

Unterricht in der Pflegepraxis – eine Frage der Haltung?

Von Martina Hiemetzberger & Barbara Rupprecht



Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege basiert auf einem dualen Prinzip und setzt sich aus einem theoretischen und einem praktischen Teil zusammen. Vor allem die praktischen Fertigkeiten müssen in der direkten Pflegepraxis geübt und trainiert werden.

In Österreich unterstützen Lehrkräfte die Schülerinnen und Schüler durch organisierte Angeleitete Praktika bei der Integration ihres gelernten Wissens in den pflegerischen Alltag. Im § 19, Abs (2) der GuK-Ausbildungsverordnung ist das Angeleitete Praktikum durch eine Lehrkraft mit mindestens 50 Stunden pro Schülerin/Schüler festgelegt. Das Angeleitete Praktikum bietet Schülerinnen und Schüler verstärkt die Möglichkeit theoretisch gelernte und im praktischen Unterricht angewendete Pflegetechniken in der realen Pflegepraxis umzusetzen. Es findet in allen klinischen Bereichen, jedoch sehr oft in der Altenpflege statt und bezieht sich häufig auf stark pflegebedürftige, demente sowie wahrnehmungseingeschränkte Menschen.

Auszubildenden steht die Gelegenheit offen diverse Inhalte der praktischen Anleitung selbst zu bestimmen, indem sie zentrale Fragen und Inhalte zum Üben vorschlagen. Sehr

häufig geht es um Tätigkeiten, die im praktischen Pflegealltag nicht zur täglichen Routine zählen. Beispielsweise lernen die Auszubildenden unterschiedliche Konzepte zur Betreuung wahrnehmungsveränderter Menschen kennen. Für die Umsetzung in der Praxis bedarf es jedoch mehr als die Anwendung von pflegerischem Handling, es verlangt auch nach sozialer Kompetenz. Um diese zu erwerben bzw. zu festigen ist es wichtig, dass die Auszubildenden Respekt vor der Würde des pflegebedürftigen Menschen und die Beachtung seiner kulturellen Aspekte und den damit verbundenen Ritualen und Gewohnheiten im pflegerischen Handeln erleben.

Nachstehendes Fallbeispiel soll die Schwierigkeit des Angeleiteten Praktikums im Rahmen der Pflege und Betreuung von alten, häufig dementen und wahrnehmungseingeschränkten Menschen und den damit verbundenen Konflikten näher beleuchten.

Fallbeispiel

Frau Bauer lebt seit sechs Jahren im Altenwohnheim. Sie hat den Eintritt ins Heim selbst gewählt, da sie sich auf ihrem alten Bauernhof nicht mehr sicher gefühlt hat. Frau Bauer war Zeit Ihres

Lebens eine schwer arbeitende Frau. Sie übernahm den Hof von ihren Zieheltern, führte ihn noch viele Jahre alleine und entschied sich in den letzten 10 Jahren die Arbeit Schritt für Schritt zu verringern. Ein Jahr vor Heimeintritt verkaufte sie ihre letzten Ziegen. (anstatt: Vor einem Jahr verkaufte sie die letzten Ziegen. Da sie sich nicht mehr zutraute alleine zu leben, verkaufte sie den Hof und zog ins Altenwohnheim. Frau Bauer fehlte nun aber eine Aufgabe und sinnvolle Beschäftigung. So half sie im Altenwohnheim freiwillig in der Küche mit. Dies bereite ihr sehr viel Freude und brachte ihr viel Belobigung ein. Lob und Anerkennung, vor allem von „höher gestellten“ Personen (Bürgermeister, Priester, etc.) waren für Frau Bauer immer sehr wichtig. Solchen Menschen konnte sie nie einen Wunsch abschlagen.

Heute ist Frau Bauer 84 Jahre alt. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich in den letzten zwei Jahren zusehends und sie musste auf die Pflegestation übersiedeln.

