

Monika Bobbert

Grundfragen der Pflegeethik

1. Einleitung

1.1 Pflegeethik als neue Bereichsethik

Die berufliche Pflege hat in den letzten Jahrzehnten einschneidende Veränderungen im Tätigkeitsfeld, Berufsbild und Ausbildungsweisen erfahren. So thematisieren Pflegende im Bewusstsein ihrer fachlichen und moralischen Verantwortung für das Wohlergehen Pflegebedürftiger verstärkt die ethischen Probleme, mit denen sie sich in ihrer Berufstätigkeit konfrontiert sehen.¹ Zwar überschneiden und ergänzen sich bei der Versorgung von Patienten die Aufgabebereiche von Pflegenden und Ärzten.² Doch angesichts eigener Handlungsbereiche und Rahmenbedingungen, angesichts pflegerischen Fachwissens und spezifischer Pflegeziele ist es sinnvoll, die Pflegeethik als neue Bereichsethik zu betrachten, welche die Medizinethik sinnvoll ergänzt und sich zugleich deutlich von ihr unterscheidet.

Im Folgenden wird dargestellt, durch welche spezifischen ethischen Fragen und Themenschwerpunkte sich die berufliche Pflege und damit die neue Bereichsethik auszeichnen. Zuvor wird das erkenntnisleitende Verständnis von »Pflege« und von »Ethik« erläutert.

1.2 Pflege als berufliche Praxis und als sich etablierende Wissenschaft

Beruflich Pflegende unterstützen auf der Grundlage pflegerischen Fachwissens über Institutionen vermittelt kranke, behinderte, sehr junge, ältere oder sterbende Menschen. »Pflege als Beruf leistet Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der physi-

1 Vgl. u. a. Fry/Johnstone (2002), Arend/Gastmans (1996), Großklaus-Seidel (2002), Wiesemann u. a. (2003).

2 Zu Gunsten besserer Lesbarkeit wird die grammatikalisch männliche Form in in-

schen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens«,³ formuliert der größte Berufsverband für Pflegende in Deutschland. Ungeachtet der vielfältigen Definitionen von Pflege stehen diejenigen Formen der Alltagsbewältigung im Mittelpunkt pflegerischer Bemühungen, die eng an die körperliche Verfassung bzw. das körperliche Vermögen eines Menschen gebunden sind. Gegenstand ethischer Reflexion ist neben der Pflegepraxis auch der Bereich der Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung, denn im Zuge der Professionalisierung der Pflege wurden in Deutschland Studiengänge an Hochschulen eingerichtet.

1.3 Pflegeethik als philosophisch begründete Reflexion mit interdisziplinärer Ausrichtung

Ethik in der Pflege wird im Folgenden als philosophisch begründete Reflexion des beruflichen Handelns auf der Basis allgemeiner ethischer Begrifflichkeiten, Unterscheidungen und Theorien verstanden und ist damit von einer weit verbreiteten oder faktischen Moral Pflegender als Gegenstand der Analyse zu unterscheiden.

Eine moralische Beurteilung des pflegerischen Handelns, der Institutionen der Pflege sowie der wissenschaftlichen Entwicklungen kann nur im Zusammenspiel mit anderen Disziplinen erfolgen. Zwar sind in der Pflege moralische Überlegungen genuin angelegt. Insofern – dies betont die Formulierung »Ethik in der Pflege« – ist es in besonderer Weise Aufgabe der Pflegenden, ihre Berufspraxis und Forschungsarbeit zu reflektieren. Gleichzeitig stellt die ethische Diskussion eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, weil sich die berufliche Pflege an vielfältige Adressaten richtet und Teil einer ausdifferenzierten Gesundheitsversorgung ist. Außerdem ist für die ethische Reflexion eines jeden konkreten Praxisfeldes eine interdisziplinäre Arbeitsweise erforderlich, die Normativität und Empirie und somit Geistes-, Sozial- und Naturwissenschaften miteinander verbindet.

klusiver Bedeutung benutzt. Zudem steht »Patient« auch für pflegebedürftige Menschen, die nicht in engerem Sinne krank sind, etwa gebrechliche Ältere oder Menschen mit einer Behinderung.

3 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (1992), S. 3.

