



KATHOLISCHE
PRIVATUNIVERSITÄT LINZ

Linzer WiEGe-Reihe

Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft

Band 11

Maria Dammayr

Zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege

**Implikationen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung
sowie für organisationale Ethikstrukturen**

Linz, April 2023

www.wiege-linz.at/band11

Zur Autorin

MARIA DAMMAYR ist Soziologin, Theologin und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Aktuell ist sie als Pflegelehrende am Ausbildungszentrum des Klinikum Wels-Grieskirchen beschäftigt, wo sie unter anderem das Fach Ethik in der Pflege lehrt. Sie engagiert sich im Österreichischen Berufsverband für Gesundheits- und Krankenpflege (Landesverband OÖ). Ihre akademischen Interessen umfassen die feministische Careforschung, die Professions- und Arbeitssoziologie sowie Gesellschaftstheorie.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Masterlehrgangs Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe OÖ verfasst. Wissenschaftlich begleitet und betreut wurde sie von Prof. Dr. Michael Fuchs.

Homepages: <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Dammayr>; <https://www.klinikum-wegr.at/content/das-team-des-ausbildungszentrums>

E-Mail: maria.dammayr@gmail.com

Impressum:

Linzer WiEGe-Reihe. Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft (Band XI)

ISSN 2071-0844

Herausgegeben im Auftrag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe WiEGe der Katholischen Privat-Universität Linz von Lukas Kaelin und Michael Rosenberger, Bethlehemstraße 20, A – 4020 Linz

<http://ku-linz.at/theologie/forschung/wiege/>

Zitationsvorschlag:

Dammayr, Maria: Zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege. Implikationen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für organisationale Ethikstrukturen (Linzer Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft XI), Linz: Katholische Privat-Universität Linz 2023, URL: <http://www.wiege-linz.at/band11> (Zugriff am [Datum]).

Inhalt

1	Einleitung: Ethische Kompetenz in der Pflege.....	5
1.1	Erkenntnisinteresse und Ziel der Untersuchung	10
1.2	Aufbau der Arbeit und Kapitelvorstellung.....	12
2	Ethik und Moral im Kontext von Pflege und Medizin.....	14
2.1	Zur Hinführung: Über Aufgaben und Ansprüche des Pflegens	14
2.1.1	Ausbildung und Kompetenzanforderungen der Pflegefachassistenz – Eine Skizze	16
2.1.2	Curriculare Lernziele der Ethikausbildung für die Pflegefachassistenz.....	18
2.2	Ethik und Moral. Erste Annäherungen und begriffliche Klärungen	20
2.2.1	Moral, moralische Alltagserfahrung und moralische Urteile	21
2.2.2	Ethik: Traditionelle und aktuelle Theorien ethischer Normbegründung	27
2.3	Moralische und ethische Probleme in der Pflege.....	54
3	Ethische Kompetenz als Erfordernis in der Pflege.....	65
3.1	Kompetenz allgemein und Kompetenzentwicklung.....	65
3.2	Ethische Kompetenz	67
3.3	Ausbildung und Kompetenzentwicklung in Fragen der Ethik.....	71
3.3.1	Kompetenzentwicklung nach Patricia Benner.....	72
3.3.2	Entwicklung ethischer Kompetenz unter Berücksichtigung des Stufenmodells nach Benner	74
3.3.3	Pflegehandeln und die Bedeutung des praktischen und des impliziten Wissens	79
4	Methodisches Design und Methodologie	84
4.1	Erhebungsmethoden	86
4.1.1	Praktikumsreflexionen der Auszubildenden	86
4.1.2	Gruppeninterviews mit Auszubildenden und Absolvent:innen	87
4.1.3	Episodische Interviews mit Expert:innen	88
4.2	Auswertungsmethodik: Dokumentarische Methode nach Bohnsack.....	89
5	Zur Bedeutung von Ethik und Moral im Praxisalltag der Pflegenden	95
5.1	Ethisch-moralische Probleme in der Pflege. Die Perspektive von Auszubildenden und von Absolvent:innen.....	96
5.1.1	Zur Wahrnehmung und zum Erleben moralischer Probleme – eine erste Annäherung	97
5.1.2	„Wie weit geht man und wann hört man auf“? Zum sensiblen Ausloten von Handlungsentscheidungen	100

5.1.3	Über das Wahrnehmen und Respektieren des Patientenwillens im Leben wie im Sterben	106
5.1.4	Probleme im Kontext von Machtverhältnissen sowie im Umgang mit Pflegefehlern und sprachlicher Grobheit	114
5.1.5	Gute Pflege zwischen Anspruch und Widerspruch	119
5.1.6	„Da greif mal! Merkst, wie kalt mich das lässt?“ Dynamiken von Coolout und moralischem Stress.....	123
5.1.7	Kurzes Zwischenfazit: Die Rekonstruktion moralischer Probleme	126
5.2	Ethisch-moralische Probleme in der Pflege und ihre Bearbeitung durch Expert:innen	129
5.2.1	Den Kontingenzen des Lebens begegnen und diese aushalten können	129
5.2.2	Die Schwierigkeit, klare ethische Entscheidungen zu treffen	132
5.2.3	Ethisches Handeln im Sinne der Professionalität, Verantwortungsbereitschaft und Patient:innenautonomie	135
5.2.4	Von der Intuition das Sterben anzusprechen	141
5.2.5	Pflegefachliche Expertise in multiprofessionellen Settings zur Bewältigung ethischer Herausforderungen	147
5.3	Bedeutung ethischer Kompetenz und ihre Entwicklung aus Sicht der Expert:innen..	150
5.3.1	Die Gewinne einer individuellen und kollektiven ethischen Kompetenz.....	150
5.3.2	„Man wächst mit den Herausforderungen“. Beiträge der (Praxis-)Erfahrung zur Kompetenzentwicklung	152
5.3.3	Lernerfahrungen in der Praxis und der Wunsch, gut begleitet zu sein	158
6	Ethische Kompetenz ermöglichen. Empfehlungen für Bildungsmaßnahmen sowie für institutionelle Strukturen	164
6.1	Bedarfe ethischer Kompetenzentwicklung – eine kurze Zusammenschau.....	164
6.2	Ethische Kompetenz in der Ausbildung vermitteln	168
6.3	Vorschläge für die Fort- und Weiterbildung sowie hinsichtlich organisationaler Rahmenbedingungen	173
7	Literaturverzeichnis und Rechtsvorschriften.....	181
8	Anhang.....	188
	Profil der Linzer WiEGe Reihe. Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft	190

1 Einleitung: Ethische Kompetenz in der Pflege

Moralischen und ethischen Fragen kommt im Feld der Pflege eine hohe Bedeutung zu. Sie sind Teil des Alltags von Pflegenden, der durch Faktoren des Menschseins charakterisiert wird, wie sie aus den Gegebenheiten von Verletzlichkeit und Krankheit, von Gebrechlichkeit, Endlichkeit und Tod resultieren. Von ethischer Relevanz sind dabei nicht nur die oft komplexen Fragestellungen und Entscheidungen der Medizin, wie sie etwa Fragen über Therapieabbrüche, Rationierungen oder Vorgehensweisen und Anwendungen der medizinischen Forschung etc. aufwerfen. Hingegen spielt sich „moralisches Handeln [...] in der Pflege meist nicht in spektakulären Extremsituationen des Lebens ab, sondern in den sensiblen moralischen Alltagskonflikten, die häufig mit der Körperlichkeit von Menschen und ihren sozialen Zusammenhängen verknüpft sind.“¹

Bereits im Schnittfeld zu medizinischen Aufgaben können für Pflegende etliche moralische Probleme und ethische Dilemmata entstehen, zum Beispiel, wenn es über den Lebenserhalt am Lebensende zwischen invasiven Maßnahmen und palliativen Therapieoptionen zu entscheiden gilt, wenn Fragen aufkommen über eine zu erzwingende Verabreichung von Nahrung oder Medikamenten (auf Basis einer Magensonde oder Infusionstherapie) oder wenn über die Wiederbelebung von (nicht äußerungsfähigen) Menschen entschieden werden muss, deren persönlicher Wille nicht bekannt ist².

Doch auch im pflegerischen Kernkompetenzbereich präsentieren sich zahlreiche weitere moralische Probleme, die einer ethischen Bewertung bedürfen. Dies betrifft, um hier nur eine kleine Auswahl zu nennen, Fragen im Umgang mit desorientierten Patient:innen, in der Umsetzung eines Freiheitsentzugs und/oder der Fixierung von Patient:innen, in der Kommunikation mit (herausfordernden) Patient:innen und/oder Angehörigen. Auch die Pflege bei Inkontinenz, Fragen der Sexualität und (Er-)Leben von sexuellen Bedürfnissen in der Langzeitpflege, die Schwangerschaft von beeinträchtigten Menschen oder Herausforderungen der transkulturellen Pflege. Nicht zuletzt ergeben sich auch aus

¹ LAY, R., Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover ²2012, 384; s.a. BIENSTEIN, C., Geleitwort, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, 5.

² VAN DER AREND, A., Pflegeethik, Wiesbaden 1998; KÖRTNER, U., Grundkurs Pflegeethik, Wien ³2017, 37ff.; RIEDEL, A., Pflegerische Ethik, <https://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/182461/pflegerische-ethik>, Bonn 2017 (13.06.2021).

der Betreuung von Angehörigen während des Sterbeprozesses sowie danach, moralische und ethische Herausforderungen, genauso, wie im Umgang mit Aggression, Gewalt in der Pflege und mit (wahren oder vermeintlichen) Gewalttätern³.

Der Auswahl an Beispielen wäre um ein Vielfaches erweiterbar und so gehen einige (Pflege)Wissenschaftler:innen davon aus, dass fast alle Pflegehandlungen grundsätzlich im Kontext von Ethik zu diskutieren wären. Die Pflegeforscherin Patrica Benner⁴ etwa, fasst beinahe alle klinischen Entscheidungen zugleich als ethische Entscheidungen auf. Diese Alltäglichkeit hat nicht zuletzt auch damit zu tun, dass Pflegenden, aufgrund ihres fachlich breit gefächerten Aufgabenrepertoires in ihrem Kompetenz- und Tätigkeitsbereich, den Patient:innen in vielen persönlichen und intimen Angelegenheiten nahe stehen.

Darin bestätigt sich, dass auch in weniger „spektakulären Extremsituationen des Lebens“⁵, im alltäglichen Pflegegeschehen ethische Abwägungen notwendig und daher hochrelevant sind; und es verdeutlicht sich darin die *Relevanz von ethischer Kompetenz in der Pflegepraxis*.

Dass die Bedeutung von ethischer Kompetenz noch steigen wird, legen auch unterschiedliche (gesellschaftliche) Dynamiken und Entwicklungen nahe, beispielsweise Entwicklungen in der (medizinisch-technischen) Wissenschaft und Forschung, Veränderungen der demographischen, sozialstrukturellen und kulturellen Zusammensetzung oder Änderungen in den Einstellungen, der Wertepräferenzen und Positionierungen der Gesellschaft – aktuell zu beobachten bspw. in Diskussionen im Umgang mit dem assistierten Suizid. Doch nicht nur diese Veränderungen, die auch mit veränderten Rechtslagen und neuen „Adressierungsweisen“ an die Pflegenden verbunden sein werden, fordern diese künftig stärker heraus. Bereits bestehende und sich noch weiter verschärfende Ökonomisierungsprozesse und Einsparungen von materiellen, zeitlichen und personellen Ressourcen werden weitere Verknappungen, Rationierungen und Rationalisierungen verursachen, welche die Realisierung eines professionellen Pflegeethos, moralischer Ansprüche sowie ein auf Basis ethischer Reflexionen begründetes Handeln erschweren. Vor diesem Hintergrund hat sich in den letzten Jahren der Arbeitsumfang für

³ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 38f.

⁴ BENNER, P., Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert, Bern ³2017.

⁵ LAY, Ethik in der Pflege, 384. s.a. BIENSTEIN, Geleitwort, 5.

die Pflegenden verdichtet, weshalb aus den veränderten Anforderungen widersprüchliche Erwartungen resultieren, etwa, wenn ökonomisch bezifferte Zeitkontingente einem langsameren Vorankommen in der Arbeit mit älteren, pflege- und betreuungsintensiveren Menschen gegenüberstehen. Derlei Widersprüche können sich als Wertekonflikte zwischen professionellen und organisationalen Ansprüchen erweisen, die sowohl in normativen als auch in funktionalen Spannungen zum Ausdruck kommen⁶.

Wenn nun aus solchen Entwicklungen sowie aus der inhaltlichen Ausrichtung des Berufsbildes insgesamt resultiert, dass „Wertekonflikte um den Umgang mit menschlichem Leben [...] den professionellen Berufsalltag [von Pflegenden, MD] auf exponierte Weise“ bestimmen⁷ so benötigen sie „in diesen moralisch relevanten Konflikt- und Dilemmasituationen [...] die Fähigkeit, ethische Bewertungsmaßstäbe begründen zu können, wobei davon ausgegangen wird, dass dies im Rahmen wechselseitiger Verständigung über unterschiedliche Werte, Perspektiven und Einschätzungen beteiligter Akteurinnen und Akteure erfolgt“⁸.

Damit also ist jene Kompetenz angesprochen, die Pflegende je nach Problemlage und Setting befähigt, entweder für sich oder, in Absprache mit den Betroffenen und den Handelnden eines (multiprofessionellen) Teams, gemeinsam eine Abschätzung zu geeigneten Maßnahmen aber auch zu Handlungsfolgen zu treffen, die sowohl den Beteiligten als auch ethischen und professionellen (Qualitäts-)Standards gerecht werden⁹.

Auch wenn Fragen der Ethik häufig nicht eindeutig als richtig oder falsch abgehandelt und einsortiert werden können, so braucht es doch eine von (vernünftigen) Argumenten und von Fürsorgerationalität¹⁰ (Wærness, 2000) getragene Abwägung der Möglichkeiten, an der sich Handeln orientieren kann. Weil ethische Abwägungen meist eine kom-

⁶ AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit, in: Aulenbacher, B., Riegraf, B., Theobald, H. (HG.), Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime: Care: Work, Relations, Regimes. Sonderband 20 der Zeitschrift Soziale Welt, Baden-Baden 2014, 130ff.; DAMMAYR, M., Legitime Leistungspolitiken: Leistung, Gerechtigkeit und Kritik in der Altenpflege. Weinheim-Basel 2019, 12ff.

⁷ DARMANN-FINCK, I., DUVENECK, N., RICHTER, M., Ethik lehren und lernen, in: intensiv 22 (2014), 262-269, hier 262.

⁸ Ebd., 263.

⁹ Ebd., 264.

¹⁰ WÆRNESS, K., Fürsorgerationalität: Zur Karriere eines Begriffes, in: Feministische Studien. Extraheft: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit 18 (2000), 54-66.

plexe Situation darstellen und eine Überforderung bedeuten können, bedarf es der ethischen Kompetenz und der Vermittlung dazu erforderlicher Prinzipien, Denkweisen und Instrumentarien.

