethische Fragen aufgeworfen. Welche Maßnahme ist für den betroffenen Patienten die beste Option? Ist es eine mögliche Therapie-

begrenzung, eine unklare Situation in Bezug auf den Willen eines Patienten, der Umgang mit Sterbeprozessen, der Einsatz von PEG-Sonden, oder sind es sonstige Konflikte, die aus diesen oder ähnlichen Themen entstehen?

Ethikberatung leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung

Ziel einer Ethikberatung ist es, durch Fallbesprechungen, Komiteearbeit und ethische Bildungsangebote zu gemeinsamen Lösungen zu kommen, die von möglichst allen beteiligten Personen und Berufsgruppen mitgetragen werden können.

Ein weiteres Ziel ist damit auch und vor allem die Stärkung von Vertrauen, Respekt, Selbstbestimmung und gegenseitiger Anteilnahme als gelebte Werte im Arbeitsalltag.

Der Aufbau einer Ethikberatung in einer Einrichtung im Gesundheitswesen ist als klares Signal zu sehen: Die Berücksichtigung der Autonomie und Würde aller Beteiligten wird im Versorgungsalltag institutionalisiert. Ungelöste moralische Konflikte im Behandlungsteam binden Energie und können zu erheblichen psychischen und emotionalen Belastungen der Mitarbeiter führen. Eine Fallbesprechung hilft hier nicht nur Probleme zu lösen, sie trägt auch dazu bei, die Kommunikation im Team zu optimieren und knappe Zeitressourcen sinnvoll einzusetzen. Damit leistet die Ethikberatung einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden. Ihre langfristige Wirkung besteht darin, ethisches Wissen und die Berücksichtigung der ethischen Perspektive in den Alltag von Klinik, Heim und ambulanter Versorgung und in konkrete Behandlungs- und Versorgungssituationen zu implementieren. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen bekommen somit die Möglichkeit, therapeutisches Handeln und die eigene Haltung zu reflektieren. Ohne dass sich die Verantwortlichkeiten verändern, werden Entscheidungen, be-

sonders in belastenden Situationen, transparent. Die Einrichtung von Strukturen zur Ethikberatung ist eine lohnenswerte Investition in die Personal- und Organisationsentwicklung einer Einrichtung.

Es muss möglich sein, offen über Konflikte sprechen zu können

Auf keinen Fall darf es durch Ethikberatung zu einer ethisch legitimierten Verwaltung des Mangels kommen, wie Kersting (2000) es beschreibt. Es muss vor allem darum gehen, Kommunikationsräume zu schaffen. Nur wer sich Fragen stellt und Antworten findet, kann auch Entscheidungen treffen. Patienten und Mitarbeiter brauchen einen offenen und verantwortungsvollen Umgang mit dem Gegebenen und immer wieder die Auseinandersetzung mit der Frage: „Was soll ich tun?“

Es muss Pflegenden möglich sein, offen über Entscheidungskonflikte zu sprechen, Dilemmata aufzuzeigen und sich beraten zu können. Es ist hier vor allem Leitungsaufgabe, dafür die Strukturen zu schaffen. Ethik in der Organisation ist kein Beiwerk, sondern elementarer Bestandteil. In Zeiten, in denen Pflegekräfte knapp werden, wird es für die Einrichtungen zunehmend wichtig, sich hierzu zu positionieren. Der Stellenwert der Ethik in der Organisation kann ein Unterscheidungsmerkmal für eine erfolgreiche Personalbindung und -entwicklung sein. Dadurch kann die Sensibilität für die ethischen Konflikte gestärkt werden, die Reflexivität gefördert werden und vor allem: es wird Entlastung geschaffen.

Darum spricht sich die AG Ethik im DBfK Nordwest für die Einrichtung von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens aus.

Die Praxis hat gezeigt, dass alle am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen von der Etablierung einer Ethikberatung profitieren – darüber hinaus selbstverständlich auch die Patien-

ten, Bewohner und Klienten sowie deren Angehörige.

Literatur:

- Aiken LH, Clarke SP et al.; Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction; Center for Health Outcomes and Policy Research, School Nursing, University of Pennsylvania; JAMA 2002, Oct 23–30, 288 (16)
- Hopperditzel, S.; Personalknappe Situationen in der Pflege – brauchen Pflegenden ein Konzept zum Setzen von Prioritäten?; Diplomarbeit im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Kath. Fachhochschule Mainz, 2004, online verfügbar Datenbank WISE, <http://www.dip.de/datenbank-wise/>
- ICN-Ethikkodex für Pflegenden; DBfK Bundesverband; abzurufen unter <http://www.dbfk.de/download/index.php>
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Käppeli, S.; Ein Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege (Entwurf); Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege, Universitätsspital Zürich, 1999
- Kersting, K.; Coolout im Pflegealltag, in: Pflege & Gesellschaft, 3/1999, S. 53–60
- Kersting, K.; Die ethisch legitimierte Verwaltung des Mangels in der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft, 3/2000, S. 67–75
- Pasch, W.; Pflegeethik – Wenn Pflege rationiert wird; Bibliomed Verlag, www.station24.de, 2010
- Schubert, Aiken, De Geest (2005): Rationing of Nursing in Switzerland – Rich Nursing Study; Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, www.nursing.unibas.ch
- Schubert et al, Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study; International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 4: pp. 227–237, Advance Access Publication: 24 April 2008

Anmerkung:

(1) Deutschland fehlen 30000 Pflegekräfte; Westdeutsche Zeitung 28.03.2013, Verlag W. Girardet Düsseldorf, Krefeld, Wuppertal

Verfasser:

Wolfgang Pasch
Sprecher der AG Ethik im DBfK Nordwest
Dipl.-Berufspädagoge (FH)
Klinischer Ethikberater
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf
pasch@fliedner-fachhochschule.de