1.4 Mehrdimensionalität ethischer Reflexion

Um der Mehrdimensionalität des Moralischen gerecht zu werden, müssen bei der ethischen Reflexion eines Praxisfeldes verschiedene Ebenen und Perspektiven berücksichtigt und miteinander vermittelt werden:⁴ Die *Ethik des »guten Lebens«* bzw. Strebensethik ist auf das Gelingen des Lebens Einzelner und des gesellschaftlichen Zusammenlebens ausgerichtet. In der beruflichen Pflege ist daher nach Erfahrungen zu fragen, die es z. B. in Bezug auf ein Leben mit physischen oder psychischen Einschränkungen gibt, oder nach fürsorglichen und zugleich respektvollen Beziehungsformen zwischen Pflegenden und Gepflegten. Die *normative Ethik* bzw. Sollensethik betrachtet das Handeln im Hinblick auf ausweisbare Rechte und Pflichten aller Beteiligten und auf die Richtigkeit von Institutionen.

Diese beiden Ebenen der Moralität lassen sich nun aus einer eher individualethischen oder einer stärker sozialetischen Perspektive betrachten: In der *Individuethik* stehen einzelne Menschen mit ihrem Handeln und ihren Lebensplänen im Vordergrund, in der *Sozialetik* richtet sich der Fokus auf Institutionen mit ihren Strukturen und Regeln.

Dieser komplexe Begriff von Ethik in seinen vier Dimensionen stellt zum einen ein Problemerschließungsinstrument für das Praxisfeld der beruflichen Pflege und für konkrete Konfliktsituationen dar, zum anderen lassen sich Engführungen vermeiden, indem z. B. nicht allein auf das Handeln der beteiligten Individuen, sondern ebenso auf strukturelle Faktoren geachtet wird.

1.5 Ethisch relevante Charakteristika der beruflichen Pflege

In berufspolitischen Debatten und theoretischen Arbeiten zum Pflegeverständnis wird meist ein Konzept von Pflege als »Interaktion« vertreten.⁵ Zudem soll die Pflege von den »individuellen Be-

4 Die vier Dimensionen des Moralischen in ihrer Gesamtheit zur Erschließung und Bearbeitung ethischer Probleme heranzuziehen stellt ein Forschungsergebnis des Interfakultären Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen dar.

5 Vgl. z. B. Meleis (1999), S. 306-324, 519-590, oder Orlando (1996). In der pflege-

dürfnissen« des Patienten ausgehen.⁶ Dass berufliche Pflege wesentlich als Beziehungshandeln aufzufassen sei, scheint unstrittig. Ethisch relevant ist darüber hinaus jedoch insbesondere die Asymmetrie der Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson: Pflege betrifft sehr existenzielle und zugleich »Notwendende« Hilfestellungen für die »Aktivitäten des täglichen Lebens«,⁷ etwa des Essenreichens, der Körperhygiene oder des Ankleidens. Ein pflegebedürftiger Mensch ist meist unausweichlich auf diese Hilfe angewiesen, das heißt, aufgrund seiner körperlichen Verfassung hat er nicht die freie Wahl zwischen Zustimmung und Ablehnung der Pflege als ganzer. In der Pflege bezieht sich daher eine »informierte Zustimmung« nicht nur auf die Zustimmung oder Ablehnung eines »Eingriffs«, sondern vielmehr auf die Art und Weise oder den Zeitpunkt der Ausführung einer Pflegehandlung.⁸ Weiterhin ist Pflege meist sehr existenziell in dem Sinne, dass sie im direkten Kontakt mit dem Leib des Patienten erfolgt, und zwar sehr häufig, oft mehrmals täglich. Somit berührt Pflege ständig die physische und psychische Integrität des Patienten sowie seine Alltagsgestaltung und Lebensführung. Da Pflegenden mit ihrem Tun sowohl unterstützen als auch einschränken oder entmündigen können, muss diese Ambivalenz des Helfens zentraler Gegenstand ethischer Reflexion sein.

Darüber hinaus lässt sich eine normative Konsequenz ziehen: Da Pflegebedürftige sich in einer Position der Abhängigkeit befinden, sind ihnen besondere Schutzrechte einzuräumen bzw. besteht aufseiten der Pflegenden die Pflicht zu rücksichtsvoller Aufmerksamkeit und u. U. zu besonderen Initiativen, um Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern. Als Faustregel ließe sich formulieren: Je größer die Abhängigkeit des Patienten, umso umfangreicher die Pflicht der Pflegenden, seine Würde zu schützen und Selbstbestimmung zu stärken.

