

Jörg Lorenz
Krankenpfleger und Lehrer für Pflegeberufe,
Geschäftsführer des ambulanten Pflegedienstes
„PflegeImpulse:

„Ethische Herausforderungen in der ambulanten Pflege“

Vortrag, gehalten am Fachtag „Ethische
Entscheidungen in der Pflege und Versorgung alter
und kranker Menschen“ am 16.11.2007,
Haus der Wissenschaft Bremen



Valentine Godé-Darel auf dem Sterbebett,
von Ferdinand Hodler

Sehr geehrte Damen und Herren,
in erster Linie bin ich ein Praktiker, daher werden meine Ausführungen
in meinem Vortrag zum Thema:

„Ethische Herausforderungen in der ambulanten Pflege“

einen starken Praxisbezug haben.

Ich möchte ich Sie zunächst zu einem Patientenbesuch einladen, der Ihnen die Problematik einsamer Entscheidungen vor Augen führen soll. Unter einer einsamen Entscheidung verstehe ich Entscheidungen, die unter Ausschluss eines geeigneten Kreises an Persönlichkeiten getroffen werden, die massiv die zu beleuchtenden Gesichtspunkte des ethischen Handelns außer Kraft setzen und in den Auswirkungen mindestens zu erheblichen Irritationen, aber auch zu Gewalt und Missachtung des freien Willens führen können.

Bevor ich Ihnen von diesen Beispielen berichte, möchte ich einen Gedanken des dänischen Philosophen Løgstrup voranstellen, den auch der Norweger Stein Husebø in seinem sehr zu empfehlenden Buch „Leben lohnt sich Immer“ erwähnt hat.

„Niemand hat mit einem anderen Menschen zu tun, ohne ein Stück von dessen Leben in der Hand zu halten. Es kann etwas ganz Kleines sein, eine vorübergehende Stimmung, eine Wahrnehmung, die in sich zusammenfällt oder aufblüht, aber es kann auch etwas Großes sein, und es liegt in der Hand des Einzelnen, ob das Leben des Anderen gelingt oder nicht.“

Der Fall über den ich berichten möchte liegt schon viele Jahre zurück. Es war eigentlich ein sehr schöner Sommertag. Die Arbeit an diesem besagten Vormittag war überschaubar. Ich fasste den spontanen Entschluss, eine seit Wochen im Krankenhaus liegende Patientin zu besuchen, die vielen Mitarbeiterinnen sehr am Herzen lag, da sie schon über längere Zeit zuvor von uns versorgt wurde.

Die Patientin um die es ging war über 80 Jahre alt. Nach einer sehr positiv verlaufenden Darmresektion aufgrund einer Tumorerkrankung wurde der Patientin ein vorübergehender Anus praeter angelegt. Die Freude über die Nachricht, dass der künstliche Darmausgang nach einigen Monaten dann zurückverlegt werden konnte, war sehr groß, da sie eine Mensch war, die in jeder Hinsicht auf ihr äußeres Erscheinungsbild sehr viel Wert gelegt hatte. In einer relativ guten

körperlichen Verfassung ging sie ins Krankenhaus um die Anus-*praeter*-Rückverlegung an sich vornehmen zu lassen. Das Fatale und Unvorhersehbare im Verlauf war nun, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt, aber noch im Krankenhaus, an einem nicht mehr zu beobachteten Zeitpunkt in der Nacht, einen Atemstillstand hatte. Die sehr spät eingeleitete Reanimation, die keiner Person zum Vorwurf gemacht werden konnte, zog einen schweren hypoxischen Hirnschaden nach sich. Nach diesem Ereignis befand sich die Patientin in einem Zustand des Wachkomas. Die Verwandten hatten diese Nachricht nach einigen Tagen zumindest soweit verarbeitet, dass durch sie die nötigen Vorbereitungen hinsichtlich der Hilfsmittel und Planung des professionellen Hilfeumfangs nach der Entlassung eingeleitet wurden. In dieser Phase betrat ich ohne Ankündigung meines Besuches das Zimmer der Patientin im Krankenhaus und traf dort am Fußende sitzend eine weinenden Tochter und Schwester der Patientin an. Auf meine Frage, was sie so heftig weinen ließ, antworteten sie mir, dass eine Ärztin beschlossen hätte, dass die Mutter / Schwester keine Ernährung mehr erhalten und nur noch Wasser und Mineralien zugeführt bekommen soll.

