

Bakkalaureatsarbeit

Julia Hirczy
Am Tafelberg 27
8380 Jennersdorf
Matrikelnummer: 0608141

Kenntnisstand von diplomierten Pflegepersonen in Pflegeheimen
über die ethischen Richtlinien des International Council of Nurses.

Medizinische Universität Graz

Mag. Dr. Pilgram Erwin Horst,
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz,
Albert Schweizer Klinik
Abteilung für Innere Medizin
Albert Schweizer Gasse 36, 8020 Graz

Ethik in der Pflege

Juni 2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe, und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julia Hinczy'. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right.

Graz, am 18. August 2010

Unterschrift

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Bekanntheitsgrad ethischer Richtlinien, insbesondere des International Council of Nurses unter diplomierten Pflegepersonen in Pflegeheimen. Um dieses Thema zu bearbeiten, wurde eine Umfrage mittels eines Fragebogen in drei Pflegeheimen durchgeführt.

Die demographische Entwicklung führt zu einem Anstieg der über 75 jährigen in Österreich. Das Ansteigen dieser Altersgruppe führt zu einem erhöhten Pflegebedarf und wird in Zukunft weiter ansteigen. Um die Pflege dieser Menschen sicher zu stellen, gibt es unter anderem Alten- und Pflegeheime.

Für das diplomierte Personal in diesen Einrichtungen kommt es aus unterschiedlichen Gründen häufig zu ethischen Problemstellungen. Um in diesen Situationen korrekt handeln zu können, bedarf es Richtlinien an denen man sich orientieren kann.

Der International Council of Nurses beschreibt vier grundlegende Aufgaben für Pflegende: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern.

Weiters gibt es vier Elemente des Ethikkodexes: Pflegende und ihre Mitmenschen, Pflegende und die Berufsausübung, Pflegende und die Profession, Pflegende und die Kollegen.

Der Fragebogen beinhaltete drei Fragen. 1.) Sind Ihnen die ethischen Standards in der Pflege, wie der ICN „International Council of Nurses“ bekannt? 2.) Können Sie eine der Richtlinien benennen und erläutern was Sie darunter verstehen? 3.) Woran orientieren Sie sich in ethischen Fragen Ihres beruflichen Alltages?

Insgesamt wurden 40 Fragebögen verteilt und 30 Fragebögen beantwortet. Die Ergebnisse zeigten, dass 53% angaben, die Richtlinien des International Council of Nurses zu kennen. Jedoch konnten nur sehr wenige diese auch benennen.

Ein großer Teil der Befragten, orientiert sich an hauseigenen Leitbildern und der persönlichen Erfahrung.

Um den Bekanntheitsgrad der ethischen Richtlinien zu erhöhen, wäre ein Fortbildungsprogramm sinnvoll. Absolventen der Pflegewissenschaften, könnten die Pflegepersonen dabei unterstützen, die ethischen Standards in die Praxis zu integrieren.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1. EINLEITUNG | 1 |
| 2. GESCHICHTLICHE VERLÄUFE..... | 5 |
| 3. FORSCHUNGSFRAGE..... | 7 |
| 4. BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN UND DEFINITIONEN | 8 |
| 5. ETHIK IN DER PFLEGE | 10 |
| 5.1 Notwendigkeiten einer Ethik in der Pflege | 10 |
| 5.2. Pflegeethik | 12 |
| 5.3. Pflegeethik in der Praxis | 14 |
| 5.4. Medizinethik vs. Pflegeethik..... | 15 |
| 5.5. Berufsethische Richtlinien..... | 17 |
| 6. ICN- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES | 18 |
| 7. METHODE UND VORGEHEN | 21 |
| 8. DISKUSSION..... | 24 |
| 9. SCHLUSSFOLGERUNG..... | 30 |
| 10. ANHANG | 32 |

1. Einleitung

Das Thema der fortschreitenden demographischen Alterung ist ein Phänomen das weltweit präsent und auch in Österreich bemerkbar ist. In Österreich betrug die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2004 für Männer 76,4 und für Frauen 82,1 Jahre. Für das Jahr 2030 wird eine steigende Lebenserwartung auf 80,2 Jahre für Männer und 85,6 Jahre für Frauen prognostiziert. (vgl. BMGF, 2005, S.13)
Bis 2050 zeigt die Prognose einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung um 5,9 Jahre für Frauen und 7,1 Jahre für Männer. (vgl. Buchegger, 2002, S.58)

Zusätzlich zu Anstieg der Lebenserwartung ist ein Anstieg der über 80 Jährigen (so genannte Hochbetagte) und Schrumpfen der Altersgruppe zwischen 15- 59 zu verzeichnen.

Die Altersgruppe der über 80 jährigen erfährt den größten Wachstum. 2002 waren es 339.000, 2020 werden es 461.000 sein und bis 2030 wird diese Gruppe 590.000 Menschen umfassen. (vgl. BMGF, 2005, S.14)

Daraus resultiert ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit einer flächendeckenden, hochqualitativen Pflege.

Organisatorisch liegt der Bereich der Langzeitpflege im Verantwortungsbereich der Länder. Um auf Bundesebene eine flächendeckende, einheitliche Versorgungsstruktur zu sichern wurde 1993 ein Vertrag zwischen dem Bund und den Ländern getroffen, der die Gewährung des Bundespflegegeldes regelt. 1999 betragen die Ausgaben für das Bundespflegegeld 1,356 Millionen Euro. (vgl. BMGF, 2002, S.11)

Die Langzeitpflege vor allem der Gruppe der Hochbetagten wird auf unterschiedlichen Wegen gesichert und geregelt. Es bestehen die Möglichkeiten einer 24h Betreuung ,die zu einem großen Teil durch ausländische Kräfte abgedeckt wird, Hauskrankenpflege durch unterschiedliche Organisationen (Rotes Kreuz, Caritas etc.) und Pflege- bzw. Altenheime.

In der Pflege geht es nicht in erster Linie darum Menschen durch medizinische Maßnahmen zu heilen, sondern viel mehr um das Wohl des Patienten auf physischer und psychischer Ebene. Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt zu begleiten, bzw. ihnen in Ausnahmesituationen wie Krankheit beizustehen, sind die Hauptaufgaben der Pflege.

Um diese Aufgabe bestehen zu können, muss der Respekt des Menschen an erster Stelle stehen. Hilfsbedürftige Menschen zu respektieren, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu akzeptieren und sie dabei zu unterstützen sind ein wesentlicher Bestandteil der Pflege. (vgl. Körtner, 2004, S.38)

Diskussionen über die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflege und in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung der Pflegeethik sind sehr aktuelle Themen. In der heutigen Diskussion in und um die Ethik in der Pflege, geht es hauptsächlich um die Formulierung und Benennung von berufsethischen Kodizes und Grundregeln.

Arndt beschreibt in diesem Zusammenhang drei wesentliche Wandlungen der Ethik in der Pflege, die als konsekutiv zu durchlaufende Entwicklungsstufen aufgefasst werden können.¹ Die letzte Stufe stellt dabei eine eigenständige Auseinandersetzung mit den Grundregeln ethischer Theorieausbildung dar. (vgl. Arndt, 1996, S.14)

Die Pflegeethik und damit auch die Pflege, kann sich nur unter den notwendigen Rahmenbedingungen weiterentwickeln. Diese Rahmenbedingungen müssen den Raum und die Zeit für die Auseinandersetzung mit ethischen Richtlinien bieten. Grundlage für die Professionalisierung der Pflege ist ein ausreichender Kenntnisstand der Pflegepersonen.

Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ergeben sich im täglichen Berufsalltag viele Situationen in denen es an ihnen liegt Entscheidungen zu treffen. Diese Situationen beinhalten sowohl viele Themen die

¹ Zunächst ging es um die Ausbildung eines moralischen Charakters der Pflegenden, dann wurden Standesregeln formuliert, die die berufliche Sozialisation der Pflegenden bestimmen sollten, weiterhind wurde die Ethik in der Krankenpflege geprägt durch die eigenständige Auseinandersetzung von Pflegenden mit den Grundlagen ethischer Theorieausbildung.

den Patienten und den Umgang mit diesem betreffen, aber auch Situationen mit Kollegen oder Schülern.

