

*Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen
gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege*

ZUR PUBLIKATION IN:

Stutzki R, Ohnsorge K, Reiter-Theil S (Hrsg)

Klinische Ethikkonsultation – vom Modell zur Praxis. LIT Verlag;
erscheint voraussichtlich Ende 2010

**ETHISCHE ORIENTIENGSHILFE BEI WIDERSTAND VON
SCHWERKRANKEN MENSCHEN GEGEN PFLEGEMAßNAHMEN
– AM BEISPIEL DER MUNDPFLEGE**

Ursi Barandun Schäfer, Regina Gügel, Daniel Pasini, Daniel Schärli, Lucia
Steiner, Simone Uhl, Astrid Wenger, Susanne Woodtli, Stella Reiter-Theil

EINLEITUNG

Mundpflege - eine ethische Herausforderung

Viele schwerkranke Menschen sind nicht in der Lage, ihre Mundhygiene selbst durchzuführen. Es gehört zu den Kernaufgaben der Pflegenden in den unterschiedlichsten Pflegesituationen, die Patientinnen¹ bei dieser und anderen (Selbstpflege-) Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen, respektive diese stellvertretend zu übernehmen (Schweizerisches Rotes Kreuz 1992).

Bei der Mundpflege durch Pflegende wird der Mund in der Regel in zwei- bis vierstündlichem Rhythmus inspiziert und mit feuchten Gazetupfern gereinigt beziehungsweise befeuchtet. Die Ziele dieser regelmäßig durchgeführten Mundpflege sind die Förderung des Wohlbefindens durch Vermeidung von Mundtrockenheit und Durstgefühl sowie die Aufrechterhaltung der physiologischen Verhältnisse im Mund- und Rachenraum zur Verhütung von Krankheiten (wie zum Beispiel Pilzbefall) und Mundgeruch (Gottschalck, Dassen, Zimmer 2003, 2004; O'Reilly 2003).

Problematisch ist, dass bei der Mundpflege von schwerkranken Patientinnen oft aktiver oder passiver Widerstand wahrzunehmen ist, wobei über die Gründe lediglich spekuliert werden kann. Für viele Patientinnen mag es beispielsweise generell unangenehm sein, wenn ein feuchter Tupfer in den Mund eingeführt und dort hin und her bewegt wird. Der Mund ist ja ein sehr intimer Bereich, dessen Berührung im Alltag höchstens dem Partner und

¹ Wird nur die männliche oder die weibliche Form genannt, ist das andere Geschlecht jeweils mit gemeint.

Kindern vorbehalten ist. Zudem können Veränderungen von Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Orientierung bei Schwerkranken zu Missinterpretationen der Situation, dem Gefühl des ‚Bedroht-Seins‘ und zu beobachtbarem Widerstand führen. Manchmal mag vermeintliches Abwehrverhalten auch durch körperliche Reflexe bedingt sein.

Pflegende haben bezüglich Mundpflege einen hohen Grad an Selbständigkeit und übernehmen große Verantwortung (Gottschalck & Dassen 2003).

Angesichts des erlebten Widerstandes von Patientinnen stehen sie vor der Entscheidung zwischen zwei einander ausschließenden Varianten, die beide als unbefriedigend erlebt werden:

- **Verzicht auf die Mundpflege:**
Nicht-Einhaltung des fachlichen Standards, verbunden mit dem Risiko nachteiliger Auswirkungen für die Patientin.
- **Durchführung der Mundpflege:**
Einhaltung des fachlichen Standards gegen den potentiellen Willen der Patientin, verbunden mit einer Verletzung dessen Rechtes auf Selbstbestimmung.

Die Pflegenden stehen damit vor einem klassischen ethischen Dilemma, das sie oft wahrnehmen als Gefühl, ihre Arbeit nicht gut zu machen.

Damit umfasst die Mundpflege neben fachlich-technischen Aspekten auch solche, die mit Werten aufgeladen sind (Wilkin 2002). In der Fachliteratur werden diese ethischen Aspekte der Mundpflege jedoch kaum thematisiert.

Eine Gruppe erfahrener Pflegefachleute hat sich mit Hilfe der klinischen Ethikkonsultation (Reiter-Theil 2005) des beschriebenen Problems angenommen. Das Ziel dieser klinischen Ethikkonsultationen war die Erarbeitung einer Handreichung oder besser Policy für problematische Situationen im Alltag, fokussiert auf ethisch-moralische Aspekte. Fachlich-technische Aspekte werden im entsprechenden Mundpflege-Standard Standardgruppe MIPS (2007) thematisiert.

Im Alltag ist auch Widerstand von Patienten gegen andere Pflegemaßnahmen zu beobachten, zum Beispiel gegen Umlagerung und Mobilisation. Die Bearbeitung des Problems **Widerstand von Patienten bei Mundpflege** wird deshalb als eine exemplarische Fragestellung der Ethik in der Pflege verstanden.