Ich weiß nicht, was Sie in einer solchen Situation denken und tun würden. Ich dachte zunächst, eine einsamere Entscheidung kann es nicht mehr geben. So geht es nicht. Ich hoffte sehr, eine Kollegin im Dienstzimmer zu finden, die die von mir ruhig vorgetragene Geschichte und meine Irritation darüber nachvollziehen konnte. Dem war dann Gott sei Dank so. Den Verwandten und mir reichte es zunächst, eine Art Verbündete zu haben, die diese Entscheidung zumindest im Rahmen des gesamten Stationsteams kritisch würdigen wollte.

Eine maßgebliche Intervention zum stoppen dieses Vorhabens übernahm dann die Hausärztin der Patientin.

Die Maßnahme wurde abgebrochen, die Patientin nach Hause entlassen und es begann ein längerer Prozess des Überlegens und Abwägens bei mehreren Verwandten, das waren Geschwister, Kinder und Enkel. Die Beteiligung der Hausärztin und Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes waren von ebenso großer Bedeutung bei der Frage, was jetzt zu tun sei. Dass nach ca. drei Wochen das Ergebnis sich mit dem einsamen Entschluss einer nicht mit der Biographie vertrauten Person faktisch glich, war in sofern verständlich, da die Familie nach vielen Gesprächen zu der Überzeugung gekommen ist, dass dies dem mutmaßlichen Willen mit hoher Wahrscheinlichkeit eher entsprechen

würde, als ein Leben, das nur durch eine künstliche Ernährung aufrecht zu erhalten wäre.

Und immer wieder zeigt sich bei ähnlichen Entscheidungen, dass das offene Gespräch, mit interdisziplinärer Beteiligung und dem ernsthaften Willen, den mutmaßlichen Willen der Hauptperson zu erkunden, durch nichts zu ersetzen ist, wenn die Integrität aller Beteiligten erhalten und geschützt bleiben soll.

Dieses Beispiel kann theoretisch für den stationären, sowie für den ambulanten Bereich gelten, mit dem Unterschied, dass durch den engeren Kontakt zu den Angehörigen im ambulanten Sektor die ethische Problematik, in diesem Fall das Einstellen der Ernährung, unter Umständen in der Kommunikation mit den Angehörigen eine größere Intensität erfährt und gewissermaßen eine Lösung erzwingt. Im ambulanten Bereich erleben wir wahrscheinlich aber auch eine vergleichbare Situation dann, wenn Angehörige und Freunde nicht vorhanden oder erreichbar sind und sich eine akute krankheitsbedingte Krise ereignet, in der wir zunächst alleine handeln müssen .

Ich möchte mit zwei kurz dargestellten Fällen aus einer ambulanten Krisensituation die Darstellung von Beispielen beenden, die die Brisanz der Machteinschränkung bzw. den Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen darstellen kann.

In dem einen Fall handelte es sich um eine schwerstkranke bettlägerige MS-Patientin in der Pflegestufe drei. Der Ehemann war uns zwar überwiegend recht wohlgesonnen, aber von nicht zu unterschätzender Aggressivität, die bis zu einem gewissen Tage nur verbal erlebt und körperlich vermutet wurde. Seine Ehefrau wich in Gesprächen unter vier Augen diesbezüglichen Fragen von uns aus und verharmloste die Situation der vergangenen Zeit. Darüber hinaus wurden die Frustrationsgrenzen aller Mitarbeiterinnen durch eine extreme Sparsamkeit und einen Sauberkeitswahn des Ehemannes auf die Probe gestellt, bis eines Tages eine Mitarbeiterin nach der Versorgung im Büro erschien und von uns eine Unterstützung zur sofortige Intervention zum Schutz der Patientin forderte. Zugetragen hatte sich folgendes. Der Ehemann hatte, kurz bevor wir die Morgenversorgung übernehmen wollten, seine nicht gerade leichte Ehefrau allein zum baden in die Wanne getragen. Da sie in der Wanne während des Badens unkontrolliert abgeführt hatte, zog er sie an den Händen über den Wannrand aus der Wanne und schleifte sie durch die Wohnung zum Bett, weil er so wütend war. Anhand der Schleifspuren und des

Zustandes und der Aussage der Patientin, war der Vorfall eindeutig. Mit Unterstützung des Amtes für Soz. Dienste und der Zustimmung der Patientin haben wir sie kurze Zeit später in einem Heim unterbringen können. Besuche von Mitarbeiterinnen bei der ehemaligen Patientin in dem Heim und weitere Telefonate ließen keinen Zweifel mehr zu, dass diese Entscheidung eine richtige war.