„Ethische Kompetenz beinhaltet die Fähigkeit zur Reflexion, Formulierung und Begründung der eigenen moralischen Orientierungen, die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis, Urteilskraft, Diskursfähigkeit, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, Konflikt- und Kompromissfähigkeit und schließlich die Wachheit und den Mut, auch tatsächlich moralisch zu handeln und für die Rahmenbedingungen des eigenen Handelns Mitverantwortung zu übernehmen.“¹¹

Auf Basis ethischer Kompetenz soll man nach Körtner „gemeinsam mit anderen zu einer begründeten Entscheidung in ethischen Konfliktsituationen [...] gelangen und Menschen bei schwierigen moralischen Entscheidungen beraten [...] können“¹². Sie soll zu *situativem kontextabhängigem Beurteilen von Situationen oder Konflikten* befähigen, die sich durch *Komplexität* auszeichnen, wozu es neben dem *Wissen über Instrumente, Methoden und Begriffe der philosophischen Ethik* auch jener Kompetenz bedarf, die aus der *Erfahrung* resultiert. Ähnlich wie Patricia Benner es für die Entwicklung von Pflegeexpertise beschreibt, setzt auch ethische Urteilsfähigkeit Erfahrung voraus¹³.

Allerdings drängt sich die Vermutung auf, dass sich viele Pflegende aus den oben genannten Gründen, aber auch mangels einer entsprechenden und flächendeckend institutionalisierten Pflegeethik, diesbezüglich vor besondere Herausforderungen gestellt sehen – ein Eindruck, aus dem auch der Impuls zur vorliegenden Arbeit entstand. Letztlich kann es zu starken Belastungen bis hin zur Überforderung führen, wenn Entscheidungen und Handeln von äußeren Faktoren und Zwängen erschwert oder überhaupt verhindert werden (etwa bedingt durch zeitliche Erfordernisse oder Machtverhältnisse). Diese wiederum können unterschiedliche Auswirkungen zeigen und in *Burnout* oder dem *Verlassen des Bereichs* münden, derlei unlösbare Widersprüche können aber auch in *moralischen Stress*¹⁴ und in *emotionale Kältestrategien* übergehen¹⁵.

Nicht jede als moralisch belastend empfundene Situation spiegelt ein ethisches Dilemma

¹¹ RABE, M., Ethik in der Pflegeausbildung: Beiträge zur Theorie und Didaktik, Bern 2009, 208f.

¹² KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 111.

¹³ Ebd., 110.

¹⁴ JAMETON, A., What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care, in: AMA Journal of Ethics 19 (2017) 617–628; s.a. MONTEVERDE, S., Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege, in: Ethik in der Medizin 31 (2019) 345–360.

¹⁵ KERSTING, K., "Coolout" in der Pflege: Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt ⁴2001; KERSTING, K., Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Frankfurt 2016.

wider, dennoch zeigt sich an der *subjektiven Alltagserfahrung der Pflegenden* sowie an den genannten Auswirkungen jene *Bedeutsamkeit*, die in einer entsprechenden ethischen Reflexions-, Urteils-, Argumentations- und Handlungskompetenz liegt.

Indem diese Arbeit der Frage nachgeht, welche Maßnahmen die Entwicklung und Stärkung moralischer Sensibilität und ethischer Kompetenz unterstützen können, lenkt sie ein Hauptaugenmerk auf das Erleben, Wahrnehmen moralischer Probleme und damit verbundener Bedürfnisse von *Auszubildenden*. Denn auch sie werden in ihren Praktika mit konkreten ethischen Fragen konfrontiert und stehen mitunter vor derselben Herausforderung, zwischen verschiedenen Werten, Normen oder Prinzipien entscheiden zu müssen: So haben sie vielleicht unterschiedliche ethische Prinzipien gegeneinander abzuwägen – zum Beispiel die der Autonomie, des Nicht-Schadens, der Fürsorge/Hilfeleistung und der Gleichheit und Gerechtigkeit¹⁶ (Beauchamp & Childress, 2013) – um zu einer für sie guten, stimmigen und gangbaren Entscheidung zu kommen.

Im Vergleich zu den mehrjährig erfahrenen Kolleg:innen können die Auszubildenden (AZB) jedoch noch nicht auf jene *Praxiserfahrung* und jenes *Praxiswissen* zurückgreifen, die sich ihre Kolleg:innen im Laufe der Berufsjahre aneignen konnten und die diesen als implizites Wissen und Können orientierend zur Verfügung steht.

Somit rücken sowohl die *theoretische Ausbildung* wie aber auch der *Lernprozess durch Praxiserfahrung* in den Blick, was zum Anliegen der vorliegenden Arbeit führt: Da bisher verhältnismäßig wenige pflegeethisch institutionalisierte Angebote und Strukturen zur Verfügung stehen – sowohl für eine entsprechende Vermittlung aber auch hinsichtlich der Realisierung moralischer Ansprüche und ethischer Kompetenz –, sollen im Rahmen dieser Arbeit durch eine *Bedarfsanalyse* dementsprechende Problemlagen und Bedürfnisse von AZB sowie von jungen Absolvent:innen (ABS) erhoben und aufgezeigt werden.

Ein Ziel soll sein, das implizite (Praxis-)Wissen, das den Expert:innen zur Bearbeitung ihrer Aufgaben in der konkreten Situation zur Verfügung stand, so zu rekonstruieren, dass die zugrundeliegenden ethischen Bewertungsgrundsätze und die daraus resultierenden Handlungsstrategien für etwaige Vermittlungskonzepte aufbereitet und für die Ausge-

¹⁶ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Principles of biomedical ethics, New York ⁷2013.

gestaltung struktureller Rahmenbedingungen nutzbar gemacht werden können. Den Pflegenden soll dadurch ermöglicht werden, ein auf *bewussten ethischen Überlegungen* basierendes professionelles Handeln zu etablieren und weiterzuentwickeln. Um dies zu erreichen, sind Antworten auf die folgenden Fragestellungen zu erarbeiten.

1.1 Erkenntnisinteresse und Ziel der Untersuchung

Vor diesem Hintergrund gilt das Erkenntnisinteresse der Arbeit der Wahrnehmung, Deutung und Bearbeitung von moralischen und ethischen Problemen durch Pflegende, wozu vor allem Auszubildende, Absolvent:innen und mehrjährig in der Pflege Tätige befragt wurden. Dazu ging eine *erfahrungs- und praxisorientierte Bedarfsanalyse* jenen Fragen nach, *welche* ethischen Herausforderungen auf welche Weise erlebt wurden. Die daraus resultierenden Erkenntnisse sollten anschließend zu dem *Erfahrungswissen längerjährig Pflegender* in Bezug gesetzt und der Weiterentwicklung von didaktischen Konzepten und Hinweisen zur Etablierung ethischer Strukturen zugeführt werden. Das Forschungsinteresse der Arbeit lässt sich somit in folgenden Forschungsfragen zusammenfassen:

Forschungsfrage 1. Bedarf an ethischer Kompetenz

Wie erleben Auszubildende, Absolvent:innen und mehrjährig in der Pflege Beschäftigte den Bedarf an ethischer Kompetenz? Dabei steht zum einen die Frage nach Herausforderungen, Problemen und moralisch gewerteten Situationen im Vordergrund, zum anderen die Frage, ob die vermittelte Kompetenz für den jeweiligen Handlungsbereich als ausreichend, ausbaufähig etc. eingeschätzt wird. Die Rekonstruktion dessen, was Anfänger:innen von Expert:innen in diesem Erleben und im Umgang mit den Herausforderungen unterscheidet, soll in Anlehnung an die theoretische Konzeptionalisierung und mit Bezugnahme auf das Stufenmodell der Kompetenzentwicklung nach Benner (didaktisch) relevante Einsichten bringen.

Forschungsfrage 2: Begründungsmuster

Welche (normativen) *Deutungs- bzw. Begründungsmuster* sich in den (geschilderten) Argumentationen bereits getroffener ethischer *Entscheidungen* finden und nach welchen

Kriterien von den Befragten *gehandelt* wurde, stand im Zentrum einer weiteren Forschungsfrage. Lässt sich den Erzählungen eine Bezugnahme auf ethische Begriffe, Prinzipien und auf das eigene Gewissen oder Bauchgefühl entnehmen oder steht vielmehr die Anordnung von Ärztinnen und Ärzten im Zentrum ihrer Argumentation?

Forschungsfrage 3: Ableitung für didaktische Konzeptionalisierungen und organisationale Rahmenbedingungen

Was lässt sich aus den Erzählungen erfahrener Pfleger:innen (Expert:innen) über ihr Handeln und ihre Entscheidungsgrundlage für didaktische Konzeptionen zur Vermittlung ethischer Kompetenz ableiten? Dabei steht das *implizite, praktische Erfahrungswissen* der Expert:innen im Vordergrund, welches mit den Methoden qualitativer Sozialforschung rekonstruiert und im Sinne der Ziele dieser Arbeit nutzbar gemacht werden sollte.

Dabei wird angenommen, dass sich im Bezugssystem der Pflegenden *unterschiedliche Argumentationsmuster und normative Argumente* finden lassen und sie ihr Handeln mit Bezugnahme auf unterschiedliche Begriffe und Kategorien begründen. Deshalb werden einleitend unterschiedliche, für die Pflege relevante ethische Begriffe, Kategorien und Theorien vorgestellt. Als heuristischer Rahmen dienen dabei insbesondere die *Pflichtenethik*, die *konsequentialistische* und die *Tugendethik* sowie der *Prinzipienansatz* und die *Care-Ethik*.

Mit Blick darauf, dass es zur Vermittlung ethischer Kompetenz didaktischer Ansätze bedarf, die dem unterschiedlichen Vorwissen, den praxisbezogenen Kenntnissen und Kompetenzen gerecht zu werden vermag, wurde als weitere Heuristik das *Stufenmodell zur Kompetenzentwicklung* nach Benner¹⁷ zugrunde gelegt. Das Modell geht von einem Lernprozess in fünf (idealtypisch zu verstehenden) Stufen aus, in denen sich Wissen, Kompetenz und Expertise entwickeln, was es für die Ableitung entsprechender (Vermittlungs-)Angebote interessant macht.

In diesem Modell kommt sowohl der *Praxiserfahrung* wie auch dem durch diese angeeigneten *impliziten Wissen* hohe Bedeutung zu, welches für Pfl egetätigkeiten insgesamt

¹⁷ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz.

und im Pflegehandeln der Expert:innen insbesondere, eine wichtige Rolle spielt. Im Rahmen dieser Arbeit hat es hinsichtlich der ethischen Prinzipien und Grundsätze, die im intuitiven Expert:innenhandeln vermutet werden, von diesen jedoch nicht oder kaum explizierbar sind, besondere Bedeutung. Die Rekonstruktion dieses Wissens, das in Form von *Praxisreflexionen* und *episodischen Interviews* vorliegt, mit *qualitativen Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung* (Dokumentarische Methode) soll daher helfen, Einsichten in die *Bedürfnisse* hinsichtlich ethischer Kompetenz zu gewinnen. Weitere Erkenntnisse aus der *Analyse von Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern* der Expert:innen bei ethischen Herausforderungen sollen für didaktische Konzeptionalisierungen sowie als Hinweise für die Bedeutsamkeit (organisationaler) Ethikstrukturen nutzbar gemacht werden.

1.2 Aufbau der Arbeit und Kapitelvorstellung

Das Erkenntnisinteresse der Untersuchung legt folgenden Aufbau nahe: Zunächst werden in *Kapitel 2* ethische Begrifflichkeiten, Kategorien und Theorien diskutiert, welche in der Pflege von besonderer Relevanz sind und die daher auch im Pflegehandeln und in den Begründungsmustern der befragten Pflegenden vermutet werden. Daran anschließend wird in *Kapitel 3* mit dem Kompetenzentwicklungsmodell nach Patricia Benner ein weiterer theoretischer Ansatz vorgestellt, mit dem Unterschiede in der Erfahrung und in der Bearbeitung ethischer Herausforderungen zwischen (fortgeschrittenen) Anfänger:innen und Expert:innen erhoben werden sollen. Eine darauf basierende Diskussion etwaiger Unterschiede soll Aufschlüsse über die Bedeutung von Praxiswissen und -erfahrung für ethische Kompetenzentwicklung geben. Zur Erreichung dieses Ziels ist die Auswahl entsprechender, dafür geeigneter Methoden erforderlich. Dem widmet sich *Kapitel 4*, in dem das Forschungsdesign der empirischen Untersuchung vorgestellt und die Verwendung der Methoden im Forschungskontext dargelegt werden. Insbesondere wird auf das Erhebungskonzept (Praktikumsreflexionen- und episodische Interviews), sowie auf die Bedeutung der für diese Arbeit als hilfreich erachtete Vorgehen mit der Dokumentarischen Methode reflektiert, welche auf die Rekonstruktion impliziter Wissensbestände abzielt.

Kapitel 5 ist schließlich den moralischen Herausforderungen und Problemlagen gewidmet, die Pflegende in ihrem beruflichen Alltag, in ihren jeweiligen Settings und Aufgabenbereichen erleben. Neben der inhaltlichen Darstellung moralischer Probleme gilt ein Forschungsinteresse dabei vor allem jenen Überlegungen, die sie hinsichtlich ethisch reflektierender Abwägungen stellen und mit denen die Pflegenden ihr Handeln und ihre Entscheidungen begründen. Die Frage danach, wie Pflegende der verschiedenen Kompetenzentwicklungsstufen ihre moralischen Probleme bearbeiten und mit Bezug auf welche Kategorien sie ethisch reflektierte Entscheidungen und Handlungen begründen, stellt ein zentrales Erkenntnisinteresse dar. Neben den damit verbundenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit äußeren Strukturen und Zwängen kommen dabei auch jene Bedürfnisse ethischer Kompetenz in den Fokus, die es erlauben, Vorschläge zur Vermittlung und Stärkung ethischer Kompetenz in Bildungsmaßnahmen und organisationalen Strukturen zu formulieren. Hier greift das abschließende *Kapitel 6* in einem kurzen Fazit die Frage des Bedarfs nach ethischer Kompetenz auf, um unter Berücksichtigung der Ergebnisse Lösungsansätze zur Entwicklung und Stärkung ethischer Kompetenz zu diskutieren sowie erste konkrete Maßnahmen vorzuschlagen.

2 Ethik und Moral im Kontext von Pflege und Medizin

2.1 Zur Hinführung: Über Aufgaben und Ansprüche des Pflegens

Pflege ist ein vielschichtiger Begriff, der viele Facetten des Handelns umspannt und in sich integriert. Dieser Inhaltsreichtum führt dazu, dass sowohl alltagssprachlich aber auch in wissenschaftlichen oder politischen Betrachtungen unterschiedliche Auffassungen vorherrschen. Die Schwierigkeit eines gemeinsamen Verständnisses und einer gemeinsamen Sprache zeigt sich u.a. in der Fassung der *fürsorglichen Praxis des Sorges und Carings*, denen etwa in jenen, um Aufwertung bemühten feministisch-kapitalismuskritischen Ansätzen, eine sehr weite Definition zugrunde gelegt wird. In dieser wird Sorgen als „eine Gattungstätigkeit“ verstanden, „die alles umfaßt, was wir tun, um unsere ‚Welt‘ so zu erhalten, fort dauern zu lassen und wiederherzustellen, daß wir so gut wie möglich in ihr leben können. Diese Welt umfaßt unseren Leib, unser Selbst und unsere Umwelt, die wir in einem komplexen, lebenserhaltenden Netz miteinander verflechten.“¹⁸

Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Fokus allerdings enger auf dem Bereich der *personenbezogenen, beruflich erbrachten professionellen Pflege*. Um für diesen Bereich ein gemeinsames Verständnis zu finden, hat der International Council of Nurses (ICN) folgende Definition erarbeitet. Demnach umfasst professionelle Pflege

„die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“¹⁹.