Trotz weit reichender Schutzpflichten sind Pflegenden jedoch nicht nur Akteure, sondern auch Adressaten verbaler und nonverbaler Handlungen der Pflegebedürftigen und haben ebenso

ethischen Literatur spiegelt sich dies wider – vgl. den Überblick bei Bobbert (2002), S. 52-71.

6 Vgl. Juchli (1997).

7 Vgl. ebd.

8 Vgl. Bobbert (2002), S. 215-255.

Anspruch auf respektvollen Umgang und die Achtung ihrer moralischen Rechte, u. a. auf den Schutz ihrer Integrität und ihrer Gesundheit.

2. Systematischer Überblick über ethische Probleme in der Pflege

Im Folgenden werden die ethischen Probleme in der Pflege anhand einer Systematik von acht Handlungsfeldern bzw. Interaktionskonstellationen dargelegt. Um die Beziehungsdyade Patient – Pflegeperson, die den Kern der beruflichen Pflege darstellt, sind in »konzentrischen Kreisen« weitere Akteure angesiedelt: Neben Ärzten, Angehörigen u. a. m. auch die Institutionen des Gesundheitswesens. Obwohl Institutionen nicht unmittelbar als Akteure gelten können und moralische Verantwortung für institutionelle Strukturen letztlich Individuen zuzuordnen ist, bleibt durch diese Form der Kategorisierung präsent, dass Pflege Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist und durch Rahmenbedingungen stark vorgeprägt wird.

Die Handlungsfelder enthalten konkrete Fragestellungen und Beispiele aus den vier Dimensionen des Moralischen. Dabei wird jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

2.1 Handlungsfeld Pflegeperson – Patient

»Direkte« *Pflege des Patienten*. Mit elementaren unterstützenden Tätigkeiten helfen Pflegenden dem Patienten bei der Tagesgestaltung – eine grundlegende Voraussetzung für eine »gute« Lebensführung. Die »direkte« Pflege ist zwar meist unausweichlich, doch lässt sie sich in der Regel respektvoll gestalten, indem beispielsweise eine Umlagerung vorsichtig durchgeführt wird oder das Anreichen einer Mahlzeit auf nicht drängende Weise geschieht. Umgekehrt können pflegerische Handlungen jedoch als belastend, verletzend oder gar entwürdigend empfunden werden – beispielsweise eine Körperwäsche, die sehr flüchtig oder ohne eine gewisse Diskretion durchgeführt wird.⁹ Darüber hinaus trägt sicher die Haltung der Pflegeper-

⁹ Elsbernd/Glane (1996).

son zum »Lebensgefühl« des Pflegebedürftigen bei: Handelt es sich um eine selbstverständlich ausgeführte Hilfestellung, oder muss der Betroffene jeweils darum bitten und für die Gewährung dankbar sein?

Auf normativer Ebene gilt es, Patienten in ihren Rechten zu respektieren. Dies kann beispielsweise durch kontinuierliches Informieren und durch eine Beteiligung des Patienten an der Pflegeplanung geschehen. Selbst wenn Patienten nicht mehr entscheidungsfähig sind, trägt das Ankündigen einer Pflegehandlung dazu bei, auf den körperlichen Kontakt bzw. »Zugriff« vorzubereiten und so eine gewisse »implizite« Zustimmung zu erwirken. Unterbleibt dies, reagieren selbst eingetübte Patienten oft mit Muskelanspannung oder Spastik.

Nun können auch pflegfachliche Ziele in Konflikt mit dem Patientenwillen geraten. So wehrt sich ein Kranker vielleicht ständig gegen eine pflegerisch »indizierte« Maßnahme, etwa den auf Station üblichen und durch Pflegeliteratur untermauerten Standard zur Dekubitusprophylaxe. Doch über den Willen des Patienten darf nicht prinzipiell mit dem Verweis auf eine Routine oder fachliche Notwendigkeit hinweggegangen werden.

Ist der Betroffene jedoch in seiner Urteilsfähigkeit stark eingeschränkt, etwa durch Demenz, steht zur Debatte, ob eine Pflegemaßnahme selbst bei Gegenwehr durchgeführt werden sollte und mit welchen Mitteln dies geschehen darf. Weiterhin können Unterlassungen, etwa zu langes Warten auf ein Schmerzmittel oder auf Hilfe beim Gang zur Toilette, den Patienten ebenso an Leib und Seele verletzen wie subtile Formen (non)verbaler Gewalt, etwa kommunikative Nichtbeachtung, abfällige Bemerkungen oder unangemessene Berührungen.

