

Moralisches Handeln Pflegender in der Schmerztherapie junger Säuglinge

Hildegard Streyll

Dipl.-Pflegepädagogin (FH)
Dipl.-Pfle gewirtin (FH)

**Kinderklinik der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz**

Zusammenfassung

Die schmerztherapeutische Versorgung junger Säuglinge muss immer noch als äußerst defizitär beschrieben werden. Auch Pflegende können ihrer moralischen Verantwortung in der pädiatrischen Schmerztherapie nicht gerecht werden. Forschungsstudien lassen ursächlich nicht nur Missverständnisse im Schmerzerleben junger Säuglinge, sondern insbesondere auch fehlendes Fachwissen, einen eingeschränkten Handlungsspielraum und die unzureichende Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit Pflegender erkennen, was auf eine mangelnde Professionalisierung von Pflege schließen lässt. Doch die von Pflegenden bevorzugte intuitive Schmerzeinschätzung ist nur innerhalb einer von Sorge getragenen Pflegebeziehung in einer professionellen Pflegepraxis von großem Wert.

EINLEITUNG.....	3
1. DAS PHÄNOMEN SCHMERZ BEIM SÄUGLING.....	4
2. AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR POSITION DER PFLEGE IN DER SCHMERZTHERAPIE.....	6
2.1. BESTEHENDE MIßVERSTÄNDNISSE IN DER PÄDIATRISCHEN SCHMERZTHERAPIE	6
2.2. DAS SCHMERZASSESSMENT	7
2.3. PFLEGERISCHE INTERVENTIONEN ZUR SCHMERZBEKÄMPFUNG	8
2.4. RESÜMEE DER STUDIENBEARBEITUNG.....	8
3. PFLEGEETHISCHE BETRACHTUNG IM RAHMEN DER PROFESSIONALISIERUNG VON PFLEGE	9
3.1. BERUFSETHOS – RICHTUNGSWEISEND FÜR ANGEHÖRIGE EINES BERUFSSTANDES ...	10
3.2. PFLICHTGELEITETES HANDELN IN DER PFLEGE.....	10
<i>Elementar: Die Würde des Patienten.....</i>	12
3.3. DIE CARE – ETHIK ALS MORALISCHE ORIENTIERUNG.....	12
3.4. SCHMERZTHERAPIE – BESTANDTEIL PROFESSIONELLER PFLEGE	14
4. DISKUSSION.....	14
<i>Pflichtenethik versus Care-Ethik?.....</i>	15
<i>Der Care-Ansatz in der pädiatrischen Schmerztherapie.....</i>	15
<i>Die Furcht der Selbstaufopferung im Care-Ansatz.....</i>	16
<i>Parallelen zwischen dem pflichtgeleiteten Handeln bzw. Handeln aus Fürsorge und dem Verhalten Pflegender in der pädiatrischen Schmerztherapie.....</i>	17
<i>Intuitive Wahrnehmung in der pädiatrischen Schmerztherapie</i>	17
<i>Pflegerischer Standpunkt in der Schmerztherapie junger Säuglinge im Rahmen der Professionalisierung von Pflege</i>	20
5. FAZIT UND AUSBLICK.....	21
ZUSAMMENFASSUNG	
LITERATUR	

Einleitung

In den letzten Jahren ist eine zunehmende Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung von Kindern zu beobachten – mit Ausnahme der Säuglinge. Diese sind angesichts ihrer mangelnden Möglichkeiten, ihre Schmerzempfindungen Dritten zu vermitteln, im Besonderen von der Aufmerksamkeit und dem moralisch-verantwortlichen Handeln Pflegender abhängig. Aus diesem Grund soll mit dieser Hausarbeit die defizitäre schmerztherapeutische Versorgung junger Säuglinge aus pflegeethischer Sicht betrachtet werden.

Die Bezeichnung ‚junger Säugling‘ wird im Folgenden ein Kind in seinen ersten sechs Lebensmonaten erfassen. Da die Entwicklung eines Säuglings im ersten Lebensjahr in großen Schritten erfolgt, soll mit dieser Eingrenzung die besondere Hilflosigkeit der Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten hervorgehoben werden.

Obwohl Eltern in allen Phasen der Schmerztherapie einen erheblichen Beitrag leisten, wird in dieser Hausarbeit die Eltern-Kind-Triade unberücksichtigt bleiben.

So sind zu Beginn ausgewählte Schmerzstudien zu analysieren, um die derzeitige Situation Pflegender darzustellen und um im Weiteren ihr pflegerisches Handeln in der pädiatrischen Schmerztherapie anhand zweier ethischer Orientierungen diskutieren zu können.

1. Das Phänomen Schmerz beim Säugling

Mit dem raschen medizinisch-technischen Fortschritt nehmen auch Quellen für Schmerz zu: Beatmung, Venenpunktion und Fersenblutentnahmen sowie das Einführen von Magensonden, das Absaugen der oberen Atemwege und andere Pflegemaßnahmen. Hinzu kommt der Schmerz als Auswirkung eines pathologischen Prozesses – je nach Krankheitsbild.

In den Anfangsjahren der Schmerzforschung in der Pflege schlug 1968¹ die amerikanische Schmerzexpertin Margo Mc Caffery eine auch heute noch weit verbreitete Definition von Schmerz vor: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, daß er Schmerzen hat“ (Mc Caffery, Beebe, Latham 1997, 12). Da Säuglinge Schmerz nicht verbal äußern können, ist diese Definition von Mc Caffery et al. in der Schmerztherapie junger Säuglinge wenig hilfreich. Gleichwohl verdeutlicht sie: Schmerz ist eine höchst subjektive Empfindung, für die der Betroffene alleiniger Experte ist und der von keinem Menschen in genau der gleichen Art und Weise nachempfunden werden kann. Somit beschäftigt sich die Schmerzforschung mit den Erscheinungsformen des Schmerzes, d.h. mit dem *Phänomen* Schmerz.

Trotz zunehmender Studien zum Phänomen Schmerz steht der Säugling selten im Mittelpunkt wissenschaftlicher Schmerzdiskussionen. Mc Caffery resümiert: “Von einem zufriedenstellenden Ansatz in bezug auf Schmerzeinschätzung und Schmerzlinderung [bei Kindern; d. Verf.] sind wir jedoch auch heute noch weit entfernt“ (ebd., 343). Der Grund hierfür: Jahrelang herrschten Schmerzmythen vor, die auf der Prämisse beruhten, Neugeborene und Säuglinge könnten aufgrund der Unreife ihres zentralen Nervensystems keinen oder kaum Schmerz empfinden. Mc Caffery fasste in ihrem Buch falsche und folgenschwere Thesen zusammen und gab dazu die längst bewiesene Richtigstellung: Selbst das Gehirn eines Neugeborenen ist trotz seiner Unreife mit allen Voraussetzungen zur Schmerzempfindung ausgestattet. Sie bekräftigt ihre Aussage insbesondere durch die Studie von Anand und Hickey², die 201 Hinweise auf das Schmerzempfindungsvermögen Neugeborener enthielt: Obwohl es noch unbekannt sei, in welchem Entwicklungsalter die Schmerzerinnerung einsetze, sei dies kein Beweis dafür, dass als Folge von wiederholten Schmerzreizen keine physischen oder psychischen Störungen auftreten würden (ebd., 345). Hierzu verweist Mc Caffery auf die von Beaver³ beschriebene Möglichkeit der intraventrikulären Blutung. Über weitere mögliche Spätfolgen der Schmerzerfahrung lagen derzeit nur wenige Erkenntnisse vor (ebd., 343ff.). Doch zweifellos ist der Schmerzreiz für den Säugling ein Stressfaktor, der für den Gesundungsprozess wenig förderlich ist (vgl. Jung 1996, 119).

¹ Mc Caffery, Margo: Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-Environment Interactions. University of California at Los Angeles Students' Store. Los Angeles 1968

² Anand, K J S; Hickey, P R: Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med 1987, 317: 1321-9

³ Beaver, P.K.: Premature infants' response to touch and pain: can nurses make a difference? Neonatal Network, 6:S. 13-17; Dez. 1987

Die Schmerzeinschätzung beim Säugling im ersten Halbjahr stellt eine besondere Herausforderung dar: Wonach soll die Pflegende⁴ den Schmerz des Säuglings beurteilen? Entfällt hier die Selbstbeobachtung und die verbale Schmerzäußerung des Kindes, bleiben ihr zwei Methoden der Schmerzeinschätzung:

- § Beurteilung anhand des kindlichen Verhaltens,
- § Beurteilung anhand biologischer Reaktionen
(Mc Grath, Finley 1999, 15).

Zum Schmerzverhalten junger Säuglinge gibt es nur wenige standardisierte Schmerzerfassungsinstrumente. Ekman entwickelte mit seinen Mitarbeitern das ‚Neonatal Facial Coding System‘⁵, das neun verschiedene Gesichtsausdrücke auflistet: Augenbrauenwölbung, Lidschluss, Nasolabialfalte, Lippenöffnung, Munddehnung (horizontal und vertikal), Lippenspitzen, Zungenspannung und Kinnzittern (ebd., 18f.). Die ‚neonatal infant pain scale‘ (NIPS) besitzt als zusätzliche Parameter den Bewusstseinszustand des Kindes, die Atembeobachtung, ein Weinen und Bewegungen der Extremitäten (De Kuiper 1999, 80f.). In der neonatologischen Pflegepraxis zeigt sich diese Art der Schmerzbeurteilung als eher untypisch. Weitaus üblicher ist ihr Einsatz als standardisiertes Instrument im Rahmen von Schmerzstudien (vgl. Coté, Morse, James 1998).