Die Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet neben einer Aufgabenebene auch eine Beziehungsebene. Um hoch qualitative Pflege sicherstellen zu können, müssen gute Beziehungen und die richtigen Handlungen die Basis eines Pflegeprozesses bilden. Als Beispiele könnte man die Essenseingabe bei Patienten nennen.

Besonders im Bereich der Altenpflege, ist es oft erforderlich, Patienten beim Essen zu unterstützen und dieses einzugeben. Um diesen Prozess so angenehm wie möglich gestalten zu können, muss das in liebevoller Weise und die richtige Menge verabreicht werden. Durch eine liebevolle und respektvolle Art der Essenseingabe, kann dem Patienten das Gefühl gegeben werden, ein wertvoller Mensch zu sein der respektiert und akzeptiert wird. (vgl. Norberg, 2002, S.22)

„Um in der Lage zu sein, gute Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und um die gute und richtige Handlung auszuwählen, müssen wir gute und faire Menschen sein, benötigen wir Tugend. Wir müssen uns für den Patienten interessieren und den Mut haben, für eine gute Pflege zu kämpfen.“
(Norberg, 2002, S.22)

„Ausgehend von der Überzeugung, dass moralisches Handeln ohne empathische Fähigkeiten nicht denkbar ist, wurden diese Fähigkeiten im Einzelnen beschrieben. Empathie bezeichnet hier die für die Pflege grundlegende Fähigkeit des Einfühlens und Eindenkens in das kognitive und affektive Erleben der pflegebedürftigen Menschen.“ (Weber, 2001, S.51)

Mitgefühl, Empathie und unser Wollen sind wesentliche Bestandteile für eine gute Pflege. Jedoch sind diese ohne das notwendige Wissen und die notwendigen Fähigkeiten zwecklos. Für eine gute Pflege, muss ein richtiges Verhältnis zwischen Wissen und den erforderlichen Charakter Eigenschaften bestehen. Wenn man sich dies an dem oben erwähnten Beispiel der Essenseingabe ansieht, bedeutet dies, dass gute Krankenpfleger, wissen wie die optimale Menge an Nahrung aussieht um diese liebevoll zubereiten und verabreichen zu können. (vgl. Norberg, 2002, S.22).

„Ethik kann nicht als isoliertes Element betrachtet werden, sondern muss als Bestandteil der Pflege gesehen werden. Um ethisch Handeln und Arbeiten zu können, muss die Frage geklärt sein: Welche Werte sollen Pflegekräfte vermitteln?“ (Norberg, 2002, S.22).

Für Pflegende gibt es eine Reihe ethischer Standards und Richtlinien. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der wohl wichtigsten und bekanntesten von Ihnen, den Ethikkodex des International Council of Nurses. Der Ethikkodex des International Council of Nurses benennt vier Grundlegende Aufgaben der Pflege.

Da nicht klar ist, auf welchem Wissenstand sich österreichische Pflegekräfte diesbezüglich befinden, möchte sich die vorliegende Studie damit auseinandersetzen. Für die Weiterentwicklung der Pflege ist die Entwicklung und Implementierung einer eigenständigen Pflegeethik von großer Bedeutung. Daher schien es im Rahmen dieser Arbeit von besonderem Interesse zu sein, auf welcher Basis österreichische Pflegekräfte ihre Entscheidungen treffen und für sich selbst begründen können. Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Wissenstand der diplomierten Pflegepersonen in ländlichen Pflege- und Altenheimen.

Der Fokus wurde auf Pflege- und Altenheime gelegt, da die Tendenz von der Betreuung zuhause, zu einer vermehrten Betreuung in diesem Bereich geht. Weiters scheint es interessant auf welcher Basis österreichische Pflegekräfte ihre Entscheidungen treffen.

2. Geschichtliche Verläufe

Ethisch richtig zu handeln ist in vielen Situationen nicht einfach. Diese Situationen entstehen im direkten Kontakt mit dem Patienten, also in der Pflegepraxis und in der Forschung.

Besonders im Bereich der Forschung wurden in der Vergangenheit zahlreiche Verbrechen an Menschen verübt, die unter dem Deckmantel des Allgemeinwohls akzeptiert und toleriert wurden.

Besonders drastische Experimente wurden zum Beispiel im Nationalsozialismus verübt. Diese allgemein sehr tragische Zeit wurde auch dafür genutzt um Forschung an den Juden zu betreiben.

Vor allem Forschung auf diesem Gebiet, von denen man sich im Krieg Vorteile versprach oder die zur Besserung der Kampfkraft der Männer an der Front dienen sollte, wurden durchgeführt.

In den Konzentrationslagern wurden Infektionsversuche mit Fleckfieber und Tuberkulose, Salzwasserexperimente und Unterdruck- und Überdruckversuche durchgeführt. Diese Versuche waren sehr schmerzhaft und es wurde keine Rücksicht auf die Gesundheit, oder das Überleben der Teilnehmer genommen.

Die Unterkühlungsversuche beispielsweise sollten Hinweise darauf geben, welcher Abfall der Körpertemperatur bei anschließender Erwärmung noch überlebt werden konnte. (vgl. Steppe, 2001, S.6-10)

Ein Zitat einer Krankenschwester aus dieser Zeit, zeigt sehr gut, warum die Menschen sich an den unethischen Machenschaften beteiligten.

„Auf den Gedanken, mich den getroffenen Anordnungen zu widersetzen, bin ich gar nicht gekommen, da ich davon überzeugt war, zur damaligen Zeit auf meinem Posten genauso meine Pflicht tun zu müssen, wie man sie von den Soldaten an der Front verlangte (...). Ich war und bin der Überzeugung, dass die unbedingte Befolgung ärztlicher Anordnungen zu den wichtigsten Pflichten einer Krankenpflegerin gehört.“ (H. Steppe, 2001, S.165)

Daraus lässt sich eine, meiner Meinung nach, wichtige Erkenntnis formulieren: Jeder Mensch hat selbst ein Empfinden, was er als ethisch korrektes Handeln ansieht und wann die Rechte Schwächerer gebrochen werden. Da schwächere Gruppen sich häufig nicht selbst zur Wehr setzen können, liegt es in der Verantwortung eines jeden Einzelnen, sie zu schützen.

Dies bedeutet jedoch auch, das auch „angeordnetes“ Verhalten, oder das Verhalten einer Gruppe, stets überprüft werden muss und nicht ohne Hinterfragung übernommen werden sollte.

Aber nicht nur in der Zeit des Nationalsozialismus wurden Versuche an Menschen ohne Rücksicht auf ethische Aspekte verübt. Sondern auch in China und Russland. Lange Zeit wurde in der Forschung ohne ethische Richtlinien gehandelt. Menschen wurden nicht über die möglichen Folgen informiert, wurden teilweise überhaupt nicht darüber informiert, dass sie beispielsweise ein neues Medikament erhielten und hatten nicht die Möglichkeit die Teilnahme an einer Studie zu verweigern. (vgl. Steppe, 2001, S.16)

In der heutigen Zeit, gibt es viele Kommissionen und Komitees die die Durchführung von Studien überwachen. Es gibt genaue Regeln und Standards z.B.: Helsinki Deklaration¹, um sicher zu stellen, dass Menschen durch die Forschung nicht zu Schaden kommen.

1 http://www.tu-dresden.de/medkhno/riechen_schmecken/helsinki.pdf

3. Forschungsfrage

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Kenntnisstand der österreichischen diplomierten Krankenschwestern und Pfleger über die Ethischen Richtlinien des ICN. Unter diesem Aspekt soll ein Einblick in die Ethik der Pflege gegeben werden. Dazu muss geklärt werden, wozu wir Ethik brauchen und was darunter verstanden wird. Unter diesen Voraussetzungen, werden die Inhalte der Pflegeethik und deren Relevanz für die Pflegenden herausgearbeitet.