Formen der Begleitung in von Krankheit geprägten Lebensphasen. Lebensphasen, die von Krankheit, Behinderung oder Altersgebrechen geprägt sind, oder das Sterben als letzte Lebenszeit können trotz Leid und Unausweichlichkeit in begrenztem Maße auch als gelungen erfahren werden. Pflegende integrieren Erfahrungen aus der Sterbebegleitung und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse in die pflegerische Betreuung. Allerdings sind Aussagen über eine »gute« Krankheitsverarbeitung oder »konstruktive« Auseinandersetzung mit dem Tod im Hinblick auf immanente Wertungen zu reflektie-

ren, um eine Offenheit für strebensethische individuelle Präferenzen von Patienten zu bewahren.

Grenzen zum Schutz und zur Achtung der Pflegenden. Tagtäglich stehen Pflegende vor der Frage, welche Bedürfnisse und Wünsche von Patienten zu erfüllen sind und wo Grenzen gesetzt werden dürfen. Neben der Überlegung, ob z. B. das Besorgen von Zeitschriften für eine alleinstehende Patientin ein für die »gute« Alltagsgestaltung zu leistender Beitrag ist, können Konflikte zwischen Pflegenden und Patienten auch Schutz oder Rückzug der Pflegenden erforderlich machen. So erleben Pflegekräfte z. B. verbale, körperliche oder sexuelle Übergriffe vonseiten der Patienten. Weiterhin stellen Patientengruppen wie z. B. hochinfektiöse Kranke oder aggressive psychiatrische Patienten spezifische Herausforderungen in Bezug auf Autonomie und Wohl der Pflegenden.

2.2 Handlungsfeld Patient – Pflegeperson – Angehörige

Im Bemühen um eine psychosozial ausgerichtete Pflege wurde in den vergangenen Jahren viel Wert auf die Einbeziehung des sozialen Umfelds gelegt. Fachliche Anleitung oder psychische Ermutigung der Angehörigen können hilfreich sein. Doch treten auch Konflikte zwischen den drei beteiligten Parteien auf. Vielleicht wünscht ein Patient Hilfestellungen von seinen Angehörigen, denen diese aber nicht nachkommen können oder möchten – etwa weil bei einer Pflege zu Hause zentrale Lebensbereiche der Angehörigen berührt würden oder sie sich überfordert fühlen. Inwieweit sollen Pflegende hier zur Verständigung oder Lösungssuche beitragen? Inwieweit sollen Pflegende Patienten in ihren Rechten unterstützen bzw. sich bei Rechtsverletzungen einmischen – wenn sie etwa bemerken, dass ein Patient durch seine Angehörigen zu einer bestimmten Behandlung gedrängt wird?

2.3 Handlungsfeld Patient – Pflegeperson – Arzt

Loyalitäts- und Gewissenskonflikte angesichts ärztlicher Entscheidungen. Die Handlungsbereiche von Pflegenden und Ärzten überschneiden sich. Weil Pflegende zum einen die so genannte Behandlungspflege auf Anordnung des Arztes ausführen müssen und zum anderen bei ihrer Pflege die Konsequenzen einer medizinischen Entscheidung sehr direkt miterleben, können sie in Loyalitäts- und Gewissenskonflikte geraten. Besonders im Zusammenhang mit Aufklärung und »informierter Zustimmung« stehen Pflegende manchmal vor der Frage, ob oder auf welche Weise sie als »Fürsprecher« für die Rechte und das Wohl eines Patienten eintreten sollen. So merkt z. B. eine Pflegeperson bei der Vorbereitung eines Patienten für eine Operation, dass dieser offensichtlich nicht über Zweck und Folgen des Eingriffs im Bilde ist. Oder aber Pflegende sollen terminal kranke Patienten versorgen, denen ihre schlechte Prognose nicht mitgeteilt wurde, die jedoch immer wieder nachfragen. Insofern stehen Pflegende nicht selten vor der Wahl, zu Mitwissern oder Kompensatoren ethischer Probleme, die andere verursachen, zu werden oder zu drastischen Mitteln wie »Kompetenzüberschreitung« oder Verweigerung zu greifen.