Ethische Orientierung durch eine Policy

Wie kann ethische Orientierung im Einzelfall, aber auch darüber hinaus und vor allem vorausschauend vermittelt werden? In der Medizinethik bestehen verschiedene theoretisch fundierte Ansätze nebeneinander (Sulmasy & Sugarman 2001). Die Prinzipienorientierung mit ihrem deduktiven Vorgehen wurde einer kasuistischen und induktiven Methodik bisher meist kontrastierend

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

gegenübergestellt (Kuczewski 1998; Reichlin 1994), dabei können beide gerade in der klinisch-ethischen Konsultation sinnvoll miteinander kombiniert werden (Reiter-Theil 2003, 2005, 2008). Grundsätzlich geht es darum, sowohl ethische Prinzipien zur allgemeinen Orientierung heranzuziehen, als auch die Besonderheiten eines jeden exemplarischen Einzelfalls für sich zu würdigen (Reiter-Theil 2004). Auf diesem Weg sollte im vorliegenden Projekt mit einem konsensbildenden Diskurs der Beteiligten eine allgemeine Hilfestellung zur ethischen Orientierung erarbeitet werden, die wir in Anlehnung an die vor allem amerikanische Diskussion "Policy" nennen. Im deutschsprachigen Raum sind demgegenüber bisher vorwiegend Leitlinien (für Standards der Patientenbetreuung) bekannt sowie Richtlinien wie die der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder auch Empfehlungen bzw. Grundsätze, beispielsweise die der Bundesärztekammer für ärztliche Sterbebegleitung, die intensiv diskutiert werden (Bartels et al. 2005). Im Vergleich zu diesen Regelwerken der ethischen Orientierung ist die Verbindlichkeit einer Policy an den Kontext und die betreffende Institution gebunden und kann unterschiedlich sein. Soll sich eine Policy erst in der Praxis bewähren, so ist die Verbindlichkeit eine andere, als wenn sie von einer Institution etabliert wird (Winkler 2005). Die im vorliegenden Projekt entwickelte Handreichung oder Policy ist als Ergänzung des bereits existierenden Mundpflegestandards zu sehen; eine erste Phase der praktischen Erprobung mit Feedback und Auswertung ist erwünscht. Insofern handelt es sich hier um ein Pilotprojekt.

DAS VORGEHEN

Innerhalb einer schweizerischen Universitätsklinik konstituierte sich eine Gruppe aus acht Pflegenden, vorwiegend aus dem Bereich Intensivpflege. Die hier beschriebene Erarbeitung wurde medizinethisch begleitet; diese Begleitung wurde explizit als Unterstützung des Prozesses verstanden. Sie half der Gruppe, die richtigen Fragen zu stellen und gab Anregungen für ein geeignetes Vorgehen.

Es war von Anfang an klar, dass sich kein ‚Patentrezept‘ finden lässt. Vielmehr geht es darum, eine Orientierungshilfe zu entwickeln für die schwierige Entscheidung, die in jeder Situation einzeln getroffen werden muss. Es gilt zu entscheiden, *ob* bei einer Patientin, die Widerstand zeigt, Mundpflege durchgeführt wird oder nicht, und um die zusätzliche Frage, *wie* diese Mundpflege allenfalls dennoch durchgeführt werden soll.

Als Grundlage zu Beginn der ethischen Diskussion, lasen alle zu Beginn der Zusammenarbeit die ethischen Grundsätze nach Beauchamp & Childress (1994),

wie sie der Schweizerische Berufsverband der Pflegenden (SBK) (2003) zusammenfasst:

- Respekt vor Selbstbestimmung (Autonomie)
- Vermeidung von potentiellm Schaden (Nicht-Schaden)
- Förderung von Wohlbefinden, Sicherheit, Lebensqualität, usw. (Gutes tun)
- Gerechte Verteilung von Nutzen, Lasten und Aufwand (Gerechtigkeit).

Neben diesen ethischen Grundprinzipien wurden auch die daraus abgeleiteten Regeln wie vor allem das Einholen der informierten Zustimmung des Patienten (,Informed Consent') in den Prozess integriert. Des Weiteren erwies sich der sogenannte systematische Perspektivenwechsel als wichtiges Instrument zur Strukturierung der ethischen Falldiskussion (Reiter-Theil 2005).

Das Vorgehen in der Gruppe war induktiv, das heißt erfahrungs- und nicht theoriegeleitet. Zuerst stellten die Pflegenden eine Liste verschiedener Probleme auf, die sich im Alltag rund um die Mundpflege häufig zeigen. Dann beschrieben sie konkrete Pflegesituationen, in denen bei der Mundpflege ethische Probleme wahrgenommen wurden. Die Besprechung dieser ,paradigmatischen' Fälle diente der Entwicklung und Verfeinerung eines geeigneten Rasters zur Analyse konkreter Problemstellungen.