Die professionelle Pflege von Patienten umspannt sich demnach von ihrer Geburt über alle Phasen des Lebens eines Menschen hinweg bis zum Tod; sie unterstützt Menschen

¹⁸ FISHER, B., TRONTO, J., Toward a Feminist Theory of Care, in: Abel, E. K., Nelson, M. K. (HG), *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*, New York 1990, 40; DAMMAYR, *Legitime Leistungspolitik*, 31ff.

¹⁹ DBFK, Die Bedeutung professioneller Pflege: Deutsche Übersetzung des Begriffs „Nursing Definitions“ des ICN, 2016 [2002], in: <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php> (23.06.2021).

in den Phasen einer durch Krankheit bedingten Angewiesenheit, was u.a. das Menschenbild eines verwundbaren und kontingenten Wesens impliziert. Vor diesem Hintergrund orientieren sich berufliche Pflege und die zu treffenden Pflegehandlungen am pflegebedürftigen Menschen und dessen individuellem Pflegebedarf. Darin kommen jedoch zahlreiche weitere Dimensionen des Menschseins – wie soziale, kulturelle, historische Aspekte – zu tragen. „Der Mensch [kommt] als Subjekt, d. h. als Lebewesen mit einem eigenen Bewusstsein“ und in seiner Komplexität in den Blick. Dieser „ist fähig zu empfinden, Gefühle zu haben und diese zu äußern, und über die physiologischen Bedürfnisse nach Nahrung, Luft und Flüssigkeit hinaus ist er u. a. angewiesen auf ein soziales Umfeld, in dem er Zuwendung, Nähe, Akzeptanz und Wertschätzung erfährt und wechselseitig austauscht“²⁰.

Auf diese verschiedenen Bedürfnisse und Gegebenheiten des Menschseins mit Achtsamkeit und im Bewusstsein um eine „*treuhänderische Verantwortung*“²¹ zu reagieren, ist neben der fachlichen Kompetenz ein hoher Anspruch an Pflegende. Aufgrund ihres fachlich breit gefächerten Aufgabenrepertoires, das lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) neben dem eigenen Kompetenzbereich, den pflegerischen Kernkompetenzen (§14 GuKG), auch Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§15 GuKG) und im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16 GuKG) vorsieht, kommen Pflegende – mehr als andere Berufsgruppen – den Patient:innen nahe; diese Nähe kann gleichwohl eine körperliche wie emotionale Nähe implizieren und das Eindringen in private, intime Sphären bedeuten.

Darin drückt sich die Bedeutung der *Verantwortung* und von *Advocacy* und damit die Relevanz des ethisch-moralisch verantworteten Handelns aus. Ein solches Handeln erfordert neben den hohen Ansprüchen an berufliche Handlungskompetenzen wie spezifische Fach-, Sozial-, Methoden- und Selbstkompetenzen²² eine dazu quer liegende moralische und ethische Kompetenz; dieser Kompetenzen bedarf es nicht nur, um aus pro-

²⁰ LAUBER, A., Verstehen & pflegen: Bd. 1. Grundlagen beruflicher Pflege, Stuttgart–New York 2018, 5.

²¹ MONTEVERDE, Komplexität, 347: Professionelles Handeln setzt in diesem Sinne „die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung voraus“ (ebd., 347), die sich in ethischen Fragen auch darin zeigt, sein Handeln inhaltlich im bzw. am Interesse der Patient:innen und dessen Wertevorstellungen auszurichten und die Entscheidungen in diesem Sinne zu begründen (ebd., 347).

²² THIEME (HG), I care. Pflege, Stuttgart 2015, 37f.

fessioneller Sicht *gute Pflege* zu erbringen, sondern auch, um die in der Einleitung geschilderten Problemlagen bearbeiten und bewältigen zu können.

Die damit in Verbindung stehenden An- und Herausforderungen sowie Bedürfnisse der Pflegenden zu ergründen – insbesondere die der *Auszubildenden* – ist Anliegen dieser Arbeit. Bevor auf solche Kompetenzerfordernisse eingegangen wird, gilt es die mit dem *Tätigkeitsprofil verbunden Aufgaben und Ansprüche* des Berufs näher zu definieren und das *Wesen von Moral und Ethik*, ihre zentralen Inhalte, Begrifflichkeiten und Theorien vorzustellen. Der nächste Abschnitt ist daher einer kurzen Skizze zu Ausbildung in einem Pflegeberuf in Österreich gewidmet.

2.1.1 Ausbildung und Kompetenzanforderungen der Pflegefachassistenz – Eine Skizze

Mit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GukG) im Jahr 2016, der „größte[n] Berufsreform seit 20 Jahren für Österreichs Pflegeberufe“²³, wurden deutliche Veränderungen vorgenommen, mit der Absicht, die Weichen für eine moderne, leistungsstarke und belastbare Zukunft der Pflege zu legen. So sollte das Ausbildungssystem für Gesundheitsberufe überarbeitet und – indem die Ausbildung des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiärem Bildungsniveau angesiedelt wurde – auf „internationale als auch auf nationale Veränderungen in der Versorgung reagiert“²⁴ werden. Die wichtigsten Bestimmungen traten mit 1. September 2016 in Kraft und die vollständige Überführung des gehobenen Dienstes auf Fachhochschulniveau ist bis zum Jahr 2024 vorgesehen.

Das Ausbildungssystem der Gesundheitsberufe sieht nunmehr eine Gliederung in drei Kompetenzstufen vor, wobei die Ausbildung der *Pflegefachassistenz (PFA) und Pflegeassistenz (PA)* weiterhin v.a. an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (bzw. in PA-Lehrgängen) erfolgt (§ 3 Abs. 1 PA-PFA-AV, 2016). Die PFA-Ausbildung dauert bei Vollzeitausbildung zwei Jahre und umfasst insgesamt 3 200 Stunden, die sich in theoretischen und praktischen Unterricht aufteilen. Mindestens die Hälfte des Stundenumfangs muss

²³ LAZARUS (HG), Adieu Schwester! – Österreichs große Berufsreform bereits im Parlament, 2016, in: <http://www.lazarus.at/2016/06/28/gukg-novelle-bereits-im-parlament-berufsreform-greift-ab-herbst> (12.02.2020).

²⁴ GOLLA, M., Beschluss der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes /Ausbildungsreform im Ministerrat, 2016, in: <https://pflege-professionell.at/beschluss-der-novelle-des-gesundheits-und-krankenpflegegesetzes-ausbildungsreform-im-ministerrat> (03.02.2020).

in theoretischen Fächern absolviert werden und mindestens ein Drittel ist für die praktische Ausbildung anzuberaumen. (§ 92 Abs. 1-2 PA-PFA-AV, 2016)

Blickt man nun näher auf das *Berufsbild der PFA*, so zeigt sich in dessen Aufgabenprofil ein vielumspannender Tätigkeitenkatalog sowohl im Hinblick auf die *eigenverantwortliche Durchführung von Pflegemaßnahmen* in verschiedenen *Settings*²⁵, als auch hinsichtlich der (*delegierbaren*) *Mitwirkung in Diagnostik und Therapie*. Der Tätigkeitsbereich wird im § 83a des GuKG geregelt und umfasst „die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärzten übertragenen Aufgaben der Pflegeassistenz [...], das Handeln in Notfällen [...], die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Ärzten übertragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie [...], die Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistenzberufe“ (§ 83a Abs 1 GuKG) sowie etliche weitere Tätigkeiten, aus dem Bereich der Mitwirkung in der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen die Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden, das Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, der „Ab- und Anschluss laufender Infusionen [...] sowie das „Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebener Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung“ (§ 83a Abs 2-4 GuKG).

Vor dem Hintergrund dieses vielschichtigen Arbeitsbereichs der sich – wie bereits erwähnt – durch die besondere Nähe und den direkten Kontakt mit den Patient:innen auszeichnet, erfordert die Tätigkeit einer PFA zahlreiche Befähigungen beginnend bei professionell und evidenzbasiert zu erbringenden Pflegetechniken über Kenntnisse der Patientenbeobachtung und Kommunikation bis hin zur Fähigkeit, das eigene Handeln zu reflektieren und (selbstlernend) weiterzuentwickeln. Es gilt, die Auszubildenden „hinsichtlich Eigenverantwortung, ganzheitlicher Sichtweise und kritischem Denken“ zu fördern, damit diese „theoretisch Erlerntes unter Anleitung in der Praxis umsetzen und somit ihre Handlungskompetenzen kontinuierlich weiterentwickeln [können]“.²⁶

²⁵ Die Tätigkeit findet „in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen“ statt. AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEGERUFE WELS, Ausbildung. Pflegefachassistenz: Informationsbroschüre zur Ausbildung, Wels 2019, 3.

²⁶ AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEGERUFE WELS, Ausbildung. Pflegefachassistenz, 2.

2.1.2 Curriculare Lernziele der Ethikausbildung für die Pflegefachassistenz

Vor diesem Hintergrund kommt nun der Ausbildung und Vermittlung von entsprechendem *theoretischen Fachwissen*, von *beruflichen Handlungskompetenzen* und von *Schlüsselqualifikationen* wie Selbstlernkompetenzen eine hohe Bedeutung zu. In diesem Kontext und im Sinne einer „ganzheitlich“ ausgerichteten Pflege, die unter Berücksichtigung menschlicher Vulnerabilität dem Anspruch der „treuhänderischen Verantwortung“²⁷, der Individualität und Bedürfnisorientierung folgt, kommt auch der Sensibilisierung für ethische Fragen sowie der Vermittlung von ethischem Reflexions- und Urteilsvermögen und einer stabilen Persönlichkeit eine besondere Aufgabe zu.

Da die Erfahrung moralischer Unsicherheit und ethischer Dilemmata zu *Belastung und Überforderung* auch von AZB führen kann, wenn derlei Situationen unbegleitet und un bearbeitet bleiben, zeigen Studien zu „*moral distress*“²⁸ oder dem „*Cool-out-Phänomen*“²⁹ unter AZB. Um dem vorzubeugen bedarf es der Vermittlung bzw. Entwicklung einer entsprechend *praxisnahen, bedarfs- und handlungsorientierten ethischen Kompetenz*, was wiederum die Frage nach geeigneten Unterrichtskonzepten und Didaktiken aufwirft.

Ethik wird – nach derzeit laufenden Lehrplänen – am Lernort Schule³⁰ vermittelt. Dafür steht ein Stundenkontingent im Rahmen des Themenfeldes (TF) *Grundsätze der professionellen Pflege* zur Verfügung, in dem neben der Ethik auch Inhalte der Berufskunde, des Berufsrechts, konzeptionelle Grundlagen professioneller Pflege und der Gesundheitsförderung fallen³¹.

²⁷ MONTEVERDE, Komplexität, 347.

²⁸ DOPPELFELD, S., Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung, in: Eisele, C. (HG), *Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen*, Wien 2017, 91–105.

²⁹ KERSTING, K., *Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung*, 2016

³⁰ Mittlerweile haben sich einige Ausbildungsstandorte dazu entschieden, Teile des Ethikunterrichts auch in den Dritten Lernort zu integrieren, um so einen stärkeren Praxisbezug herstellen zu können: Dieser Lernbereich stellt „ein verbindendes Ausbildungssegment im dualen System“ dar. SCHLÖMMER, D., KRAUSLER, K., SCHWARZENBERGER, M., WINKLEHNER, S., *Lernbereich Training und Transfer: Arbeitsbuch für die Pflege(fach)assistenz*, Linz 2019, 3; (siehe dazu auch Kapitel 6.2.).

³¹ Das gesamte Stundenkontingent für die *Grundsätze* beträgt im 1. Unterrichtsjahr 70 Unterrichtseinheiten (UE), im 2. ABJ 80 UE. Sinnvoll und empfehlenswert scheint freilich, ethische Fragen stets auch in anderen Unterrichten anzusprechen, um diese entlang spezifischer Pflegeinterventionen oder konkreter Behandlungssituationen veranschaulichen und diskutieren zu können.

In seiner Ausrichtung an Inhalten und erforderlichen Kompetenzen orientiert sich der Ethikunterricht an Lernzielen bzw. Lernergebnissen, die wiederum – entlang der Bloom'schen Lernziel-Taxonomie – sowohl den *kognitiven* (Faktenwissen, intellektuelle Fähigkeiten), den *affektiven* (Haltung, Einstellungen, Werte) wie auch den psychomotorischen *Lernbereich* (Sprachvermögen, Reflexions- und Handlungsfähigkeit, Kooperation im Team und Entscheidungskompetenz) adressieren³².

Nachstehend finden sich ausgewählte Lernziele hinsichtlich des *ethischen Kompetenzerwerbs* einer PFA³³. Dabei werden aus dem TF *Grundsätze der professionellen Pflege*³⁴ v.a. jene vorgestellt, die es im Bereich des expliziten Ethikunterrichts zu vermitteln gilt³⁵. Demnach soll eine PFA nach Abschluss der Ausbildung zu Folgendem in der Lage ein: Sie / er...

- 1) „kennt den ICN-Ethikkodex für Pflegende, respektiert grundlegende ethische Prinzipien/ Grundsätze und integriert diese in die tägliche Arbeit;
- 2) reflektiert die eigenen Werte und Normen vor dem Hintergrund des ICN-Ethikkodex für Pflegende;
- 3) anerkennt, unterstützt und fördert das Recht auf Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen und sonstigen ihnen nahestehenden Personen;
- 4) erkennt ethische Dilemmata und Konfliktsituationen, spricht diese gegenüber Vorgesetzten an und bringt sich in ethische Beratungsprozesse ein; [...]

³² SENSEN, K., Ethik in der Krankenpflegeausbildung vermitteln: Didaktik und Methodik für Lehrende an Krankenpflegeschulen, Wiesbaden 2018, 22.

³³ Mittlerweile wurde für die PFA-Ausbildung ein Curriculum erarbeitet, welches mit 2020 in die Erprobungsphase ging. Dieses verfolgt einen fächerintegrierenden Ansatz, indem die bestehenden TF nunmehr 10 Lernfeldern (LF) – wie z.B. Pflege von chronisch kranken Menschen (LF 8) oder Pflege von akut kranken Menschen (LF 9) – zugeordnet werden. PFABIGAN, D., ROTTENHOFER, I., BAJER, M., MADER, F., Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz: In Erprobungsphase, Gesundheit Österreich, Wien 2020, in: https://jasmin.goeg.at/1286/1/Curr_PA_PFA_Erprobungsphase_bf.pdf (23.05.2021).