Für eine 2-tägige praktische Unterrichtssequenz im Rahmen des 3. Lernortes mit zwei Schülerinnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule wird uns Frau Bauer anvertraut. Sie ist zu diesem Zeitpunkt sehr traurig, zurückgezogen, schreit bei der Pflege und wehrt alles ab, hält mit aller Kraft die Bettdecke fest und ist kaum kontaktierbar. Frau Bauer kann zwar sprechen, macht dies aber nur sehr selten und sehr undeutlich.

Weiters ist Frau Bauer inkontinent, schwitzt sehr stark und neigt auf Grund einer Adipositas zu Intertrigo. Da Frau Bauer die gesamte Körperpflege verweigert überzeugen wir sie mit Unterstützung der Stationsleitung (einer Autoritätsperson) sich von uns in den nächsten beiden Tagen betreuen zu lassen.

Unser Ziel ist, Frau Bauer so zu pflegen, dass sie sich entspannen kann, sich sicher fühlt und gut gepflegt ist.

Dieses Fallbeispiel stellt sich im ersten Moment als ethisch korrekt dar. Frau Bauer kann sich nicht selbst versorgen, daraus ergibt sich für die Pflegepersonen ein klarer Handlungsauftrag, nämlich das Selbstfürsorgedefizit auszugleichen und die hierzu nötigen Tätigkeiten gänzlich zu übernehmen. Den *Pflegebedarf* lehnt Frau Bauer vehement ab. Zusätzlich kann Frau Bauer auf Grund ihrer fortgeschrittenen Demenz die Frage, ob sie der Pflege im Rah-

men der Unterrichtssequenz zustimmt, nicht beantworten. Eine Absicherung über die Einwilligung Ihres Sachwalters wurde zwar vorgenommen, es ist für uns allerdings nicht klar ersichtlich, ob Frau Bauer dies auch versteht und akzeptiert.

Daraus ergeben sich nun folgende Fragen:

Wo ist die Grenze, an welcher Frau Bauer Schaden nimmt? Wenn wir sie in ihrer Autonomie begrenzen oder wenn wir sie nicht waschen? Was bedeutet Fürsorgepflicht und wann beginnt meine Pflicht, diese Fürsorge zu übernehmen?

Wann wird Frau Bauer zum „Übungsobjekt“ im Rahmen einer Unterrichtssequenz? Gibt es ein ständiges Recht auf eine erfahrene bzw. bereits vertraute Pflegeperson?

Ist es ethisch korrekt, Frau Bauer gegen ihren Willen zu waschen? Wie stellt sich die Situation dar, wenn wir Frau Bauer durch einen Vorwand dazu überreden? Schränken wir hiermit ihre Autonomie ein? Wann beginnt Bevormundung?

Professionelle Pflege bezieht sich nicht ausschließlich auf die Anwendung von gelerntem pflegerischem Handling. EBN (evidence based nursing) basierte Pflegekonzepte und Standards sind wichtig, jedoch sollen wissenschaftlich anerkannte Konzepte nicht starr und unkritisch angewendet werden. Das im Allgemeinen Gute bedingt nicht zwangsläufig das Gute und Erstrebenswerte für den einzelnen Menschen. Mit anderen Worten: professionelle Pflege bezieht sich immer auf den Einzelfall, den konkreten Menschen. Das Wohlbefinden kann nur individuell gefördert werden und muss den ganzen Menschen einbeziehen, inklusive seinem Umfeld.

Professionelle Pflege ist gekennzeichnet durch die Vernetzung von kognitiven, psychomotorischen und affektiven Aspekten. Ein gelingendes Angeleitetes Praktikum muss allen drei Dimensionen gerecht werden. Filkins (2006) beschreibt Pflege als künstlerischen Prozess, der das Zusammenspiel von Kopf, Herz und Händen bedingt.

Kognitive Lernziele beziehen sich auf das in der Theorie erworbene Wissen, psychomotorische Lernziele dagegen



werden durch das praktische Ausführen mit den Händen eingeübt und affektive Lernziele sind auf der Gefühlsebene angesiedelt und betreffen ethische Aspekte im zwischenmenschlichen Umgang.