Gleichzeitig kam es bei der gegenseitigen Präsentation von erlebten Situationen spontan zu einem Erfahrungsaustausch bezüglich Interventionsmöglichkeiten, die fortlaufend dokumentiert und unter ethischen Aspekten betrachtet wurden.

Parallel zur inhaltlichen Diskussion wurde immer wieder über die geeignete Form der resultierenden Handlungsanleitung gesprochen, z.B. über den Umfang und den Aufbau. Als Titel wählte die Gruppe den Begriff ,Ethische Orientierungshilfe', wodurch zum Ausdruck gebracht wird, dass es sich um ein Angebot zur Unterstützung bei Entscheidungen in schwierigen Situationen handelt und nicht um eine vorgefertigte pauschale Antwort.

DAS RESULTAT: ,ETHISCHE ORIENTIERUNGSHILFE' – EINE POLICY

Die erstellte ,Ethische Orientierungshilfe' umfasst nach einer Einleitung einen Vorschlag zum folgenden Vorgehen in drei Schritten:

1. Analyse der Situation
2. Entscheidung über die geeignete Intervention
3. Dokumentation der Entscheidungen mit Begründung der Entscheidungen und Beschreibung der Reaktion des Patienten

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

Herzstück der ‚Ethischen Orientierungshilfe‘ sind zwei ‚MindMaps‘² (siehe Abbildung 1 und 2) als Unterstützung des ersten und zweiten Schrittes.

Das erste ‚MindMap‘ (Abbildung 1) dient der systematischen und differenzierten Diagnosestellung mittels formulierten Fragen und Antwortalternativen:

Wie äußert sich der Widerstand? Zu unterscheiden sind Patienten, die explizit angeben, die Mundpflege nicht zu mögen oder nicht zu wollen und solche, deren Ablehnung lediglich durch ihr Verhalten zum Ausdruck kommt. Insbesondere bei Menschen die kognitiv und sprachlich eingeschränkt sind (unter anderem durch medikamentöse Sedation oder Endotrachealtubus), zeigt sich der Widerstand beispielsweise an Abwehrbewegungen der Arme, Wegdrehen des Kopfes, ablehnende Mimik). Häufig zeigen sich passiver Widerstand auch durch eine an den Vitalparametern sichtbare Stressreaktion (Anstieg von Herz- und Atemfrequenz und/oder des Blutdrucks). Zudem kommt es vor, dass nicht die Patienten selbst, sondern deren Angehörige die Mundpflege ablehnen.

Wichtig ist es zudem festzustellen, ob der Widerstand über Stunden und Tage gleich bleibt, oder ob er sich im zeitlichen Verlauf unterschiedlich präsentiert. Zu den zentralen Fragen gehört weiter die Überlegung, was vom Patienten bekannt ist: Kann von einer generellen Zustimmung zu Pflegemaßnahmen ausgegangen werden oder besteht eine generelle Ablehnung?

² ‚MindMap‘: Gedankenübersicht, Gedankenkarte (www.leo.org, 22.12.2005)