Ethische Grundlagenkenntnisse werden zwar insbesondere im LF *Berufliche Identität als PFA entwickeln und Verantwortung übernehmen* vermittelt; ethische Fragen ziehen sich jedoch „quer“ durch das Curriculum hindurch, um praxisrelevante krankheits- und pflegespezifische Situationen aus der ethischen Perspektive beleuchten zu können.

³⁴ GÖG, Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistenzberufe: Handreichung, Version 3. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien 2017, 38, in: https://jasmin.goeg.at/49/1/Inhalte%20der%20Ausbildung%20f%C3%BCr%20Pflegeassistenzberufe_3.pdf (21.07.2021).

³⁵ Insofern die Interviews mit AZB und PFA-Absolvent:innen geführt wurden, die nach bisherigem Ausbildungsmodulen unterrichtet wurden, ist es sinnvoll, diese Curriculumshandreichung zu zitieren; was auch mit Blick auf die spätere Bedarfserhebung sinnvoll und plausibel scheint.

- 5) ist sich der Bedeutung der eigenen biopsychosozialen Gesundheit im Hinblick auf diesbezügliche Belastungen und Ressourcen bewusst und agiert entsprechend;
- 6) anerkennt die Notwendigkeit von team- und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit und handelt dementsprechend;
- 7) begegnet Menschen unvoreingenommen, empathisch und wertschätzend und respektiert ihre Grundrechte;
- 8) setzt sich mit der eigenen Kultur, den eigenen Werten und Vorurteilen kritisch auseinander und respektiert andere Haltungen;
- 9) anerkennt die Bedeutung spiritueller, emotionaler, religiöser, sozialer und kultureller Bedürfnisse, geht dementsprechend darauf ein und informiert bei Bedarf pflegebedürftige Personen, ihre Angehörige [sic] und sonstige ihnen nahestehende Personen über unmittelbar mit der professionellen Tätigkeit zusammenhängende Rechte und Pflichten;
- 10) zeigt Sensibilität für Mitglieder im inter-/multiprofessionellen Team insbesondere bei Lebenskrisen/-brüchen oder existenziellen Erfahrungen³⁶.

Bereits die Auswahl zeigt einen hohen Anspruch an ethisches Handeln und dahingehend, woraufhin es die AZB auf die Berufspraxis vorzubereiten gilt. Damit AZB der Pflege – die möglicherweise zuvor noch keinen Kontakt zu ethisch relevanten Fragestellungen im Pflegebereich hatten – sich ethische Kompetenz aneignen können, bedarf es zunächst und unter Berücksichtigung der Kompetenzentwicklung (s. Kap. 3.1), der theoretischen Befassung mit Ethik und Moral. Dabei gilt es grundlegende Begriffe und Inhalte zu klären und eine Annäherung an wesentliche Theorien vorzunehmen. Der nachstehende Abschnitt versucht daher, mit Bezug auf Bedarf und Relevanz pflegeethischer Themen sowie der gegebenen Lernziele, in zentrale Inhalte der Ethik und Moral einzuführen.

2.2 Ethik und Moral. Erste Annäherungen und begriffliche Klärungen

Ethik und *Moral* beziehen sich beide auf menschliches Handeln genauer gesagt, auf jene Qualitäten des Handelns, die im Sinne von *gut* oder *richtig* bzw. *schlecht* oder *falsch* unser Handeln und Entscheiden leiten. Eine der Grundfragen stellt die von Immanuel

³⁶ GÖG, Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistentenberufe, 38.

Kant in der Grundlegung der Metaphysik formulierte Frage „*Was soll ich tun?*“ dar.

Im *handlungsorientierten* Bereich der Pflege – die als personenbezogene Fürsorge und im Sinne der „treuhänderischen Verantwortung“³⁷ in einem Beziehungs- und Interaktionsgeschehen mit (vulnerablen) Personen(gruppen) steht – kommt der Qualifizierung des Handelns und den damit verbundenen ethischen moralischen Begründungsmustern eine hohe Bedeutung zu. Dies erfordert nicht nur eine solide Grundkenntnis über ethische Inhalte, sondern auch die weitere (berufslebenslange) Auseinandersetzung mit solchen Fragen.

2.2.1 Moral, moralische Alltagserfahrung und moralische Urteile

Alltagssprachlich werden die Begriffe der Ethik und Moral wie auch deren Adverbien von *ethisch* und *moralisch* häufig synonym verwendet. Die Ethik als praktische Philosophie nimmt jedoch eine wichtige inhaltliche Differenzierung der Begriffe vor, die es zu berücksichtigen gilt.

2.2.1.1 Moral. Eine begriffliche Annäherung

Der aus dem lateinischen Begriff *mos, moris* (von Gewohnheit, Sitte, Brauch) abgeleitete Begriff der Moral kann „als Bezeichnung von *gruppen- oder gemeinschaftsbezogenen Verhaltensstandards*, die jeweils ein zusammenhängendes Muster bilden und in der Referenzgruppe ein hohes Maß an *Verbindlichkeit* genießen“ verstanden werden und er kann weiters „als Inbegriff dessen [gelten], was in menschlichen Gemeinschaften unbedingt gesollt ist“³⁸.

Unter dem Begriff der *Moral*, den Cicero aus dem griechischen *Ethos* ableitete, werden Regeln, *Überzeugungen, Grundhaltungen oder Wertmaßstäbe* gebündelt, die sich auf menschliches Handeln oder Verhalten beziehen und als solche auf diese Einfluss nehmen. Es handelt sich also um geteilte, d.h. als gültig erachtete und daher praktizierte moralische (sittliche) Überzeugungen Einzelner, einer Gruppe, einer Organisation, einer

³⁷ MONTEVERDE, Komplexität, 347.

³⁸ FUCHS, M., Moral, in: Görres-Gesellschaft und Verlag Herder (HG), Staatslexikon. Recht Wirtschaft Gesellschaft. Vierter Band, Freiburg ⁸2020, 88–92, hier 88.

Berufsgruppe, der Gesellschaft oder einer bestimmten Epoche, was den jeweiligen Geltungsbereich der Moral absteckt³⁹. „Moralvorstellungen bilden die Grundlage der gesellschaftlichen Ordnung und vermitteln Sicherheit“⁴⁰.

Moral besteht aus gelebten *Werten, Normen* und *Handlungsmustern*, die eine Unterscheidung in die Kategorien von *gut* und *böse* bzw. *schlecht*, in *richtig* oder *falsch* erlauben, was sich im *Empfinden, Urteilen* und *Handeln* ausdrückt und als verbindlich geltend, (geteilte) Anerkennung findet; ihr wird „normative Geltung zugesprochen“⁴¹. Sie wird bereits in früher Kindheit durch Erziehung, Bildung und das soziale Umfeld durch die Vermittlung von Normen und Werten erlernt, wenn diese sich über *Gebote* „Du sollst...“ oder *Verbote* „Du sollst nicht...“ an unser Handeln richten⁴². Wenn nun unsere Moralvorstellungen nicht nur theoretisches Wissen beinhalten, „sondern auch ein immer wieder kritisch revidiertes praktisches Handlungswissen, welches im Zusammenhang mit dem verantwortlichen Handeln und den damit verbundenen Erfahrungen kritisch hinterfragt und fortlaufend angepasst wird“ so macht dies „die Moral eines jeden Einzelnen offen und ‚anschlussfähig‘ für kritisches Denken“⁴³.

Da es unterschiedliche Lebenserfahrungen gibt, gibt es Moral auch im *Plural, also Moralen*, denn der Inhalt einer Norm zwischen Personen, Gruppen oder Kulturen kann differieren und „im Verlauf kultureller, sozio-ökonomischer, politischer, wissenschaftlicher und anderer Entwicklungen einen dem sich verändernden menschlichen Selbstverständnis entsprechenden Wandel durch [machen]“⁴⁴. Demnach können sich etwa Einstellungen zu und Umgang mit Sexualität, Krankheit, Leid, Alter oder Behinderung oder die Einstellung zum assistierten Suizid oder einem Schwangerschaftsabbruch ändern. Dies birgt insofern Herausforderungen, als dass sich ändernde Normen der Reflexion und gesellschaftlichen Einbindung bedürfen, was Konflikte für eine Person oder zwischen Menschen unterschiedlicher Norm- und Wertvorstellungen hervorrufen kann; gleichermaßen können plurale Moralvorstellungen zu Kollisionen führen, worauf Steinkamp und

³⁹ HIEMETZBERGER, M., MESSNER, I., DORFMEISTER, M., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, Wien ⁵2019, 14f.; STEINKAMP, N., GORDIJN, B., Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch, Köln ³2010, 43f.

⁴⁰ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 15.

⁴¹ PIEPER, A., Einführung in die Ethik, Tübingen ⁷2017, 22.

⁴² Ebd., 27; s.a. HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe.

⁴³ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 45.

⁴⁴ PIEPER, A., Einführung in die Ethik, 36f.

Gordijn (2010, S. 45) am Beispiel des vermutlich unterschiedlichen Umgangs mit einem sterbenden Patienten von Seiten eines Chirurgen und aus der Sicht Pflegender auf einer Palliativstation hinweisen.

2.2.1.2 Moralische Alltagserfahrung und Begründungsmuster moralischer Urteile

Moral spielt im Alltag der Menschen eine große Rolle, denn wie Annemarie Pieper⁴⁵ es formuliert, gilt es als Charakteristikum von „Humanität des Menschen als Mitglied einer Sozietät [...] dass er sich nicht schlechthin gleichgültig gegen alles das verhält, was seine Mitmenschen sagen [...]“. Diese Möglichkeit, nicht alles kritiklos hinnehmen zu müssen, ist für sie ein „Indiz für die Freiheit als Fundament aller menschlichen Praxis⁴⁶, wonach wir Interessen und Überzeugung vertreten können, etwa weil wir diese für gut und richtig erachteten oder für allgemein erstrebenswert halten.

Und so können wir uns auch mit Blick auf die berufliche Alltagserfahrung kritisch zu den Dingen und Ereignissen verhalten, worin Pieper einen allgemeinen moralischen Grundsatzes erkennt, den selbst so verschiedene Berufsgruppen wie Ärzt:innen, Lehrer:innen, Busfahrer:innen teilen: Gemeinsam ist ihnen, das je Seine/Ihre „im Beruf so gut wie möglich zu tun. Hier wird also der Arbeit an sich selber ein Wert zuerkannt, oder anders gesagt: Arbeit ist nicht allein definiert durch die technischen Regeln, die einen reibungslosen Arbeitsprozess ermöglichen, sondern Arbeit ist zugleich eine Tätigkeit, die auf der Basis von moralischen Regeln ausgeübt wird – besonders dort, wo andere Menschen mittelbar oder unmittelbar mitbetroffen sind“⁴⁷.

Moralisches Urteilen und Handeln erfordert dennoch stets Begründungen, um nicht willkürlich zu sein. Eine Handlung lässt sich dann als moralisch qualifizieren, „wenn sie nicht Folge eines bloß subjektiven, unmittelbaren Wollens (Bedürfnisses oder Interesses) ist, sondern Ausdruck eines sich von seinem unmittelbaren Begehren distanzierenden und auf den Willen anderer Subjekte beziehenden, intersubjektiv vermittelten Willens“⁴⁸

Moralisches Handeln und Urteilen kann *unterschiedliche Bezugnahmen* haben und mit

⁴⁵ PIEPER, A., Einführung in die Ethik, 26.

⁴⁶ Ebd., 26.

⁴⁷ Ebd., 30.

⁴⁸ PIEPER, A., Einführung in die Ethik, 34.; siehe dazu auch den Abschnitt zum Geltungsansprüche moralischer Urteile in Kap. 2.2.2.4.

Bezug auf unterschiedliche Begründungsmuster gerechtfertigt werden: Annemarie Pieper nennt dazu sechs Begründungsmuster moralischer Urteile⁴⁹.

Bezugnahme auf ein Faktum

Moralische Urteile werden häufig mit Bezug auf ein *Faktum* getroffen, „dessen Objektivität die Rechtmäßigkeit der Handlung garantieren soll“⁵⁰. Doch nicht weil es tatsächlich ein moralisches Faktum wäre, sondern weil darin „eine allgemeine Norm bzw. ein allgemeines Werturteil zum Ausdruck [kommt], deren Verbindlichkeit von den meisten fraglos anerkannt ist“⁵¹ wird es als gültig anerkannt. Der damit verbundene Konsens verpflichtet sozusagen zum entsprechenden Handeln, etwa jemandem über die Straße zu helfen weil er/sie blind ist.⁵²

Bezugnahme auf Gefühle

Ebenfalls wird häufig das (eigene) Gefühl zu Begründung vorgebracht, wie etwa das Gefühl zu haben, dass jemand (meine) Hilfe braucht. So z.B. könnte mich mein Gefühl daraufhin verpflichten, einem Rollstuhlfahrer ungefragt anzuschieben, um schneller über die Straße zu kommen. Dabei kann jedoch das Gefühl die Handlung nur teilweise erklären, es kann diese aber noch nicht moralisch rechtfertigen. Nach diesem ersten Gefühlszugang muss also das sich darin zum Ausdruck kommende Werturteil auf seine Rechtmäßigkeit hin untersucht werden⁵³.

Bezugnahme auf mögliche Folgen

Die Bezugnahme auf mögliche Folgen, wie etwa ein Schmerzmittel zu verabreichen, weil der andere sonst zu sehr leiden muss, ist jenes aus dem Utilitarismus (s.a. Kap. 2.2.2.3) bekannte Begründungsmuster, welcher den größtmöglichen Nutzen (Glück, Vergnügen,

⁴⁹ Ebd., 159.

⁵⁰ Ebd., 159.

⁵¹ Ebd., 160.

⁵² Es können sich bei Bezugnahmen auf ein Faktum auch falsche Annahmen verstecken: Fehlt ein allgemeiner Konsens, kann es sich auch um Vorurteile, um Diskriminierung bzw. Bevorteilung handeln (z.B. Vorrang erhält, wer adelig ist und soziale Ungleichheit wird aufgrund der Hautfarbe legitimiert). Eine „damit verbundene Unterteilung der Menschen in wertvolle und wertlose Menschen [ist] moralisch höchst fragwürdig.“ (PIEPER, Einführung in die Ethik, 160); gegen solche – hier naturalistische Vorurteile – gilt es vernünftige Argumente vorzubringen, um damit auf die falsche Informiertheit hinzuweisen.

⁵³ Ebd., 163.

Freude) mit dem geringstmöglichen Schaden (Unglück, Schmerz, Unlust) gegeneinander abwägt. Doch auch hier ist zu klären, ob das Prinzip der Nutzenmaximierung für die moralische Begründung einer Handlung oder ihrer Unterlassung hinreichend ist. Es gilt zu prüfen, ob der erstrebte Nutzen Anspruch auf Moralität erheben kann⁵⁴.