Eine gewissermaßen umgekehrte Situation schildert der letzte Fall. Eine ältere Patientin, die über lange Zeit eine Patientin unserer Einrichtung war, spürte deutlich, dass sie bald sterben würde. Ihr physischer Verfall war entsprechend, wobei sie geistig völlig klar war. Ihre Stimme war leise und die Antworten kamen verzögert aber immer adäquat. Wir vermuteten, dass die sonst nicht involvierten Angehörigen jetzt befürchteten, von uns zur Mithilfe aufgefordert zu werden.

Auch hier kam eine Mitarbeiterin mittags ins Büro und berichtete, dass diese Patientin, initiiert durch Angehörige, gegen ihren Willen in einem Pflegeheim untergebracht werden sollte. Dem hinzugezogenen und sehr engagierten Sozialarbeiter vom Amt für Soz. Dienste machte sie unmissverständlich deutlich, dass sie in ihrer Wohnung sterben möchte. Den Verwandten und dem Heim, in dem sie angekündigt war, konnte noch deutlich gemacht werden, dass eine Unterbringung gegen den Willen der Person ausgeschlossen ist. Sie starb wenige Tage später zufrieden in ihrer Wohnung mit Aussicht auf ihren Kastanienbaum, wie sie es wollte.

Über Ereignisse, bei denen die Ergebnisse deutlich unklarer blieben, oder auch das Gefühl der Frustration vorherrschte, könnte natürlich auch berichtet werden. Nie aber würde ich sagen, dass die Bemühungen zur Verbesserung einer schwierigen Situation, auch um die scheinbar hoffnungslosen Fälle, sich nicht gelohnt hätte oder überflüssig war, weil die gedanklichen Auseinandersetzungen für alle Beteiligten eine Hilfe für die Zukunft sind, da die bewusste Arbeit an Klärungsprozessen Erfahrungen hinterlassen, auch wenn das Hauptproblem ungelöst bleibt. Es ist gewissermaßen auch seelisch reinigend.

Bezogen auf das erste Beispiel und die Arbeit, die zu einer Entscheidung führte, kann ich rückblickend sagen, dass wir großes Glück in der Personenkonstellation hatten. Ich empfand die Gespräche, bei denen die Verwandten, die Hausärztin und die Bezugspflegerin beteiligt waren, als sehr ernsthaft. Für zukünftige Fallbesprechungen würde ich mir aber einen externen Moderator wünschen, da die

Systematik in der **Bestimmung des ethischen Problems**, die **Analyse der Gesamtsituation**, die **Bewertung der Argumente** und eine **Beschlussfassung** aufgrund seiner Außenansicht und Erfahrung eine größere Professionalität in der Beurteilung und einer ausreichenden Bearbeitung dieser vier Phasen sichern kann.

In dem zweiten und dritten Fall ist die Dringlichkeit der Situation derart überraschend gewesen, dass rückblickend gesagt werden kann, dass es ein großes Glück war, dass so schnelle und engagierte Hilfen durch den Sozialdienst möglich wurden. Gerade hier sehe ich die Hinzuziehung einer externen Person schon aus rein juristischen Gründen für zwingend an.

In der Broschüre „Die ethische Fallbesprechung“ die vom Senator für Soziales, Referat Ältere Menschen herausgegeben worden ist, heißt es, dass niemand erst Philosophie studiert haben muss, um verantwortlich zu handeln oder praktische ethische Probleme zu lösen. Wichtig ist:

- Sich das Problem bewusst zu machen
- Sich nach kompetenter Hilfe umschaun
- Und mit anderen darüber reden

Einrichtungen müssen mit den ethischen Problemen des normalen Alltags allein zurecht kommen. Hier sind wir alle noch Übende.

Ausgewachsene Probleme, aber auch jedes Problem, bei dem deutlich wird, dass wir es nicht mit unseren eigenen Ressourcen lösen können, schreien nach Hilfe von außen. Unter Umständen kann dies der vorhandene Supervisor der Einrichtung sein, wenn er sich mit der Methode auskennt und er es sich zutraut. Beratend stehen sicherlich aber auch die Autoren der genannten Broschüre zur Verfügung.

Ich bin davon überzeugt, dass wir eine große Anzahl ethischer Probleme gar nicht bearbeiten, weil wir sie nicht erkennen, weil wir sie vielleicht zu lapidar einstufen, oder weil uns aus Mangel an Zeit mit ihnen nicht beschäftigen können oder wollen.

Wir können ethische Probleme aber besser erkennen, wenn wir uns mit ihnen auseinandersetzen, und dann werden viele auch nicht mehr lapidar erscheinen, nur der Raum, den wir hierzu benötigen, muss jede Einrichtung, jede Abteilung, jeder Wohnbereich und jede Mitarbeiterin selbst schaffen.