Pflegerisches Handeln ist eine Begegnung von Mensch zu Mensch und bedingt somit ein In-Beziehung-treten. Pflege setzt Beziehung voraus, um den Menschen in seinem ganzen Menschsein zu erreichen. Emotionalität ist ein wesentlicher Teil des Menschseins. Gefühle sind in einer zwischenmenschlichen Begegnung immer vorhanden und beeinflussen das Erleben der Beziehung und somit die Wirkung der pflegetherapeutischen Maßnahmen.

Betrachtet man Pflege ganzheitlich, so lässt sich professionelles Handeln nicht bloß auf einzelne Dimensionen reduzieren. Grundlage um Wohlbefinden zu vermitteln ist eine Beziehung auf allen Ebenen.

Pflege findet, vor allem in der Betreuung wahrnehmungsveränderter Menschen, in einer asymmetrischen Beziehung statt. Diese Asymmetrie steht in enger Verbindung zur Pflegebedürftigkeit der Patientin/des Patienten. Be-

sonders verletzlich wird ein Mensch, wenn seine Autonomie durch Demenz beeinträchtigt ist und er nicht mehr in der Lage ist, Situationen für sich im Sinne der Schadensvermeidung einzuschätzen und zum eigenen Wohl zu handeln. Zudem leistet die Institutionalisierung in einer fremden Umgebung einen weiteren gewichtigen Beitrag. Aus der Asymmetrie entsteht ein Machtverhältnis und eine große Verantwortung, deren sich Pflegende immer bewusst sein müssen, um sie auch kontrollieren zu können. Diese Kontrolle entsteht aus der Haltung der Pflegeperson. Die Haltung leitet die Begegnung und somit das pflegerische Handeln. Reflektieren Pflegende nicht regelmäßig ihre Haltung und machen sie sich nicht regelmäßig die Asymmetrie der Beziehung bewusst, in welcher der sie agieren, kann es zu einer Verstärkung der Asymmetrie kommen. Grundlage für diese Reflexion sind die moralischen Werte der Pflegeperson.

Frau Bauer als betagte Dame ist bei allen ATLs auf fremde Hilfe angewiesen. Sie ist in ihrer Autonomie durch ihre Demenz eingeschränkt, da sie die Fähigkeit, gefährdende Situationen einzuschätzen, verloren hat.

Welche Grundlagen zur Entscheidungsfindung können Pflegenden in einer solchen Situation heranziehen? Richtig verstandene Fürsorge setzt an den Bedürfnissen der betroffenen Person an. Ein erster Schritt ist eine ausführliche Biografie. Eine gute Biografiearbeit gibt Rückschlüsse darauf, was für diese Person wichtig war, welche Werte bedeutsam waren und worauf besonders geachtet wurde. Daraus lässt sich der Wille der Patientin/ des Patienten erkennen ohne den eigenen Willen hinein zu interpretieren. Dadurch wird ein Agieren aus der Sicht der Patientin, des Patienten möglich.

**Die zentrale Frage der normativen Ethik lautet:
„Was soll ich tun?“**

Der Respekt vor der Autonomie und Würde als oberstes Prinzip ist hier nur bedingt anwendbar, da Frau Bauer nicht selbstbestimmt entscheiden, ihre Wünsche nicht mehr äußern und Gefahren/Schaden nicht mehr realistisch einschätzen kann. Ein dementer, nicht (mehr) selbstbestimmter Mensch ist auf die Sorge anderer angewiesen. An dieser Stelle tritt das Fürsorgeprinzip in den Vordergrund (vgl. Rabe 2009, S. 132). Das Prinzip der Fürsorge besteht in der Verpflichtung das Wohlergehen der Patientin zu fördern und Schaden zu vermeiden.