Pflegespezifische Beiträge zu medizinischen Entscheidungen. Da Pflegende durch den kontinuierlichen Kontakt zum Patienten häufig mehr über dessen Lebenssituation und Alltagsgestaltung wissen, können sie u. U. diesbezügliche Folgen einer medizinischen Maßnahme besser abschätzen. So vermutet eine Pflegekraft beispielsweise im Hinblick auf eine sehr alte Patientin, dass die geplante Hüftoperation zu größerer Abhängigkeit und zur Ausweitung der Pflegebedürftigkeit führen wird, weil sich die vorhandenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen durch eine längere Institutionalisierung voraussichtlich verstärken. Des Weiteren ringen Angehörige, Ärzte und Pflegende häufig um Behandlungsentscheidungen bei bewusstlosen Patienten. Neben der streng normativen Frage, welche Kriterien sich hier ausweisen lassen bzw. welche Entscheidungsverfahren oder -instanzen legitim sind, steht zur Diskussion, welche Informationen, spezifischen Perspektiven oder gar Wertungen Pflegende einbringen und welcher Stellenwert diesen Beiträgen im Entscheidungsprozess beigemessen werden sollte.

Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Zahlreiche Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden sind bedingt durch eine stark hierarchische Arbeitsteilung; Einkommensunterschiede, geschlechtsspezifisches Rollenverhalten sowie tradierte Vorurteile und Verhaltensmuster der jeweiligen Berufsgruppen. Aus strebensethischer Perspektive lässt sich fragen, wie ein Arbeitsklima gegenseitiger Wertschätzung und Unterstützung – etwa durch bestimmte Leitungs- und Kommunikationsstrukturen – etabliert werden könnte.

2.4 Handlungsfeld Patient – Pflegeperson – andere Patienten

Konflikte zwischen Patienten. Die »Gemeinschaft« in Mehrbettzimmern kann sich ablenkend oder sogar heilsam auf Patienten auswirken. Andererseits können Mitpatienten als Belastung empfunden werden, und nicht selten entstehen durch den engen Lebensraum Konflikte. Welche dieser Konflikte fallen in die Zuständigkeit der Pflegenden, d. h. wann und in welcher Form sollen sie eingreifen, um Patienten zu schützen oder zu entlasten?

Verteilung begrenzter Ressourcen. Pflegende verteilen ihre begrenzten Ressourcen Arbeitszeit, Material, Fachwissen sowie Konzentration und emotionale Zuwendung unter ihren Patienten. Indem Pflegende hier Prioritäten setzen, stehen sie vor normativen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit. So muss sich z. B. eine Nachtschwester auf einer überbelegten inneren Station entscheiden, ob sie sich bei bestimmten Patienten, etwa den schwerkranken, den neu eingelieferten oder den Langzeitpatienten, länger aufhalten will, um ein Gespräch zu führen.

2.5 Handlungsfeld Patient – Pflegeperson – Kollegen

Auf Stations- oder Pflegebereichsebene wird im Team oder durch die pflegerische Leitung über Arbeitsabläufe und -strukturen entschieden. Auch hier stellen sich Gerechtigkeitsfragen, etwa wo die knappen Ressourcen Pflegeexpertise, -zeit und -hilfsmittel einzusetzen sind. Weiterhin lässt sich fragen, welche Formen der Arbeitsorganisation für eine zuverlässige Versorgung empfehlenswert sind.

Außerdem sind bestimmte Organisationsformen erforderlich, um beispielsweise die Weitergabe von Informationen über psychisches Befinden, individuelle Vorlieben oder zentrale Wünsche von Patienten zu gewährleisten.

Wenn bei der Pflege besonderer Wert auf die Qualität der Interaktion mit dem Patienten gelegt wird, spielen Sympathie und Antipathie eine größere Rolle. Wie lassen sich diese emotionalen Herausforderungen durch Organisationsstrukturen und kollegiale Unterstützungsmaßnahmen abfedern, sodass z. B. ein Kollege entlastet werden kann, der mehrere schwerkranke und sterbende Patienten betreut?

Aus strebensethischer Perspektive sind beim Umgang mit Konflikten Haltungen wie z. B. Wertschätzung oder die Bereitschaft, sich hinterfragen zu lassen, förderlich; darüber hinaus tragen diese Haltungen zur guten Teamarbeit bei.