Moralisches Handeln setzt Sensibilität für ethische Konfliktsituation voraus, setzt Wissen, Erfahrung und Entscheidungsmöglichkeiten voraus. Die Frage „was soll ich tun“ lässt sich nur dann beantworten und stellt sich auch nur dann, wenn Handlungsalternativen bekannt sind,

Dilemmata als solche wahrgenommen werden und Handlungsspielräume existieren. Reflektierte Berufserfahrung setzt Selbstreflexion und die Fähigkeit zur Empathie voraus. Ein nicht geringer Anteil von Pflegenden im ambulanten Bereich sind nicht oder nur ungenügend in einem pflegerischen Beruf ausgebildet. Dies bedingt in der Regel eine nur ungenügende Motivation zur Reflexion der ausgeübten Tätigkeit. Auch wenn Dienst- und Fallbesprechungen durchgeführt werden, haben diese i.d.R. einen zu geringen Selbstbezug. Die ambulante Pflege ist eine äußerst individualisierte Arbeit, bei der Anstöße zu Diskursen um die Frage der richtigen Handlung überwiegend in der Häuslichkeit des pflegebedürftigen Menschen gegeben werden, deren Konflikte häufig im privaten Rahmen ausgetragen werden. Aus dem Blickwinkel einer ethischen Diskussion wäre es erstrebenswert, dass genau diese von Pflegenden erlebten Problemsituationen auf ihre widersprüchlichen Handlungsorientierungen hin zu erörtern. Hier werden rechtliche Rahmenbedingungen allerdings für Pflegenden selbst schnell zum Problem. Die Vorgaben, wie z.B. die Anforderungen nach Standards, fördern ein reflektiertes Fallverstehen nicht, da hier als Handlungsorientierung den Pflegekräften eine tätigkeitsbezogene Auflistung einzelner technischer Abwicklungen vorgegeben ist. Die so genannten Standards sollen einen Beitrag zu einer vereinheitlichten Tätigkeitsabfolge leisten - sie dienen in der Folge allerdings auch dazu, den Patienten und seine spezifische Situation zugunsten einer standardisierten Handlung zu vernachlässigen. So wird die Aufmerksamkeit der Pflegenden nicht auf Problem-, Dilemma- und Konfliktsituationen gelenkt, vielmehr werden diese im Interesse eines einheitlich durchgeführten Verbandwechsels als Störfaktoren versucht auszuschalten. Ich lehne nicht grundsätzlich alle Standards ab, ich sehe natürlich auch ihren Anteil zur sicheren Umsetzung wissenschaftlich anerkannter Pflegepraktiken, aber auch die Gefahr der eingeschränkten Patientensicht, die hieraus resultieren kann. Ein weiteres Problem sehe ich in dem zum Teil sehr eingeschränkten eigenverantwortlichen Entscheidungsräumen der Pflege, wodurch Bedingungen für moralische Urteile nicht selten virtuell bleiben.

Sehr geehrte Damen und Herren, wer sich mit dem Thema Ethik in der ambulanten Alten- und Krankenpflege beschäftigt, der wird zur ausreichenden Würdigung des Thema sehr schnell von vier wichtigen Voraussetzungen überzeugt sein:

1. Wir brauchen in den Berufen der Pflege gut ausgebildete Menschen

2. Wir brauchen verlässliche Kommunikationsräume
3. Wir brauchen eine Betriebskultur der gegenseitigen Unterstützung und Anerkennung
4. Und wir brauchen alle bei den extremen Veränderungen im Gesundheitswesen neue, ich sage bewusst nicht modifizierte sondern neue, der Pflege und somit dem Menschen angemessene gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Da wir uns zur Lösung ethischer Probleme nicht sofort nach außen wenden, um den Experten zu rufen, gäbe es hierzu etwas Wichtiges zu sagen, das nicht im Widerspruch zur Systematik der ethischen Fallbesprechungen steht, - ganz im Gegenteil. Als ich mich fragte, welche Methode von Entscheidungsprozessen mir persönlich entgegenkommt, erinnerte ich mich an die Phasen der Entscheidungsprozesse nach Bernhard Lievegoed, der der Begründer des Niederländischen Pädagogischen Instituts gewesen ist. Man muss die Nimwegener Methode und die Phasen der Entscheidungsprozesse nach Lievegoed nicht lange vergleichen um eine große Verwandtschaft ihrer Systematik zu entdecken.