Die Schmerzeinschätzung anhand biologischer Reaktionen scheint unproblematischer, zumindest solange das Kind an entsprechende Überwachungsgeräte angeschlossen ist. Zu erfassen sind: eine erhöhte Herz- und Atemfrequenz, Blutdruckschwankungen oder eine Hypoxie bzw. auch die Beobachtung einer Zyanose oder Blässe (Mc Caffery et al. 1997, 365 f.; Mc Grath et al. 1999, 19). Allerdings sind auch dies keine verlässlichen Hinweise auf Schmerzempfindungen des Kindes. Einerseits gibt es eine Reihe anderer Ursachen für Veränderungen der Vitalparameter, andererseits weist Mc Grath darauf hin, dass sich die Vitalzeichen länger anhaltendem Schmerzreiz anpassen können (ebd., 19).

Die Schmerzeinschätzung bei Säuglingen im ersten Halbjahr kann somit als schwierig beschrieben werden. Letztendlich ist die Pflegende nur in der Lage, eine Vermutung über das Schmerzempfinden des jungen Säuglings auszusprechen; diese sollte allerdings möglichst fundiert sein (vgl. Mc Caffery et al. 1997, 362).

⁴ Pflegender entsprechend für Pflegende im gesamten Wortlaut.

⁵P. Ekman, W.V. Friesen, S. Ancoli: Facial signs of emotional experience. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39; 1125-34

2. Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Position der Pflege in der Schmerztherapie

Das Phänomen Schmerz erweckt bereits seit Beginn der 80er Jahre zunehmendes wissenschaftliches Interesse. Insbesondere aus dem nordamerikanischen und niederländischen Raum liegen uns derzeit Studien zum Phänomen Schmerz vor. Erfreulicherweise finden wir auch einige deutsche pflegewissenschaftliche Arbeiten von Hüper (1994)⁶, Jung (1996), Knigge-Demal (1998)⁷, Kloos (1999) und Osterbrink (1999)⁸. Diese befassen sich – mit Ausnahme von Hüper und Osterbrink – explizit mit Schmerzen bei Kindern.

Im Folgenden werden ausgewählte Studien im Hinblick auf die Position der Pflege in der pädiatrischen Schmerztherapie analysiert.

2.1. Bestehende Missverständnisse in der pädiatrischen Schmerztherapie

Jahrelang wurde eine Schmerzempfindung von Neugeborenen und Säuglingen in Frage gestellt (vgl. Kap.1). Obwohl Anand et al. bereits 1987² in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung diesen Schmerzmythos widerlegten (Mc Caffery et al. 1997, 345), beklagten Woodgate et al. fast 10 Jahre später weiterhin eine mangelhafte Schmerzkontrolle pädiatrischer Patienten. Sie kamen zu dem Schluss, dass wohl viele Pflegenden annahmen, dass es einen Teil nicht therapierbaren – und somit zu akzeptierenden Schmerz gab (Woodgate, Kristjanson 1998, 296; vgl. Hamers, Hujer Abu-Saad, Halfens, Schumacher 1998, 166). Demgegenüber waren die im Rahmen einer Studie von Barbara Jung auf einer interdisziplinären Kinderintensivstation befragten Kinderkrankenschwestern der Meinung, dass zwar alle Kinder jeden Alters Schmerz empfinden könnten, hatten aber den Eindruck, dass „[...] kleinere Kinder sich irgendwie aus Schmerz weniger machen“ (Zitat einer Kinderkrankenschwester in Jung 1996, 119). Weiterhin werden immer noch falsche Annahmen im Umgang mit Analgetika beschrieben, infolgedessen deren Verabreichung hinausgezögert wird (Hamers et al. 1998, 165f.; Woodgate et al. 1998, 295).

Demnach besteht für Pflegenden scheinbar auch heute noch eine Unsicherheit in der Schmerzempfindung und medikamentösen Schmerztherapie bei Kindern.

⁶ Hüper, C. (1994): Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. Frankfurt am Main: Mabuse (zugleich Diss. Universität Hannover, 1993)

⁷ Knigge-Demal, B. (1997): Schmerzerleben und Schmerzbewältigung des Kindes in invasiven Behandlungs-Pflegesituationen. Pflege 11, 324-329

⁸ Osterbrink, J. (1999): Tiefe Atementspannung. Einfluss auf Angst, Leiden und Inzisionsschmerz in der postoperativen Frühphase. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber

2.2. Das Schmerzassessment

Jung sieht die Wahrnehmung von Schmerzen beim Kind insbesondere in Abhängigkeit von der persönlichen Einstellung der Pflegenden, ihrem Problembewusstsein und ihrer Qualifikation (Jung 1996, 134). Bei der Analyse verschiedener Forschungsberichte⁶ erkannte Harrison zudem einen Unterschied im Handeln Pflegender im Zusammenhang mit ihrer Berufserfahrung. Erfahrene Pflegende nahmen eine genauere Schmerzeinschätzung vor (Harrison 1998, 187). Dies scheint zunächst verständlich, denn gerade in der Einarbeitungsphase, d.h. zu Beginn einer Tätigkeit in einem neuen Arbeitsbereich, kann die Konzentration auf das Kind und somit die Aufmerksamkeit bzgl. seiner Schmerzen noch mangelhaft sein. Mit zunehmender Routine im Stationsablauf und mit der Medizintechnik verschiebt sich dieser Schwerpunkt zugunsten des Kindes (vgl. Jung 1996, 121f.). Allerdings führt Harrison weiterhin aus, dass sehr erfahrene Pflegende die Schmerzen ihrer Patienten unterschätzten: Einerseits glaubt man, dass sehr erfahrene Pflegende von Schmerzen weniger beeindruckt werden. Andererseits scheinen sich Pflegende so davor zu schützen, „[...] durch Empathie [...] emotional ausgelaugt zu werden“ (Harrison 1998, 187). Hinweise zur persönlichen Belastung Pflegender bzw. dem sich daraus ergebenden Verhalten in der Schmerztherapie beschreiben Woodgate et al. folgendermaßen: Pflegende erschienen häufig frustriert, beispielsweise, wenn die Schmerzen des Kindes schwer unter Kontrolle zu bringen waren. Sie neigten dazu, eine intensive Ausdrucksweise von Schmerz der Persönlichkeit des Kindes zuzuordnen. Dabei ist der Austausch Pflegender mit Kolleginnen oder mit Eltern selten zu finden (Woodgate et al. 1998, 294-298).

Hier stellt sich die Frage: Ist dies ein Zeichen der Hilflosigkeit und ein Versuch, den Schmerz des Kindes zu verleugnen? Kommen Pflegende in einen Handlungszwang, dem sie nicht gerecht werden können?

Doch zunächst: Welche weiteren Faktoren beeinflussen Pflegende in der Schmerzeinschätzung? Dies sind:

- § verbale Äußerungen (Hamers et al. 1998; Jung 1996),
- § schreien, weinen, stöhnen (Woodgate et al. 1998; Jung 1996),
- § Verhaltensweisen, z.B. Mimik, Unruhe, Schonhaltung (Jung 1996),
- § Vitalparameter (Jung 1996),
- § eine Diagnose, die Schmerzen wahrscheinlich macht (Hamers et al. 1998),
- § Intuition (Jung 1996).

Da im Säuglingsalter auf den deutlichsten Schmerzindikator - der verbalen Äußerung - nicht zurückgegriffen werden kann, scheint es verständlich, dass die von Jung befragten Pflegenden die Schmerzerkennung bei abnehmendem Alter der Kinder als immer schwieriger empfanden. Jung erkannte im Besonderen zwei wesentliche Faktoren für Pflegende bei der Schmerzeinschätzung: Zum einen die Pflegeerfahrung, zum anderen die Dauer der Pflegebeziehung. Beide scheinen Voraussetzungen dafür zu sein,

⁶ Leander 1990; Bear et al. 1970; Atchison 1986; Dudley&Holm 1984; Choiniere et al. 1990

sich in das Kind hineinzusetzen und ein Gefühl dafür zu entwickeln, ob es Schmerzen hat. Allerdings erfahren Pflegende im Austausch im interdisziplinären Team, dass objektive Parameter ernst genommen werden als ihre Intuition (Jung 1996, 105).

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird in der gesamten Schmerztherapie von Jung als konfliktreich beschrieben. Pflegende wünschen sich bereits in der Schmerzwahrnehmung von ihnen mehr Unterstützung; statt dessen erfahren sie häufig abweisende Reaktionen (ebd., 105f.).

Leider findet sich in keiner der ausgewählten Studien ein Hinweis auf Erfahrungen mit der Benutzung von standardisierten Assessmentinstrumenten.

2.3. Pflegerische Interventionen zur Schmerzbekämpfung

Bei der Bearbeitung der Studien bzgl. pflegerischer Interventionen wird deutlich, dass Pflegende ihre fachlichen Möglichkeiten zur Schmerzbekämpfung nicht nutzen. Folgende Gründe lassen sich finden:

- § zeitliche Ressourcen,
- § Dominanz der ärztlichen Profession,
- § Wissensdefizite,
- § mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Die Arbeitsbelastung hat einen großen Einfluss auf die Art und Weise der Schmerzbekämpfung. Insbesondere bei knappen zeitlichen Ressourcen werden von Pflegenden medikamentöse Therapien vorgezogen (Hamers et al. 1998, 166f.).