Nun ergibt sich noch eine weitere Frage, welche in der Situation von Frau Bauer tragend ist. Wie kann man eine Patientin vor Selbstschädigung schützen ohne dabei ihre Würde zu verletzen? Hier ist ein Ausloten zwischen Autonomie und Nicht-Schaden im Vordergrund. Der Balanceakt hierin besteht aber in einem Abwägen von Fürsorglichkeit und paternalistischer Haltung. An dieser Stelle gerät das Prinzip der Autonomie mit dem Prinzip der Fürsorge in Konflikt.

Pflegerisches Handeln ist immer auch moralisches Handeln und erfordert eine hohe moralisch-ethische Kompetenz. Neue technische Hilfsmittel können Zuwendung und Sorge für pflege- und hilfsbedürftige Menschen nicht ersetzen. Je mehr die Patientin/der Patient in Abhängigkeit gerät, umso ausgeprägter wird die Asymmetrie in der Beziehung und das Ausmaß des Sorgens wächst.

Die Präambel des ICN-Ethikkodex verweist auf die Untrennbarkeit von Pflege mit würde- und respektvol-

ler Behandlung des anvertrauten Menschen. Um dieser normativen Forderung nach zu kommen, muss Würde jedem Menschen, unabhängig seiner kognitiven Leistungen, zugesprochen werden. Die alleinige Anwendung von allgemeinen ethischen Theorien und Prinzipien auf den Einzelfall stößt bei diesem Fallbeispiel sehr rasch an ihre Grenze. Vielmehr muss von der konkreten Person in ihrer besonderen Situation ausgegangen werden. Würdevolle Pflege zeigt sich in einer empathischen Interaktion mit dem auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen.

Nicht mehr das „Was“ bestimmt pflegerisches Handeln, sondern das „Wie“ ist entscheidend geworden. Bemühe ich mich darum das Wohlbefinden der konkreten pflegebedürftigen Person zu fördern oder bloß um mein Wissen und Können zu verbessern? Im zweiten Fall kann bestenfalls von Manipulation gesprochen werden.

Eine ganzheitliche Haltung durch die Verwirklichung zugrunde liegender Werte und ständiger Reflexion dieser, sowie des eigenen Handelns, ermöglicht Pflegenden, aus innerer Überzeugung gut zu handeln und eine ethisch-moralische Kompetenz zu entwickeln. Reflexion schärft die moralische Wahrnehmung und Sensibilität im Erkennen von Bedürfnissen und Interessen des pflegebedürftigen Menschen und ist getragen von der Fähigkeit sich in die Lage des Pflegebedürftigen zu versetzen (vgl. Hiemetzberger 2012, S. 59).

Im konkreten Fall greift die alleinige Orientierung an allgemeinen ethischen Normen zu kurz. In der Pflege sind Tugenden wie Höflichkeit, Achtsamkeit, Empathie, Respekt, Aufrichtigkeit, Verantwortungswürdigkeit, Mut u.a. Ausdruck des eigenen Berufsverständnisses, aber auch gesellschaftlicher Erwartungen (vgl. Hiemetzberger 2012, S. 60).

Während die Prinzipienethik allgemeine Prinzipien auf den Einzelfall anwendet, geht die Tugendethik vom konkreten Einzelfall, der oftmals sehr komplex ist, aus. Dies erfordert eine sensible Wahrnehmung und das Verstehen der besonderen Situation als Voraussetzung für das ethische Beurteilen von Handlungsoptionen und Entscheidungen. Aus der Tugendethik entwickelten sich verschiedene Ansätze einer Care-Ethik. „Care“ mit einer Vielzahl

von deutschen Übersetzungen wird vom deutschen Pflegewissenschaftler Wilfried Schnepf (1996) übersetzt mit „pflegekundiger Sorge“ und drückt sich durch den Beziehungsaspekt und der zwischenmenschlichen Nähe aus. Dennoch braucht es in einer pluralen Gesellschaft, in der keine einheitlichen Wertvorstellungen und Tugenden existieren, die Ergänzung und Orientierung an universellen Moralprinzipien wie z. B. Autonomie bzw. Menschenwürde als oberstes Prinzip.