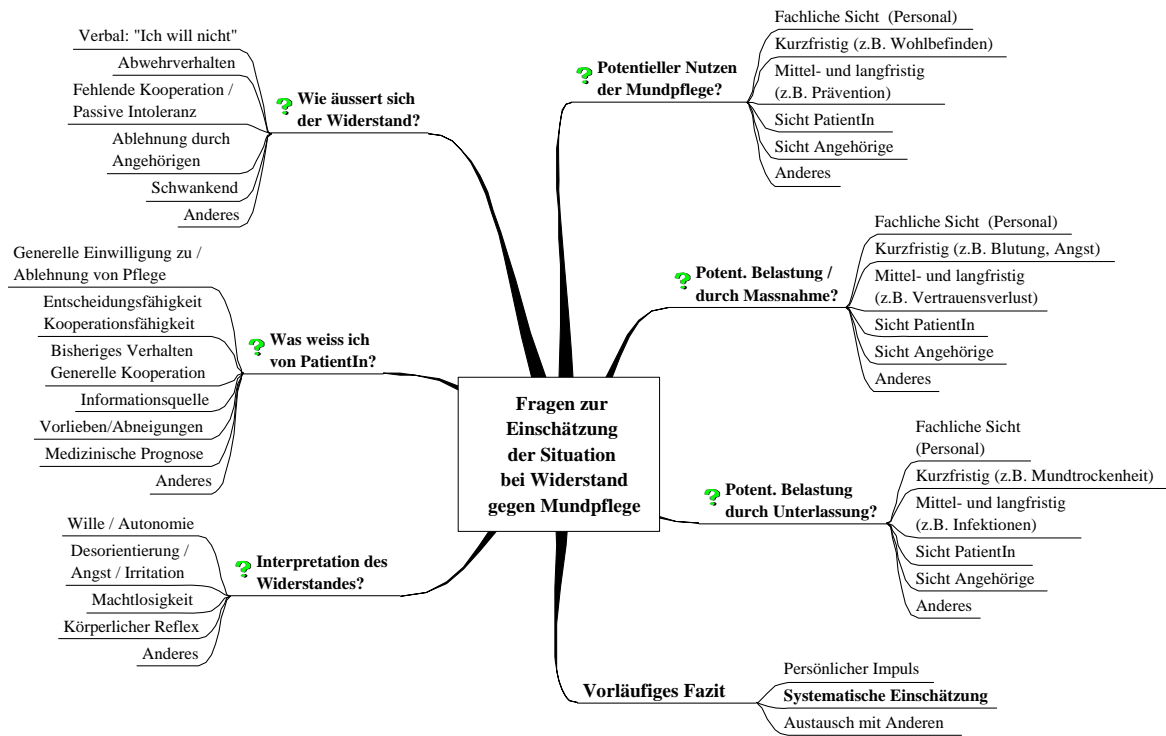


Abb. 1: Fragen zur Einschätzung der Situation bei Widerstand gegen Mundpflege

Ist der Betreffende aktuell in der Lage, Entscheidungen zu treffen und/oder bei Pflegemaßnahmen allenfalls zu kooperieren? Wie hat er sich bisher verhalten? Hat er kooperiert, sofern er dazu in der Lage war?

Woher stammen diese Informationen: vom Patienten selbst, von seinen Angehörigen, von Kolleginnen oder aus den Akten? Was ist über seine Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten bekannt?

Wie ist die Prognose aus medizinischer Sicht einzuschätzen? Handelt es sich um jemanden, der noch lange krank sein wird oder gar bald sterben wird?

Eine wichtige Frage ist, wie der beobachtbare Widerstand angesichts dieser Informationen zu interpretieren ist: als Ausdruck eines expliziten Willens im Sinne von Selbstbestimmung (Autonomie), als Ausdruck von Desorientiertheit, Angst, Irritation, Machtlosigkeit oder aber als rein körperlicher Reflex?

Ebenfalls eine zentrale Frage ist die nach dem potentiellen Nutzen: Wie schätzt die Pflegende die Wirkung der Mundpflege ein: kurzfristig auf das Wohlbefinden und mittel- und langfristig bezüglich der möglichen Verhütung weiterer Krankheiten? Worin liegt der zu vermutende potentielle Nutzen aus der Perspektive des Patienten und aus der Sicht seiner Angehörigen.

Als nächstes ist die Frage nach dem Schaden, respektive der potentiellen Belastung durch die Maßnahme selbst zu stellen: Auch hier ist die Unterscheidung der Perspektiven sinnvoll: das heißt aus fachlicher Sicht des Personals sowie aus der Sicht des Patienten und seiner Angehörigen.

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

Aus Sicht des Patienten ist hervorzuheben, dass das Eindringen in die Intimsphäre auf bewusster oder unbewusster Ebene einen Vertrauensbruch auslösen kann.

Auch die Frage nach dem Schaden, respektive der potentiellen Belastung durch Unterlassung der Reinigung stellt sich. So könnten sich beispielsweise größere Borken entwickeln, die in der Folge das Wohlbefinden und die Atmung des Patienten beeinträchtigen können.

Aus Sicht des Patienten ist besonders die Mundtrockenheit relevant. Die Angehörigen könnten durch Unterlassung der Mundpflege den Eindruck bekommen, der Patient werde nicht gut gepflegt oder vernachlässigt – ein Aspekt, der das Selbstverständnis der Pflegenden direkt berührt.

Schließlich gilt es für Pflegende in solchen Situationen, sich der eigenen persönlichen Impulse bewusst zu werden - bevor diese spontan umgesetzt werden - und diese mit dem Resultat der systematischen Einschätzung zu vergleichen. Reflexion soll hier also Vorrang vor einem "automatischen" oder rein intuitiven Vorgehen erhalten. Daraus leitet sich dann die weitere Entscheidung ab.

Es gilt festzuhalten, dass sich die hier geschilderten Fragen kaum ‚objektiv‘ beantworten lassen. Die Antworten beruhen auf Interpretationen und Vermutungen, die subjektiv geprägt sind. Eine systematische Beurteilung, wie sie hier vorgeschlagen wird, kann aber dazu beitragen, dass Entscheidungen weniger auf Zufall oder auf den unreflektierten persönlichen Werten einzelner Pflegenden beruhen. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass dies ein Gewinn für Patienten und für Pflegende sein kann.

Das zweite ‚MindMap‘ (Abbildung 2) dient der Unterstützung der Entscheidung darüber, was in einer konkreten Situation bei Widerstand einer Patientin gegen Mundpflege zu tun ist.