Im Rahmen der Studie von Jung gaben Pflegende an, wenig pflegerische Maßnahmen einzusetzen, obwohl sie diese neben der medikamentösen Therapie als wichtig ansahen. Wissensdefizite spielten hier eine Rolle (Jung 1996, 111; vgl. Woodgate et al. 1998, 300). Bemerkenswerterweise war jedoch zu erkennen, dass Pflegende sehr wohl eine Reihe pflegerischer Maßnahmen einsetzten, die einen erheblichen Einfluss auf Schmerzen haben: Minimal Handling⁹, Abschirmung von Außenreizen, Zuwendung, Trösten, Körperkontakt (Jung 1996, 110f.). Es scheint, als sei ihnen die Bedeutung dieser Maßnahmen nicht bewusst.

Die Folge: Pflegende erfahren Gefühle der Macht- und Hilflosigkeit, bekräftigt durch das mangelnde Vertrauen in die eigenen pflegerischen Fähigkeiten zur Schmerzbekämpfung (Woodgate et al. 1998, 296-298). Ist dieses auch der Grund für die fehlende Effektivitätskontrolle schmerzlindernder Maßnahmen (vgl. ebd., 291; Jung 1996, 108f.)?

2.4. Resümee der Studienbearbeitung

Es ist davon auszugehen, dass es auch heute noch Unsicherheiten bzgl. der Schmerzempfindung und medikamentösen Schmerztherapie bei Kindern gibt, die Pflegende in ihrem Handeln beeinflussen.

Angesichts fehlenden Fachwissens, ungünstigen Rahmenbedingungen und einem eingeschränkten Handlungsspielraum fühlen sich Pflegende in der pädiatrischen Schmerztherapie unsicher und hilflos. Sie können den

⁹ Minimal Handling bedeutet, dass die notwendige Manipulation am Kind auf ein koordiniertes Minimum reduziert wird. Ziel ist eine belastungsarme und schonende Pflege.

Anforderungen, die die Schmerztherapie an sie stellt, nicht gerecht werden, was sie belastet und letztendlich Auswirkungen auf die Interaktion mit dem Kind, seinen Eltern und den Kolleginnen hat. Die Schmerzeinschätzung ist von der Pflegeerfahrung und der Dauer der Pflegebeziehung zum Kind abhängig; primär steht nicht der Gebrauch von Messinstrumenten im Vordergrund, sondern Verhaltensweisen des Kindes, die auf Schmerzen hinweisen und intuitiv beurteilt werden. Diese scheint im interdisziplinären Team kein zufriedenstellendes und verlässliches Mittel zur Schmerzeinschätzung zu sein; angesichts ihrer Subjektivität stellt sie nur eine eingeschränkte Argumentationsgrundlage dar.

Infolge des mangelnden Vertrauens in die Wirksamkeit pflegerischer schmerzlindernder Verfahren wenden sich Pflegende rasch der medikamentösen Schmerztherapie zu. Ursächlich lassen sich ein mangelndes Selbstbewusstsein, mangelnde Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit erkennen. Diese Merkmale zeigen deutlich an, dass hier eine Professionalisierung von Pflege noch nicht stattgefunden hat. Dies führt zu der These, dass die mangelnde Professionalisierung Einfluss hat auf das moralische Handeln Pflegender in der Schmerztherapie junger Säuglinge.

Demnach kann aus den bearbeiteten Studien aus dem amerikanischen und niederländischen Raum für die Situation Pflegender in Deutschland wenig Gewinn gezogen werden. Denn während beispielsweise die Professionalisierung in Amerika als längst vollzogen gilt, steckt sie in Deutschland noch in den Anfängen. So verdient die Studie von Jung als einzige deutsche Arbeit besondere Beachtung. Gleichwohl: ihr qualitativer Forschungsansatz kann nicht das Ziel verfolgen, generalisierbare Aussagen vorzuweisen.

3. Pflegeethische Betrachtung im Rahmen der Professionalisierung von Pflege

Professionalisierung bezeichnet „[...] die dynamische Entwicklung von zunächst einfachen (z.B. pflegerischen) Tätigkeiten zu qualifizierten Verrichtungen, die schließlich in einer Profession im Sinne eines eigenständigen, theoretisch fundierten Bereiches zusammengefaßt und strukturiert werden“ (Hampel (1983)¹⁰, zit. nach Käppeli 1988, 21).

Grundlage der Professionalisierung der Pflege ist eine sich wandelnde Sichtweise auf den Patienten: Nicht der kranke Organismus, sondern die Person wird zum zentralen Fokus der Pflege. Pflegeetheoretikerinnen bauen ihre Theorien auf dieser Prämisse auf (vgl. Marriner-Tomey 1992). So ist es unumgänglich, die kranke Person in ihrer Ganzheit – soweit dies überhaupt möglich ist – mit ihren Ängsten, ihrer Hilflosigkeit und Hoffnung in ihrem Kranksein zu erfassen (vgl. Käppeli 1988, 24).

War also in früheren Zeiten die Pflegende in erster Linie ausführendes Organ ärztlicher Anordnungen, verlangt diese veränderte Sichtweise auf den Patienten nicht nur ein angepasstes pflegerisches Verhalten, sondern das eigenständige Handeln aus Verantwortung (vgl. ebd., 21f.). Diesem Handeln aus Verantwortung müssen Wertekriterien zugrundegelegt werden: Eine professionseigene Ethik, die allgemeine ethische Normen und

¹⁰ Hampel, K.: Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Münster 1983

fachspezifische Faktoren der Pflege integriert – einen Berufskodex der Pflegenden. Dieser Berufskodex ist richtungsweisend für das moralische Handeln professionell Pflegenden. Somit impliziert die Professionalisierung der Pflege eine Verpflichtung zum moralischen Handeln (ebd., 22f.).

3.1. Berufsethos – richtungsweisend für Angehörige eines Berufsstandes

Es ist zu bedauern, wenn Pflegende sich primär als Krankenschwester, weniger als Angehörige eines Berufsstandes sehen. So werten sie es primär als persönliches Versagen, wenn moralisches Handeln unmöglich wird (ebd., 26). Die Identifikation mit dem Berufsstand und somit ein stärkender Zusammenschluss Pflegenden ist auch notwendig, um restriktive Rahmenbedingungen wirksam beeinflussen zu können.

Die Pflegeethik hat zur Aufgabe, ihren Berufsangehörigen eine Orientierung zu ermöglichen, indem sie Kriterien für moralisches Verhalten in der Pflege dokumentiert und normiert. Dieses, dem Berufsstand eigene, charakteristische Wertesystem, wird als Berufsethos bezeichnet. Somit bedeutet moralisches Handeln in der Pflege, „[...] entscheiden und handeln entsprechend den vom Berufskollektiv als gut erkannten und bestimmten Werten und Grundsätzen“ (ebd., 20).

Diese berufeigenen Werte werden durch eine normative Ethik überdacht und formuliert. Welche geltenden Normen dieser deontologische Ansatz für das moralische Handeln Pflegenden vorgibt, wird im Weiteren ausgeführt.

3.2. Pflichtgeleitetes Handeln in der Pflege

In der pflegeethischen Diskussion ist primär dieser deontologische Ansatz erkennbar. Ein Vertreter dieses moralischen Handelns auf Grundlage von Pflichten (Pflichtenethik) ist Immanuel Kant.

Doch nicht nur Pflichten – beispielsweise formuliert vom International Council of Nurses (DBfK 2000, 563), sondern auch die Menschenrechte (Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen 1948) und die Rechte des Kindes im Krankenhaus (Richardson, Wepper 1998, 135f.) verpflichten Pflegende in bestimmter Art und Weise zu handeln.

Einen allgemein verbindlichen, nationalen Kodex, der ethische Grundsätze für die Berufsgruppe der Pflegenden dokumentiert, gibt es in Deutschland nicht. Andere nationale Kodizes, z.B. vom Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (1990) oder spezielle Standeskodizes, z.B. Katholischen Berufsverband für Pflegeberufe (1994) oder von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Pflegeorganisationen (1995) entstanden auf Grundlage der Ethikregeln des International Council of Nurses (ICN). Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle ausschließlich der ICN Kodex genauer betrachtet werden.

Pflegende formulierten 1953 erstmals im ICN Kodex auf internationaler Ebene Werte und Grundsätze, die als Ethikregeln für die Krankenpflege angenommen wurden. Diese wurden im Jahr 2000 zuletzt überarbeitet (DBfK 2000, 563).

Der ICN formulierte vier grundlegende Aufgaben der Krankenschwester:

- § Gesundheit zu fördern,
- § Krankheit zu verhüten,
- § Gesundheit wiederherzustellen,
- § Leiden zu lindern (ebd., 563).

Es wird deutlich, dass der ICN die Schmerztherapie zum einen als eine grundlegende pflegerische Aufgabe ansieht. Veränderte Vitalparameter, Unruhezustände und eine erhöhte Anspannung des Körpers auf Grundlage der Schmerzempfindung haben zum anderen einen negativen Einfluss auf den Gesundungsprozess des Säuglings. Durch fehlendes oder zögerliches Eingreifen wird die Gefahr von Hirnschäden (Ventrikelblutungen) durch eine Blutdrucksteigerung oder Hypoxie erhöht, was als eine zusätzliche Krankheit interpretiert werden kann. Demnach wird die Pflegende diesen, von ihrem Berufsstand dokumentierten, grundlegenden Aufgaben Pflegender in der Schmerztherapie junger Säuglinge nicht gerecht.