Bezugnahme auf den Moralkodex

In diesem Fall verpflichtet ein Moralkodex wie z.B. jener der Kirche hinsichtlich Sexualmoral oder ein Ehrenkodex auf eine bestimmte Handlung bzw. ihre Unterlassung. Versprechen sind zu halten, weil dies der Ehrenkodex gebietet. Der Regelkatalog wird häufig von den zugehörigen Mitgliedern der Gruppe aufgestellt, was sie für Außenstehende begründungspflichtig macht (z.B. kirchliche Normen im Kontext von Säkularisierung und Migration). Bei Moralkodizes zeigt sich die Wandelbarkeit von Normen oft eindrücklich, insofern dieser solange legitim ist, solange darüber Konsens unter den Mitgliedern besteht⁵⁵.

Bezugnahme auf moralische Kompetenz

Hier dient eine bestimmte Person oder Institution als moralische Autorität, um eine Handlung oder Entscheidung als moralisch zu legitimieren. Solche Instanzen können die Eltern, Vorgesetzte, der Papst oder Gerichtshöfe sein. Doch ist auch hier „eine kritische Hinterfragung der in dem jeweiligen Urteil mitartikulierten Werte auf ihre Berechtigung unerlässlich“⁵⁶ und kann sich niemand seiner persönlichen Verantwortung entledigen, indem er die Begründungspflicht auf andere Instanzen verschiebt⁵⁷.

Bezugnahme auf das Gewissen

Eine für moralisches Handeln wichtige Instanz bietet uns das *Gewissen* (aktueller formuliert als moralische Intuition), in dem sich „moralische Erfahrung, das heißt die Erfahrung der Bewertung des eigenen oder fremden Handelns in Kategorien von gut und böse,

⁵⁴ PIEPER, Einführung in die Ethik, 164.

⁵⁵ Ebd., 167f.

⁵⁶ Ebd., 168.

⁵⁷ Ebd., 169.

richtig und falsch“ verdichtet⁵⁸. So prägen Moralvorstellungen wie z.B. Werte der Solidarität oder Ehrlichkeit die Gewissensbildung bereits junger Menschen; sie stehen ihnen als Verhaltensmaßstab zur Verfügung⁵⁹.

Das Gewissen ist dem *Alltagsbewusstsein* sehr vertraut: es macht sich etwa in bestimmten Situationen als ein schlechtes Gewissen bemerkbar, weil man gegen eine (gesellschaftliche) Norm oder gegen ein persönlich für gut empfundenes Prinzip oder Wertegerüst gehandelt hat⁶⁰. Anschauliche Beispiele wären etwa anvertraute Geheimnisse auszuplaudern oder Patient:innen mit lauter Stimme zurechtzuweisen etc.

Gewissensurteile können spontan und intuitiv sein und nehmen für sich moralische Richtigkeit, wie etwa nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln, in Anspruch. Doch auch wenn „die Berufung auf das Gewissen als moralische Letztinstanz [...] eine in der Praxis generell anerkannte Form der Begründung“ ist⁶¹, gilt auch dieses nicht als unfehlbar, es kann sich um ein subjektives Urteil handeln, weshalb es kritisch auf moralisch-argumentative Stimmigkeit zu prüfen ist: Wird der Anspruch zu Recht gestellt oder handelt es sich dabei um eine in der Erziehung internalisierte Stimme von Autoritäten? Gewissensbegründung darf auf keinen Fall einen Willkürakt legitimieren⁶².

Das Gewissen ermöglicht uns über die Erfahrung und Reflexion einen Zugang zu Fragen der Moral und Ethik. Es kann somit auch gebildet und einer entsprechenden (Kompetenz)Entwicklung zugeführt werden: „Man kann deshalb davon ausgehen, dass über die Erfahrung des Gewissens nicht nur intuitives Wissen über Moral, sondern auch die Ergebnisse von Lernprozessen und kritischer Auseinandersetzung erschlossen werden können“⁶³. Diesbezüglich bedarf es der systematischen Reflexion, „des sorgfältigen Abwägens von Fakten, Situationseinschätzungen und moralischen Überzeugungen“⁶⁴. Begründungsverfahren auf Basis ethischer Theorien helfen, eigene Handlungen, Entscheidungen und Urteile zu reflektieren sowie die „unterschiedliche[n] Aspekte eines ethischen Problem[s] sichtbar zu machen und zu verstehen, welche Werte, Normen und

⁵⁸ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 33.

⁵⁹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 15.

⁶⁰ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 35.

⁶¹ PIEPER, Einführung in die Ethik, 169.

⁶² Ebd., 170.

⁶³ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 40; s.a. HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe.

⁶⁴ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 35.

Prinzipien zur Diskussion stehen⁶⁵. Der nächste Abschnitt ist daher zentralen Begriffen, Theorien und Ansätzen ethischen Denkens gewidmet.

2.2.2 Ethik: Traditionelle und aktuelle Theorien ethischer Normbegründung

Ethik gilt insofern als eine „praktische“ und angewandte Wissenschaft, als sie sich mit dem menschlichen Handeln beschäftigt, dieses hinsichtlich des moralischen Gehalts systematisch reflektiert, analysiert und bewertet.

2.2.2.1 Begriffliche Annäherungen

Während Moral als gelebte, wertorientierte Haltung Einzelner, von Gruppen oder ganzen Gesellschaften gesehen werden kann, gilt Ethik als *methodische Reflexion* auf die *Moral* oder *Moralen*. „Ethik als Rekonstruktion des moralisch Richtigen oder auch als Kritik der gelebten M[oral] und als Konstruktion des moralisch Richtigen, setzt also nicht bei null an, sondern kann sich rekonstruktiv oder kritisch auf Empirisches beziehen.“⁶⁶ Ethik ist in diesem Sinne „eine Reflexionsinstanz und eine wissenschaftliche Disziplin, die zur praktischen Philosophie gehört.“⁶⁷; sie gilt als „Denkform zur Lösung moralischer Probleme“⁶⁸.

Ethik leitet sich aus dem griech. *ethos* ab, das einerseits als *Sitte (Ethos)* wie auch mit *Charakter (Aethos)* übersetzt werden kann⁶⁹. Um auf menschliches Handeln zu reflektieren, nimmt sie Bezug auf Kategorien die dem Handeln Orientierung geben, wie *Werte, Normen, Tugenden* etc., um darüber „Klarheit über die Motive, Ziele und Folgen dieses Handelns erbringen [zu können]“⁷⁰. Mittels systematischer Reflexion will sie klären, was moralisch gut oder schlecht, richtig oder falsch ist, versucht dieses Urteil stichhaltig zu begründen, um damit den Menschen argumentative Unterstützung in der Klärung moralischer Fragen zu geben.

Ethik lässt sich in unterschiedliche Ebenen und Bereiche differenzieren: Eine erste Unterscheidung ist die Differenzierung zwischen deskriptiver, normativer und der Metaethik,

⁶⁵ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 33.

⁶⁶ FUCHS, Moral, 89ff.

⁶⁷ FRIESACHER, H., Orientierung für das Handeln, in: intensiv 22 (2014), 256–261.

⁶⁸ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 63.

⁶⁹ PIEPER, Einführung in die Ethik, 21ff.

⁷⁰ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 41.

die in unterschiedlicher Weise zueinander im Verhältnis stehen können. Sie zu unterscheiden ist für den jeweiligen Anspruch und die inhaltliche Auslegung von ethischen Sätzen nicht unerheblich:

- Der *deskriptiven* Ethik geht es um eine beschreibende Darstellung zu ethischen Themen. Sie stellt dabei keinen normativen Anspruch.
- Die *normative* Ethik resp. *präskriptive* Ethik macht es sich zur Aufgabe, (Moral) kritisch zu beurteilen und sich argumentativ mit ihr auseinanderzusetzen.⁷¹
- Die *Metaethik* wiederum „trifft Aussagen über die Grundbegriffe und die Begründungsformen der Ethik“⁷², die keine normativen Forderungen formulieren aber auch nicht bloß faktische Normensysteme sind. Metaethische Aussagen sind sprachphilosophische und methodologische Aussagen, die etwa über die sprachliche Analyse der Verwendungsweisen von „gut“ oder „richtig“ den Eigenheiten des Ethischen auf die Spur kommen und den sprachlichen Charakter einer ethischen Aussage bestimmen möchten⁷³.

Eine weitere Unterscheidung hat in den vergangenen Jahren Bedeutung gewonnen, welche die Ausdifferenzierung in verschiedene *Bereichsethiken* betrifft. Ethik „tritt nicht mehr alleine als akademische Bemühung um die Reflexion von Begriffen, Prinzipien und Begründungsmöglichkeiten von Moral in Erscheinung. Vielmehr werden von der Ethik zunehmend Orientierungsleistungen in praktischen, gesellschaftlichen und politischen Fragen erwartet“⁷⁴. Während sich die *allgemeine Ethik* mit grundsätzlichen ethischen Begriffen, Theorien und Begründungsansätzen beschäftigt, versuchen *Bereichsethiken* Antworten auf konkrete moralische Fragen aus verschiedenen, komplexer werdenden gesellschaftlichen Feldern zu geben. Eine solche Bereichsethik ist etwa auch das große Feld der *Bioethik*⁷⁵, welcher die *Pflegeethik* angehört. Als solche befasst sie sich mit einer „systematischen Reflexion der Handlungsfelder der Pflege“ wofür sie zentrale Kategorien wie (Berufs-)Ethos, Recht, Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge, Verantwortung

⁷¹ Ebd., 61. „Die gegenwärtige Ethik in Organisationen des Gesundheitswesens ist vorrangig als normative Ethik konzipiert. Sie ist eine Art ethischen Nachdenkens, welches in erster Linie auf das Entscheiden und Handeln in konkret benennbaren Situationen bezogen ist“ (ebd., 61).

⁷² QUANTE, M., Einführung in die allgemeine Ethik. Einführungen Philosophie, Darmstadt 2003, 17.

⁷³ Ebd., 17.

⁷⁴ DÜWELL, M., III. Angewandte oder Bereichsspezifische Ethik. Einleitung, in: Düwell, M., Hübenthal, C., Werner, M.H. (HG.), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar 2011, 243–247, hier 243.

⁷⁵ Ökologie-, Medizin-, Tier- und Pflegeethik werden etwa der Bioethik zugeordnet.

etc. in den Blick nimmt und auf deren moralischen Gehalt analysiert⁷⁶. Demnach gilt sie als

„die *systematische Reflexion des Pflegeethos* resp. geltender Vorstellungen von Pflege als moralischer Praxis. Diese findet in einem Umfeld statt, das durch *ethische Komplexität* gekennzeichnet ist. Pflegeethik macht sich für diese Reflexion *Instrumente, Methoden und Begriffe der philosophischen Ethik* zunutze, die für jede Bereichsethik konstitutiv sind“.⁷⁷

Im nächsten Kapitel werden wesentliche, in der Pflegeethik relevante Begriffe skizziert.

2.2.2.2 Zentrale Kategorien und Begriffe der Ethik

Im Gesundheitswesen spielen *Werte, Normen, Recht, Tugenden und Prinzipien* – sowohl je für sich als auch mit wechselseitigen Berührungspunkten – eine hervorgehobene Rolle⁷⁸, was in der Darstellung ihrer begrifflichen Auswahl zum Ausdruck kommt.

Werte

Ein unser moralisches Handeln sehr wesentlich bestimmender Aspekt sind Werte: Als Wert gilt, was wir – für unser moralisches Handeln – als wertvoll ansehen, anstreben und deshalb als schützenswert erachten.⁷⁹ Häufig vorkommende Werte in unseren (westlichen) Gesellschaften sind das Leben an sich, die Freiheit, persönliches Eigentum sowie die Gesundheit.⁸⁰ Werteempfinden ist das Ergebnis unserer Sozialisation und somit das Resultat der persönlichen Lebensgeschichte eines jeden Menschen, wozu bspw.

⁷⁶ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 59.

⁷⁷ MONTEVERDE, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, 34. Diese Definition vereint „philosophische, pflegewissenschaftliche wie auch pflegepraktische Aspekte. Sie ist verankert in der sozialen Wirklichkeit der Menschen, die Pflege bedürfen, der Institutionen, in denen diese stattfindet und der Akteur*innen, die am Versorgungsprozess mitbeteiligt sind.“ (ebd. 34).

⁷⁸ Ethik in der Pflege hat es mit dem Zusammenspiel von Werten, Normen und Tugenden zu tun, die dort in unterschiedlicher Weise zu tragen kommen: So wird in der Ausformulierung von Leitlinien eher auf Normen Bezug genommen, rücken bei unterschiedlichen Wertvorstellungen innerhalb einer Gruppe Werte in den Vordergrund und spielen in der Aus-, Fort und Weiterbildung wiederum Tugenden (z.B. jene der ethischen Reflexion) eine Rolle. STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 64.

⁷⁹ „Werte sind Aspekte der Handlungswirklichkeit, denen eine Bedeutung für das menschliche Leben zugeschrieben [wird] und die darum als erstrebenswert oder schützenswert angesehen werden“. STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 55.

⁸⁰ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 55.

seine Erziehung, die Zugehörigkeit zu einer Religion oder einer kulturellen Gruppe zählen⁸¹. Demnach lassen sich Werte nach *persönlichen* (individuelle Anschauungen als Lebensgrundlage), *kulturellen* (innerhalb eines Kulturkreises historisch gewachsen) und *beruflichen Werten* (innerhalb eines Berufsstandes, Berufscodizes) unterscheiden⁸².

Diese Werte bieten uns (Handlungs-)Orientierung in dem sie einen wünschenswerten Maßstab für eine bestimmte Qualität bieten, von Individuen für gut erachtete Lebensinhalte, Handlungsziele oder Ideale vorgeben, als solche unser (moralisches) Handeln leiten und den Charakter eines Menschen prägen⁸³.

Werte sind veränderbar und können sich von Zeit und Ort her unterscheiden, was sich am Bedeutungsgewinn (persönlicher) Freiheit – einem relativ jungen Wert – zeigt. So hat sich „[e]rst in einem jahrtausendelangen Prozess [...] die Einsicht durchgesetzt, dass die Freiheit eines jeden Menschen ein erstrebenswertes Gut ist [...]. Ähnlich hat sich im Bereich von Klinik und Pflegeheim der Gedanke der Patientenautonomie erst sehr spät [...] durchgesetzt, dass sich das Bild vom idealen Umgang mit Patienten weitgehend gewandelt hat“⁸⁴.

In der Pflege sind Werte auch vor jenem Hintergrund relevant, sofern diese unsere *zwischenmenschlichen Interaktionen* beeinflussen, unsere *Entscheidungsfindung* wie auch die *Bewertung* von (Handlungs-)Entscheidungen leiten. Werte sind lernbar und daher können etwa berufsspezifische Werte in der Ausbildung und Praxis erworben werden; vor diesem Hintergrund erklärt sich, warum Werte – im Sinne der theoretischen Befassung – und Wertevermittlung in den Lernzielen des Curriculums Eingang genommen haben. Dass Werte in bestimmten Handlungskontexten zwar persönlich verpflichten, jedoch nicht bindend sind, erfordert Elemente mit vorschreibendem Charakter, wie Normen es sind.