Fragen nach Loyalität und Verantwortung stellen sich, wenn Kollegen moralische Rechte und Pflichten gegenüber Patienten verletzen oder gravierende Pflegefehler unterlaufen. Wie soll z. B. eine Pflegeperson verfahren, wenn sie beobachtet, dass sich ein Kollege gegenüber ausländischen Patienten generell latent aggressiv verhält?

2.6 Handlungsfeld Patient – Pflegendе – konkrete Institution der Versorgung

Pflegeleitung und Arbeitsorganisation. Leitungskräfte bzw. Pflegemanager nehmen Einfluss auf die Pflege in einer Einrichtung, indem sie Personalschlüssel, Dienstpläne und Arbeitsorganisationsformen u. a. m. vorgeben. So gestaltet sich beispielsweise der Patientenkontakt bei einer »Funktionspflege«, bei der dem Patienten am Tag sehr viele Pflegende begegnen, anders als bei einer »Gruppen- bzw. Bereichspflege«, bei der nur wenige Pflegende für einen Patienten zuständig sind. Zudem können bestimmte Strukturen berechnete moralische Anliegen fördern. So kommen beispielsweise Pflegevisiten,¹⁰ bei denen die Pflege gemeinsam mit dem Patienten geplant wird, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten entgegen und sichern zugleich ein hohes pflegerisches Qualitätsniveau.

¹⁰ Vgl. Heering (1997).

Pflegefehler und -irrtümer, durch die Patienten zu Schaden kommen können, haben neben persönlichem Versagen häufig auch strukturelle Ursachen. Welche Rahmenbedingungen tragen dazu bei, »gefährliche« Pflege, systematische psychische Überlastung Pflegenden oder Aggressionen gegenüber Patienten zu vermeiden?

Stellenwert der Pflege in der Versorgung. Pflege betrifft sehr existenzielle Lebensbereiche des Menschen. Dennoch hat die Pflege in vielen Institutionen des Gesundheitswesens häufig geringeren Stellenwert als die medizinische Versorgung, was sich u. a. am Personalschlüssel zeigt. Fehlendes oder zu wenig qualifiziertes Personal kann jedoch beispielsweise dazu führen, dass nicht alle Schlaganfallpatienten eine fachgerechte pflegerische Rehabilitation – etwa Pflege nach dem Bobathkonzept oder ein Schlucktraining – erhalten und somit die Möglichkeit rascher Besserung oder gar Wiederherstellung aufs Spiel gesetzt wird. Bei der Verteilung finanzieller Ressourcen sind begründete Abwägungen, z. B. zwischen medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Zielsetzungen, vorzunehmen. Dies beginnt bereits bei den räumlichen Voraussetzungen. So kann z. B. eine gute Sterbebegleitung daran scheitern, dass für Schwerkranke oder Sterbende kein eigener Raum zur Verfügung steht, in dem Angehörige mit übernachten können.

Moralische Aspekte der Qualitätssicherung. Seit geraumer Zeit werden in Organisationen vielfältige Strategien zur Qualitätssicherung eingeführt. Da letztlich sämtliche Qualitätskriterien an ethische Kriterien wie etwa den Schutz der Gesundheit von Patienten oder Mitarbeitern oder die Förderung der Patientenautonomie rückzubinden sind oder aus strebensethischer Perspektive an die Etablierung eines respektvollen und auf den Einzelnen eingehenden Kommunikationsklimas, stellt sich bei Qualitätsüberprüfungen die Frage, auf welche Weise sich moralische Kriterien integrieren, operationalisieren und überprüfen lassen.

Die Entlassung aus dem Krankenhaus oder die Überweisung eines Patienten von einer Institution in eine andere wird zunehmend von ökonomischen Interessen vorgegeben, und Qualitätsaspekte werden dabei oft sehr eng gefasst. Demgegenüber ist jedoch z. B. zu fragen: Wann ist die Entlassung von Patienten aus (pflege)fachlicher und psychosozialer Sicht zu verantworten? Wie müssen die Über-

gänge zwischen den Institutionen gestaltet werden, sodass über die eigene Einrichtung hinaus eine kontinuierliche und zuverlässige Versorgung der Patienten gesichert ist?

