

Philosophische Aspekte der Ethik in der Pflege Frühgeborener

Von Christa Stelzl



Im frühen 20. Jh. bedeutete ethisches Verhalten in der Pflege hauptsächlich das Befolgen der Regeln der Etikette sowie die Ausführung der vorgeschriebenen Aufgaben und Pflichten. (Fölsch D. ⁽¹⁾) Krankenpflege entwickelte sich erst zu einer eigenständigen Profession, mit zunehmendem Bewusstsein für die damit dazugehörige Verantwortung und dem Ziel qualitativer Leistungen.

Ethik und Qualität in der Pflegepraxis sind zwei eng ineinandergreifende Prinzipien. Nachfolgend werden diese im Zusammenhang mit Frühgeborenen diskutiert.

Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen, ein zentrales Lebensthema der Menschen. Was bedeutet dieses Lebensthema jedoch für ein Kind, das bereits in der 34 SSW oder gar schon in der 23. SSW geboren wird? Als Frühgeborenes bezeichnet man Kinder, die vor der 37 SSW geboren werden mit weniger als 2000g GG, Kinder die vor der 32 SSW geboren werden und weniger als 1500g GG haben werden als sehr kleines Frühgeborenes bezeichnet und Kinder die weniger als 1000g GG haben und bis zur 24 SSW geboren werden bezeichnet man als extrem kleines Frühgeborenes. Während ein Kind im Normalfall 40 SSW Zeit hat zu wach-

sen und zu reifen, die Mutter Zeit hat sich auf das neue Familienmitglied einzustellen und dem Kind in Folge unter anderem Sicherheit vermitteln kann, gestaltet sich die Entbindungssituation bei einem FGB anders: Wie stimmig ist hier das Lebensthema „Sicherheit erleben – Vertrauen aufbauen“? Könnten hier mehrere Lebensthemen zur tragen kommen? Zum rechtlichen Aspekt der Erstversorgung eines Frühgeborenen beschreibt Morris ⁽²⁾:

*„Grundsätzlich ist zu sagen, dass menschliches Leben von Seiten der europäischen und österreichischen Rechtsordnung her, **unabhängig von der jeweiligen Lebensqualität** das höchste aller zu schützenden Rechtsgüter darstellt und unbedingt zu respektieren ist.“*

⁽¹⁾ Fölsch, D. (2008): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Facultas Verlags- und Buchhandels AG

⁽²⁾ Morris, N. (2013): Ethik in der Erstversorgung eines Frühgeborenen, Hausinterne Fortbildung

„Dieses **Lebensrecht** wird mit Beginn der Geburt von seitens des Rechtssystems zuerkannt und wirksam, und stützt sich auf die jeden menschlichen Geschöpf innewohnende Würde und Einmaligkeit unabhängig von seiner Fähigkeit das /sein **Menschsein** entfalten zu können.“

Die Basale Stimulation orientiert sich an den elementare Grundbedürfnissen des Menschen (3 Säulen der Basalen Stimulation): Bewegung, Wahrnehmung und Kommunikation. Doch wie können diese Grundbedürfnisse bei Frühgeborenen befriedigt werden?

Für ein zu früh geborenes Kind bedeutet **Bewegung**: Darf/kann es sich bewegen? Praenatal befindet sich ein Fötus in seinem Urelement, erfährt sich im Fruchtwasser durch Bewegung. Postnatal muss das Kind sich bewegen lassen und zwar im Rahmen der Pflege bzw. mit einem gezielten Wahrnehmungsangebot. Bewegt werden setzt berührt werden voraus (somatische Wahrnehmung).

Wahrnehmung: das Kind nimmt sich mit seinen schon früh angelegten Sinnen in seiner Ganzheit wahr. Dazu kommt jetzt die Berührung – eine neue Erfahrung, herbeigeführt durch Außenstehende. Berührung (Berührungsqualität) ist nicht nur ein Teil der *somatischen Wahrnehmung*, sondern auch eine Form der Kommunikation.

In der **Kommunikation** mit Frühgeborenen geht es um die Fragen: Wie gestalte ich diese, gebe ich nur Input, oder gelingt mir ein Dialog? „Höre“ und verstehe *ich* das, was das Kind „sagt“? So wie die 3 Säulen der Basalen Stimulation einander bedingen, so gehen auch die Wahrnehmungsbereiche ineinander über.