Daraus wird deutlich, dass es bei der Entscheidung weit mehr Optionen gibt als die beiden Alternativen ‚ja‘ (wird durchgeführt) oder ‚nein‘ (wird nicht durchgeführt).

Wie das erste, so kam auch das zweite ‚MindMap‘ zustande, indem alle in den Schilderungen der paradigmatischen Fälle geeigneten Frage- und Handlungsalternativen fortlaufend notiert und sortiert wurden.

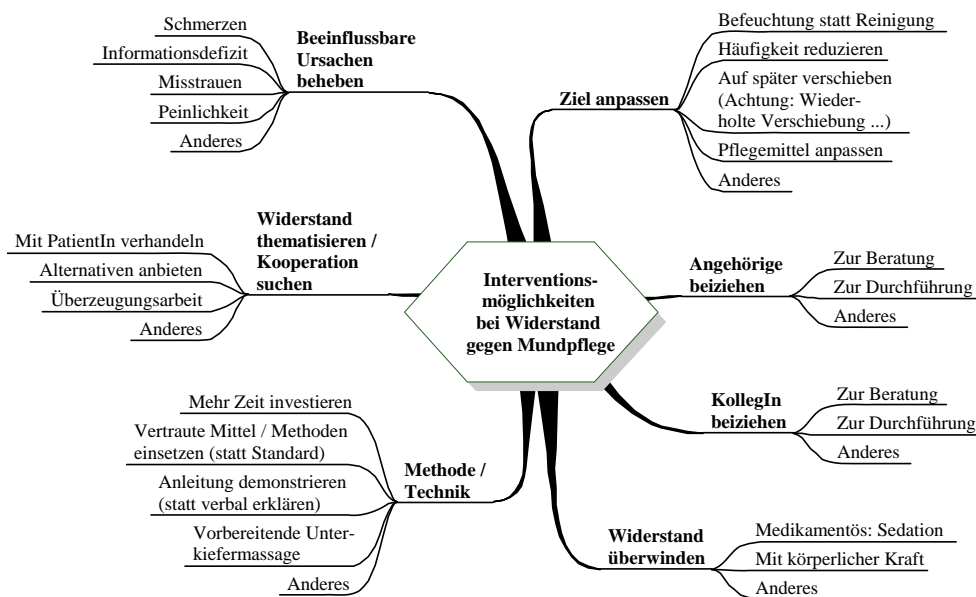


Abb. 2: Interventionsmöglichkeiten bei Widerstand gegen Mundpflege.

Als erste Maßnahme wird versucht, mögliche Ursachen des Widerstandes gegen Mundpflege zu erkennen und zu beheben; beispielsweise kann beim Verdacht, dass die Mundpflege Schmerzen verursacht, ein Schmerzmittel verabreicht werden.

Zusätzliche Informationen werden gegeben, wenn zu vermuten ist, dass Informationsdefizit oder Misstrauen den Widerstand auslösen. Entsteht der Eindruck, dass die Mundpflege der Patientin peinlich ist, weil beispielsweise ihre Zahnprothese ungepflegt aussieht, wird besonderer Wert auf Einhaltung der Intimsphäre gelegt. Wenn es die aktuelle kognitive Leistungsfähigkeit der Patientin erlaubt, wird der Widerstand thematisiert und bewusst nach Kooperationsmöglichkeiten gesucht. Vielleicht kann durch Verhandlung mit der Patientin ein guter Kompromiss gefunden werden; Pflegende können dann sinnvolle Alternativen aufzeigen und anbieten. Manchmal ist auch einfach Überzeugungsarbeit zu leisten. Meistens lohnt sich der Versuch, alternative Methoden und Techniken einzusetzen.

So führt der Einsatz von mehr Zeit und Geduld (,Entschleunigung') oft zum Erfolg. Es kann lohnenswert sein, Mittel und Methoden einzusetzen, die der Patientin vertraut sind. Kognitiv eingeschränkte Menschen verstehen manchmal besser, worum es geht, wenn ihnen die Zahnbürste in die Hand gegeben wird (,geführtes' Zähneputzen). Eine Alternative dazu ist, den Gazetupfer mit einem Finger der Patientin in den Mund einzuführen (,geführtes' Befeuchten und Reinigen mit Tupfer). Unter Umständen wird das etwas weniger als invasiver Eingriff in die Intimsphäre wahrgenommen.

Eine weitere Möglichkeiten in Anlehnung an Methoden der ,Basalen Stimulation' (Bienstein & Fröhlich 2004) ist die entspannende Massage des

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

Unterkiefers. Auch Demonstration statt Instruktion kann helfen. Der Pflegende macht der Patientin vor, was sie tun soll, indem sie ihren eigenen Mund öffnet, statt lediglich in Worten dazu aufzufordern.