Conradi (2001) ersetzt den Begriff der Autonomie als Begründungen für die Achtung der Würde von Menschen durch Achtsamkeit, die auf zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege und Interaktion zwischen Pflegeperson und Patientin/Patient basiert. *

Auch die Präambel des ICN-Ethikkodex verweist auf die Untrennbarkeit von Pflege mit würde- und respektvoller Behandlung des anvertrauten Menschen. Diese normative Forderung findet sich im Pflegeberuf darin, dass der individuelle Mensch in den Mittelpunkt allen pflegerischen Bemühens rückt und ständig reflektiert werden soll. Umso wichtiger wird der Erwerb einer tugendhaften Grundhaltung, denn Tugenden insgesamt beeinflussen die moralische Sensibilität und das Urteilsvermögen einer moralisch kompetenten Person. Zwar lässt sich eine pflegerische Beziehung nicht durch Normen (Regeln, Gesetze, Ethikkodizes u. a.) erzwingen, doch bieten sie einen klaren moralischen Orientierungsrahmen um einen Missbrauch der „pflegerischen Macht“ durch Misshandlung, Gewalt, Unterdrückung und ähnlichen Phänomenen Grenzen zu setzen (vgl. Hiemetzberger 2010, S. 61).

Unter den genannten Umständen erübrigt sich die Frage nach einem möglichen Recht auf die Betreuung durch eine erfahrende Pflegeperson. Das vorweisbare Wissen und Können tritt in den Hintergrund, wenn die Handlung mit der Haltung übereinstimmt. Das bedeutet, dass

* Conradi (2003, S. 32) beschreibt Care als „[...] eine Praxis der Zuwendung, Achtsamkeit und Bezogenheit, die durch die daran Beteiligten gemeinsam gestaltet wird. Gemeint ist ein weiter Bereich, der von Selbstsorge über kleine Gesten der Aufmerksamkeit, pflegende und versorgende menschliche Interaktionen bis hin zu kollektiven Aktivitäten reicht.“

der Respekt vor der Würde des pflegebedürftigen Menschen und die Beachtung seiner kulturellen Aspekte und den damit verbundenen Rituale und Gewohnheiten das pflegerische Handeln leitet. Nicht allein das fachlich richtige Ausführen von Pflegehandlungen macht gute Pflege aus. Vielmehr ist das Wohlbefinden des Patienten abhängig von der Haltung der ausführenden Pflegeperson, welches sich in der Begegnung mit dem zu betreuenden Menschen manifestiert. Erst das Zusammenspiel von pflegerischer Fachkompetenz und einer moralisch-ethischen Kompetenz gestalten einen gelingenden Pflege- und Beziehungsprozess, der in der individuellen Situation immer wieder neu gefunden werden muss. Wohlbefinden kann sich erst durch eine vertrauensvolle Interaktion entfalten. Dabei bedarf es manchmal auch der Kunst in der Pflege, um in der aktuellen Situation die eigene Kreativität zu nützen.

Gemäß der Biografie kann es im vorliegenden Fall der Stationschwester aufgrund ihres hierarchischen Status gelingen, einen Zugang zu Frau Bauer zu finden.

Conclusio

Den Expertenstatus erlangt eine Pflegeperson nur, in dem sie Erfahrungen sammelt und sich selbst ständig reflektiert und Fremdrelexion zulässt und annimmt – ein Prozess, welcher immer wieder neu eingeübt werden muss. Dies zu fördern ist ein wesentlicher pädagogischer Auftrag der Lehrperson im Rahmen des Angeleiteten Praktikums. Der Grundstein für den Erwerb einer ethisch-moralischen Kompetenz muss bereits in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson gelegt werden, um eine adäquate Pflegequalität zu gewährleisten.