Normen

Normen können als festgelegte Formen der Werterealisation gelten, die sich auf ein konkretes Handeln oder Unterlassen beziehen. Sie schreiben vor, „was getan werden

⁸¹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 24.

⁸² Ebd., 23f.

⁸³ Ebd., 22.

⁸⁴ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 56.

soll oder was nicht getan werden soll“⁸⁵. Damit legen sie eine wünschenswerte Qualität des Handelns fest, wie etwa nicht zu lügen oder (den Patient:innen) die Wahrheit zu sagen. In diesem Kontext befasst sich Ethik mit der „Begründung von Sollensätzen“ wobei Normen „dem Respekt vor den Werten so gut wie möglich Rechnung tragen“⁸⁶.

Ähnlich wie die Werte, können auch Normen „keine universale Gültigkeit [beanspruchen]“⁸⁷, sondern sind unter Berücksichtigung zeitlicher, gesellschaftlicher und kulturelle Aspekte zu betrachten. Normen können Bezug zu unterschiedlichen Handlungsbe-
reichen nehmen und sowohl als *rechtliche Norm* – als rechtlich bindende Gesetzesvor-
schrift –, wie auch als moralische Norm – etwa mit Bezug auf die Menschenwürde –
formuliert sein⁸⁸. Einige für den Pflegeberuf relevante berufsethische Normen enthält
der internationale ICN-Ethikkodex für Pflegenden.

Recht

Um ethisch handeln und dieses auch verantworten zu können, bedarf es einiger rechtlicher Kenntnisse, denn „[p]flegeethische Themen berühren immer auch rechtliche Fragen“⁸⁹. Bei *Rechtsnormen* handelt es sich um durch eine normative Wissenschaft erstellte, schriftlich festgehaltene, staatlich festgesetzte und *verbindliche Vorschriften*, die menschliches Handeln anleiten. Sie enthalten fixierte moralische Überzeugungen einer Gesellschaft, wie etwa das Tötungsverbot, welche rechtlich verbrieft, strafbar und gerichtlich einklagbar sind. Eine Herausforderung in der Anwendung von Recht kann daraus resultieren, dass zum einen das Recht die Moral nicht ersetzt und eine rechtlich korrekte Handlung nicht gleichzeitig eine gute Handlung sein muss. Zum anderen kann es vorkommen, dass ein Gesetz nicht mit dem (persönlichen) ethischen Wertesystem übereinstimmt, was zu moralischen Konflikten führen kann.⁹⁰ Daher sind Moral und Recht

⁸⁵ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 56.

⁸⁶ Ebd., 56.

⁸⁷ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 16.

⁸⁸ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 57.

⁸⁹ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 44.

⁹⁰ Das Berufsrecht ermöglicht jedoch, dass Pflegenden oder Mediziner:innen bestimmte, rechtlich legitime Maßnahmen aus Gewissensgründen ablehnen können, wie z.B. die Unterstützung bei assistiertem Suizid, Assistenz bei Schwangerschaftsabbruch etc. KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 45.

nicht wechselseitig ersetzbar; ethisches Nachdenken kann hingegen die notwendige Basis für Normvorschriften bieten, um so Ungerechtigkeiten zu vermeiden⁹¹.

Wenn es zu gesellschaftlichen Veränderungen der gelebten Moral und den Wertesystemen kommt, kann dies auch eine (Änderung der) Rechtsprechung nach sich ziehen: Die Ethik unterstützt dann in der „Erweiterung oder Korrektur bestehender und [...] Schaffung neuer Gesetze, wenn die gewandelten moralischen Überzeugungen geschützt werden müssen“⁹².

Rechtliche Fragen stellen sich Pflegenden etwa im Rahmen der eigenen Kompetenzverantwortung, wo sich ihr Handeln im berufsrechtlichen Rahmen des jeweiligen Berufsbildes zu bewegen hat. So steht die Frage, *wie ich handeln soll* in engem Zusammenhang mit der Frage danach, *wie ich qua Rechtsverordnung handeln darf*. Dies betrifft neben dem eigenen Recht auch die Rechte von Patient:innen, deren Angehörigen oder Erwachsenenvertreter:innen. Ähnlich wie in der Medizin ist pflegerisches Handeln in den vergangenen Jahren stärker verrechtlicht worden, weshalb es Fragen des Pflegerechts nun intensiver in der Ausbildung zu vermitteln gilt.

Tugenden

Bei Tugenden handelt es sich um Grundhaltungen, die als wünschenswert und im Sinne der Charakterbildung als erstrebenswert gelten. Sie waren in der ethischen Debatte bisher weniger im Blick, was insofern schade ist, da es sich hierbei um Grundhaltungen handelt, „welche die Handlungsorientierung stabilisieren“⁹³. „Tugenden sind stabile und verlässliche Charaktereigenschaften“, die durch Einübung zur Gewohnheit zu werden. „Ein tugendhafter Mensch besitzt die Fähigkeit, sich entsprechend bestimmter verinnerlichter Werte zu verhalten und zu handeln“⁹⁴. Sie ermöglichen einer Person – im Sinne moralischer Kompetenz und mittels moralischer Wahrnehmung, Sensibilität und moralischem Vorstellungsvermögen – aus innerer Überzeugung zu handeln⁹⁵. Auch sie sind historisch wandelbar wie sich am Beispiel des Gehorsamsverlust gegenüber Autoritäten

⁹¹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 29.

⁹² Ebd., 29.

⁹³ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 61.

⁹⁴ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 29.

⁹⁵ Ebd., 28.

zeigt; es bedarf daher einer wiederkehrenden Reflexion ihre Bedeutung betreffend.

Im Pflege- und Gesundheitsbereich spielen etwa Tugenden des Mitgefühls, der Gerechtigkeit, des Mutes und der Wertschätzung eine bedeutsame Rolle: Sie sind „Ausdruck des eigenen Berufsverständnisses, aber auch gesellschaftlicher Erwartungen“⁹⁶. Es zeigt sich, dass Tugenden „den Einzelnen von der Anstrengung entlasten können, sein Handeln im Umgang mit Krisensituationen permanent neu ausrichten zu müssen“⁹⁷.

Tugenden (engl. *virtues*) spielen in den feministischen *Care-Ethiken*, insbesondere im Bereich der personenbezogenen Fürsorge eine bedeutsame Rolle, was in Zusammenhang mit dem der Pflege inhärenten Beziehungsgeschehen gesehen wird: „Die Berufsgruppe der Pflegenden fand die in ihrem professionellen Handeln zentral stehende sorgende Beziehung zum Patienten im Ansatz der Care-Ethics besser repräsentiert als in den vorrangig auf Behandlungsentscheidungen ausgerichteten normativen Ansätzen“⁹⁸.

Prinzipien

Da in konkreten Handlungssituationen nicht immer schon eindeutige Regeln verfügbar sind gilt es diese zunächst aus den *Prinzipien* abzuleiten. Sie dienen als Handlungsorientierung dazu, „Werte zu realisieren bzw. Handlungsweisen zu empfehlen, welche eine Realisierung von Werten nach sich ziehen“⁹⁹. Prinzipien stellen normative, aus Theorien abgeleitete Orientierungspunkte, „Grundüberzeugungen, Werthaltungen und Normen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens dar“¹⁰⁰, in denen sich Regeln und Normen verdichten und die „Kriterien für gutes Handeln [bieten] und [...] oft Ausgangspunkt ethischer Reflexion und Argumentation“ sind¹⁰¹. Weil Prinzipien eher abstrakt formuliert sind, bedarf es der situativen Spezifizierung: So muss z.B. „Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie von Personen [...] inhaltlich zur Regel der informierten Zustimmung kon-

⁹⁶ Ebd., 29.

⁹⁷ STEINKAMP, GORDIJN, *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung*, 62.

⁹⁸ Ebd., 63; TRONTO, J. C., *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, New York 1993.

⁹⁹ SCHLEGER, H. A., MERTZ, M., MEYER-ZEHNDER, B., REITER-THEIL, S., *Klinische Ethik - METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*, Berlin–Heidelberg ²2019, 300.

¹⁰⁰ FRIESACHER, *Orientierung für das Handeln*, 257f.

¹⁰¹ HIEMETZBERGER et al., *Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*, 25.

kretisiert werden, [was] eine höhere Präzisierung [schafft] und [...] für Entscheidungsfindungen unerlässlich“ ist¹⁰².

Prinzipien lassen sich in formale und materiale Prinzipien unterscheiden:

- *Materiale* Prinzipien sind inhaltlich ausformuliert: Als solche haben im Bereich der Medizinethik die von Tom L. Beauchamp & James F. Childress im Buch *Principals of Biomedical Ethics* (1977)¹⁰³ ausgearbeiteten Prinzipien der Hilfeleistung, des Nicht-Schadens, des Respekt vor der Autonomie und der Gerechtigkeit breite Anwendung und Anerkennung erfahren¹⁰⁴.

„Während die ersten vier Prinzipien die ‚klassischen‘ medizinethischen Prinzipien darstellen, sind die drei letztgenannten besonders in der Pflegeethik relevant und handlungsleitend. Mit diesen Prinzipien wird stärker auf die enge Bindung und Beziehung der Pflegenden zu den Patienten abgehoben“¹⁰⁵. Von Pflegeethiker:innen wird die Beachtung weiterer relevanter Prinzipien, wie jenes der Würde (als allen anderen übergeordnet), der Verantwortung und des Dialogs oder jene vom Wert des Lebens, vom Guten oder Richtigen, der Gerechtigkeit oder Fairness, das Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit sowie der persönlichen Freiheit vorgeschlagen¹⁰⁶.

- Als *formales* Prinzip lassen sich *die goldene Regel* und der *kategorische Imperativ* nach Kant fassen, die eine Regel zur Herleitung (konkreter) Handlungsbegründungen darstellen: Sie geben keine Normen im Sinne eines Gebots ab, sondern gründen auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit, was einen Perspektivenwechsel und das Sich-Hineinversetzen in andere voraussetzt. Die bewusste Einfühlung in unsere Mitmenschen, erfordert auch die persönliche Reflexion: „Weil ich möchte, dass mir in der Not geholfen wird, helfe ich auch anderen“¹⁰⁷.

Verantwortung

¹⁰² Ebd., 25.

¹⁰³ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., *Principles of biomedical ethics*, New York 72013.

¹⁰⁴ STEINKAMP, GORDIJN, *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung*, 66; s.a. SCHLEGER et al., *Klinische Ethik*, 300.

¹⁰⁵ FRIESACHER, *Orientierung für das Handeln*, 258.

¹⁰⁶ RABE, M., *Die Vermittlung von Ethik in der Pflege*, in: Monteverde, S. (HG), *Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Stuttgart 2020, 147-160, hier 148f.; FRIESACHER, *Orientierung für das Handeln*, 257; HIEMETZBERGER et al., *Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*, 62.

¹⁰⁷ HIEMETZBERGER et al., *Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*, 26.

Schließlich bildet der Verantwortungsbegriff, der auch dem Kompetenzbegriff eingeschrieben ist, eine zentrale ethische Kategorie. Verantwortung zu übernehmen, verweist auf die „Praxis des ›Für-etwas-Rede-und-Antwort-Stehens‹“¹⁰⁸, was im Kern darauf verweist, dass etwas zu verantworten bzw. etwas zu rechtfertigen ist. Verantwortung kann sowohl *prospektiv* verstanden werden, im Sinne der Verantwortungsübernahme als (normative) Verpflichtung für etwas (Personen, Zustände oder Gegenstände), als auch *retrospektiv*, im Sinne der Verantwortungsübernahme für Handlungsergebnisse oder -folgen¹⁰⁹.

Damit umfasst der Verantwortungsbegriff auch im pflegeethisch relevanten Sinne „Handlungen, die im fachlichen wie im moralischen Sinne zu bewerten und zu rechtfertigen sind“¹¹⁰.

Dass es sich bei Verantwortung um einen Relationsbegriff, also einen Beziehungsbegriff, handelt, wird darin deutlich, dass *jemand etwas vor jemandem* zu verantworten hat, und zwar aus bestimmten *Gründen* bzw. unter Bezugnahme auf bestimmte *Kriterien*. In der Diskussion werden diesbezüglich verschiedene Differenzierungen vorgenommen, wobei die nachstehenden vier Elemente auch hinsichtlich der Verantwortungsübernahme im Pflegehandeln bedeutsam scheinen:

- *Verantwortungssubjekt* (*jemand*, z.B. eine Pflegeperson, wird für etwas verantwortlich gemacht);
- *Verantwortungsobjekt* (*er/sie* zeichnet z.B. für seine *Handlungen* oder für *Patient:innen* verantwortlich);
- *Verantwortungsinstanz* (*er/sie* ist gegenüber einem *Adressaten* verantwortlich, z. B. gegenüber einem Patienten, dem Gericht oder dem eigenen Gewissen);
- *Normativer Bezugspunkt* (*jemand* ist *aufgrund* eines *normativen Maßstabs* verantwortlich, z.B. aufgrund berufsspezifischer Normen oder Standards)¹¹¹.

Demnach bedeutet Verantwortung, „dass der Mensch nicht nur für etwas (z.B. eine

¹⁰⁸ WERNER, M. H., Verantwortung, in: M. Düwell, Hübenthal, C., Werner, M.H. (HG), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar ³2011, 541–548, hier 541.

¹⁰⁹ Ebd., 542.

¹¹⁰ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 51.

¹¹¹ WERNER, Verantwortung, 543.

Handlung) verantwortlich ist, sondern auch gegenüber jemanden (z.B. den Patient*innen) und vor einer urteilenden Instanz¹¹². Dies bedeutet im Weiteren, dass der- oder diejenige, sein/ihr Handeln begründen und rechtfertigen kann, was entsprechende Kompetenzen – neben der Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz auch eine spezifische ethische Kompetenz – voraussetzt. Für diese wiederum sind „kritisches Hinterfragen und eine Urteilskraft grundlegend“¹¹³.

Eine wesentliche Unterscheidung des Verantwortungsbegriffs, mit Konsequenzen für das handelnde Subjekt, liegt in folgender Differenzierung:

- *Rechtsverantwortung*: Diese bezieht sich besonders auf den Kompetenzbereich und kann auf Basis rechtlicher Regelung sanktioniert werden. Dazu werden Rechtswissen und Kenntnis des Kompetenzbereichs vorausgesetzt.
- *Moralische Verantwortung*: Diese ist „am Wohl und der Würde des Menschen orientiert“¹¹⁴. Der/die moralisch Handelnde fühlt sich zu etwas verpflichtet, wozu die Instanz des Gewissens Anlass gibt. Dieses „entscheidet nach dem Maßstab von Normen und Werten, die es aufgrund seiner Autonomie und Selbstbestimmung anerkennt.“¹¹⁵

Mit verantwortlichem Handeln verbindet sich „die Selbstverpflichtung einer Person zu moralischem Handeln [...] sowie die Bereitschaft, alle Folgen ihres Handelns zu tragen“¹¹⁶. Eine in der philosophisch-ethischen Diskussion bekannte Deutung des Verantwortungsbegriffs findet sich in Max Webers Verantwortungsethik, die er der Gesinnungsethik gegenüberstellt. Ihr zufolge, dürfen Politiker:innen nicht nur gemäß ihrer Pflicht handeln, sie müssen zudem bereit sein, für ihr Handeln Verantwortung zu übernehmen¹¹⁷. Dies kann auch auf andere Berufssparten, wie die Pflege und Medizin, übertragen werden.