Manchmal müssen auch die Ziele adaptiert und bescheidener formuliert werden. Geht es primär darum, den Mund zu befeuchten, so kann auf eine vollständige Reinigung der Mundhöhle verzichtet werden. In anderen Situationen ist es sinnvoll, den Mund vollständig zu reinigen, aber dafür nicht so häufig wie im fachlichen Standard vorgegeben. Eine weitere Möglichkeit der angepassten Form von Mundpflege ist die, Wasser oder Tee statt Produkte gemäß Standard zu verwenden. Die häufig übliche Variante, die Mundpflege "auf später" zu verschieben, birgt bei mehrmaliger Wiederholung das Risiko, dass diese zu lange unterbleibt und dadurch Schaden entsteht.

Oft hilft es, die Angehörigen einzubeziehen, sei es zur Beratung darüber, ob und was getan werden soll, oder bei der Durchführung der Mundpflege selbst. Patientinnen tolerieren Mundpflege durch Angehörige häufig besser. Auch das Zuziehen von Kollegen der Pflege oder von Ärzten kann helfen. Sie werden allenfalls gebeten, mit darüber nachdenken, wie mit dem Widerstand der Patientin in sinnvoller Weise umgegangen werden soll. Oder es wird jemand gebeten, an Stelle des Zuständigen zu versuchen, Mundpflege durchzuführen. Unter Umständen zeigt dieselbe Patientin nicht bei allen Pflegenden den gleichen Widerstand.

Nur wenn der potentielle Nutzen der Mundpflege, respektive der potentielle Schaden, bei Unterlassung groß ist, und wenn alle weniger belastenden Maßnahmen keine Wirkung zeigen, soll erwogen werden, wie der Widerstand durch Verabreichung von sedierenden Medikamenten umgangen oder notfalls auch durch körperliche Kraft (zum Beispiel Festhalten abwehrender Arme) überwunden werden kann.

Fallbeispiele zur Veranschaulichung

Die folgenden Fallbeispiele gehören zu den ‚paradigmatischen Fällen‘, die bei der Entwicklung, Überprüfung und Anpassung der Orientierungshilfe wichtige Bezugspunkte lieferten. Hier dienen sie der Veranschaulichung der vorausgegangenen Beschreibung.

PATIENT A

Herr A ist 41 Jahre alt. Er leidet an einer fortgeschrittenen akuten Leukämie. Er stammt aus der Türkei, lebt seit vielen Jahren in der Schweiz und spricht recht gut Deutsch. Er ist eingebettet in ein großes soziales Netz und bekommt viel Besuch. Während der letzten Tage hat sich sein Allgemeinzustand

verschlechtert. Herr A ist nicht mehr bei Bewusstsein und vollständig pflegebedürftig. Durch die pathophysiologischen Veränderungen blutet seine Mundschleimhaut immer wieder. Bei der Mundpflege beißt Herr A fest zu, so dass ohne Einsatz von Gewalt weder Einsicht in die Mundhöhle noch deren Reinigung möglich sind. Der Pfleger erlebt Zweifel. Er fragt sich, was in dieser Situation Priorität hat; das subjektive Wohlbefinden aus der Perspektive des Patienten - nicht zur Mundpflege gezwungen zu werden - oder die fachliche Indikation - die Entfernung der Blutkrusten, die den Mund zu verkleben drohen.

Im ersten Schritt wird die Situation unter Zuhilfenahme der formulierten Fragen (Abbildung 1) analysiert. Das Resultat: Da der Patient nicht bei Bewusstsein ist, ist davon auszugehen, dass das sichtbare Abwehrverhalten kaum Ausdruck seines bewussten Willens sein kann. Vor ein paar Tagen führte der Patient die Mundpflege noch selbständig aus. Leider wurde die Gelegenheit verpasst, mit ihm über eine allfällige Pflegebedürftigkeit zu sprechen. Es ist nicht bekannt, ob er kooperieren würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Weder die Pflegenden noch die Angehörigen wissen also, wie der Patient zur Mundpflege und anderen nötigen Pflegemaßnahmen steht; sie sind auf Vermutungen angewiesen. Die medizinische Prognose ist sehr schlecht, der Patient wird voraussichtlich nur noch einige Tage am Leben bleiben. Damit sind lediglich der kurzfristige (potentielle) Nutzen und Schaden relevant. Im Moment gibt es keinen Hinweis darauf, dass der Patient am Blut und an den Blutkrusten im Mund leidet. Daraus wird abgeleitet, dass die Belastung durch Mundpflege aktuell vermutlich größer wäre als der Nutzen.