An dieser Stelle ist zu bedenken, dass das Angeleitete Praktikum einen minimalen Anteil der tatsächlichen Praktikumsstunden umfasst. Die Lehrperson geht, der Auszubildende bleibt. Umso wichtiger ist es, dass das Angeleitete Praktikum den realen Bedingungen im jeweiligen Praktikum angepasst ist, denn es ist nicht als eine Verlängerung des praktischen Unterrichts an der Schule gedacht. Werte die in einem Umfeld nicht gelebt werden, können den Schülerinnen und Schülern auch keine Orientierung geben. Führungskräfte prägen das Stationsklima maßgeblich und es obliegt der Stationsleitung, Möglichkeiten für ethi-

sche Diskussionen bei schwierigen Fällen und Dilemmasituationen bereit zu stellen. Damit sind nicht die kleinen Pausen zwischendurch gemeint, sondern die bewusste gemeinsame Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, die sich im Pflegealltag inner- und interdisziplinär auf tun und sich nicht zwischen „Tür und Angel“ abhandeln lassen.

llerdings verlangt ein gelingender Diskurs nach einer flachen Hierarchie und einer symmetrischen Kommunikationskultur um dem Prozess demokratischer Entscheidungen entlang der aristotelischen Frage: „Wie sollen und wollen wir unser Leben (unseren Arbeitsalltag, Anm. der Autorinnen) miteinander gestalten?“ eine Grundlage zu bieten (vgl. Heller/Krobath 2010, S. 58f).

Darüber hinaus können Fort- und Weiterbildungsangebote die eigene Reflexion und die Sensibilität für ethische Fragen fördern und somit den Mut, diese im Team zu thematisieren, stärken. Dies alles geschieht mit dem Ziel die eigene Urteilsbildung und jene der Mitarbeiter zu fördern. Die Bereitschaft zur eigenen Reflexion und die Identifikation mit gemeinsamen Werten (Leitbilder), Regeln und Ritualen können das Organisationsklima positiv beeinflussen und somit einen optimalen Lernort anbieten.



Barbara Rupprecht, MSc, DGKS, akad. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgem. GuKP Neunkirchen, Niederösterreich; Direktorin Pflege- und Heimhilfelehrgänge am WIFI Eisenstadt, Kursleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege. Vgl. ICN-Ethikkodex; 2006



Martina Hiemetzberger, Mag.a, DGKS, akad. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege am SZO-Donauspital, IDS Pflegewissenschaft und Universitätslehrgang Ethik (Universität Wien), Lehrbeauftragte, Fachbuchautorin, Doktorandin am IFF Wien.

Literatur

Ausbildungsverordnung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege; GuK-AV BGBl. II Nr. 179/1999 u. 296/2010

Conradi, Elisabeth (2001):
Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus.

Conradi, Elisabeth (2003):
Vom Besonderen zum Allgemeinen – Zuwendung in der Pflege als Ausgangspunkt einer Ethik.
In: Wiesemann, Claudia/Erchsen, Norbert/Behrendt, Heidrun/Biller-Adorno, Nikola/Frewer, Andreas (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 30–46.

Filkins, J. :
Die Kunst der Pflege. Vortrag der Fachtagung Pflegemanagement. Wien: 7. November 2006.

Heller, Andreas/Krobath, Thomas (2010):
Organisationsethik – eine kleine Epistemologie.
In: Krobath, Thomas/Heller, Andreas (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 43–70.

Hiemetzberger, Martina (2012):
Ethik in der Pflege.
Wien: Facultas

ICN Ethikcodex für Pflegenden
(ICN = International Council of Nurses) (2001), Bern; SBK-ASI.

Rabe, Marianne (2009):
Ethik in der Pflegeausbildung.
Beiträge zur Theorie und Didaktik
Bern: Huber.

Schnepp, Wilfried (1996):
Pflegekundige Sorge.
In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hg.): Pflege und Gesellschaft. Duisburg.

Schwerdet, Ruth (1998):
Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber.
Bern u.a.: Hans Huber Verlag.