Damit wären wesentliche Begriffe und Kategorien ethischen Denkens vorgestellt. Sie alle

¹¹² HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 51.

¹¹³ Ebd., 52.

¹¹⁴ Ebd., 53.

¹¹⁵ Ebd., 53.

¹¹⁶ Ebd., 54.

¹¹⁷ WERNER, Verantwortung, 544.

finden Ableitungen aus verschiedenen Ethiktheorien. Jene für das Pflegehandeln relevanten Theorien werden im folgenden Abschnitt vorgestellt.

2.2.2.3 Ausgewählte Ethiktheorien als Bezugsrahmen für Ethik in der Pflege/-ausbildung

„Als praktische Philosophie versucht die Ethik, menschliches Handeln mit vernünftigen, d.h. mit allgemein einsichtigen Argumenten zu begründen“¹¹⁸. Ethiktheorien bieten dazu (allgemeingültige) „Ansätze zur Reflexion eigener Handlungsmuster“¹¹⁹.

Im Folgenden wird besonders auf jene für das Pflegehandeln und damit auch für Ausbildungsinhalte und Kompetenzentwicklung in ethischen Fragen relevanten Theorien eingegangen. Sie bilden neben den oben bereits erwähnten Begrifflichkeiten und jenem der Kompetenzentwicklung den Rahmen, der später auch den Blick in die Empirie leitet.

Als klassische bzw. traditionelle Theorien der Ethik werden die *deontologische* und die *utilitaristische* Strömung sowie die *Tugendethik* vorgestellt, als neuere Ansätze jener des *Principlism* und der *Care-Ethik*. Sie alle stellen Begründungsverfahren in moralischen bzw. in ethisch zu begründenden Entscheidungen dar, die helfen, diese nicht nur subjektiv, sondern eben systematisch reflektiert und ethisch fundiert zu treffen.

Pflichtenethik

Wenn ethische Theorien sich der Frage nach dem richtigen und guten Leben widmen, so impliziert dies die Frage danach, wie dementsprechend richtig und gut zu handeln ist. Die deontologische Ethik (griech. *to déon*, die *Pflicht*) beantwortet diese Frage mit Bezug auf normative, handlungsexterne *Pflichten*. Entsprechend einer Norm zu handeln „[wird] mit Berufung auf die Pflicht begründet“¹²⁰. Pflichtenethische Ansätze gehen davon aus, „dass zumindest bestimmte Handlungen an sich (intrinsisch) moralisch richtig und unbedingt gefordert (Pflicht) oder falsch sind, unabhängig von ihren Folgen“¹²¹.

Bestimmte Pflichten haben unabhängig von erwartbaren Folgen sondern qua innerlicher

¹¹⁸ MONTEVERDE, S., Grundlagen der Pflegeethik, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart, 2020, 21–44, hier 23.

¹¹⁹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 33.

¹²⁰ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 58.

¹²¹ SCHLEGER et al., Klinische Ethik, 286.

Bindung an moralische Pflichten einen bindenden Charakter; es ist die formale Regel, die daraufhin verpflichtet und die innerliche Bindung, die das Wesen der Moral bestimmt¹²².

Ein sehr berühmter Vertreter der *Pflichtenethik* ist *Immanuel Kant*, dem als Referenzprinzip für diese Pflicht die formale Regel des *kategorischen Imperativs* gilt. Weil Umstände und Absichten im kategorischen Imperativ keine Rolle spielen (dürfen), sondern einzig der gute Wille gelten darf, lehnt Kant bspw. das Lügen in jeder Situation ab, selbst wenn die Lüge z.B. einen unschuldig Verfolgten schützen könnte. Das Lügenverbot gilt demnach *absolut* und blendet den Kontext einer Situation aus.

Sich an (allgemein gültigen) Pflichten zu orientieren¹²³, geht für Kant „die Einsicht in das Gute und Richtige verpflichtend voran“¹²⁴, weshalb jedem vernunftbegabten und zur Autonomie fähigen Menschen zugleich die Pflicht zukommt, sich für das Gute zu entscheiden. Mit dem *Kategorischen Imperativ* verfolgt Kant das Anliegen, „eine rationale Grundlage der Moral“ und ein „oberstes moralisches Prinzip zu begründen“, das als allgemeines Sittengesetz für alle Menschen Gültigkeit hat¹²⁵. Der Kategorische Imperativ wurde in zwei Formeln bekannt: Als *Verallgemeinerungsformel*, wonach nur nach derjenigen *Maxime* zu handeln ist, durch die man zugleich wollen kann, dass sie allgemeines Gesetz werde und in der *Selbstzweckformel*, wonach so zu handeln ist, dass man die Menschheit, sowohl in seiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel braucht¹²⁶.

Im klinischen, insbesondere dem ärztlichen Setting, wird dem Pflichtargument hohe Bedeutung zugemessen, was unter anderem mit der Unveräußerlichkeit und Unantastbarkeit menschlicher Würde in Zusammenhang steht¹²⁷. Vor Herausforderungen stellt die

¹²² HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 34.

¹²³ Von Relevanz ist dabei die Unterscheidung von pflichtgemäß im Sinne von etwas zu tun, weil dies nach außen moralkonform scheint von einer Handlung aus Pflicht, welche der Achtung des moralischen Gesetzes entspricht. Handeln aus Pflicht ist für Kant Moralität. HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 35.

¹²⁴ Ebd., 35.

¹²⁵ Ebd., 36.

¹²⁶ KANT, I., Grundlegung zur Metaphysik der Sitten: Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth, Nico Scarano, Suhrkamp-Studienbibliothek: Band 2, Frankfurt 2007 [1785]; s.a. HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 37.

¹²⁷ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 59.

Pflichtenethik dann, wenn die praktische Anwendung einer konkreten inhaltlichen Begründung bedarf, oder wenn unterschiedliche Gründe ein Festhalten am Wahrheitsgebot erschweren. In der Medizin stellt sich etwa die Frage, ob in jedem Fall am Wahrheitsgebot festgehalten werden kann, selbst wenn Menschen dies aus Krankheitsgründen nicht zumutbar scheint. Diesbezüglich findet (auch in der Medizin) der gemäßigte Ansatz der *Prima facie*-Pflichten Anwendung.

Prima facie-Pflichten

Weil es schwierig ist, stets gemäß der Pflicht zu handeln, hat der britische Ethiker W.D. Ross sogenannte *prima facie*-Pflichten eingeführt. Diese Pflichten sind zwar „im Allgemeinen gültig [...], [können] jedoch beim Vorliegen schwer wiegender Gründe zurücktreten“¹²⁸. *Prima facie* ist eine Pflicht zu erfüllen, „wenn sie nicht zu einer anderen Pflicht in Widerspruch steht. Die Bezeichnung ‚p.f.‘ drückt den Vorbehalt aus, (a) dass für konkrete Handlungssituationen solche gegensätzlichen Pflichten nicht auszuschließen sind, die dann gegeneinander abzuwägen sind, (b) dass die p.f. Pflicht solange in Geltung ist, bis sich ein solcher Gegensatz einstellt“¹²⁹.

Teleologische bzw. Konsequentialistische Ethik

Während Ziele und Umstände einer Handlung in der Deontologischen Ethik von der Bewertung unberücksichtigt sind, macht der Utilitarismus Handlungsentscheidungen von *erwarteten Nutzen- und Folgewirkungen* abhängig. Er „denkt“ *teleologisch* (griech. *télos*), was sich von Ziel bzw. Zweck ableitet und Handeln auf ein als gut bestimmtes Ziel¹³⁰ oder auf die *Konsequenzen* einer Handlung bezieht¹³¹.

Eine bedeutsame Ausprägung konsequentialistischer Ethik stellt der *Utilitarismus* dar, dem das *lateinische* „*utilis*“, „*utilitas*“, nützlich bzw. Nützlichkeit eingeschrieben ist. Die utilitaristische Ethik fand ihren Anfang bereits in der Antike (bei griechischen Hedonisten), in ihrer bedeutungsvollen Form hat sie sich im 18. Jhdt. durch Jeremy Bentham und

¹²⁸ Ebd., 60.

¹²⁹ METZLER LEXIKON PHILOSOPHIE, *Prima facie*, in: <https://www.spektrum.de/lexikon/philosophie/prima-facie/1638> (20.06.2021).

¹³⁰ Bei Aristoteles handelte es sich um *eudaimonia*, das gute Leben als erstrebenswertes Ziel.

¹³¹ STEINKAMP, GORDIJN, *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung*, 60f.

John Stuart Mill entwickelt, weshalb sie besonders im angelsächsischen Raum beheimatet ist. Sie steht für eine ethische Konzeption, die die moralische Richtigkeit des Handelns durch die Nützlichkeit der Folgen dieses Handelns begründet. Die Folgen einer Handlung werden hinsichtlich möglicher Nutzenmaximierung – im Sinne von Glück, Freude, Lust, Wohlergehen sowie der Vermeidung des Gegenteils – bewertet. „Dabei geht es i.d.R. um die Maximierung des Gesamtnutzens in der Welt bzw. aller empfindungsfähigen Lebewesen und keineswegs um die egoistische Nutzenmaximierung (sog. ethischer Egoismus). Nach dem Utilitarismus ist keine Handlung oder Handlungsregel an sich (intrinsisch) moralisch richtig oder falsch [...]“¹³²– was damit im Gegensatz zur Deontologie Kants steht.

Die Utilitaristische Ethik kennt vier Prinzipien als Bewertungsmaßstäbe:¹³³

- *Konsequenzenprinzip*: Eine Handlung ist als moralisch richtig zu betrachten, wenn sie gute Folgen hat;
- *Utilitätsprinzip*: orientiert sich an der Nützlichkeit einer Handlung;
- *Hedonistisches Prinzip*: Der Nutzen bemisst sich am Glück und Unglück bzw. Freude und Leid für die beteiligten Menschen;
- *Sozialprinzip*: Der Utilitarismus enthält eine starke Gemeinwohlorientierung insofern es nicht um das größte Glück des Einzelnen, sondern um „das größte Glück der größten Zahl“ geht.

Da die Folgenethik Güterabwägungen zulässt, kann eine Bilanz¹³⁴ dazu führen, dass Nachteile für Betroffene einer Minderheit oder auch für Einzelne in Kauf genommen werden (müssen)¹³⁵. Dies hat aktuell bspw. die Corona-Pandemie vor Augen geführt, wo die Diskussion um Intensivbetten für Hochbetagte eine solche Güterabwägung spiegelt (Triage). Insgesamt finden teleologische Ansätze häufig in der Diskussion um knappe Güter Beachtung – so auch im Gesundheitswesen; sie erfahren nicht nur in existenziell bedrohlichen Situationen wie Katastrophen oder Epidemien, sondern auch im Kontext

¹³² SCHLEGER et al., Klinische Ethik, 305.

¹³³ HÖFFE, O., Lexikon der Ethik: Herausgegeben von Otfried Höffe in Zusammenarbeit mit Maximilian Forschner, Alfred Schöpf und Wilhelm Vossenkuhl, München 1997, 312f.; HÖFFE, O., Ethik: Eine Einführung. München 2013, 61.

¹³⁴ Die Summe des Nutzens minus die Summe des Schadens, muss für alle Beteiligten positiv ausfallen.

¹³⁵ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 24f.

weitreichender Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozesse zunehmende Bedeutung. Dabei gerät jedoch bei primärer Fokussierung auf die Nutzen- und einer falsch verstandenen Profitmaximierung die Frage der Verteilung und die Verteilungsgerechtigkeit in den Hintergrund, was gegenwärtig zahlreiche Bereiche (wie auch die Pflege) stark herausfordert¹³⁶.

Tugendethik

Wie oben in den Begriff der Tugend eingeführt, wird diese als Haltung oder Charakterdisposition verstanden, weshalb im Rahmen einer Tugendethik die Frage im Vordergrund steht, wie das Leben als Ganzes gut zu leben ist. Es handelt sich dabei um „eine ethische Richtung, bei der die menschliche Tugend den Zentralbegriff der Ethik darstellt“¹³⁷. Die Beschäftigung gilt stärker der Frage, was einen guten, tugendhaften Menschen auszeichnet, als die Frage nach einer moralischen Handlung¹³⁸. Der ethische Bewertungsmaßstab orientiert sich daher „an der charakterlichen Haltung der handelnden Person“¹³⁹, weshalb das Gute und Richtige in der handelnden Person zusammenfallen.

Die Tugendethik geht auf Philosophen der Antike zurück und auf deren Fragen, wie man leben soll und was ein gutes Leben ausmacht. Die Antwort darauf lag in der Ausbildung von Tugenden, die zu moralisch gutem Handeln qualifizieren, was auch eine soziale Dimension impliziert¹⁴⁰. Als klassische Tugenden gelten seit der Antike die *Klugheit*, *Gerechtigkeit*, *Besonnenheit* und *Tapferkeit*¹⁴¹.

Solche, zum guten Handeln befähigende Grundhaltungen sind durch Erziehung vermittelbar, weshalb spezifische Tugenden auch Eingang in den Lernzielkatalog der Pflegeausbildung gefunden haben. Für den Pflegebereich, sind Tugenden als Grundhaltungen bedeutsam, da sie „zu gutem Handeln disponier[en]“ was angesichts wechselnder Anforderungen relevant ist, denn sie verleihen „charakterliche Festigkeit, um mit dem Leiden

¹³⁶ DAMMAYR, Legitime Leistungspolitiken.

¹³⁷ SCHLEGER et al., Klinische Ethik, 304.

¹³⁸ Ebd., 304.

¹³⁹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 34.

¹⁴⁰ Ebd., 47.

¹⁴¹ Ebd., 41f.

und den Bedürfnissen der Patient*innen umgehen zu können“.¹⁴² Tugendethische Ansätze haben in aktualisierter Form im Rahmen der Care-Ethik wieder an Bedeutung gewonnen.

Prinzipienansatz

Der in der Bioethik seit etwa 1979 besonders in den USA aber auch in Europa einflussreiche und bekannte Ansatz des „*principlism*“ (Prinzipienansatz) wurde Tom L. Beauchamp und James F. Childress in deren Werk *Principles of Biomedical Ethics* (2013 [1977])¹⁴³ begründet. Der Ansatz konnte sich in der Medizinethik v.a. aufgrund seiner „Kontextsensitivität und Praxisnähe“¹⁴⁴ etablieren, da er vier für ethische Entscheidungsfindung relevante Prinzipien beinhaltet, die auch Auszubildenden der Pflege zugänglich sind, beschrieben und erklärt werden können.

Die vier Prinzipien der Autonomie, des Nicht-Schadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit – aus einer *common morality* abgeleitet¹⁴⁵ – gelten als allgemeine Grundnormen und sind für das Handeln im Gesundheitswesen sowohl aus sachlich-inhaltlichen, aus historischen wie auch aus Gründen der Anwendbarkeit besonders relevant¹⁴⁶.