Wichtigstes Grundprinzip des ICN Kodex ist die Verantwortung. Hierbei steht die Verantwortung dem Patienten gegenüber im Vordergrund. Weitere Verantwortlichkeiten werden durch nachstehende Auszüge aus dem ICN Kodex deutlich:

- § Verantwortung der Pflegenden sich selbst gegenüber: auf Gesundheit achtend, um ihre Fähigkeiten zur Berufsausübung zu erhalten;
- § Maßnahmen an gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen der Gesellschaft zu orientieren;
- § die Kooperation mit Kolleginnen sowie interdisziplinär zu fördern;
- § Engagement in Pflegepraxis, -management, -forschung und -bildung;
- § Einsatz für die Schaffung und Erhaltung sozialer und wirtschaftlicher Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege;
- § Verantwortung für die Ausübung der Pflege sowie die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung (ebd., 563).

Hieraus lassen sich folgende Pflichten Pflegender in der pädiatrischen Schmerztherapie ableiten: Die Pflegende sollte sich um aktuelle Informationen zur Schmerzempfindung, Assessmentinstrumente, Analgetika und nicht-pharmakologische Interventionen bemühen, um den Anforderungen an den Pflegeberuf in der Schmerztherapie gerecht werden zu können. Ihrem Tun sollten Richtlinien zugrundegelegt werden, die ein einheitliches Handeln Pflegender ermöglicht. Zudem ist sie aufgefordert, die für ihre Aufgabe nötigen Rahmenbedingungen förderlich zu gestalten: die Zusammenarbeit im Pflgeteam und mit den ärztlichen Mitarbeitern sowie der Einsatz unterstützender Pflegesysteme.

Grundlage des pflichtgeleiteten Handelns stellt die Anerkennung der Würde des Menschen dar (DBfK 2000, 563; vgl. Arndt 1996, 31).

Elementar: Die Würde des Patienten

Jeder Mensch hat einen rechtlichen, im Grundgesetz Art. 1. GG (Bundeszentrale für politische Bildung 1996) verankerten, und einen moralischen, z.B. durch die Menschenrechte Art.1 (Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen 1948), Anspruch auf die Anerkennung seiner Würde. Der Pflege wird sie durch die Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe zugrunde gelegt: "Zur Pflege gehört die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen" (DBfK 1997, 3).

Erst durch die Anerkennung der Würde des Säuglings werden ihm Rechte zugestanden – als Voraussetzung des moralischen Handelns Pflegender. Dieses elementare Recht auf Würde wird verletzt, wenn der Säugling nur als kranker Organismus und nicht als Person mit eigenen Empfindungen angesehen wird. Die veränderte Sichtweise auf den Patienten wird im Rahmen der Professionalisierung der Pflege dem Anspruch der Personorientierung gerecht. Dementsprechend wäre folgendes pflegerisches Handeln zu erwarten: ein respektvoller Umgang, die Sorge um den Patienten und eine Sensibilität, um seine Empfindungen zu erfassen. Für die pflegerische Betreuung eines jungen Säuglings impliziert diese personorientierte, professionelle Pflege: eine Kommunikation entsprechend dem Entwicklungsstand des Säuglings - insbesondere taktil über Berührung - mit Empathie und der Sensibilisierung auf Verhaltensäußerungen als Hinweis auf Schmerzempfindungen.

Die Achtung der menschlichen Würde ist demnach elementar für die professionelle Pflege - nicht nur im pflichtgeleiteten moralischen Handeln. Sie fordert die Sorge um den hilfebedürftigen Menschen und ist somit auch Grundlage der Care-Ethik.

3.3. Die Care – Ethik als moralische Orientierung

Care wird in der deutschen Literatur mit Sorge bzw. Fürsorge, Anteilnahme oder Zuwendung übersetzt; so kann die Care-Ethik als Ethik der Fürsorglichkeit bezeichnet werden (Arndt 1996, 42f.).

Benner benutzt den Begriff Fürsorge als „[...] die Sorge *für* andere oder anderes; er impliziert, daß wir Personen, Ereignisse, Projekten und Dingen zugewandt sind, sie in ihrer Besonderheit ernstnehmen und sie mit sorgender Zuwendung bedenken“ (Benner, Wrubel 1997, 21).

Sorge scheint für das Wohlbefinden des Patienten essentiell zu sein. Hierzu benennt Benner eine Studie von Reimann¹¹, in der Patienten fehlende Sorge und Zuwendung der Pflegenden als eine fehlende Anwesenheit trotz körperlicher Präsenz bezeichneten. Sie fühlten sich hierdurch menschlich abgewertet (ebd., 26). Fehlende Sorge und Zuwendung beschreibt demnach eine Art Gleichgültigkeit dem Patienten gegenüber – folglich kann Sorge als eine bestimmte Haltung gegenüber einem Menschen bezeichnet werden.

Benner und Wrubel (1997) zeigen in ihrem Buch auf, dass eine von dieser fürsorglichen Haltung geprägten Pflegebeziehung das Wohlbefinden des Patienten fördert und sich letztendlich positiv auf seinen Krankheitsverlauf auswirkt.

¹¹ Reimann, D.: Noncaring and caring in the clinical setting: Patients' descriptions. Top Clin Nurs 8: 30-36, 1986

Carol Gilligan entwickelte in den 80er Jahren im Rahmen ihrer Studien, in denen sie die Entscheidungsfindung von Frauen in moralischen Konfliktsituationen analysierte, ein Care-Konzept, das insbesondere auf Fürsorge beruht (Gilligan 1993). Diese, im Gegensatz zur pflichtenorientierten Fairness-Moral (Ethik der Gerechtigkeit) stehende moralisch-ethische Orientierung besitzt als Kernpunkte: Anteilnahme, Beteiligtsein und Empathie. Gilligans Konzept wird auch als Ethik der Verantwortung bezeichnet, da durch die empathische Teilnahme an der Situation des anderen als Antwort eine fürsorgliche Haltung zum Ausdruck kommt (Brucker 1990, 81f.). Demnach stellt sich die Verantwortung im Rahmen der Care-Ethik nicht wie bei der Pflichtenethik als Pflichterfüllung dar, sondern entstammt einer anteilnehmenden Beziehung zum Patienten bzw. ist „[...] ein Gefühl der Solidarität“ (Tschudin 1996, 31).

Die drei Stadien der moralischen Entwicklung der Frau im Care-Konzept von Gilligan werden in Anlehnung an Brucker (1990, 92ff.) skizziert:

Erstes Stadium: Orientierung auf die individuellen, d.h. eigenen Bedürfnisse. Der Egoismus steht hier im Vordergrund, gesteuert durch mögliche äußere Sanktionen.

Zweites Stadium: Orientierung an Normen und Erwartungen. Die Akzeptierung durch den anderen wird zum wichtigen Kriterium moralischen Handelns, im Sinne einer selbstlosen Aufopferung. Eigene Bedürfnisse werden zugunsten anderer ignoriert.

Drittes Stadium: Orientierung an der Verantwortung für andere und sich selbst. Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch die Verpflichtung, sich selbst und andere nicht zu verletzen und entspricht nach Gilligan der höchsten Entwicklung der Fairness-Moral. Charakteristisch für dieses Stadium ist, dass „[...] *im Innern* der Person eine Bestätigung des Selbst für die moralisch-ethische Position und die Übernahme der Verantwortung für die Entscheidung gesucht wird“ (ebd., 93).

Dieser Care-Ansatz erhält wenig Anerkennung. Zum einen, weil er häufig auf den Begriff ‘Altruismus’ reduziert wird, zum anderen, weil Sorge mit Frauenarbeit assoziiert wird, die als weniger wertvoll gilt (Benner et al. 1997, 416). Doch der Care-Ansatz impliziert nicht – wie mit dem Begriff Altruismus verbunden wäre – die aufopfernde Selbstlosigkeit. Doch beschreibt Benner den Pfad zwischen Empathie und Distanz als sehr schmal. Sie erkennt die Gefahr, durch das Eingebundensein der Pflegenden, diesen Pfad zu verlassen, wenn die Grenzen zwischen der eigenen Person und der Patientensituation verschwimmen. Auf Dauer führt dies zu einer seelischen und körperlichen Erschöpfung, die der Pflegenden selbst, aber auch dem Patienten schadet und somit einer guten Pflege hinderlich wäre (vgl. ebd., 422ff.). Diese Situation entspräche dem zweiten Stadium des Care-Konzeptes von Gilligan; im dritten Stadium wird zusätzlich die notwendige Verantwortung für sich selbst gefordert.

3.4. Schmerztherapie – Bestandteil professioneller Pflege

Bei der Bearbeitung der Studien entsteht der Eindruck, dass Pflegende ärztliche Anordnungen eher befolgen, als eigenständig in ihrem pflegerischen Zuständigkeitsbereich zu handeln. Dies erscheint unverständlich, ist doch ‚Leiden lindern‘, also auch die Linderung physischer und psychischer Schmerzen, elementar für die Pflege (vgl. DBfK 2000, 563). Zudem ist im Rahmen der Professionalisierung von Pflege eine personenzentrierte Pflege, in der das Wohlbefinden des Patienten primär wichtig ist, nicht ohne eine Schmerzbeobachtung möglich. Pflegende sind durch ihre 24-stündige Präsenz am Patientenbett prädestiniert für die Schmerzbeobachtung infolge ihres intensiven und kontinuierlichen Kontaktes zum Patienten.