Ethische Schwierigkeiten in Pflegesituationen sind sehr komplexe Situationen, in denen zwischen Gut und Böse unterschieden werden muss. Dieses Abwiegen und Unterscheiden zwischen Gut und Böse ist nicht in jeder Situation leicht und eindeutig. Durch falsche Handlungen wird in Kauf genommen, das Böse zu fördern und das Gute zu vernachlässigen. (vgl. Norberg, 2002, S.27)

Es ist nicht immer einfach die richtigen Entscheidungen zu treffen und sich ethisch korrekt zu verhalten. Besonders in Bereichen, in denen man mit Menschen zu tun hat, die sich in besonderen Lebenssituationen befinden und mehr Rücksichtnahme und Zuwendung benötigen. Im Bereich der Pflege ist es häufig noch schwerer, weil die betroffenen Menschen nicht genau äußern können was sie wollen.

Ethisch korrekt zu Handeln ist besonders schwer, da es keine exakten Regeln gibt, an die man sich halten kann. Trotz der eigenen Unsicherheit müssen Entscheidungen getroffen werden, die gerechtfertigt werden können. (vgl. Norberg, 2002, S.29)

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

-Sind die ethischen Richtlinien des International council of nurses unter den diplomierten Pflegekräften in österreichischen Pflegeheimen bekannt und worauf Gründen diese ihre Entscheidungen?

4. Begriffserläuterungen und Definitionen

Begriffsdefinitionen auf dem Gebiet der Ethik sind von sehr großer Bedeutung. Es gibt Unmengen an Definitionsversuchen und aus diesem Grund ist es von besonderer Notwendigkeit zu klären, was unter den Begriffen verstanden wird, bevor über Themen der Ethik diskutieren kann.

Moral: Unter „Ethos“ (Moral) versteht man Verhaltensregeln bzw. –normen einer sozialen Gruppe, die von dem Grossteil der Gruppe aus gültig akzeptiert werden. Moral wird als tradierte Norm verstanden. (vgl. Körtner, 2004, S.13)

„Ethik: ist die philosophische Wissenschaft der Moral. Die Ethik ist die methodisch-kritische Reflexion des menschlichen Handelns unter dem Gesichtspunkt von Gut und Böse. Oder

Ethik ist die selbstreflexive Theorie der Moral, das heißt Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse auf seine Sittlichkeit hin überprüft.“ (Körtner, 2004, S.16)

Eltern und Familienangehörige haben gewisse Vorstellungen darüber, was aus ihren Kindern werden soll und zu welchen Menschen sie sich entwickeln sollen. Dies bewirkt, dass schon in sehr jungen Jahren gewisse Anforderungen und Erwartungen an die Menschen gestellt werden. Unser gesamtes Leben hindurch stellen andere Menschen Erwartungen an uns. Dieser Faktor ist auch im Pflegebereich gegeben. Der Unterschied resultiert daraus, dass Eltern an ihre Kinder meist mit Bitten und Ratschlägen heran treten und man im beruflichen Alltag mit strikten Anordnungen konfrontiert ist. (vgl. Körtner, 2004, S.13)

Nicht immer sind diese strikten Anordnungen mit unserem persönlichen Verständnis von Richtig und Falsch vereinbar.

Die Menschen stellen sich häufig die Frage, wie sie leben sollen bzw. wollen. Als freie Menschen liegt das Recht dieser Antwort beim betroffenen Subjekt.

Häufig aber sucht man dennoch nach Ratschlägen oder Orientierungshilfen wie man leben soll. Einen gewissen Orientierungsrahmen für das Verhalten geben Normen und Werte einer Gesellschaft. (vgl. Körtner, 2004, S.14)

Die Ratschläge anderer, unabhängig davon wie klug oder alt sie sind, müssen nicht immer die richtigen für die betroffene Person sein.

Wer sein Tun und Handeln nicht absolut abhängig von anderen Menschen machen möchte, kann daher sehr wohl um Rat fragen, sollte jedoch stets über seine Entscheidungen schlussendlich selbst nachdenken und entscheiden.

Wer sein Recht auf freie Entscheidung nicht aufgeben will, sucht daher immer nach den Gründen warum er/ sie etwas tun bzw. nicht tun soll. Vorgeschriebenes Verhalten, dessen Gründe wir nicht verstehen können, führt über kurz oder lang zur nicht Einhaltung. (vgl. Körtner, 2004, S.15)

„Moral und Ethik beurteilen Handlungen danach, inwiefern sie die Menschenwürde und die daraus abgeleiteten Menschenrechte achten oder missachten (vgl. Körtner, 2004, S.20).

5. Ethik in der Pflege

5.1 Notwendigkeiten einer Ethik in der Pflege

Anfangs stellt sich die Frage was Ethik bedeutet und wozu Menschen insbesondere Angehörige von Pflegeberufen die Ethik brauchen.

Dies wird auch im Werk von Arndt belegt. Arndt schreibt in ihrem Werk „Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie“, dass moralische Entscheidungen im Wesentlichen von den jeweiligen Wertesystemen einer Gesellschaft beziehungsweise von den Wertesystemen des einzelnen Menschen getragen werden. Menschen treffen ihre Entscheidungen auf Grund ihrer Werte und benötigen diese, um passende Entscheidungen treffen zu können.

Die Bildung eines Wertesystems in einer Gesellschaft ist demnach sehr wichtig, wenn Entscheidungen, die wir treffen, nicht rein situationsabhängig sein sollen. Diese Werte, auf die unsere Entscheidungen und im Grunde genommen unsere Lebensführung aufgebaut werden, werden besonders in der Kindheit und im Jugendalter durch Erziehung und Schule geprägt. Das Umfeld in dem wir aufwachsen und uns entwickeln spielt demnach eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung von Wertesystemen. (vgl. Arndt, 2005, S.16)

In der Gesundheits- und Krankenpflege sind, über die Entscheidungen des „normalen“ Lebens hinaus, Entscheidungen zu treffen, die einen direkten Einfluss auf das Leben anderer Menschen haben.

In vielen Situationen des beruflichen Alltags von Pflegepersonen, müssen Entscheidungen für Menschen getroffen werden, die es alleine nicht mehr können. Ist es richtig, diese Entscheidungen auf der Basis seiner eigenen Wertvorstellungen aufzubauen? Wie bereits im oberen Abschnitt erwähnt, sind Wertvorstellungen abhängig von der Person selbst und vielen Faktoren. Die Wertvorstellung der Pflegeperson kann demnach eine ganz andere sein, wie die der betroffenen Person. Entscheidungen auf dieser Basis zu treffen, wäre demnach nicht richtig.

Hierfür brauchen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, ethische Richtlinien.

Dieser Abschnitt soll mit einem Beispiel abschließen, das deutlich aufzeigt, was ethische Probleme in der Pflege sein können und welche moralischen Konflikte für die Pflegepersonen daraus entstehen.

„Ein 17-jähriger Jugendlicher litt an einer besonders lebensbedrohlichen Form von Blutkrebs und hatte alle Erfolg versprechenden Therapien hinter sich gebracht. Die Kinderkrankenschwester kannte die aktuellen Befunde und wusste, dass keine der Behandlungsmöglichkeiten angeschlagen hatte. Für das Leben des jungen Menschen gab es keine Rettung mehr. Auch der Jugendliche ahnte das bereits und wandte sich mit folgender Frage an die Kinderkrankenschwester: „Soll ich den Führerschein machen oder lieber einen teuren CD-Player kaufen?“ Die Pflegekraft war im Konflikt: Sollte sie dem Patienten sagen, dass die Blutwerte sich erheblich verschlechtert hatten und er wohl sterben werde, obwohl ihr das nicht erlaubt war? Die Rechtsprechung besagt, dass nur Ärzte aufklären dürfen. Andererseits hatte die Kinderkrankenschwester eine sehr gute Beziehung zu dem Jugendlichen aufgebaut und wollte sich einer wahrhaften Stellungnahme nicht entziehen. So nahm sie das vom Patienten angebotene Bild auf, blickte ihm ins Gesicht und sagte: Kauf dir einen tollen CD-Player.“ (Lay, 2004, S.27)

Dieses Beispiel zeigt in welche moralischen Dilemma Pflegepersonen kommen können. Moralisch schwere Entscheidungen können aus unterschiedlichen Gründen entstehen, unter anderem auch wegen Überschneidungen mit Vorschriften und Gesetzen.