Somatische Wahrnehmungsangebote:

Auch bei den Kindern beginnt Kommunikation mit der Begrüßung: **IB**, ein wichtiger Impuls vor dem Beginn und am Ende einer Aktivität. Die Umgebungsgestaltung orientiert sich an seiner Biografie: Jeder Fötus entwickelt sich in einer, für alle gleichen Umgebung, unter gleichen Bedingungen. Daher wird den Kindern in Bezug darauf auch eine Begrenzung – ein „Nesterl“ angeboten. Wo in der Erwachsenenpflege mit Decken und Pölster gearbeitet wird, da reicht im Falle eines Fgb eine (kleine) Windel. Bei den extremen Fgb wird überhaupt nur ein Vlies über eine Rolle aus Watte gehüllt. Ein besonderes Augenmerk soll auf die symmetrische Gestaltung des Nesterls gelegt werden. Nicht nur wegen der Optik, sondern um dem Kind am ganzen Körper gleichmäßig verteilt eine Spürinformation zukommen zu lassen. Sicherheit wird vermittelt, die Außenwelt wird nahe gebracht.

Je kleiner die Kinder sind (23 -24. SSW) desto empfindlicher und unreifer ist die Haut – eine Situation wie wir sie auch bei sehr alten Menschen beobachten können. Dies hat zur Folge, dass ein austreichen der Extremitäten oder gar des gesamten Körpers tatsächlich nicht Mittel der Wahl ist um das Körperbild zu festigen. So alltägliche Handlungen wie das Erneuern der Begrenzung erfordern bedachtes Vorgehen. Auf Grund der Unreife der Wärmeregulation des Kindes kann es sich nicht selbst erwärmen, bzw. seine Körpertemperatur halten – Wärme wird an die Umgebung abgegeben! Auch das zudecken, „einkuscheln“ mit einem Deckchen (Windel) hilft in dieser Situation nicht, da dadurch die erwärmte, bis auf 80% angefeuchtete Luft nicht zum Kind kommen kann. Die Verwendung von kontrolliert vorgewärmten Materialien soll eine *Selbstverständlichkeit* sein. Der Uterus, in seiner Funktion als Begrenzung, reagiert auf Bewegungsimpulse, geht aber wieder in seine Ursprungsform zurück. Deshalb ist auch auf die Stabilität des Nesterls zu achten, denn sonst gehen hier leicht die Grenzen verloren!

So wie die *somatische* ist auch die *vestibuläre Wahrnehmung* eine grundlegende Erfahrung die ein Kind bereits praenatal erlebt. Aber:

- Wie gezielt, als selbstständiges Angebot, werden vestibuläre Übungen durchgeführt?
- Und wieder die Frage: Dem Kind angepasst und nachvollziehbar?
- In meinem Rhythmus oder in seinem?
- Wie wenig reicht, wie viel ist zuviel?

Auch hier gilt der Leitsatz: Hole den Menschen dort ab wo er steht. Das bedeutendste Beispiel dafür ist für mich das **Känguruing** – eine Variante bei der an das Urvertrauen angeknüpft wird. Hierbei können Informationen aus allen drei Wahrnehmungsbereichen vermittelt werden. Eine unterstützende Maßnahme vor allem bei Kindern die noch ein etwas unregelmäßiges Atemmuster und dadurch bedingt Sättigungsschwankungen zeigen. Das, nur mit der Windelhose bekleidete Kind, wird der Mutter auf den freien Oberkörper gelegt (Haut auf Haut- somatische WN).

Durch die regelmäßige Atmung der Mutter erhält das Baby eine stimulierende vestibuläre Information. Positionsbedingt liegt das Kind in Herzhöhe der Mutter. Gemeinsam mit ihrer Sprache erfährt es dadurch auch eine vibratorische Stimulation. Känguruen ist natürlich auch ein Thema für Väter, wird von diesen auch sehr gerne und mit Stolz angenommen. Hier besteht die Möglichkeit einer besonderen somatischen Wahrnehmung durch die manchmal recht zahlreichen Brusthaare.