Folgende Aufgaben kommen auf Pflegende in der pädiatrischen Schmerztherapie zu:

- § Schmerzerkennung,
- § Durchführung pharmakologischer Interventionen,
- § nicht-pharmakologische Interventionen,
- § Interventionen im Rahmen der Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie,
- § Effektivitätskontrollen schmerztherapeutischer Maßnahmen.

Hier sind Pflegende gehalten, ihrer Verantwortung gerecht zu werden, um die Lebensqualität des kranken Säuglings durch Schmerzfreiheit zu optimieren. Von einer professionellen Pflegenden wird demnach die Bereitschaft und die Kompetenz erwartet, dieser Verantwortung in der Schmerztherapie junger Säuglinge gerecht zu werden (vgl. Kloos 1999, 181).

4. Diskussion

Zwischen dem moralischen Handeln selbst und der pflegerischen Intervention in der pädiatrischen Schmerztherapie lassen sich Parallelen erkennen. Beide Bereiche werden im Folgenden diskutiert; dabei wird eine Verbindung zur Professionalisierung von Pflege hergestellt.

Pflegende sind in der Schmerzeinschätzung wie auch in der pflegerisch-therapeutischen Intervention unsicher und hilflos (Kap.2). Es zeigt sich ein erheblicher Qualifizierungsbedarf, sodass Schulungen für Pflegende angezeigt wären, um die pädiatrische Schmerztherapie zu optimieren (Jung 1996, 141; Kloos 1999, 181; Mc Caffery et al. 1997, 343).

Doch stellt sich die Frage: Sind allein Kenntnisse von der Entstehung des Schmerzes, von der Handhabung der Schmerz-Messinstrumente und von der Durchführung pflegerischer Interventionsmöglichkeiten ausreichend, um die mangelhafte schmerztherapeutische Versorgung von Säuglingen zu verbessern? Was veranlasst Pflegende, dieses Wissen in die Praxis umzusetzen? Ist es eine von außen auferlegte Pflicht oder ein Handlungsbedürfnis, das seinen Ursprung in einer fürsorglichen Pflegebeziehung hat?

Pflichtenethik versus Care-Ethik?

Die Pflege stellt den Patienten als Individuum in das Zentrum ihres Tuns. Der Säugling ist ein im höchsten Maße hilfloses Individuum. In seiner völligen Abhängigkeit bedarf es eines Fürsprechers, der seine Rechte (Kap. 3.2.) wahrt. Diese Fürsprecherfunktion kann durch die Pflegenden nur eingenommen werden, wenn sie durch sensible Anteilnahme die individuellen Bedürfnisse des Kindes in seiner Situation erfasst. Richtungsweisend für diese Funktion sind dann die vom Berufsstand formulierten Ethikregeln in Form des Berufskodex. Jedoch: Diese berücksichtigen nur ungenügend die Situation des Kindes und den Kontext moralischen Handelns (vgl. van der Arend 2000). Moralische Handeln allein aufgrund von Vorschriften entfernt die Pflegenden von der individuellen Situation des Kindes. Es stünde somit der im Rahmen der Professionalisierung von Pflege geforderten Personenorientierung entgegen. Die Orientierung am Patienten fordert einen induktiven Zugang, der den Patienten in seiner aktuellen Situation und den Umständen berücksichtigt (ebd.). Moralische Handeln in der pädiatrischen Schmerztherapie müsste sich demnach weniger an Regeln orientieren, sondern ergäbe sich aus einer teilnehmenden Fürsorge Pflegenden und einer situativen Wahrnehmung. Benner hält eine solche von Zuwendung und Sorge getragene Beziehung für unerlässlich für eine kompetente Pflegepraxis (Benner et al. 1997, 25-29). Diese an Fürsorge orientierte Moral (Care-Ethik) stellt zwar die pflichtgeleitete Entscheidung (Ethikregeln) zunächst in den Hintergrund, schließt sie jedoch keinesfalls aus. Gemeinsam leiten sie das moralische Handeln Pflegenden in der pädiatrischen Schmerztherapie. Die Ethikregeln dokumentieren den Rahmen pflegerischen Handelns; die Care-Ethik ist die „Anwendung allgemein akzeptierter Prinzipien [Ethikregeln; d. Verf.] auf den konkreten Fall“ (van der Arend 2000).

Das Care-Konzept von Gilligan leistet jedoch keine wirkliche moralische Orientierung bei der Frage: Wie verhalte ich mich moralisch richtig in einer bestimmten Pflegesituation? Es ist nicht richtungsweisend, d.h., es gibt den Pflegenden am Bett des Säuglings keine Handlungsorientierung. Handlungsanweisungen zu geben, war auch nicht Gilligans Intention im Care-Konzept. Sehr wohl hat es eine beschreibende Funktion: Anhand der drei Stadien des Care-Konzeptes von Gilligan kann das moralische Handeln Pflegenden in der Schmerztherapie junger Säuglinge erkannt werden.

Der Care-Ansatz in der pädiatrischen Schmerztherapie

Im ersten Stadium steht für die Pflegenden die Frage im Vordergrund: Was geschieht mir, wenn ich die Schmerzen des Kindes ignoriere bzw. was geschieht mir, wenn ich das Schmerzmessinstrument nicht benutze? Eine egoistische Entscheidung entsprechend den zu befürchteten Restriktionen. Die Folge: Das Schmerzmessinstrument wird angewandt, weil das Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen eine Strafe hinter sich zieht, oder: um die eigene Handlungsunfähigkeit zu verbergen und um sich nicht mit ihr auseinandersetzen zu müssen, wird der Schmerz des Kindes ignoriert. In den Schmerzstudien äußerte sich dies in der mangelhaften Dokumentation,

in dem schlechten Austausch mit Kolleginnen oder indem Ausdrucksweisen des Schmerzes der Persönlichkeit des Kindes zugeordnet wurden.

So wird deutlich, dass sich ein Teil der befragten Pflegenden dieser Schmerzstudien auf der Stufe des ersten Stadiums des Care-Konzeptes von Gilligan befand. Sie handelten egoistisch und patientenfern und erfüllten somit nicht die Kriterien einer professionellen Pflege.

Im zweiten Stadium ist der Mittelweg zwischen Mitgefühl und Distanz noch nicht gefunden. Pflegende sind aufgrund ihrer Handlungsunfähigkeit in der pädiatrischen Schmerztherapie sowie ihren Bemühungen, ihre Intuition zu vermitteln, frustriert und ausgelaugt. Sie versuchen durch den Wunsch nach Unterstützung – insbesondere im Schmerzassessment – diesen Kontrollverlust auszugleichen.

Im zweiten Stadium des Care-Konzeptes ist der menschliche Faktor, d.h. der Patient und die Pflegende als Individuen noch abstrahiert. Erst im dritten Stadium findet sich die Orientierung am Patienten selbst, eine grundlegende Akzeptanz der Situation und eine Reflexion, die auch die Möglichkeiten und Grenzen der Pflegenden verdeutlicht. Dies bedeutet: Die Pflegende stellt ihr persönliches Können und Wissen dem hilfsbedürftigen Säugling zur Verfügung, ohne sich in dieser Pflegebeziehung selbst aufzugeben. Hierzu gehört es, einen Mittelweg zwischen Mitgefühl und Distanz zu finden, der es ermöglicht, die Situation zu akzeptieren und letztendlich verunmöglichtes Handeln nicht der eigenen Person zuzuschreiben. Erst diese Distanz zur Pflegesituation lässt eine Reflexion zu, verhindert somit eine Selbstaufopferung der Pflegenden und ermöglicht eine konstruktive, fürsorgliche Pflegebeziehung. Dieses dritte Stadium des Care-Konzeptes von Gilligan beinhaltet somit Merkmale einer professionellen Pflegepraxis: Die Patientenorientierung, die fürsorgliche Pflegebeziehung und das reflektierte Pflegehandeln.

Die Furcht der Selbstaufopferung im Care-Ansatz

In ihren Untersuchungen findet Harrison (1998, 187) Hinweise darauf, dass Empathie sehr erfahrene Pflegende emotional belastet. Um sich hiervor zu schützen, lassen Pflegende sich vom Schmerz des Kindes weniger beeindrucken. Die Folge: Das Schmerzassessment ist mangelhaft (Kap. 2.2.). Dies erweckt den Eindruck, dass die Empathie als Teil der Sorge für den Patienten letztendlich zum Burnout¹² in der Pflege führe. Benner ist anderer Meinung: Sie bezeichnet die Annahme, die Sorge sei Ursache des Burnout-Syndroms als *‘moderner Irrtum’*. „In Wirklichkeit besteht diese >>Krankheit<< nämlich im Verlust der Sorge, und nur die Rückkehr zur Sorge kann Genesung bringen“ (Benner et al., 421).

An dieser Stelle werden Parallelen zum Care-Konzept von Gilligan insofern deutlich, als dass sie im zweiten Stadium ihres Konzeptes das

¹² Das Burnout Syndrom ist „[...] ein Syndrom emotionaler Überbeanspruchung, verbunden mit Abgestumpftheit, wachsendem Zynismus sowie Gefühlen persönlicher Inkompetenz (Kleiber, 1986). Besonders bemerkenswert ist dabei, daß dies nicht leicht als bereits vorher existierendes ‚Persönlichkeitsmerkmal‘ abgetan werden kann, sondern offenbar bevorzugt besonders engagierte Mitarbeiter trifft, die ihre begrenzten Handlungsmöglichkeiten als besonders belastend erleben (Aranson et al., 1983).“ Aus: Asanger, Roland; Wenninger, Gerd (1988): Handwörterbuch der Psychologie. München; Weinheim: Psychologie – Verl.-Union.

selbstaufopfernde Handeln beschreibt, ohne dabei eigene Bedürfnisse zu beachten. Es würde letztendlich auch zu Gefühlen des Ausgebranntseins führen, d.h. zum Burnout. Dies verliert sich im dritten Stadium, in dem die Sorge für den anderen, aber auch für sich selbst in den Mittelpunkt tritt.