Im zweiten Schritt werden die Optionen für eine Intervention erwogen. Aufgrund des Fazits aus dem ersten Schritt wird klar, dass lediglich Interventionen in Frage kommen, die den Patienten nicht oder kaum belasten. Dazu gehört, Herrn A. vor der Mundpflege versuchsweise Schmerzmittel zu geben. Danach werden die Angehörigen gebeten, dem Patienten während der Maßnahme beizustehen und ihm durch ihre gegenseitige Vertrautheit Sicherheit zu vermitteln. Sie zu bitten, die Mundpflege selbst durchzuführen, wäre wegen der erhöhten Blutungsneigung des Patienten hier nicht sinnvoll. Das Ziel ist, den Mund ohne Einsicht in die Mundhöhle lediglich zu befeuchten statt ‚korrekt‘ zu reinigen.

Da die Angehörigen Zweifel äußern und fragen, ob das Blut im Mund nicht beseitigt werden müsse, spricht der Pfleger mit ihnen über die Gründe.

Als dritter Schritt werden die Beobachtungen, die begründete Entscheidung sowie die Reaktion des Patienten auf die angepasste Form der Mundpflege in der Pflegedokumentation festgehalten, damit sie allen zur Verfügung stehen.

PATIENT B

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

Herr B ist ein 46-jähriger selbständig erwerbender Landwirt, der ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Seit dem Unfall unterstützt der Bruder des Patienten seine Schwägerin bei der Aufrechterhaltung des Betriebes im französischsprachigen Teil der Schweiz. Die Ehefrau kommt anfänglich täglich zu Besuch. Sie versteht wie ihr Mann und ihr Schwager nur Französisch.

Der Patient ist nicht bei Bewusstsein, intubiert und wird künstlich beatmet. Sein Mund ist in einem äußerst problematischen Zustand: Die Zähne sind kariös, seine Zunge zeigt einen dicken Belag, er produziert viel Sekret und hat starken Mundgeruch. Bei Versuchen, die Mundpflege durchzuführen, beißt er auf die Zähne. Weder Einsicht noch Reinigung von Zähnen und Zunge sind möglich. Angesichts der Situation ist von einer erhöhten Gefahr für die Entstehung einer Infektion auszugehen. Die Ehefrau ist durch den Unfall und die Belastung zu Hause überfordert. Die Sprachbarriere kommt erschwerend hinzu.

Die zuständige Pflegende fragt sich, ob die offensichtliche Vernachlässigung der Mundhygiene Auswirkungen auf den aktuellen Auftrag an die Pflege hat.

Als erster Schritt wird die Situation wieder differenziert analysiert. Das Abwehrverhalten von Herrn B ist vermutlich nicht Ausdruck des aktuellen Patientenwillens, sondern eher als körperlicher Reflex zu deuten. Vom beschriebenen Zustand des Mundes kann aber bis zu einem gewissen Grad auf eine generell negative Einstellung des Patienten zur Mundhygiene geschlossen werden. Der potentielle Nutzen der Mundpflege ist vor allem mittelfristig: Das erhöhte Risiko einer Infektion soll und kann durch Mundpflege reduziert werden. Eine kurzfristige potentielle Belastung bei Durchführung der Mundpflege gegen den Widerstand liegt vor allem in dem Risiko, dass der zunehmend wacher werdende Patient gegenüber dem Personal einen Vertrauensverlust erlebt, was sich auch auf andere Pflegemaßnahmen negativ auswirken kann.

Eine potentielle Belastung des Patienten durch Unterlassung der Mundpflege ist darin zu sehen, dass eine Infektion vermutlich auch schmerzhaft wäre.

Im zweiten Schritt gilt es wiederum, über passende Interventionen nachzudenken und zu entscheiden.

Da – anders als bei Herrn A. - die Belastung durch Unterlassung der Mundpflege gegenüber einer Belastung durch die Intervention selbst als größer eingeschätzt wird, sollte sie trotz des Widerstandes des Patienten durchgeführt werden.

Dabei wird auch hier zuerst versucht, Interventionen zu ergreifen, die den Patienten möglichst wenig belasten. Die vorherige Verabreichung von Schmerzmitteln reduziert die Abwehr des Patienten aber nicht. Auch die Einbeziehung der Ehefrau bleibt leider erfolglos.

Die Pflegende versucht, durch Massage eine Entspannung des Kiefermuskels herbeizuführen, die eine passive Öffnung des Mundes ermöglichen würde. Als

auch dies keinen Erfolg zeigt, wird vorübergehend vor jeder Mundpflege ein kurz wirksames Sedativum verabreicht, so dass sich der Mund öffnen und reinigen lässt. Allerdings wird die Häufigkeit der Mundpflege reduziert. Als der Patient einige Tage später erwacht und extubiert wird, kann er davon überzeugt werden, sich regelmäßig die Zähne zu putzen und sich nach der Rehabilitation die Zähne sanieren zu lassen.