Da die Kinder beim Känguruen oft noch an die CPAP- Beatmung angeschlossen sind, soll das Umbetten vom Inkubator auf den Oberkörper der Mutter gut organisiert werden. Ziel ist, das Känguruen für alle Teilnehmer als Event zu gestalten, die gesundheitliche Stabilisierung des Kindes zu unterstützen und die Mutter-Kind-Beziehung zu fördern und zu festigen. **Känguruen ist auch für mich als PP ein pos. Erlebnis, meistens – jedoch nicht immer:**

Fallbeispiel:

FGB 33+, Nasen-CPAP, ich biete der Mutter an, dass sie am NM in meinem SD wieder känguruen kann, sie freut sich

sehr darauf, ein Paravent wird aufgestellt um eine intime Atmosphäre zu ermöglichen, beide liegen entspannt. Der diensthabende OA sieht dies, nimmt mich zur Seite und sagt mir, dass er das eigentlich nicht wollte, aber, na ja...nicht verbalisiert, aber für mich zwischen den Zeilen „hörbar“: dir als „alte“, erfahrene Schwester traue ich es zu. (Wäre er bei einer jüngeren kritischer gewesen?) Das Bedürfnis des Kindes bleibt aber dasselbe).

Diese Situation bedeutet für mich: ca. 2 Std. immer „auf Sprung“ zu sein, häufiger nach Mutter und Kind zu schauen, Monitorwerte mit Argusaugen zu beobachten. Und immer wieder die Überlegung:

- Wie nimmt das Kind diese Situation an?
- Ist es belastend, oder doch förderlich?
- Habe ich die Situation nicht richtig eingeschätzt?
- Wollte ich zeigen wie toll ich bin, schließlich habe ich eine Ausbildung dafür?
- Soll ich den Kleinen früher in den Inkubator zurücklegen, oder die Sache durchziehen?

Dann, endlich, nach der mit der Mutter abgesprochenen Zeit kommt das Kind in den Inkubator zurück, Pflege wird minimiert um Zeit zu geben das Erlebte zu festigen, nachwirken zu lassen. Genaue Dokumentation über den AZ erfolgt. (Das Kind war anschließend stabil, auch in den folgenden Tagen keine Besonderheiten). Für mich eine belastende Situation, für Mutter und Kind ein schöner Nachmittag – am *Muttertag*.

Meine Menschenbild, mein Pflegeverständnis – Bedeutung für die Praxis:

Aus der Sicht der Pflegeethik macht es einen Unterschied zu wissen was richtig ist und wie man handelt. Persönlichkeit und Rahmenbedingungen spielen eine wesentliche Rolle.

Es gehört oft Mut, aber auch Hintergrundwissen dazu, festgefahrene Hierarchien und Strukturen zu durchbrechen. Die Gestaltung der Angebote bei Kindern an der unteren Lebensgrenze von 23 SSW ist eine sehr sensible Aufgabe. Und gerade hier ergeben sich für mich immer wieder Gewissensfragen:

- Wie gestalte ich mein Angebot so, dass es für das Kind nachvollziehbar, akzeptabel und förderlich ist?
- Interpretiere ich auf Grund meiner subjektiven Wahrnehmung etwas was ist – oder wie es sein sollte? Erkenne ich das für das Kind stimmige Lebensthema?
- Wie prägend ist die Wirkung meiner nachfolgenden Handlungen für die spätere Entwicklung des Kindes?
- Erkenne ich *seine* Ressourcen?

Von unserer Entwicklungsambulanz⁽³⁾ wurden mir folgende Daten zur Verfügung gestellt:

- Altersgemäße Entwicklung (n=25): 37%
- Leichter Entwicklungsrückstand (n=25): 40%
- Schwerer Entwicklungsrückstand (n=16): 23%

Es wurden im Rahmen der nachfolgenden Kontrollen gehäuft Fälle von ADHS, Autismus und sogar Schizophrenie beobachtet.

Eine eigene Beobachtung im Bekanntenkreis:

Mädchen GG >500g (jetzt 16J) und Mädchen GG 350g (jetzt 4J). Beide zeigen eine gewisse Distanzlosigkeit, Aufdringlichkeit, haben eine geringere Hemmschwelle. (Wird Sicherheit gesucht, jedem vertraut?) Ist das auf ihre frühkindlichen Erfahrungen zurückzuführen? Sie müssen sich von so vielen, verschiedenen Menschen angreifen lassen (= **unterschiedliche Berührungsqualitäten**), erleben negative Situationen wie Schmerzen durch Venenpunktionen etc. (**emotionale Prägung**).

Die Kinder haben viele „Mütter“.