Vergleicht man dies nun mit den obigen Beobachtungen von Harrison, so stellt sich die Frage, ob bei den Pflegenden in ihrer Studie die notwendige sorgende Haltung verloren ging und sie bereits ausgebrannt sind? Zumindest lässt sich erkennen, dass diese Pflegenden sich nicht auf der Stufe des dritten Stadium des Care-Konzeptes von Gilligan befinden und - zumindest in der von Harrison beschriebenen Situation - keine professionelle Pflegepraxis haben, was letztendlich eine mangelhafte schmerztherapeutische Versorgung junger Säuglinge zur Folge hat.

Parallelen zwischen dem pflichtgeleiteten Handeln bzw. Handeln aus Fürsorge und dem Verhalten Pflegender in der pädiatrischen Schmerztherapie

Eine ähnliche Distanz, wie sie Ethikregeln zum Patienten als Individuum einnehmen, zeigt sich bei der Schmerzeinschätzung anhand objektiver Messinstrumente. Auf deduktive Art soll erfasst werden, ob das Kind die Kriterien des Messinstrumentes erfüllt; die Erfassung körperlicher Parameter steht im Vordergrund und schließt den Säugling als Individuum zunächst aus. Dabei sind Einzelbeobachtungen körperlicher Parameter keinesfalls unproblematisch, da Normabweichungen viele andere Ursachen haben können: Vitalparameter können auf Veränderungen organischer Befunde (z.B. Pneumothorax, Hirnblutungen) reagieren und sind nicht nur aufgrund einer möglichen Angleichung an den Schmerzzustand kein verlässliches Kriterium. Auch das Schreien ist im Säuglingsalter kein unproblematisches Schmerzkriterium, gehört es doch durchaus zum Bild eines auch gesunden Säuglings ohne Schmerzen – z.B. aufgrund von Hunger. Erst als Baustein in der Gesamteinschätzung finden Messinstrumente und andere objektive Parameter ihren Wert. Wie in der Situation moralischer Entscheidung ist es in dem Schmerzassessment auch sinnvoll, einzelne Parameter im Gesamtkontext zu interpretieren. Erst durch die Nähe zum Kind und die teilnehmende Fürsorge ist ein situatives Erfassen der Schmerzsituation möglich und weist somit deutliche Parallelen zum fürsorgegeleiteten moralischen Handeln auf.

Intuitive Wahrnehmung in der pädiatrischen Schmerztherapie

Die bearbeiteten Schmerzstudien - insbesondere die Untersuchung von Jung- lassen darauf schließen, dass die intuitive Schmerzeinschätzung bei abnehmendem Alter die am häufigsten von Pflegenden eingesetzte Methode in der pädiatrischen Schmerztherapie ist. Das Verhalten des Kindes wie auch seine Vitalparameter werden im Gesamtkontext interpretiert. So ist es verständlich, dass für Pflegende ihre Erfahrungen und die Dauer der Pflegebeziehung zum Kind wichtige Kriterien für eine gute intuitive Schmerzeinschätzung sind (Kap. 2.2.). Probleme der Anerkennung ihrer intuitiven Wahrnehmung gibt es besonders im interdisziplinären Team. Und auch die Pflegenden selbst sind insbesondere zu Beginn der

Pflegebeziehung bei sehr jungen Kindern oft unsicher in ihrer Wahrnehmung, was sich unter anderem darin zeigt, dass Unterstützung vom Team gefordert wird. Diese Probleme verhindern, dass Pflegende ihr Handeln in der pädiatrischen Schmerztherapie an einer Schmerzeinschätzung orientieren können, die aus einer fürsorglichen Pflegebeziehung zum Kind hervorgeht, sondern sich anderen Kriterien (Messinstrumente) beugen müssen.

Aus diesem Grund soll an dieser Stelle die intuitive Wahrnehmung in der Pflege diskutiert werden; dem wird der Intuitionsbegriff von Patricia Benner zugrundegelegt.

Intuitives Erfassen ist nach Benner (1994, 277) ein „Unmittelbares Durchschauen einer Sachlage auf der Grundlage der Erfahrung mit vielen mehr oder weniger ähnlichen Situationen und einer dadurch erworbenen Intelligenz oder besonderen Fähigkeit.“ Es ermöglicht eine „[...] fachlich kompetente Entscheidungsfindung. Voraussetzung für *intuitives Erfassen* ist ein breites Hintergrundwissen und die Erfahrung mit vielen mehr oder weniger ähnlichen Situationen.“

Die intuitive Schmerzerfassung bei einem Säugling wäre nach Benner erst der Pflegeexpertin möglich, denn diese zeichnet sich durch eine ganzheitliche Situationswahrnehmung und einer besonderen, durch frühere Erfahrung geschulte Wahrnehmungsfähigkeit aus (Benner 1994, 26-28). Die Entwicklung hin zur Pflegeexpertin vollzieht sich in folgenden Schritten (Benner 1994, 35):

1. Eine Veränderung weg vom Befolgen abstrakter Grundsätze hin zur konkreten Erfahrung.
2. Eine Wahrnehmung setzt ein, in der die Situation immer weniger als Summe gleich wichtiger Einzelheiten und immer mehr als vollständiges Ganzes gesehen wird, in dem nur bestimmte Teile wichtig sind.
3. Die Pflegende ist zunehmend beteiligt an der Situation – diese wird nicht mehr nur von außen betrachtet.

Eine Pflegeexpertin ist also nicht mehr auf ein analytisches Vorgehen in ihrem Handeln angewiesen, sondern leitet dieses angemessen aus ihrem Verständnis der Situation ab (Benner 1994, 50).

Dies scheint zunächst ein guter Ansatz für die Pflege in der pädiatrischen Schmerzeinschätzung zu sein. Kloos ist allerdings anderer Meinung; er beschreibt die Intuition wie folgt: “[...] ohne sich vorher durch eingehende Analyse der Situation für eine bestimmte Vorgehensweise zu entscheiden“ (Kloos 2000, 47) und wertet damit das Erfahrungswissen der Pflegeexpertin als eine unreflektierte Meinungsbildung ab.

Doch die Pflegeexpertin verzichtet auf einen deduktiven Zugang; sie nimmt die Situation als Ganzes wahr und ist aufgrund ihres Erfahrungswissens in der Lage, am Kern des Problems anzusetzen (Benner 1994, 27). Dies kann nicht als eine unreflektierte Meinungsbildung bezeichnet werden, da sie sehr wohl eine Analyse anhand verinnerlichter Parameter, die dem Hintergrundwissen und konkreten Situationen als Musterfälle entstammen, vornimmt; eine geschulte Wahrnehmung, die letztendlich eine fachlich kompetente Entscheidungsfindung ermöglicht. Gleichwohl stellt die Pflegeexpertin eine Pflegekompetenz dar, die nicht alle Pflegenden erreichen. Einzuräumen bleibt daher, dass eine intuitive

Schmerzeinschätzung einer weniger erfahrenen und geschulten Pflegenden nicht diese Qualität erreicht.

Es ist anzunehmen, dass zumindest einige der von Jung befragten Pflegenden wenig Berufserfahrung hatten und/oder nicht das nötige Hintergrundwissen bzgl. Schmerzentscheidung und objektiver Schmerzparameter – sie befanden sich nicht auf der Stufe des Pflegeexperten. Zumindest bezüglich des theoretischen Wissens muss Jung feststellen, dass ein erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht (Jung 1996, 141). Leider gibt es in ihrer Studie keinen Hinweis auf die Berufserfahrung der befragten Pflegenden.

Wie von Kloos (2000, 47) wird in der Literatur die Intuition im Schmerzassessment kaum beachtet und höchstens als ergänzendes Arbeitsmittel neben objektiven Meßmethoden in der pädiatrischen Schmerztherapie geduldet. Wenn jedoch die Pflege eine Schlüsselposition in der Schmerztherapie einnimmt (Jung 1996, 134 ff.), dann nicht nur aufgrund einer körperlichen Präsenz der Pflegenden am Krankenbett, sondern aufgrund der anteilnehmenden Pflegebeziehung. Diese ermöglicht eine induktive Schmerzeinschätzung, die der personorientierten professionellen Pflege primär vorbehalten ist.

Somit ist die Aussage von Kloos nicht zu unterstützen; neben den Schmerzmessinstrumenten steht der Schmerzeinschätzung durch die geschulte Wahrnehmung der Gesamtsituation durch Pflegenden als Assessmentmethode ein anerkannter Platz zu.

Die Mehrzahl der in den Studien befragten Pflegenden berichteten sehr wohl von einer großen Hilflosigkeit und Unsicherheit, wenn ihre Intuition von den Ärzten, von denen sie sich in der Behandlung der Schmerzen abhängig fühlten, nicht akzeptiert wurde – von Jung (1996, 105) als Kommunikationsprobleme geschrieben. Diese sind verständlich, wenn man bedenkt, dass die Intuition aus der Wahrnehmung einer komplexen Situation hervorgeht, die zum einen verbal schwer zu beschreiben ist (Benner 1994, 51) und zum anderen nur von einer Person mit einem ähnlich intensiven Kontakt zum Kind und einem ähnlichen Erfahrungswissen verstanden werden kann (ebd., 33).