2.7 Handlungsfeld Patient – Pflegende – Institutionen der Bildung und Wissenschaft

Aus- und Fortbildung. In der Ausbildung sind gerade für das Ziel einer humanen Pflege Kompetenzen wie Gesprächsführung, Perspektivenwechsel und Einfühlung sowie ein ethisches Reflexions- und Argumentationsvermögen erforderlich. Mit welchen pädagogisch-didaktischen Methoden lassen sich diese Fähigkeiten vermitteln, ohne dass dabei repressiv vorgegangen wird? Das pflegefachliche Wissen wächst und verändert sich beständig, sodass eine kontinuierliche Fortbildung nach den »Regeln der Kunst« möglich sein muss. Was bedeutet dies auf institutioneller Ebene?

Pflegewissenschaft in Bezug auf Theorien und Ziele. In Pflege-theorien, -plänen oder -leitbildern formulierte Auffassungen von Krankheit und Gesundheit oder Pflegeziele transportieren nicht ausgewiesene Wertungen – beispielsweise darüber, wie sich Pflegende zu verhalten haben, was Patienten an pflegerischer Versorgung zukommen soll oder was ein gelingendes Leben ausmacht.¹¹ Es gilt, diese Vorannahmen und Wertungen, die handlungsleitenden Charakter haben, zu explizieren und auf ihren moralischen Stellenwert hin zu überprüfen.

Pflegeforschung. Die Pflegeforschung befasst sich mit der Effektivität des pflegerischen Praxishandelns und den die Pflege unmittelbar beeinflussenden Faktoren. Welche Fragestellungen sollten primär angegangen werden? Was ist bei der Gestaltung empirischer Forschung am Menschen zu beachten, um für die untersuchten Pflegebedürftigen bestmöglichen Schutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme zu gewährleisten?

11 Vgl. Bobbert (2002), S. 256-268.

2.8 Handlungsfeld Patient – Pflegende – Gesundheitswesen

Notwendigkeit pflegerischer Institutionen und deren Zielsetzungen. Für welche pflegerischen Aufgaben muss es Institutionen geben, und welche Ziele sind bei der Pflege zu verfolgen? Vonseiten der Pflege wird seit mehr als drei Jahrzehnten eine nicht nur rein körperliche, sondern eine auch psychosozial ausgerichtete Pflege gefordert. Hinzu treten pflegerische Kenntnisse und Fähigkeiten, die eine rehabilitierende oder präventive Pflege ermöglichen. Gleichwohl sind die finanziellen Ressourcen für Pflege meist lediglich auf eine ausschließlich an somatischen Bedürfnissen orientierte Grundversorgung abgestellt. Hier gilt es, argumentativ auszuweisen, ob und, wenn ja, welche Art von Pflege darüber hinaus notwendig ist.

Mitwirkung auf übergeordneten Entscheidungsebenen. Dass Pflegefachwissen gesellschaftlich wenig wahrgenommen und eher gering geschätzt wird, hängt u. a. mit den fehlenden gesundheitspolitischen Mitwirkungsmöglichkeiten zusammen. Aus sozialetischer Sicht könnten hier mit Blick auf den großen Einflussbereich der Berufsgruppe der Ärzte und auf eine »gute« Patientenversorgung mehr berufspolitische Partizipationsrechte eingefordert werden.

Literatur

- Arend, Arie van der/Gastmans, Chris (1996), *Ethik für Pflegende*, Göttingen.
- Bobbert, Monika (2002), *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt am Main.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (1992), *Berufsordnung*, Eschborn.
- Elsbernd, Astrid/Glane, Ansgar (1996), *Ich bin doch nicht aus Holz. Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben*, Wiesbaden.
- Fry, Sara/Johnstone, Megan-Jane (2002), *Ethics in Nursing Practice*, 2. Aufl., Oxford.
- Großklaus-Seidel, Marion (2002), *Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegekräfte ihr Handeln reflektieren und begründen können*, Stuttgart.
- Heering, Christian, u. a (1997), *Pflegevisite und Partizipation*, Wiesbaden.

- Juchli, Liliane (1997), *Pflege*, 8. Aufl., Stuttgart.
- Meleis, Afaf Ibrahim (1999), *Pflegetheorie*, Bern.
- Orlando, Ida Jean (1996), *Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten*, Bern.
- Wiesemann, Claudia, u. a. (Hg.) (2003), *Pflege und Ethik*, Stuttgart.