5.2. Pflegeethik

Seine berufliches Handeln auf der Basis einer Berufsethik aufzubauen, ist im gesamten Bereich der Pflege von sehr großer Bedeutung. Jeder Bereich der Disziplin Pflege, hat einen mehr oder weniger Einfluss auf Menschen die Schutz brauchen. (vgl. Arndt, 1996, S.4)

Die Disziplinen der Pflege sind: Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepraxis. Im Pflegemanagement muss häufig ein Kompromiss zwischen den besten und den ökonomischsten Lösungen getroffen werden. In diesem Bereich geht es nicht primär um das Wohl des Einzelnen, wie vielmehr um das Wohl eines Betriebes und der Gesamtheit. (vgl. Arndt, 1996, S.4)

In der Pflegepraxis ist man zweifellos am Häufigsten mit ethischen Fragen konfrontiert. Der ständige, direkte Patientenkontakt, wirft viele Fragen und Probleme auf die es zu lösen gibt. (vgl. Arndt, 1996, S.4)

Bei der Pflegeethik geht es daher primär um Ethik im Pflegealltag.

„Es gilt, die ethische Bedeutung unseres Handelns im Alltag zu verstehen und hier eine Position zu verstehen und hier eine Position zu beziehen. Moralisches Handeln in der Pflege konkretisiert sich somit zunächst im pflegerischen Alltag, im täglichen Umgang miteinander, mit Patienten, ihren Familien und ihren Freunden und mit den Angehörigen andere Berufe des Gesundheitswesens.“ (Arndt 1996, S. 4).

Die Pflegeethik gehört zu dem Gebiet der angewandten Ethik. Um diesen Aspekt näher erläutern zu können müssen zunächst die Begriffe „Bereichsethik“ und „angewandte Ethik“ geklärt werden. Diese beiden Begriffe wurden bisweilen synonym verwendet, doch besteht zwischen den beiden Begriffen ein kleiner, jedoch bedeutender Unterschied. Die angewandte Ethik (applied ethics) beinhaltet eine allgemein ethische Theorie, die auf ein konkretes Handlungsfeld oder einzelne Handlungssituationen angewandt wird.

Unter diesem Aspekt gesehen, würde man weniger von einer „Pflegeethik“, als vielmehr von einer Ethik in der Pflege sprechen. (vgl. Körtner, 2004, S.29).

„Der Begriff der angewandten Ethik weist einige Unstimmigkeiten auf und deshalb ist es besser, den Begriff der Bereichsethik zu verwenden. Bereichsethiken bearbeiten moralische Fragen in wichtigen gesellschaftlichen Bereichen, wohingegen Berufsethiken sich mit moralischen Aspekten im Zusammenhang mit der jeweiligen Berufstätigkeit befassen“ (Lay, 2004, S.39)

Pflegeethik gehört zu dem Bereich der Gesundheitsethik, sie kann deshalb nicht isoliert betrachtet werden. Medizinethik gehört ebenfalls zu diesem Bereich. Der Zusammenhang zwischen Medizinethik und Pflegeethik ist für die genauere Erläuterung der Pflegeethik von großer Bedeutung.

Der Zusammenhang ergibt sich daraus, dass es viele Überschneidungen in den unterschiedlichen Problemstellungen der Disziplinen gibt.

Aufgrund dieser Überschneidungen müssen Medizinethik und Pflegeethik eng miteinander kooperieren und dafür sind in der Pflege auch medizinische Kenntnisse notwendig.

Fragen der Gesundheitsethik können nur interdisziplinär und interprofessionell diskutiert werden.

5.3. Pflegeethik in der Praxis

Das oben beschriebene, kann an einem Beispiel aus der Literatur sehr gut beschrieben werden. Hier berichtet eine Krankenschwester, aus ihrer Erfahrung und ihren Gedanken:

„Die Statistik besagt, dass es immer mehr alte Menschen in unsere Gesellschaft geben wird, die auf Hilfe und Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim angewiesen sein werden. Schwierigkeiten ergeben sich da oft schon wegen des mangelhaften Personalschlüssels. Oft fehlt die Zeit, sich einem Bewohner zuzuwenden, Zeit zum Gespräch oder einfach nur um füreinander da zu sein.

Zu Beginn meiner Tätigkeit in einem Pflegeheim kam ich gleich in mehrere Konfliktsituationen. Auf meiner Station wurden viele Bewohner mit „DU“ oder nur mir dem Nachnamen angesprochen. Diese Situation war für mich oft sehr schwierig, schließlich waren das Menschen, die ihr Leben lang ihren Mann gestanden hatten und ich war (und bin) der Meinung, dass Ihnen auch im Alter Würde und Achtung entgegen gebracht werden muss. An ein besonderes Ereignis kann ich mich noch gut erinnern: Es war kurz vor der Mittagsruhe und eine Bewohnerin mit einer Alzheimererkrankung sollte von einer ungelerten Mitarbeiterin auf die Toilette gebracht werden. Ich hörte wie die Bewohnerin immer wieder sagte: Ich muss jetzt nicht. Die Mitarbeiterin ließ sich aber nicht beirren und zerrte weiter an ihr herum. Laufend wiederholte sie: Doch, wir gehen jetzt auf die Toilette! Ich merkte wie die Mitarbeiterin immer wütender wurde und diese Unruhe übertrug sich auch auf die Bewohnerin, die die Mitarbeiterin schließlich ohrfeigte. Jetzt war die Situation verfahren. Sollte ich als Neue einer langjährigen Mitarbeiterin sagen, wie man mit Bewohnern, die an einer Alzheimer Erkrankung leiden, umgeht?“

(Ringe, 2002, S73)

5.4. Medizinethik vs. Pflegeethik

Die Aufgaben der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern sind sehr vielfältig. Eine der Aufgaben ist es, die Ärzte in ihrer Arbeit zu unterstützen, daher ist auch das Handeln der Pflegenden durch den therapeutischen Imperativ bestimmt. Es gibt im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege einen mitverantwortlichen und einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

Das Unterstützen des Arztes gehört zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegenden.

Der eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist durch Ziele gekennzeichnet die vom therapeutischen Imperativ abweichen können. In diesem Fall sind die Ziele der Medizin und die Ziele der Pflege nicht immer die Selben und man muss zwischen dem therapeutischen Imperativ des Heilens in der Medizin und dem pflegerischem Imperativ der Fürsorge unterscheiden. (vgl. Körtner, 2004, S.41)

Gelegentlich wird gefragt, ob neben der Medizinethik oder innerhalb der Pflegewissenschaften eine eigene Bereichsethik für die Pflege notwendig und begründbar ist. Gibt es moralische bzw. ethische Fragen, die sich in ganz spezifischer Weise für den Pflegeberuf stellen, oder handelt es sich bei pflegeethischen Problemen um allgemeine medizinethische Fragen? Beispiele für pflegeethische bzw. medizinethische Fragen sind mangelnde Betreuung wegen finanzieller oder personeller Engpässe, Aufsicht bei Gefahr von Selbsttötung, Zwangsernährung und Euthanasie. Keines der genannten Themen ist ein alleiniges Problem der Pflege. Betroffen sind in derartigen Situationen auch die Ärzte, die Angehörigen sowie die Patienten selbst. Die letzte Verantwortung tragen nicht die Pflegenden, sondern die Ärzte und im Sinne der Patientenautonomie, die Patienten selbst. Insofern ist deutlich, dass sich pflegeethische und medizinische Fragen überschneiden. Andererseits haben Pflegenden und Ärzte unterschiedliche Kompetenzen, die auch rechtlich voneinander abgegrenzt sind. Beispiele für pflegeethische Probleme sind der Umgang mit schwierigen Patienten, Kommunikation mit Angehörigen, Umgang mit geistig verwirrten Personen und Fixierung von Patienten. Pflegeethik als eigenständiger Bereich der Gesundheitsethik neben der Medizinethik hat die Aufgabe, die besondere Rolle und Verantwortung der Pflegenden in genannten Situationen zu reflektieren. Das schließt

auch die Frage ein, wie sich die moralische Verantwortung der Pflegenden zu ihren beruflichen und rechtlichen Befugnissen und ihrer eigenverantwortlichen Entscheidungskompetenz verhält. (vgl. Körtner, 2004, S.43-48).