Ich möchte auf die Phasen gerne etwas näher eingehen, weil ich glaube, dass ihre Umsetzung relativ unkompliziert ist, schon aber eine gewisse Disziplin erfordert. Vorteil dieser Methode ist, sie benötigt nicht unbedingt den externen Experten, sie ist anwendbar bei allen größeren sozialen Fragen und Unternehmensentscheidungen und sie widerspricht nicht der Nimwegener Methode. Von Nachteil ist vielleicht die optimale Gruppengröße, die bei 7 bis 9 Personen liegt.

Lievegoed geht davon aus, dass durch die Berücksichtigung der Merkmale von vier unterschiedlichen Phasen bei Entscheidungsprozessen ein tragfähigeres Ergebnis erarbeitet werden kann.

Zunächst muss ein Problembewusstsein geschaffen werden, um eine Entscheidung von einer möglichst breiten Basis zu erhalten.

Die Frage ist:

- ? Wer hat ein Bewusstsein vom Problem
- ? Wer ist davon betroffen
- ? Wer hat Interesse an einer Lösung
- ? Wer fühlt sich verantwortlich?

Fatal ist die Einbeziehung von Personen, die sich nicht betroffen fühlen oder sich mit der Thematik innerlich nicht verbinden können.

Ich möchte an dieser Stelle die Frage, ob alle TeilnehmerInnen einer ethischen Fallbesprechung Experten des Faches sein müssen, noch einmal anders klären. Ich hoffe, Sie finden meinen eingeschobenen Beitrag jetzt nicht zu kurios. Ich möchte Ihnen jetzt einen Text aus der fernerer Vergangenheit vorlesen.

„Sobald scharfsinnige Menschen, und deren gibt es in einem mäßigen Gebrauche des Wortes viel mehr als man denkt, auf Gegenstände aufmerksam gemacht werden: so findet man sie zu Beobachtungen so geneigt wie geschickt. Ich habe dieses oft bemerken können, seitdem ich die Lehre des Lichts und der Farben mit Eifer behandle und, wie es zu geschehen pflegt, mich auch Personen, denen solche Betrachtungen sonst fremd sind, von dem, was mich ebenso sehr interessiert, unterhalten. Sobald ihre Aufmerksamkeit rege war, bemerkten sie Phänomene, die ich teils nicht erkannt, teils übersehen hatte, und berichtigten dadurch gar oft eine zu voreilig gefasste Idee, ja gaben mir Anlaß schnellere Schritte zu tun und aus der Einschränkung herauszutreten, in welcher uns eine mühsame Untersuchung oft gefangen hält.

Es gilt also auch hier was bei so vielen anderen menschlichen Unternehmungen gilt, daß das Interesse Mehrerer auf einen Punkt gerichtet etwas Vorzügliches hervorzubringen imstande ist. Hier wird es offenbar, daß der Neid, welcher andere so gern von der Ehre einer Entdeckung ausschließen möchte, daß die unmäßige Begierde, etwas Entdecktes nur nach seiner Art zu behandeln und auszuarbeiten, dem Forscher selbst das größte Hindernis sind.

Ich habe mich bisher bei der Methode mit Mehreren zu arbeiten zu wohl befunden, als daß ich nicht solche fortsetzen sollte. Ich weiß genau, wem ich dieses und jenes auf meinem Wege schuldig geworden, und es soll mir eine Freude sein, es künftig öffentlich bekannt zu machen.

Sind uns nun bloß natürliche aufmerksame Menschen so viel zu nützen im Stande, wie allgemeiner muß der Nutzen sein, wenn unterrichtete Menschen einander in die Hände arbeiten.“

[Johann Wolfgang von Goethe / Naturwissenschaftliche Schriften:]

Produktive und zielführende Entscheidungsprozesse weisen Merkmale auf, die anhand mehrerer Phasen deutlich gemacht werden können:

1. Phase: Identifikationsphase

Wir können diese Phase auch als Planungs- oder Initialisierungsphase bezeichnen. Die Phase ist davon gekennzeichnet, die involvierten Personen zu sammeln. Dabei ist zu beachten, dass nur jene Menschen einbezogen werden, die von einer zu treffenden Entscheidung betroffen oder wirklich an ihr interessiert sind. Es kommt hier auf die persönliche Hingabe oder Einsatzbereitschaft und den Willen, einen Prozess bis zu seinem Ende zu begleiten an. Menschen, die „nur einmal kurz vorbeikommen“, um etwas Kluges zu sagen, sind bei Entscheidungsprozessen wenig hilfreich.