Und die Hauptbezugsperson, die tatsächliche Mutter, kann nur stundenweise kommen. Sie wird anfangs von der Pflege distanziert (Intensivtherapie), distanziert sich auch selbst, hat noch nicht realisiert dass dies ihr Kind ist, hat Angst sich einzulassen, auf etwas was ev. bald endet,

kann ihre geänderte Position (Rolle) als Mutter noch nicht leben. Erst allmählich, mit zunehmend stabilerem AZ wird sie umfassender in die Betreuung ihres Kindes involviert, findet ihren Platz als Mutter. Sie kann fürsorglich sein – *für das Kind sorgen*, ein Element, welches auch zur Grundhaltung in der Pflege zählt.

Wenn uns auch sonst häufig Grenzen gesetzt werden in Bezug auf das gezielte anbringen von Angeboten, so gibt es doch eine Möglichkeit einem Kind ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Es spürt sich selbst und zwar durch das regelmäßige anbieten einer oralen Stimulation in Form einer **Geschmacksinformation**, in der Zeit, in der die Nahrung über die Sonde verabreicht wird. Schon sehr früh in der Entwicklungsphase ist ein Fötus in der Lage zu schlucken und damit auch zu schmecken. Die Durchführung dieser Maßnahme gestaltet sich bei den Kleinsten besonders sensibel. Natürlich muss das Medium zur Geschmacksinformation der Größe des kindlichen Mundes angepasst sein. Denn gerade sie haben bereits viele irritierende Erfahrungen im oralen Bereich gemacht: Intubation, danach liegender oraler Tubus, orale MS, (vollständiger Mundschluss ist nicht möglich, wirkt sich negativ auf die Nackenmuskulatur und damit auf die gesamte Körperspannung aus), häufiges Absaugen.

Und dennoch ist das Erfahrbare machen des so sensiblen Mundbereiches oft das einzige Angebot welches ich auch bei einem schwerstkranken Kind von der Mutter durchführen lassen kann. Es ermöglicht ihr einen Bezug zu ihrem Kind aufzubauen,

(3) Ch. Rotky-Fast, Neonatologische Nachsorgeambulanz Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz. Statistik 2006 – 2010, Langzeit - Outcome (korr. 2 Jahre), Frühgeborene <27. SSW, Überlebende: n=68, regelm. Follow-up

sich als Mutter und „Ernährerin“ zu fühlen. Mundpflege als orale Stimulation sehe ich auch als ein Angebot im Rahmen der Sterbebegleitung. Wenn Berührung zur Belastung wird, greife ich auf diese Sinneswahrnehmung zurück. Damit biete ich die Möglichkeit das eigene Leben–sich selbst zu spüren. Dass Basale Stimulation nicht nur ein Thema der Pflege ist, sondern auch im alltäglichen Leben immer wieder vorkommt, zeigt mir das Gedicht welches meine Enkelin aus der Grundschule mit nach Hause gebracht hat:

*Ich bin ich–und du bist du,
wenn ich rede–hörst du zu
wenn du sprichst–bin ich still,
Wenn du fällst–helf ich dir auf,
und du fängst mich, wenn ich lauf.*

*wenn du kickst–steh ich im Tor,
pfeif ich Angriff–schießt du vor,
spielst du pong–dann spiel ich ping,
und du trommelst wenn ich sing.*

*Allein kann keiner diese Sachen,
zusammen können wir viel machen.*

*Ich mit dir und du mit mir–das sind wir.
**Wenn du sprichst bin ich still,
weil ich dich verstehen will.***

Wenn ich die Sprache der Früh- und Neugeborenen verstehen will, heißt es wirklich: Still sein und *spüren, fühlen*. Das Wohl unserer Kinder und Eltern steht im Mittelpunkt unserer pflegerischer Handlungen. So wichtig und logisch notwendig die Handhabung aller technischer Geräte auf einer Intensivstation ist, genauso wichtig ist bei der Ausführung unserer Tätigkeit die verpflichtende, grundlegende Aneignung von Wissen über den Entwicklungsstand des Kindes. Dies und die Erstellung eines Pflegeprozesses im Sinne der Basalen Stimulation, speziell auf die Bedürfnisse des kleinen Menschen abgestimmt, sollten hilfreich und förderlich für den so frühen Start ins Leben sein. Damit sie sich so positiv entwickeln können wie ein ehem. Frühchen meiner Station. 🌍



DKKS Christa Stelzl ist diplomierte Kinderkranken- und Säuglingschwester, Schwerpunkt Frühgeborenen Intensivpflege, Praxisbegleiterin für Basale Stimulation in der Pflege

christa.stelzl@gmx.at