Weiters gilt es zwischen Recht und Moral zu unterscheiden.

„Ethik ist die selbstreflexierte Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse bzw. Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin überprüft.“ (Körtner, 2004, S. 16)

Im Unterschied zur Ethik bezeichnet der Begriff der Moral die Verhaltensnormen einer Gruppe, die aufgrund von Tradition akzeptiert und stabilisiert wird. (vgl. Körtner, 2004, S.17)

5.5.Berufsethische Richtlinien

Diese Beispiele zeigen, dass eine Notwendigkeit für ethische Richtlinien in der Medizin so wie in der Pflege vorhanden ist. Hierfür gibt es viele verschiedene Prinzipien und Richtlinien. Es gibt die Prinzipien für biomedizinische Ethik von Beauchamp und Childres, die in Prinzipien erster und zweiter Ordnung geteilt werden. Prinzipien erster Ordnung sind:

-Selbstbestimmung: Aus diesem Prinzip werden die Aufklärungspflicht und der Respekt vor Behandlungsverweigerung abgeleitet.

- Schadensvermeidung

- Fürsorgepflicht: Das Wohl des Patienten ist oberstes Gebot

- Gerechtigkeit: Im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes

Prinzipien zweiter Ordnung sind:

- Wahrhaftigkeit

- Wahrung der Privatsphäre

- Schweigepflicht

- Vertrauenswürdigkeit

- Berufsbezogene Tugendethik: Leitbilder, Grundeinstellungen

(vgl. Marckmann, 2000, S. 74)

„Reflexion erfordert Hintergrundwissen in Form von (ethischen) Regeln, Prinzipien, Theorien, mit Hilfe derer Prozesse und Sachverhalte überprüft werden können.“ (Arndt, 1996, S.5)

Orientierungshilfen für medizin- und pflegeethische Urteilsbildung können... sein:

- der Eid von Hippokrates

- Genfer Ärztegelöbnis

- Helsinki- Tokyo Deklaration

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

- ICN- Ethikkodex für Pflegende

6. ICN- International council of nurses

Erstmals wurde ein internationaler Ethikkodex für Pflegende 1953 vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet.

Der Kodex wurde seither mehrmals überprüft und bestätigt.

Die aktuellste Fassung wurde im Jahr 2000 veröffentlicht.

Präambel

Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:

Gesundheit zu fördern,

Krankheit zu verhüten,

Gesundheit wiederherzustellen,

Leiden zu lindern.

Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.

Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der Kodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende hat vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen.

Elemente des Ethikkodex

1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert. Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

2. Pflegende und die Berufsausübung

Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegende beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.

Die Pflegende soll in ihrem beruflichen Handeln jederzeit auf ein persönliches Verhalten achten, das dem Ansehen der Profession dient und das Vertrauen der Bevölkerung in sie stärkt.

Die Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

3. Pflegende und die Profession

Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende wirkt aktiv bei der Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Profession mit.

Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass gerechte soziale und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kollegen

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Pflege und anderen Professionen.

Die Pflegende greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch einen Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.

(www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf)

7. Methode und Vorgehen

„Um die Krankenpflege zu verbessern, müssen wir über die vorethische Frage nachdenken, wie wir das Leben wahrnehmen und wie wir die Frage beantworten: Was bedeutet es, ein Mensch zu sein? Wir müssen darüber nachdenken, wie wir tugendhafte Menschen werden, wie wir unsere ethische Sensibilität und praktische Weisheit verbessern können.“ (Norberg, 2002 S.30)

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die vorhandene Literatur nach Informationen durchsucht. Es gibt sehr viel Literatur über die Ethik in der Pflege und auch unterschiedliche Meinungen darüber, wie ethische Probleme in der Pflegepraxis zu lösen wären.

Es existieren in Österreich keine Untersuchungen über den Bekanntheitsgrad der ethischen Richtlinien des ICN unter diplomierten Pflegepersonen in Alten- und Pflegeheimen, auf welche diese Untersuchung zurückgreifen konnte. Aus diesem Grund wurde als Forschungsdesign eine deskriptive quantitative Forschungsmethode ausgewählt und ein Fragebogen entwickelt.

Der Fragebogen gliederte sich in zwei Teile. Im ersten Teil wurde der Jahrgang des Diploms zur Gesundheits- und Krankenschwester/ Pfleger gefragt und Informationen über den vertraulichen Umgang mit den Daten gegeben.

Der zweite Teil enthielt drei Fragen zum Thema „Bekanntheitsgrad des International Council of Nurses.“ Die Fragen waren zum Teil geschlossene Frage und offene Fragen. Wobei nur die erste Frage geschlossen war und die zwei weiteren offene Fragen ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten waren.

Die Gesundheits- und Krankenschwestern und diplomierten Pfleger sollten in der Lage sein, den Fragebogen schnell auszufüllen, da dies eine höhere Mitarbeit versprach.

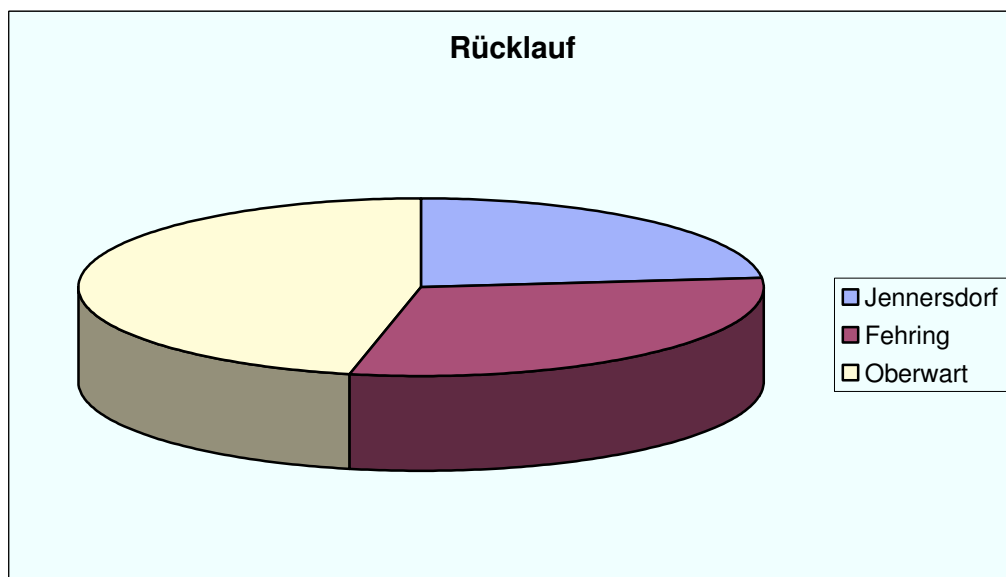
Die Zielgruppe der Erhebung war diplomiertes Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen in ländlichen Strukturen.

Es wurde persönlicher Kontakt mit fünf Pflegedienstleitungen in unterschiedlichen Alten- und Pflegeheimen aufgenommen. Drei der Pflegedienstleitungen waren bereit an der Erhebung teilzunehmen. Die Studie umfasst zwei burgenländische und ein steirisches Pflegeheim in ländlichen Regionen. Davon hat ein Heim eine kirchliche und 2 Heime private Trägerorganisationen.

Es wurden insgesamt 40 Fragebögen verteilt.

Im ersten Pflegeheim(Jennersdorf) wurden 10 Fragebögen, im zweiten (Fehring) 10 und im dritten (Oberwart) 20 Fragebögen abgegeben. Die Fragebögen wurden an die Pflegedienstleitungen der jeweiligen Einrichtungen ausgehändigt und diese gaben sie bei Dienstbesprechungen an die Kollegen/innen weiter. Nach Rücksprache mit den Pflegedienstleitungen wurden die ausgefüllten Fragebögen nach 3 Wochen abgeholt.