BILANZ UND AUSBLICK

Die Zusammenarbeit zwischen den acht Pflegenden und der klinischen Ethikkonsultation hat sich bestens bewährt. Alle Beteiligten haben ihren Horizont erweitern und dazulernen können.

Vorerst offen bleibt die Frage, welchen Gewinn die ‚Ethische Orientierungshilfe‘ für Pflegende, die bei deren Erarbeitung nicht mitgewirkt haben, darstellt. Entscheidend dafür wird sein, wie breit das Resultat bekannt gemacht und der Umgang damit trainiert werden kann. Eine sinnvolle Maßnahme ist neben der Durchführung von entsprechenden Schulungsveranstaltung die Aufnahme der ‚Ethischen Orientierungshilfe‘ in den fachlichen Standard als integrierten Bestandteil (zumindest als Anhang).

Der Grad an Verbindlichkeit, den eine ‚Ethische Orientierungshilfe‘ erreichen kann und soll, ist generell kritisch zu diskutieren. Kann und soll Pflegende normativ vorgeschrieben werden, wie sie in konkreten ethisch problematischen Situationen vorzugehen haben, um Patientinnen auch in ethischer Hinsicht *gewissenhaft* zu betreuen? Oder ist es vielmehr angemessen und vielleicht auch wirkungsvoller, sich darauf zu beschränken, Empfehlungen für ein sinnvolles Vorgehen auszusprechen, damit deutlich wird, dass Unterstützung und nicht Disziplinierung der Pflegenden das Ziel ist? Diese Auffassung haben wir unserer Arbeit zugrunde gelegt.

Konsens ist, dass die vorliegende Orientierungshilfe dazu beitragen soll, dass Pflegende, die täglich Mundpflege durchführen, Widerstand von Patientinnen nicht lediglich als technisches Problem ansehen und behandeln. Damit wäre die ‚Policy‘ eine Möglichkeit nicht nur zur Sensibilisierung für die ethische Dimension von Alltagssituationen, sondern auch zur ethischen Orientierung, die eine persönlich zu verantwortende Entscheidung unterstützt.

LITERATUR

Bartels S; Parker M; Hope T; Reiter-Theil S (2005) Wie hilfreich sind "ethische Richtlinien" am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik Med* 17, 3; 191-205

Ethische Orientierungshilfe bei Widerstand von schwerkranken Menschen gegen Pflegemaßnahmen – Am Beispiel der Mundpflege

Beauchamp TL; Childress JF (1994) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press, 4th ed.

Bienstein C; Fröhlich A (1996) *Basale Stimulation in der Pflege*. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben, 10. Aufl.

Gottschalck T; Dassen T; Zimmer S (2003) Untersuchung einiger häufig gebrauchter Mittel, Instrumente und Methoden zur Mundpflege hinsichtlich einer evidenzbasierten Anwendung. *Pflege*, 16:91-102

Gottschalck T; Dassen T (2003) Welche Entscheidungs-Befugnisse besitzen Pflegende bei der Mundpflege. *Pflege*, 16:83-89

Gottschalck T; Dassen T; Zimmer S (2004) Empfehlungen für eine Evidenzbasierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. *Pflege*, 17:78-91

Kuczewski M (1998) Casuistry versus Principlism: The Convergence in Method in Biomedical Ethics. *Theoretical Medicine* 19:509-524

Standardgruppe MIPS (2007). *Pflegestandard Mundpflege der Medizinischen Intensivstation*. Basel: Universitätsspital Basel

O'Reilly M (2003) Oral Care of the Critically Ill: A Review of the Literature and Guidelines for Practice. *Australian Critical Care*, 16:101-110

Reichlin M (1994) Observations on the Epistemological Status of Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19:79-105

Reiter-Theil S (2003) Balancing the Perspectives. The Patient's Role In Clinical Ethics Consultation. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 6:247-254

Reiter-Theil S (2004) Does Empirical Research Make Bioethics More Relevant? "The Embedded Researcher" as a Methodological Approach. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*, 7:7-29

Reiter-Theil S (2005). Klinische Ethikkonsultation: Eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86:346-351

*Barandun, Gügel, Pasini, Schärli, Steiner, Uhl, Wenger, Woodtli,
Reiter-Theil*

Reiter-Theil S (2008) Ethikberatung in der Klinik: ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion. *Therapeutische Umschau* 65: 359-365

Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (2003) *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK)

Schweizerisches Rotes Kreuz (1992) Die fünf Funktionen der Pflege. In: *Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege an den Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK)

Sulmasy DP; Sugarman J (2001) *Methods in Medical Ethics*. Washington, D.C.: Georgetown University Press

Wilkin K (2002) A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory under-pining mouth care practice for the intensive care unit patient. *Intensive and critical care nursing*, 18: 181-188

Winkler EC (2005) The ethics of policy writing: how should hospitals deal with moral disagreement about controversial medical practises? *J Med Ethics*, 31:559-566