Diese beiden letzten Kriterien werden kaum von einem Arzt, jedoch auch selten von einer zweiten Pflegenden erfüllt. Der Arzt verfolgt eine andere Sichtweise auf den Patienten. Der Patient ist ihm in seiner Funktion primär als kranker Organismus wichtig, weniger als Individuum. Da sich die Sichtweise des Arztes von der der Pflege unterscheidet, erlangt dieser ein ganz anderes Erfahrungswissen als die Pflegenden. Zudem hat der Arzt im Vergleich zur Pflegenden einen eher flüchtigen Kontakt zum Patienten - begrenzt auf einige Untersuchungen und die Visiten.

So ist zu erklären, dass Pflegenden nach objektiven Schmerzparametern und vor allem im interdisziplinären Behandlungsteam verständlichen Schmerzdaten suchen. Oft fehlen diese. Für Pflegenden ist es dann besonders belastend und frustrierend, wenn ihre Schmerzwahrnehmung - aus einer teilnehmenden, fürsorglichen Pflegebeziehung heraus - ignoriert wird. Benner hält die mangelnde Anerkennung der Sorge für die wichtigste Quelle für Stress bei Pflegenden (Benner 97, 416).

Wird an dieser Stelle eine Verbindung zum Care-Konzept von Gilligan gezogen, ist wiederum zu erkennen, dass nicht das dritte Stadium ihres Care-Konzeptes erreicht wird. Die in diesem Stadium notwendige Reflexion würde erkennen lassen, dass die Folgen mangelnder Anerkennung der fürsorglichen Pflegebeziehung nicht das Problem einzelner Pflegender darstellt, sondern generell in der öffentlichen Diskussion nur einen niedrigen Stellenwert besitzt (van der Arend 1996, 83f.). D.h., die Nichtachtung des Sorge-Ansatzes als grundlegend für eine professionelle Pflegepraxis stellt einen Angriff auf den Berufsstand Pflege und muss somit auch insbesondere auf berufspolitischer Ebene diskutiert werden.

Für die in unterschiedlichen Studien beschriebene Unsicherheit und Hilflosigkeit Pflegender in der Schmerzeinschätzung bei jungen Kindern sind also zwei Gründe zu vermuten: Zum einen könnte das Vertrauen in die eigene intuitive Einschätzung der Schmerzsituation durch mangelhaftes Hintergrundwissen begründet sein (vgl. Jung 1996, 141), sodass sie nicht die von Benner aufgeführten Bedingungen für das intuitive Erfassen (Benner 1994, 277) erfüllen, zum anderen durch eine mangelnde Eigenständigkeit ihres beruflichen Handelns. Letzteres wird im Folgenden diskutiert.

Pflegerischer Standpunkt in der Schmerztherapie junger Säuglinge im Rahmen der Professionalisierung von Pflege

Auf diesem Hintergrund sind die von Jung empfohlenen Gesprächsstrategien zunächst in Frage gestellt. Sie empfiehlt, mit „[...] an Hartnäckigkeit grenzendem Durchhaltevermögen [...]“ sich an „[...] medizinischerseits für legitim gehaltenen Schmerzindikatoren zu halten um erfolgreich über Schmerztherapie kommunizieren zu können“ (Jung 1996, 140). Diese Gesprächsstrategien implizieren eine Orientierung Pflegender an Kriterien der medizinischen Profession und sind somit der Professionalisierung von Pflege wenig zuträglich. Die Professionalisierung geht von einer anderen, genuin pflegerischen Sichtweise auf den Patienten aus, aus der sich eine anteilnehmende Pflegebeziehung entwickelt. Sie impliziert eine von Sorge getragene Pflegepraxis (vgl. Benner et al. 1997, 418). Benner ist der Meinung, dies bedürfe einer Neubewertung der Pflege, sodass es der Pflegenden ermöglicht würde, das gemäß vom Berufsstand angenommene Wertesystem zu praktizieren (ebd., 417) und sieht als Voraussetzung der Anerkennung des Primats der Sorge und Rahmenbedingungen, die eine von Sorge getragene Pflegepraxis ermöglicht. Diese Voraussetzungen werden bisher nicht erfüllt (ebd., 417; vgl. van der Arend 2000).

Weist nun diese mangelnde Anerkennung des Sorge-Ansatzes für die Pflege auf deren noch mangelnde Autonomie im Rahmen der Professionalisierung hin?

Die Situation Pflegender in den Studien sah folgendermaßen aus: Pflegende hatten nicht die Möglichkeit entsprechend ihrer Entscheidungen mit allen Konsequenzen zu handeln. Ursächlich wurden eingeschränkte Handlungsspielräume, fehlendes Wissen und fehlende Unterstützung sowie die Abhängigkeit vom Arzt in der medikamentösen Schmerztherapie

genannt. Des Weiteren verdeutlichen die seltenen Effektivitätskontrollen, dass die Pflegenden nicht die Bereitschaft besaßen bzw. nicht in der Lage waren, ihr pflegerisches Handeln in der pädiatrischen Schmerztherapie auszuwerten und Schlussfolgerungen zu ziehen. Diese mangelnde Autonomie gibt Hinweise auf einen derzeitigen geringen Grad der Professionalisierung. Autonomie ist nach Käppeli (1988, 20) jedoch nötig, um moralisch handeln zu können.

Dies würde folglich bedeuten: Pflegende in der pädiatrischen Schmerztherapie können aufgrund mangelnder Autonomie den moralischen Ansprüchen bzgl. ihrer Verantwortung dem Säugling gegenüber derzeit nicht gerecht werden. Somit „[...] ist die Verwirklichung moralischen Handelns direkter Ausdruck von Professionalität“ (ebd., 23).

5. Fazit und Ausblick

Die mangelnde Professionalisierung von Pflege beeinflusst das moralische Handeln Pflegender in der pädiatrischen Schmerztherapie. Die daraus resultierende, unzureichende schmerztherapeutische Versorgung des jungen Säuglings hat nicht nur Auswirkungen auf seine Lebensqualität und seine gesundheitliche Rehabilitation, sondern auch auf die Berufszufriedenheit Pflegender.

Als Konsequenz ergibt sich primär eine Unterstützung Pflegender, ihre professionelle Verantwortung in der pädiatrischen Schmerztherapie zu erkennen und wahrzunehmen. Um dies zu erreichen, stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung: Zur Verbesserung der Schmerzerkennung im frühen Säuglingsalter ist es zunächst ratsam, den induktiven Weg der Pflege zu unterstützen. Die Pflegende sollte die Möglichkeit haben, den Säugling in seiner Situation ganzheitlich zu erfassen und sich von ihrem Erfahrungswissen und ihrer intuitiven Wahrnehmung leiten zu lassen. Doch darf eine vage Vermutung nicht zu einem unsystematischen Handeln führen. Es bedarf zum einen einer systematischen Beschreibung der intuitiven Wahrnehmung und zum anderen einem Abgleich mit theoretischem Wissen – z.B. objektiven Schmerzparametern.

Hier zeigt sich weiterer Forschungsbedarf, um das Erfahrungswissen Pflegender noch systematischer beschreiben zu können.

Eine Voraussetzung für die intuitive Schmerzeinschätzung ist die allgemeine Akzeptanz der intuitiven Wahrnehmung aufgrund von reflektiertem Erfahrungswissen als Entscheidungsgrundlage pflegerischen Handelns. Dies impliziert auch eine Akzeptanz einer genuin pflegerischen Beziehung zum Patienten, die auf Fürsorge beruht.

Bedauerlicherweise ist anzunehmen, dass der derzeitige in meiner Praxis zu beobachtende Druck auf Pflegende – durch Mediziner ausgeübt – ihr Schmerzassessment primär auf die Anwendung von Messinstrumenten zu stützen, die pflegerische Leistung und letztendlich die schmerztherapeutische Versorgung junger Säuglinge verschlechtern wird (vgl. Benner 1994, 55f.).

An dieser Stelle ist für die Professionalisierung von Pflege ein berufspolitisches Engagement wichtig, mit dem Ziel, dass das Prinzip der Sorge im Gesundheitssystem geachtet und unterstützt wird. Gleichzeitig ist

es notwendig, dieses in das für unseren Berufsstand dokumentierte Wertesystem zu integrieren. Bedauerlicherweise wurde der Care-Ansatz selbst nach der Überarbeitung des ICN-Kodex in diesem Jahr nicht mitaufgenommen (vgl. DBfK 2000, 563).

Eine weitere Voraussetzung für das von Sorge getragene, auf intuitiver Wahrnehmung gestütztes Handeln ist eine entsprechende Qualifikation Pflegender. Die Studien zeigen deutlich, dass weniger die fehlende Sorge, als eine mangelnde Qualifikation Pflegender eine gute Schmerzeinschätzung verhindern. So sind nicht nur intensive Fortbildungen zum Thema Schmerz notwendig, sondern auch, um die ethische Kompetenz Pflegender im Sinne einer Argumentations- und Reflektionsfähigkeit zu fördern.

Es scheint ratsam, für diese Fortbildungen die Theorie zur Kompetenzentwicklung von Benner (1994) nicht nur für die Bedingungsanalyse, sondern insbesondere auch für den didaktischen Aufbau zu nutzen. Dies ermöglicht eine gezielte Unterstützung Pflegender in ihrer Kompetenzentwicklung. Durch die Konfrontation der beruflichen Erfahrungen mit theoretischem Wissen entwickelt sich das reflektierte Erfahrungswissen, ein evidenz-basiertes Können einer professionellen Pflegepraxis, das dazu beiträgt, die Pflegequalität zu verbessern.