Der Rücklauf betrug im ganzen ausgefüllte 30 Fragebögen.



Tab.1

Aus diesem Kreisdiagram lässt sich ablesen, dass von den 30 zurückgekommenen Fragebögen 23% (7) aus Jennersdorf kamen, 30% (9) aus Fehring und 47% (14) aus Oberwart kamen. Wie bereits erwähnt, enthielt die Erhebung neben einer Frage bezüglich des Diplomjahrgangs auch drei Fragen (1 geschlossene, 2 offene Fragen) zum „Bekanntheitsgrad der ethischen Richtlinien“.

Nachfolgend ist eine Kopie der Erhebung beigefügt um dies zu veranschaulichen.

Jahr des Diploms _____

Liebe/r diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/ pfleger

Es handelt sich bei diesem Fragebogen lediglich um Informationen für meine Abschlussarbeit im Rahmen des Studiums Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Ihre Antworten werden vertraulich verwendet und Sie müssen keinen Namen angeben. Ich würde Sie jedoch darum bitten ihren Diplomjahrgang oben links einzutragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Julia Hirczy

1.) Sind Ihnen die ethischen Standards in der Pflege wie der ICN „International Council of Nurses“ bekannt?

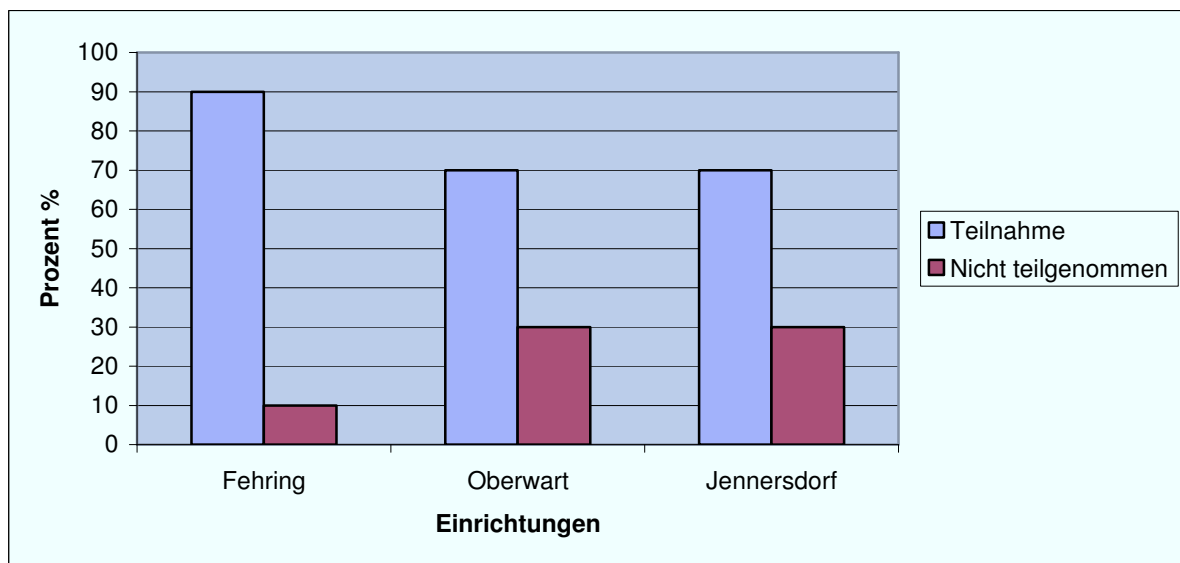
2.) Können Sie eine der Richtlinien des ICN benennen und erläutern was Sie darunter verstehen?

3.) Woran orientieren Sie sich in ethischen Fragen Ihres beruflichen Alltages?

8.Diskussion

Insgesamt wurden 40 Fragebögen ausgegeben, von denen 30 beantwortet wurden und in die Ergebnisse dieser Arbeit einfließen können.

Wie dieses Verhältnis in Bezug auf die unterschiedlichen Einrichtungen aussieht, wird im folgenden Diagramm dargestellt.



Tab.2

Die Diplomjahrgänge werden zur Veranschaulichung in Gruppen unterteilt.

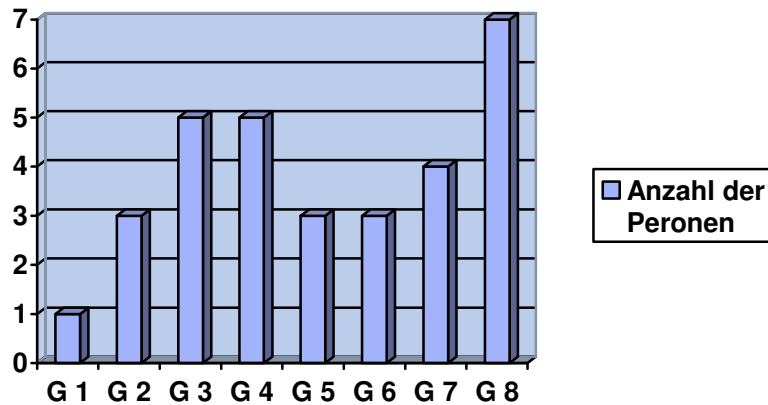
Gruppe 1: Teilnehmer die vor 1980 ihr Krankenpflege Diplom absolviert haben.

Gruppe 2: Zwischen 1981-1985 Gruppe3: Zwischen 1986.1990 Gruppe 4:

Zwischen: 1991-1995, Gruppe 5: Zwischen 1996- 2000, Gruppe 6: Zwischen 2001-

2005, Gruppe 7 Zwischen 2006- 2010. Gruppe 8: Gaben keine Antwort. In der Grafik

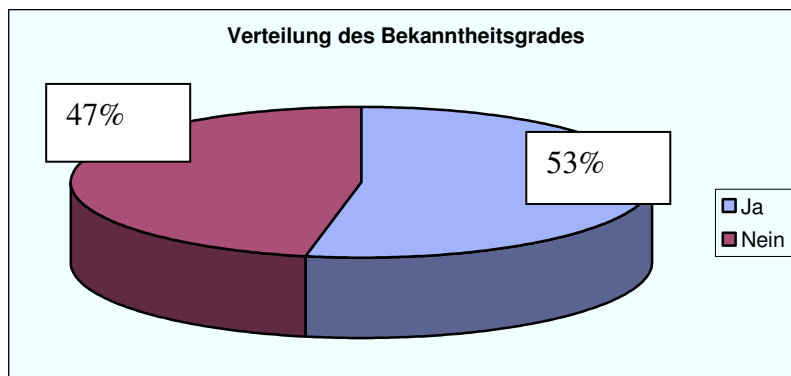
Gruppe mit G abgekürzt wurde.



Tab. 3

Die Ergebnisse der erste Frage der Umfrage:

„Sind Ihnen die ethischen Standards der Pflege, wie der International Council of Nurses“ bekannt?“ werden in der nachstehenden Tabelle aufgezeigt.



Tab. 4

Diese Verteilung bedeutet, dass 53% der befragten diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen die Richtlinien des International Council of Nurses angeben zu kennen.