Regeln wie das Festlegen von Thema, Moderation, Raum- und Zeitplanung sind ebenso entscheidende Faktoren für den Erfolg. Symbolisch dient diese Phase der „Erwärmung“, einer „Erwärmung“ des Themas durch eine eingehende Betrachtung unter möglichst allen Gesichtspunkten, und unter dem Austausch zwischen den Beteiligten als Basis für das Aufeinander-Eingehen.

2. Phase: Bildgestaltung / Informationsphase

Ziel ist es, ein gemeinsames Bild von der Ist-Situation zu entwerfen.

Hier ist es wichtig nicht nur die objektiven Tatsachen, sondern insbesondere auch die individuellen Wahrnehmungen und Sichtweisen bei der Beurteilung des Problems zu berücksichtigen.

Nach einem ersten „Bild“, einer Art Rohentwurf, tritt die gesamte Gruppe innerlich zurück, um genügend Abstand eines solchen ersten Bildes zu bekommen. Den Abschluss dieser Phase bildet eine erste Wahrnehmung des gemeinschaftlich entwickelten Bildes.

Die Hauptprobleme in dieser Phase sind, dass sie stark verkürzt oder übersprungen wird, die Dominanz Einzelner zu stark zum Tragen kommt und sich der Prozess zu schnell durch eine zu frühe Urteilsbildung verfestigt. Jeder muss hier lernen, dass es nicht ausreichend ist, wenn seine eigene Sichtweise gehört und berücksichtigt wurde, sondern sie gleichberechtigt neben denen aller anderen Betrachtungen stellt.

Man könnte auch sagen, es liegt nicht in der Natur des Menschen, etwas von sich aufzugeben. Genau dies ist aber hier erforderlich. Die umsichtige Moderatorin achtet besonders in dieser Phase darauf, dass

es keine Präferenzen gibt. Die Regel, dass keiner den anderen mit Fragen oder Ergänzungen unterbricht, ist hier sehr hilfreich. Die Bildgestaltungsphase hat die Aufgabe „Licht“ in die Betrachtung der gemeinschaftlichen Entwürfe zu bringen.

3. Phase: Beurteilung / die Urteilsphase

In dieser Phase sind Meinungen gefragt.

Idealerweise sollte hier die Formulierung wie „Ich meine...“, „Ich denke...“ den Stil des Austausches prägen und die Individualität der jeweiligen Sichtweisen und die Wahrnehmung aller Beteiligten untereinander im Rahmen der gemeinsamen Beurteilung von Lösungen gewährleisten.

Tragendes Element dieser Phase ist die dialogische Kommunikation. Das Gespräch muss gewissermaßen *fließen*, möglichst ohne Dominanz Einzelner oder durch Teilgruppen.

Die Beteiligten müssen sich darüber klar werden:

Was soll idealerweise erreicht werden?

Was muss in jedem Fall erreicht werden?

Was muss in jedem Fall vermieden werden?

Ziel der Urteilsphase ist das Herausarbeiten von Alternativen: Ein ideales Ziel, das es nur in einer idealen Weise zu erreichen gilt, gibt es nicht. Ebenso wenig existieren Lösungswege, die nur Vor- oder Nachteile haben.

4. Phase: Entscheidung / Entscheidungsphase

Ist in den vorherigen Phasen eines solchen Entscheidungsprozesses sorgfältig gearbeitet worden, kann sich eine Entscheidung schnell herauskristallisieren. Dabei gilt: Die Wahrnehmung lediglich eines einzigen Lösungsweges ist i.d.R. wie ein selbstauferlegter Handlungszwang und als solcher prinzipiell zu vermeiden. Killerphrasen wie „Wozu noch darüber reden...“ bzw. eine Neigung zu einer übereilten Entscheidung sind Anzeichen eines unfertigen Bewusstseinsprozesses bei dem, der sie artikuliert bzw. praktiziert.

Bei gemeinsamer und genauer Betrachtung der möglichen Wege, kann i.d.R. eine Entscheidung herbeigeführt werden, mit der sich alle verbinden können.

Es versteht sich von allein, dass wir die Einhaltung einer solchen Gesprächssystematik nur dann verfolgen können, wenn es sich um

substantielle Problemfragen handelt. Wenn wir sie aber dort einsetzen würden, hätten wir nicht nur den Erfolg von stabileren Ergebnissen bei unseren Entscheidungen, sondern einen enormen Schulungseffekt in unserer Gesprächskultur.