Die Rahmenbedingungen sind derzeit wenig förderlich für eine optimale schmerztherapeutische Versorgung junger Säuglinge und einer von Sorge getragenen Pflege. Hier sind Pflegende selbst gehalten, ihrer Verantwortung gerecht zu werden (vgl. DBfK 2000, 563) und Veränderungsprozesse einzuleiten. Der Krankenpflegeprozess kann hierbei unterstützend wirken, da er Pflegende dem Patienten näher bringt und zu einer ganzheitlichen Betreuung drängt. Primär müsste die Aufmerksamkeit auf das Schmerzerleben gerichtet werden, indem er einen festen Platz in der Pflegedokumentation, der Übergabe und der Pflegevisite bekommt.

Durch das Formulieren gemeinsamer Werte im Team, ist es möglich, die Schmerzfreiheit im Pflegeleitbild zu dokumentieren, was dazu auffordert, Wege zu ebnen, diesem auch gerecht zu werden. Als Beispiel kann hier die Einführung eines Bezugspflegesystems genannt werden, das es der Pflegenden ermöglicht, den Patienten als Mensch kennen zu lernen und durch einen kontinuierlichen, intensiven Kontakt ihre intuitive Wahrnehmung optimiert. Zudem könnte die Strukturierung der Pflege durch eine Pflegetheorie diskutiert werden, die primär die Interaktion mit dem Patienten - z.B. J. Travelbee, H. Peplau - oder eine von Sorge getragene Pflegebeziehung hervorhebt – z.B. M. Leininger (vgl. Marriner-Tomey 1992).

Um die Gefahr des Burnouts zu reduzieren, gilt es, die Solidarisierung im Team zu stärken. Durch Supervisionen kann ein gemeinsames Reflektieren fürsorglicher Pflegebeziehungen helfen, die Gratwanderung zwischen grenzenlosem Mitgefühl und völliger Distanzierung zu meistern. An dieser Stelle scheinen Interventionen dringend notwendig, damit es aufgrund der Belastungen nicht zur ‚Berufsflucht‘ kommt und so die Pflegenden mit ihrem Erfahrungswissen der Praxis verloren gehen.

Aufgrund des unterschiedlichen Erfahrungswissens und der unterschiedlichen Sichtweise auf den Patienten scheint es derzeit im Schmerzassessment im interdisziplinären Team keine gemeinsame Argumentationsgrundlage zu geben. Diese zu schaffen, ist Vorbedingung für eine optimale Schmerztherapie. Hieraus ergibt sich die Konsequenz, den Austausch im interdisziplinären Team zu fördern, um gegenseitig von Erfahrungswissen zu profitieren. Erfahrene Pflegende werden auf diese Weise aufgefordert, ihre intuitive Wahrnehmung mit Worten zu beschreiben. Hierdurch wird anderen Professionen die pflegerische Sichtweise auf den Patienten und die ganzheitliche Wahrnehmung seiner Situation verständlicher. So können ärztliche Mitglieder im Behandler team auf Pflegende sicherer reagieren, was letztendlich die Schmerztherapie optimiert.

Nicht zuletzt scheint es ratsam, im interdisziplinären Team schmerztherapeutische Richtlinien für eine Station zu erarbeiten. Diese dokumentieren das Vorgehen im Team und geben der Pflegenden letztendlich mehr Unabhängigkeit am Patientenbett.

Für die Ausbildung zukünftiger Pflegenden wäre eine Ausweitung der Lehrinhalte zum Thema Schmerz bei Kindern, aber auch zum Thema einer von Sorge getragenen Pflegepraxis wünschenswert. Jedoch: die sorgende Haltung dem Kind gegenüber muss die Schülerin selbst entwickeln. Nicht im theoretischen Unterricht, sondern nur in der Praxis kann die Pflegenden diese sorgende Haltung vermitteln und die Schülerin bei ihrer Entwicklung unterstützen.

Da Schüler in der Schmerzerfassung auf kein/kaum Erfahrungswissen zurückgreifen können, benötigen sie eine Hilfestellung, wie z.B. objektive Parameter, Messinstrumente oder Richtlinien.

Weiterer Forschungsbedarf wird deutlich: Pflegenden benötigen differenziertere Schmerzerfassungsinstrumente, mit denen sie ihre intuitive Schmerzwahrnehmung in der pädiatrischen Schmerztherapie unterstützen können.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft kathol. Pflegeorganisationen: Caritasgemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe e.V. Freiburg, Kath. Berufsverband für Pflegeberufe Mainz (Hg., 1995):** Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe. March-Buchheim
- Arndt, Marianne (1996):** Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart; New York: Thieme
- Benner, Patricia (1994):** Stufen zur Pflegekompetenz. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber (Orig.: From novice to expert)
- Benner, Patricia, Wrubel, Judith (1997):** Pflege, Stress und Bewältigung: gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber (Orig.: The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness)
- Brucker, Carola M. (1990):** Moralstrukturen. Grundlagen der Care-Ethik. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hg., 1996):** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn
- Coté, Judith J.; Morse, Janice M.; James, Susan G. (1998):** Die Schmerzreaktion bei Neugeborenen nach einer Operation. Übers. Ingrid Ambrosius, Heike Meyburg. (Journal of Advanced Nursing 1991). In: Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth (Hg., 1998): Schmerz. Perspektiven der Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 193-212 (Orig.: The pain response of the post-operative newborn)
- De Kuiper, Marlou (1999):** Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern: ein Handbuch für die Kinderkrankenpflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg., 1997):** Berufsordnung für Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger, Krankenschwestern und Krankenpfleger. Eschborn.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2000):** ICN-Ethikkodex für Pflegendе. Pflege Aktuell (10), 563
- Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen (1948):** Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 12. Dezember 1948. Bonn
- Gilligan, Carol (1993):** Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. Serie Piper Frauen. München; Zürich: Piper (6. Aufl.; Orig.: In a Different Voice 1982)
- Hamers, J.P.H.; Huijjer Abu-Saad, H.; Halfens, R.J.G.; Schumacher, J.N.M.: (1998):** Faktoren, die die Schmerzeinschätzung und –intervention bei Kindern durch Pflegendе beeinflussen. Übers. Ute Villwock, Freya Strüwe (Journal of Advanced Nursing 1994). In: Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth (Hg., 1998): Schmerz. Perspektiven der Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 157-172 (Orig.: Factors influencing nurses pain assessment and intervention in children)
- Harrison, Ann (1998):** Schmerzeinschätzung: zur Identifikation von Fehlerursachen. Übers. Heike Mayburg, Ingrid Ambrosius (Journal of Advanced Nursing 1991). In: Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth (Hg., 1998): Schmerz. Perspektiven der

- Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 175-192 (Orig.: Assessing patients' pain: identifying reasons for error)
- Jung, Barbara (1996):** Patientenorientierte Schmerztherapie und Kinderintensivpflege. Ein theoretischer und empirischer Beitrag. Wissenschaft 32. Frankfurt (Main): Mabuse
- Käppeli, Sylvia (1988):** Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. Pflege 1 (1), 20-27
- Kath. Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (1994):** Pflegeleitbild. Bendorf
- Kloos, Horst-Dieter (1999):** Schmerzkonzepte von Kindern im Vorschul- und frühen Schulalter und ihrer Eltern nach schmerzhaften Interventionen während eines Krankenhausaufenthaltes. Pflege (12), 173-182
- Kloos, Horst-Dieter (2000):** Methoden der Schmerzeinschätzung für die pflegerische Praxis. Teil 1. kinderkrankenschwester 19 (2), 47-50
- Marriner-Tomey, Ann (1992):** Pflge-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: RECOM
- Mc Caffery, Margo; Beebe, Alexandra; Latham, Jane (1997):** Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Hg.: Jürgen Osterbrink. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby (Orig.: Pain: Clinical Manual for Nursing Practice)
- Mc Grath, Patrick J.; Finley, G. Allen (1999):** Schmerzmessung. In: Nestec AG (Hg.; 1999): Schmerz im Säuglings- und Kindesalter. Annales Nestlé 57 (1), 14-23
- Richardson, Jim; Webber, Irene (1998):** Ethische Aspekte der Kinderkrankenpflege. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (1990):** Ethische Grundsätze für die Pflege. Bern
- Tschudin, Verena (1996):** Ethik in der Krankenpflege. Basel: RECOM (2. Aufl.)
- Woodgate, Roberta; Kristjanson, Linda J. (1998):** Schmerzen von Kleinkindern und wie Eltern und Pflegende sich um sie kümmern <care>. Übers.: Renate Hoffmann, Ute Villwock. (International Journal of Nursing Studies 1996). In: Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth (Hg., 1998): Schmerz. Perspektiven der Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 284-304 (Orig.: A young child's pain: how parents and nurses „take care“)
- Van der Arend, Arie ; Gastmans, Chris (1996):** Ethik für Pflegende. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Van der Arend, Arie (2000):** Grundlagen der Ethik und ihrer Arbeitsweise im Krankenhaus – Statement aus ethischer Sicht zum Tagesthema. Vortrag auf der Fachtagung „Die Selbstbestimmung der Patient/-innen im Krankenhaus. Pflegerische und medizinische „Versorgung“ und die Autonomie der Patient/-innen“. 2. Teil eines fünftägigen Fachsymposiums „Ethik im Krankenhausalltag“ der Edith-Stein-Akademie, Saarbrücken, am 18.05.2000