In weiterer Folge wird dieses Ergebnis auf die einzelnen Einrichtungen aufgeteilt:

| Pflegeheim | Ja | Nein |
|---------------|------------------|------------------|
| Jennersdorf | 1 (14 %) | 6 (86 %) |
| Fehring | 4 (44 %) | 5 (56 %) |
| Oberwart | 11 (79 %) | 3 (21 %) |
| Gesamt | 16 (53 %) | 14 (47 %) |

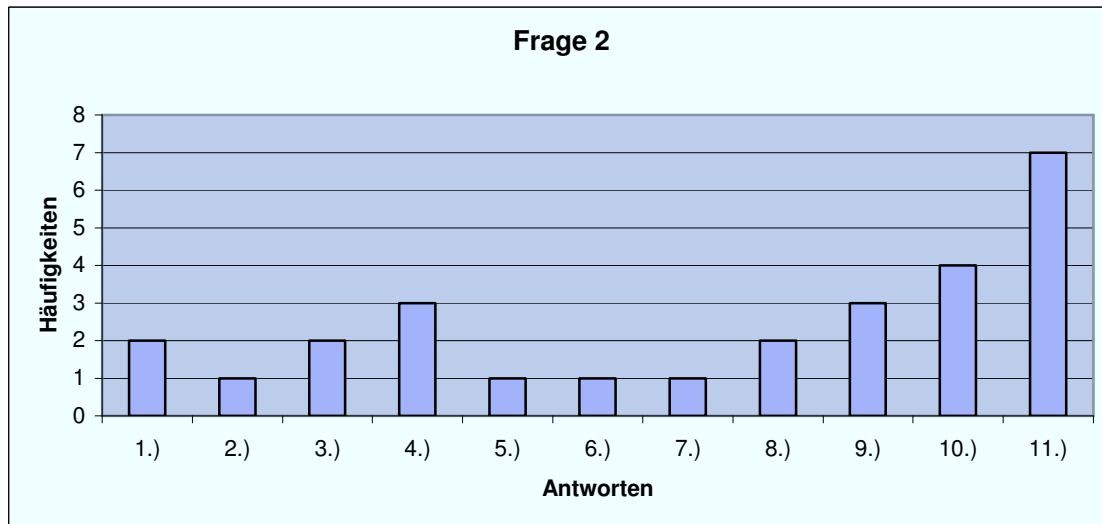
Tab.5

Die zweite Frage: „Können Sie eine der Richtlinien des International Council of Nurses benennen und erläutern was Sie darunter verstehen?“ wird ebenfalls in einer Tabelle dargestellt. Wobei die Antworten sinngemäß in Gruppen unterteilt wurden. Bei dieser Frage, waren Mehrfachnennungen möglich und auch äußerst häufig.

| Antwort | Häufigkeit |
|---|------------|
| 1.)Leiden zu lindern | 2 |
| 2.) Akzeptanz | 1 |
| 3.)Individualität | 2 |
| 4.) Fachkenntnis | 3 |
| 5.)Pflegerische und die Berufsausübung: Die Pflegerische achtet auf die Gesundheit, um ihre Fähigkeiten für die Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen. | 1 |
| 6.)Pflegerische und die Berufsausübung: Jeder Pflegerische ist selbst verantwortlich nach bestem Wissen und Gewissen die Ausübung der Pflege durchzuführen. | 1 |
| 7.)Pflegerische und Ihre Mitmenschen | 1 |
| 8.)Integration in das öffentliche Ortsbild | 2 |
| 9.)Heimatgefühl | 3 |
| 10.)Respektvoller Umgang | 4 |
| 11.) Keine Antwort | 7 |

Tab.6

Um die Häufigkeiten dieser Antworten besser darstellen zu können, werden sie nochmals in einem Diagramm dargestellt.



Tab.7

Wenn eine Antwort gegeben wurde, wurde der respektvolle Umgang am Häufigsten genannt. An zweiter Stelle sind die Antworten: Heimatgefühl und Fachkenntnisse. Lediglich drei Pflegekräfte nannten ein Element aus dem International Council of Nurses. (Antworten 5/6/7)

Die dritte Frage:

„Woran orientieren Sie sich in ethischen Fragen Ihres beruflichen Alltages?“

Diese Frage wurde von allen 30 teilnehmenden Pflegekräften beantwortet. Die Antworten waren sehr unterschiedlich und Mehrfachnennungen waren häufig.

| Antwort | Häufigkeit |
|---|------------|
| Leitbild | 6 |
| Werte, Normen des Bewohners und der eigenen | 5 |
| Würde und respektvolle Behandlung | 4 |
| Menschenrechte | 3 |
| Erfahrung | 3 |
| Fortbildung | 2 |
| Gesetze des österreichischen Gesundheitswesens | 2 |
| Kommunikation mit Kollegen/ Bewohnern und Angehörigen | 2 |
| Verantwortungsvoll | 1 |
| Wissen | 1 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Arbeiten MIT und FÜR alte Menschen | 1 |
| Richtlinien/ Standards | 1 |

Tab.8

Die Pflege befindet sich nach wie vor auf einem Weg der Professionalisierung und der Entwicklung zu einem eigenständigen Bereich.

Ohne Zweifel haben Pflegepersonen die direkt am und mit dem Patienten arbeiten, den größten Einfluss auf diese Entwicklung. Für die Professionalisierung der Pflege und vor allem für die Garantie einer hochqualitativen Pflege ist die Pflegeethik sehr wichtig.

Das 53% der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen angeben die Richtlinien des International Council of Nurses zu kennen ist dabei jedoch ein nicht erwartetes Ergebnis, da es bedeutet, dass 47% der Personen die täglich die Pflege anderer Menschen übernehmen, kein Wissen über ethisch Standards und Richtlinien angegeben haben.

Auffallend ist, dass von den 53%, die den ICN zu kennen angaben, nur 19% (10% der Gesamtteilnehmer) ein Element des ICN benennen konnten.

Aufgrund dieser Angaben muss hinterfragt werden, ob tatsächlich 53% der Teilnehmer den International Council of Nurses kennen. Dies würde für die Ergebnisse dieser Studie vermuten lassen, dass nur 10% die Richtlinien des International Council of Nurses kennen und der International Council of Nurses doch 90% der Befragten nicht wirklich bekannt ist.

Alle drei Pflegeheime hatten explizit formulierte Leitbilder. Nach den Angaben der Pflegepersonen, sind diese Leitbilder eine Unterstützung bei Entscheidungen mit ethischen Schwierigkeiten. Um einen besseren Einblick in diese Leitbilder bekommen zu können, kann das Leitbild des Pflegeheimes in Jennersdorf dem Anhang entnommen werden. (siehe Anhang S. 32-33)

Die Befragung zeigt, dass ethische Standards unter Pflegenden zu wenig bekannt sind. Da für eine qualitative Arbeit aber auch die fachliche Kompetenz gegeben sein muss, besteht hier enormer Handlungsbedarf.

9. Schlussfolgerung

Ein flächendeckendes Fortbildungsprogramm auf dieser Ebene sicher sinnvoll und zielführend. Eine Lösung für dieses mangelnde Wissen, könnten Absolventen des Studiums für Gesundheits- und Pflegewissenschaften sein, die sich in diesem Bereich fortbilden und dann die Pfleger in der Praxis begleitet und bei der Integration von ethisch anerkannten Standards unterstützt und berät.

Es kam auch vor, dass Teilnehmer/ -innen die erste Frage mit Nein beantworteten und trotzdem Frage zwei beantworteten. Weiters kann nicht nachvollzogen werden, warum Pfleger/ -innen die erste Frage mit Ja beantwortet haben jedoch auf die zweite Frage keine richtige Antwort geben konnten.

Auffällig an den Unterschieden des Diplomjahrgangs war, dass die Personen die ethische Richtlinien korrekt benennen konnten, im Zeitraum zwischen 2006 und 2010 diplomiert haben. Die ethische Aus-/ Fortbildung in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester scheint aktuell und zielführend zu sein. Jedoch bedarf es eine regelmäßige Fortbildung in Form von Schulungen.

Da sich viele Pfleger/ -innen in ihren Antworten auf die hauseigenen „Leitbilder“ bezogen, schien es interessant sich diese genauer anzusehen. Diese „Leitbilder“ ziehen teilweise die Richtlinien des International Council of Nurses mit ein, jedoch wird er dort nicht zitiert oder genannt.

Eine flächendeckende Evaluierung und Anpassung der Leitfäden zu einem einheitlichen Leitfaden wäre empfehlenswert.