Nehmen sie nur die klassisch verlaufende Dienstbesprechung. Wie schwer fällt es uns hier, eine Kultur des Zuhörens und die passenden Strukturen zu entwickeln, aber vor allem Kreativität zu entfachen. Haben Sie sich einmal auf einen anderen als den sonst üblichen Platz gesetzt, die Gesprächsführung an eine Ihrer Mitarbeiterinnen weitergegeben, einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin 10 Minuten für einen kleinen Vortrag überlassen, eine Besprechung mal so begonnen wie noch nie, den Ablauf umgedreht oder ihn in Frage gestellt und mit Ihren Mitarbeiterinnen neu entwickelt?

Die Beispiele, mit denen Sie in Ihrem Betrieb Irritationen hervorrufen können, ließen sich unendlich fortführen. Die Vermutung liegt nahe, dass eingefahrene Strukturen unsere Aufmerksamkeit uns und anderen gegenüber einschränken.

Auch unter ethischen Gesichtspunkten ließen sich solche Veränderungen durchaus begründen, weil mir die Wahrscheinlichkeit größer erscheint, dass Unternehmen gegenüber Ihren Patienten, Kunden, Klienten und Mitarbeitern eine höhere Wahrnehmungsfähigkeit entwickeln, wenn wir uns immer wieder Veränderungsprozessen in Arbeitszusammenhängen stellen und sie üben.

Problematisch wird es auch, wenn in einer Phase bester Stimmung zur Mitgestaltung in einem Betrieb die MitarbeiterInnen zu einem interessanten Vorschlag eine zu frühe Abfuhr durch Vorgesetzte erhalten, weil vielleicht materielle und organisatorische Rahmenbedingungen in ihrer Darstellung nicht ausreichend gewürdigt wurden. Ich empfehle dringend, derartige Vorschläge nie mit guten Argumenten aus der Führungsebene zu schnell in die Ecke zu stellen.

1. Weil ein solches Engagement zunächst anerkannt und nicht zu schnell zerschlagen werden sollte. Übrig bleibt sonst zu häufig das Gefühl, dass es ja sowieso egal ist was man vorschlägt, es bringt ja nichts.

2. Selbst wenn die Möglichkeit des Umsetzens einer bestimmten Idee unwahrscheinlich bleibt, wird dies nicht als Frustration erlebt, wenn die Gründe für das Scheitern einer neuen Idee durch eine fruchtbare Auseinandersetzung nachvollzogen und verstanden werden können.

3. Weil MitarbeiterInnen durch solche Auseinandersetzungen eine gute Chance haben, Führungsphilosophie und Unternehmensstrategien besser zu verstehen.

4. Und nicht zuletzt werden neue Ideen, Vorschläge und Konzepte zu schnell als unrealistische Vorhaben eingestuft, bevor wir überhaupt den letzten und vielleicht entscheidenden Punkt erfahren haben. Fragen wir doch lieber nach fehlenden Gesichtspunkten, häufig sind diese bedacht und nur nicht erwähnt, bevor wir die Unmöglichkeit berechnen.

Wir brauchen verlässliche Kommunikationsräume der unterschiedlichsten Art zur individuellen Weiterentwicklung der MitarbeiterInnen und zur allgemeinen Weiterentwicklung unserer Einrichtungen. Wie umfangreich und wie unterschiedlich dies sein soll und sein kann, muss jedes Unternehmen für sich entscheiden, hier lässt sich nichts Allgemeingültiges sagen. Aber soviel lässt sich schon sagen, wenn Unternehmen neben einer guten Kundenorientierung als gute Dienstleister die Mitarbeiterorientierung gleichgewichtig bewerten, können sie eine überdurchschnittliche gute Kundenzufriedenheit erhalten, da die Faktoren der Mitarbeiterzufriedenheit und ihr damit verbundenes Engagement die beste Investition sind, die Sie tätigen können.

In diesem Zusammenhang halte ich neben einer guten Grundausbildung in der Alten- und Krankenpflege die Förderung von Kommunikationsräumen für einen ganz wesentlichen Faktor zur Wahrnehmung und Würdigung ethischer Probleme in der ambulanten Pflege. Wir können nicht auf Dienstbesprechungen verzichten. Sie sind für viele die einzige Möglichkeit, in einem vertrauten Kreis von Kolleginnen Dinge anzusprechen, die sonst im Privaten ihre Fortsetzung finden, wo sie nicht hingehören. Lassen Sie sich durchaus von Mitarbeitern inspirieren, Ihre Dienstbesprechungen einmal wieder zu entritualisieren. In dem Glauben, bestimmte Dinge im Rahmen einer solchen Besprechung unbedingt bearbeiten zu müssen, liegt ja die Gefahr des schlechten Rituals. Viel hätten wir aber schon bewirkt, wenn Mitarbeiterinnen um ihre Möglichkeit wissen, eine gewisse Zeit für sich in Anspruch nehmen zu können, in der sie ihre Problemlage darstellen, oder ihre Frage artikulieren können, in dem Vertrauen, dass sie die ausreichende Aufmerksamkeit und Unterstützung erfahren.

Nun ist es aber so, dass Dienstbesprechungen aus der inneren Struktur heraus nicht der Idealraum sind, um eine größere Anzahl an Problemen oder ein ausgewachsenes Problem befriedigend zu klären. In der

gemeinsamen Betrachtung kann dies schnell festgestellt werden. Von großem Vorteil ist es in solchen Situationen, auf bekannte und geeignetere alternative Möglichkeiten ausweichen zu können, um Klärungsprozessen einen angemessenen Raum bieten zu können. Ich denke da zum Beispiel an Fallbesprechungen mit individueller Personenkonstellation, nach dem Lievegoed'schen Modell,- mit Beteiligung aller Personen die zur einer Problemlösung beitragen können, aber selbstverständlich nur, wenn ein echtes Interesse an einer Lösung vorliegt.

Ferner bin ich ein Verfechter einer halbobligatorischen Supervision für alle fest angestellten Mitarbeiterinnen in der Pflege, weil sie die Kultur des Dialoges zur Lösung eigener und allgemeiner Probleme sehr fördern kann. Halbobligatorisch, weil ich es nicht für sinnvoll halte, Menschen mit Supervisionstraumata oder z. B. zeiteingeschränkten Alleinerziehenden einen solchen Zwangstermin zu verordnen. Viel wichtiger wäre es, den MitarbeiterInnen mit schlechten Erfahrungen von besseren zu berichten, und immer wieder eine gute Werbung für eine gute Supervision zu machen.

Darüber hinaus halte ich regelmäßig durchgeführte individuelle Mitarbeitergespräche mindestens einmal im Jahr auch deswegen für sehr wichtig, weil neben der Anerkennung der Mitarbeiterin, die Feststellung ihrer Arbeitszufriedenheit, ihre Wünsche zur Weiterentwicklung und auch bis dahin vielleicht noch nie ausgesprochene Sorgen wahrgenommen werden können. Denken wir ruhig noch einmal an dieser Stelle den Gedanken von Løgstrup, „Niemand hat mit einem anderen Menschen zu tun, ohne ein Stück von dessen Leben in der Hand zu halten. Es kann etwas ganz kleines sein, eine vorübergehende Stimmung, eine Wahrnehmung, die in sich zusammenfällt oder aufblüht, aber es kann auch etwas Großes sein, und es liegt in der Hand des Einzelnen, ob das Leben des anderen gelingt oder nicht.“ Eingangs bezog ich diese Aussage mehr auf den Patienten und Angehörigen. Auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens bezogen bedeutet es, dass sich erst hierdurch der Kreis aller Beteiligten schließt. Wir können keine außergewöhnlich hohen Leistungen in der Pflege erwarten, wenn die Pflege derer, die sie leisten, nicht entsprechend hoch ist.

Ich habe schon an anderer Stelle erwähnt, dass ich die Notwendigkeit eines guten Ausbildungsniveaus gerade im ambulanten Bereich für sehr hoch einschätze, da die Kolleginnen und Kollegen in diesem Sektor auf

sich allein angewiesen sind, und daher ein ausreichendes Wissen benötigen, die sie auch in anspruchsvollen Situationen,- und derer gibt es nicht wenige, die sich spontan ergeben,- souverän sein lassen können. Und die Frage, die immer wieder auftaucht, „was soll ich tun“, lässt sich nun einmal nur dann beantworten, wenn Handlungsalternativen bestehen.

In diesem Zusammenhang begrüße ich die Bremer Berufsordnung für die Krankenpflege sehr, die mindestens 10 Fortbildungsstunden im Jahr fest schreibt.

Elementare Kommunikationsräume bilden auch Fort- und Weiterbildungsangebote, Arbeitsgruppen zur Qualitätssicherung, Pflegebegleitungen bis hin zu gemeinsamen Feiern und Festen. Hierauf könnte man noch tiefer eingehen.

All diese Angebote fördern in unterschiedlicher Weise elementare Bildungsaspekte, die für mich Grundbausteine sind, die das ethische Handeln in der ambulanten Pflege sehr stärken können.

Wir brauchen gut ausgebildete Pflegende, verlässliche Kommunikationsräume und eine Unternehmenskultur der gegenseitigen Unterstützung und Anerkennung.

Für Ihre Aufmerksamkeit danke ich Ihnen.