Es muss berücksichtigt werden, dass die Studie an einer sehr begrenzten Teilnehmerzahl und im ausschließlich ländlichen Gebiet durchgeführt wurde. In einer deutschen Studie „Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden“ wurde ebenfalls das Wissen über den International council of nurses an 236 Pfleger/ -innen getestet. Diese Studie fasste jedoch neben dem diplomierten Pflegepersonen auch Pflegehelfer/ -innen und Auszubildende mit

ein. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass 25% der Pflegenden die Grundregeln kennen und 75% nicht. (vgl. Köchling, 2000, S. 44-46)

Da viele Personen angegeben haben die ethischen Standards zu kennen, jedoch nur wenige sie beschreiben konnten, würden sich die die Ergebnisse dieser Arbeit und der erwähnte Studie einander annähern.

Es wäre mit Gewissheit interessant im Aspekt des Wissenstandes, Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu berücksichtigen. Der gender Aspekt wurde im Rahmen dieser Studie jedoch nicht bearbeitet und berücksichtigt.

Weiters wurde der Altersaspekt nicht berücksichtigt. Es ist in Frage zu stellen, ob aus dem Abschlussjahrs des Diploms zum Gesundheits- und Krankenpfleger/ -in auch auf das Alter geschlossen werden kann, da die Möglichkeit offen bleibt, dass die Ausbildung mit unterschiedlichem Alter begonnen wurde.

Weitere Studien zu dieser Thematik an einer größeren Teilnehmerzahl durchzuführen und diese vergleichsweise in einem städtischen Gebiet zu testen wären mit Sicherheit angebracht um den Kenntnisstand der österreichischen Pfleger/ -innen zu überprüfen und in weiterer Folge Verbesserungen dieser vollziehen zu können.

Zum Abschluss möchte ich Immanuel Kant zitieren:

„Immanuel Kant formulierte einst eine Grundregel für moralisches Handeln: Habe den Mut, deinem Gewissen zu folgen. Neben dem Gewissen gibt es für unser Handeln Gründe des Verstandes. Darum gilt zugleich die zweite Regel: Hab den Mut, dich deines eigenen Verstand zu bedienen.“ (Körtner, 2004, S.20)

10. Anhang

Leitbild für das Mutter Teresa Haus

- 1.) Der Name Mutter Teresa verpflichtet zu einer Zuwendung an die Heimbewohner, die von höchster Nächstenliebe und größtmöglicher Achtung der Menschenwürde gekennzeichnet sein muss.
- 2.) Es muss Ziel dieses Hauses sein, den Menschen hier den letzten Abschnitt ihres Lebens so schön wie möglich zu gestalten, in der Pflege, in der Zuwendung, im Erfüllen religiöser Sehnsüchte und auch im Verstehen so mancher Ungereimtheiten, die das Alter mit sich bringt.
- 3.) Die Leitung und das Personal im Haus müssen keine Ordensgemeinschaft simulieren, sollten sich aber stets bewusst sein, dass sie dem christlichen Geist des Ordens von Mutter Teresa nicht entgegenarbeiten sollen.
- 4.) Der Vorstand muss sich diesem Geist „den Ärmsten der Armen“ stets verpflichtet fühlen und in diesem Sinn auch Taten setzen wie etwa, dass ständig jemand „um Gottes Lohn“ im Hause aufgenommen wird. Der Vorstand soll sich aus Leuten zusammensetzen, die ihre Gottesbeziehung auch bekennen.
- 5.) Der jeweilige Ortsseelsorger ist für das religiöse Leben und Angebot im Mutter Teresa Haus mitverantwortlich. Dankbar und fördern sollen auch die religiösen Dienste von Personen, die aus der Pfarre kommen, angenommen werden.
- 6.) Der Name des Hauses, fast wäre er uns verboten worden, möge allen bewusst machen, dass wir hier einer Berufung gefolgt sind, die von uns Großes fordert, beruflich und auch privat.

Elf Leitideen des Mutter Teresa Hauses

- 1.) Wir achten die Würde, Persönlichkeit und Rechte der Bewohner.
- 2.) Mit gegenseitigem Respekt und Sympathieurteilen wollen wir das Vertrauen zueinander fördern.
- 3.) Wir wollen den Bewohnern ein Leben in größtmöglicher Individualität und Souveränität ermöglichen.

- 4.) Wo Menschen miteinander leben, gibt es unterschiedliche Interessen. Konfliktlösungen wollen wir gemeinsam suchen. Demokratisches Verständnis bildet dabei die Grundlage des Zusammenlebens im Alltag.
- 5.) Im Interesse unserer Bewohner legen wir größten Wert auf ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Angehörigen.
- 6.) Wir möchten uns nicht nur um das leibliche Wohl kümmern, sondern auch um das geistige und seelische Wohlbefinden.
- 7.) Wir bieten den Bewohnern Möglichkeiten der Mitwirkung und zu Eigeninitiativen an.
- 8.) Wir legen größten Wert auf transparente Information und auf Einbindung in Entscheidungsprozesse. Wir bejahen die Offenheit im Umgang und Information gegenüber der Öffentlichkeit.
- 9.) Wir wollen ein Dienstleistungsbetrieb sein, der sich im Tagesablauf und in den Angeboten an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert und um eine angenehme Atmosphäre im Heim bemüht ist.
- 10.) Wir möchten, dass unser Haus ein Zentrum des Dorfes ist und Bewohner am öffentlichen Leben teilnehmen können.
- 11.) Wer etwas tut, macht auch Fehler. Wir geben uns gegenseitig die Chance, aus Fehlern zu lernen.

LITERATUR

- 1.) Arndt, M.: Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1996
- 2.) Van der Arend, A.; Gastmans, C.: Ethik für Pflegende. Verlag Hans Huber, Bern, 1996
- 3.) Olivia Dibelius, Mariane Arndt (Hrsg.), Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie, Schönlitersche Verlag, 2003
- 4.) Jörg Richter, Astrid Nordberg, Ute Fricke (Hrsg.)- Ethische Aspekte pflegerischen Handelns. Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege. Schönlitersche GmbH & Co. 2002
- 5.) Weber/ Stratmeyer , Standpunkt: Sozial, 2/ 2001, Hamburger Forum für Soziale Arbeit, Ethik in der Pflege: Stellenwert ethischer Dimensionen im pflegerischen Handeln.
<http://www.sp.haw-hamburg.de/sp/standpunkt1/bioethik/Weber.pdf>
- 6.) Hilde Steppe (Hrsg.), Krankenpflege im Nationalsozialismus, 9. Auflage, Frankfurt/ M.: Mabuse Verlag, 2001
- 7.) Reinhard Lay, Ethik in der Pflege, Ein Lehrbuch für Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2004, Schönlitersche Verlagsgesellschaft
- 8.) Georg Marckmann, Was ist eigentlich Prinzipienorientierte Medizinethik?, Ethik in der Medizin, 2000
http://www.theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/fa6e48ae/Marckmann_Prinzipienethik.pdf
- 10.) (www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf)
- 9.) Monika Riedel, Maria M. Hofmarcher, Nachfragemodell Gesundheitswesen, Schätzung der Gesundheitsausgaben aufgrund der demographischen Entwicklung, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2002
- 10.) Harald Gaugg, Das Gesundheitswesen in Österreich, Bundesministerium für Gesundheit, 2005
- 11.) Monika Riedel, Maria M. Hofmarcher, Nachfragemodell Gesundheitswesen Teil 2, Determinanten der Gesundheitsausgaben sowie Schätzung der österreichischen Gesundheitsausgaben bis 2050, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2002
- 12.) Katrin Eilts-Köchling, Cornelia Heinze, Petra Schattner, Martin Voß, Prof. Dr. Theo Dassen, Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. 2000, Verlag Hans Huber Bern
- 13.) Weltärztebund, Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, 1964, http://www.tu-dresden.de/medkhno/riechen_schmecken/helsinki.pdf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf der ausgegebenen Fragebögen

Tabelle 2: Vergleich der Teilnehmeranzahl zwischen den einzelnen Pflegeheimen.

Tabelle 3: Verteilung der Diplomjahrgänge.

Tabelle 4: Verteilung des Bekanntheitsgrades.

Tabelle 5: Aufteilung der Ergebnisse zur Frage 1 nach den einzelnen Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 6: Auflistung der Antworten zur Frage 2.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Antworten zu Frage 2.