- Die *Autonomie (respect for autonomy)* adressiert die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen, die ohne paternalistischer Bevormundung, einer therapeutischen Maßnahme zustimmen oder diese ablehnen können. In diesem Kontext stieg die Bedeutung des informed consent, wonach Pflegende und Ärzt:innen als Berater:innen fungieren, um den Patient:innen autonome Entscheidungen zu ermöglichen. Das Autonomieprinzip trifft zentrale Ansprüche des Ethikkodex¹⁴⁷.
- Das Prinzip der *Fürsorge und Hilfeleistung (beneficence)* zielt auf aktives (medizinisch- oder pflegerisch-therapeutisches) Handeln, welches das Wohlergehen von

¹⁴² HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 42. Problematisch ist ihre Schwäche bei konkreten Handlungsentscheidungen, da die Tugend Bezug auf die Person nimmt, wodurch der Universalisierbarkeitsanspruch unerfüllt bleibt und auch „verallgemeinerbare Kriterien für die Beurteilung moralischer Handlungen in Konfliktfällen“ fehlen (ebd., 42). Hinzu kommt, dass tugendhaften Menschen Fehler im Handeln und/oder Urteilen unterlaufen können.

¹⁴³ BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principles of biomedical ethics.

¹⁴⁴ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 43.

¹⁴⁵ Ebd., 43.

¹⁴⁶ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 66.

¹⁴⁷ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 43.

Patient:innen zu fördern sucht und sich dabei an der Würde des Menschen orientiert. Maßnahmen sind dementsprechend abzuwägen und dürfen – in Berücksichtigung des Autonomieprinzips – nicht paternalistisch sein, denn es gilt Fürsorge im individuellen und bedürfnisorientierten Sinne zu verstehen¹⁴⁸.

- Das Prinzip des *Nicht-Schadens (nonmaleficence)* hat eine lange Tradition in der Medizin; es fordert die Vermeidung etwaiger Folgeschäden, weshalb Handlungen auf Risiken geprüft werden müssen. Insofern ist es dem Fürsorgeprinzip nahe, kann universell angewendet werden und kann bei Nichtbeachtung oder bei resultierenden Folgen auch juristische Sanktionen nach sich ziehen¹⁴⁹.
- Das Prinzip der *Gleichheit und Gerechtigkeit (justice)* schließlich zielt auf die faire Verteilung von Gesundheitsleistungen, die allen Menschen – unter Absehung von Alter, Geschlecht, Religion, Hautfarbe, sozioökonomischem Status etc. – die gleiche pflegerische und medizinische Versorgung zukommen lässt. Angesichts ökonomischer, personeller und zeitlich knapper Ressourcen ist dieses Prinzip in den letzten Jahren unter steigenden Druck gekommen, was Rationierungen erforderlich macht¹⁵⁰.

Nach Beauchamp und Childress decken diese vier Prinzipien¹⁵¹ – trotz einer gesellschaftlich und kulturell bedingten (Werte)Pluralität – „das gesamte Feld der medizinischen Ethik ab, [so]dass mit ihnen grundsätzlich der moralische Gehalt aller inhaltlichen Aussagen in diesem Bereich abgedeckt werden kann“¹⁵²; dies, da „in der Medizin in langer Tradition bestimmte Normen und Werte existieren und die Medizin prägen, die auch heute weithin akzeptiert sind. [...]. Bestimmte Werte und Normen sind in der Medizin nahezu unumstritten – vor allem, wenn man sie auf einer bestimmten, einer mittleren Ebene der Abstraktion formuliert“¹⁵³.

¹⁴⁸ Ebd., 44.

¹⁴⁹ Ebd., 44

¹⁵⁰ Ebd., 43ff; KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 102ff.

¹⁵¹ Bei den vier Prinzipien handelt es sich um Prinzipien mittlerer Reichweite (kein oberstes, universalgültiges Moralprinzip), die keine Rangordnung haben, sondern gleichberechtigt – vergleichbar mit *Prima-facie-Pflichten* – gelten. Im Konfliktfall bedürfen sie der Gewichtung: „Sie sind im Allgemeinen, nicht aber in jedem Einzelfall bzw. unter allen Umständen gültig“. STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 66; WIESING, U., Prinzipienethik in der Pädagogik? in: REPORT. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1 (2014), 29–38, hier 31.

¹⁵² STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 66; WIESING, Prinzipienethik, 29.

¹⁵³ WIESING, Prinzipienethik, 29.

So bietet die Prinzipienethik einen ersten Zugang zu den praktischen Problemen und ermöglicht, verschiedene Prinzipien, die in einer besonderen Situation aufeinandertreffen und miteinander in Widerstreit geraten (können), in den Blick zu nehmen und diese je situativ und kontextsensibel auf das konfligierende Potential hin zu analysieren, um ein Urteil vornehmen zu können (z.B. in strukturierten Fallbesprechungen). Da Prinzipien das Handeln jedoch nicht bis ins kleinste Detail vorgeben können, bedarf es der *Spezifizierung* und der *Ausbuchstabierung* im Sinne konkreter Handlungsregeln¹⁵⁴. Daher stellen die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress

„[f]ür den Umgang mit ethischen Konfliktsituationen im Bereich der Medizin [...] zweifelsohne ein sehr brauchbares Instrument dar. Zunächst helfen die vier Prinzipien als Suchmatrix bei der *Identifizierung* ethischer Konflikte im klinischen Alltag. Darüber hinaus erlauben sie eine *Strukturierung der Problembearbeitung*, die vor allem in komplexen Fallkonstellationen eine schrittweise Annäherung an eine Problemlösung erleichtert. Auch die *Konsensfindung* wird unterstützt, da die Prinzipien an weithin geteilte Moralvorstellungen und die traditionelle ärztliche Ethik anknüpfen.“¹⁵⁵

Trotz der hilfreichen Anwendbarkeit des Prinzipienansatzes – die auch für den Bereich der Ausbildung gilt, wo konkrete Fälle besprochen und Fallbesprechungen simuliert werden können – gerät er in einigen Themen und hinsichtlich pflegerelevanter Bedürfnisse an Grenzen: So sind manche Fragen – wie z.B. zu Schwangerschaftsabbruch, Pränataldiagnostik, In-vitro-Fertilisation – mit einer Prinzipienethik nicht oder nur schwer lösbar. Zudem kommen asymmetrische Beziehungen und Machtverhältnisse nicht in den Blick, weshalb die Gefahr des Paternalismus nahe liegt¹⁵⁶.

„Im pflegerischen Kontext [hingegen], vor allem bei stark eingeschränkten, chronisch kranken und dementen Menschen fokussiert sich in schwierigen Situation[en] die ethische Fragestellung auf das Wesen des Menschen: ‚Wie soll ich dich behandeln?‘ Konkrete Bedürfnisse, Gefühle, Gedanken und Werthaltungen des zu betreuenden Menschen stehen im Mittelpunkt“¹⁵⁷.

Darin verdeutlicht sich die Sinnhaftigkeit einer Verbindung mit tugendethischen Ansätzen wie bspw. der Care-Ethik. Auch Beauchamp & Childress¹⁵⁸ plädieren mittlerweile für

¹⁵⁴ Ebd., 32.

¹⁵⁵ MARCKMANN, G., Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? in: Ärzteblatt Baden-Württemberg, 56 (2000), 499–502, hier 502.

¹⁵⁶ WIESING, Prinzipienethik, 34.

¹⁵⁷ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 46; REITINGER, E., HELLER, A., Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen, in: Krobath, T., Heller, A. (HG), Ethik organisieren: Handbuch der Organisationsethik, Freiburg 2010, 737-765, hier 743ff.

¹⁵⁸ BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Principles of biomedical ethics, New York ⁸2019.

eine solche und sehen im Brückenschlag mit Haltungen wie der Achtsamkeit, Aufmerksamkeit, des Mitleids, Urteilkraft, Vertrauenswürdigkeit, Integrität und Gewissenhaftigkeit eine Unterstützung in der Anwendung von Prinzipien. „Es erfordert Urteile, die ihrerseits abhängig sind von Charakter, moralischer Einsicht, sowie einem Bewusstsein für persönliche Verantwortung [...] Allgemeine Prinzipien, Theorien, Regeln sowie spezielle Gefühle, Wahrnehmungen und Fallbeurteilungen sollten bei ethischen Urteilen vereint werden“¹⁵⁹.

Care-Ethik

Eine für die Pflege bedeutsame ethische Grundhaltung ist die sogenannte *Care-Ethik*, in deren Entwicklung *Tugenden* aktualisiert und für heutige Erfordernisse anschlussfähig gemacht wurden: Die Diskussion zu den Care-Ethics nahm Ausgang bei der Kohlberg-Gilligan-Kontroverse: Carol Gilligan (*Die andere Stimme*) arbeitete in Abgrenzung zu Kohlbergs moralischen Entwicklungsstufen, das *In-Beziehung-stehen* als weiblich konnotierte Tugend heraus und „zeigte [...] dass das Denken in Beziehungen in konkreten Situationen und die Entwicklung entsprechender Grundhaltungen für das Handeln in und aus diesen Beziehungen heraus eine alternative Konzeption von Ethik hervorbringt“¹⁶⁰. Kohlberg habe damit – so die Kritik Gilligans – wichtige Aspekte der Moral, wie etwa das In-Beziehung-stehen und die soziale Verbundenheit der Menschen zueinander, vernachlässigt. Sie stellt daher der „Gerechtigkeitsperspektive Kohlbergs [...] die ‚Fürsorgeperspektive‘ gegenüber“, wonach „Frauen [...] sich moralischen Problemen vor allem mit Empathie und der Sorge für andere [nähern], [...] verstärkt auf die Beziehungsstrukturen in einer Handlungssituation [achten] und [...] sich weniger für die rationalen, prinzipiengeleiteten Entscheidungshintergründe [interessieren]“¹⁶¹.

Von der Annahme, dass Frauen weniger rational agieren würden aber auch von der Überbetonung einer *weiblichen Moral* versuchen sich neuere Konzeptionen der Care-Ethik abzugrenzen, um demgegenüber die Bedeutung und Inhalte von *Care, Caring und Care-Work* zu stärken. Mittlerweile besteht die etablierte Care-Forschung aus einer Viel-

¹⁵⁹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 46.

¹⁶⁰ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 63.

¹⁶¹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 47.

falt an Traditionen, deren Heterogenität sich in der Verwendung unterschiedlicher Begriffe spiegelt. So ist etwa mit *caring about* die emotionale und mit *taking care of* die tätige Seite des Sorgens angesprochen; mit *take care of yourself* wird zudem die Selbstsorge einbezogen¹⁶². Mit Care ist sowohl eine *ethische Haltung* als auch eine *Praxisform* angesprochen, die der Achtsamkeit, Empathie, der Anteilnahme und Zuwendung bedarf¹⁶³. Dass es beides braucht, zeigt auch Joan Tronto¹⁶⁴, die in ihrem Ansatz einer Care-Ethik fünf (idealtypische) Phasen eines kontinuierlichen Sorgeprozesses unterscheidet, denen jeweils *eine bestimmte moralische Eigenschaft korreliert*. Diese Phasen reichen vom 1) *caring about*, dem Sich-Kümmern, das Anteilnahme und Aufmerksamkeit erfordert, und dem 2) *taking care of*, dem unterstützenden Sorgen für jemanden, das mit Verantwortlichkeit korreliert, über 3) das *care giving*, welches das (konkrete) Pflegen und Versorgen meint und bestimmte Kompetenzen erfordert, bis hin zum 4) *care receiving*, das Gepflegt-Werden, das ein Entgegenkommen als moralische Eigenschaft voraussetzt und das außerdem auf die Reaktion der Sorgeempfänger:innen verweist und reflektiert, ob die Bedürfnisse richtig wahrgenommen wurden¹⁶⁵. In späteren Arbeiten fügt Tronto¹⁶⁶ die 5. Phase des *caring-with* hinzu, in der sich im Rahmen des fortlaufenden Sorgeprozesses Vertrauen und Solidarität herausbilden können. Ihre Ethik der Sorge verdeutlicht, inwiefern in Care Sach- und Beziehungsaspekte eingehen und dass *fürsorgliche Praxis* keine nur individuelle, sondern ebenso *kollektive Aktivität* ist¹⁶⁷.

Dies verdeutlicht, inwiefern es neben dem (kognitiven) Fachwissen auch der *Empathie und des Mitgefühls* (als Haltung und Tugend) bedarf. Betrachtet man aus dem weiten Feld der Care-Arbeit, die konkrete, *personenbezogene, pflegerische Fürsorge*, kommen

¹⁶² BRÜCKNER, M., Entwicklungen der Care-Debatte – Wurzeln und Begrifflichkeiten, in: Apitzsch, U., Schmidbaur, M. (HG), Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Opladen–Farmington Hills 2010, 43–58, hier 43.

¹⁶³ SCHNABL, C., „Fürsorge“: Anachronismus oder wegweisende Praxisform? Reflexionen zu einem Schlüsselbegriff feministischer Ethik, in: Moser, M., Praetorius, I. (HG), Welt gestalten im ausgehenden Patriarchat, Königstein–Taunus 2003, 118–129.

¹⁶⁴ TRONTO, Moral boundaries.

¹⁶⁵ Ebd., 127ff.

¹⁶⁶ TRONTO, J. C., Democratic Caring and Global Responsibilities for Care: A Paper prepared for Presentation at the Annual Meeting of the Western Political Science Association, Hollywood, CA, 28-30 March 2013, in: <http://wpsa.research.pdx.edu/papers/docs/Tronto%20WPSA%20paper%202013.pdf>, 6; s.a. TRONTO, J. C., Caring democracy: Markets, equality, and justice, New York 2013.

¹⁶⁷ TRONTO, Caring democracy, 139ff; s.a. DAMMAYR, Legitime Leistungspolitiken, 33f.; DAMMAYR, M., Soziologie der Fürsorge: Reflexionen auf historische, inhaltliche und gesellschaftliche Dimensionen der Sorge für sich und andere, in: ThPQ 164 (2016), 383–392, hier 386f.

weitere Aspekte, (Rahmen-)Bedingungen wie auch eine potenzielle Konflikträchtigkeit des Sorgens in den Blick. Diese liegt u.a. darin, dass Pflege im Rahmen asymmetrischer Beziehungen (bzw. unter Bedingungen einer spezifischen Reziprozität) erbracht wird, in dem Pflegenden auf „Grundgegebenheiten der existenziellen Angewiesenheit“¹⁶⁸, reagieren. Lebenssorge – so der von Cornelia Klinger geprägte Begriff – reagiert auf die Verwundbarkeit, Hinfälligkeit und Kontingenz menschlichen Lebens und „umfasst alle Aspekte der Anfänglichkeit und Endlichkeit, die Prozesse des Werdens und Vergehens sowie die Etappen, die dazwischen liegen“¹⁶⁹. Menschen sind nicht nur in bestimmten Situationen auf Fürsorge angewiesen, sondern „über die ganze Spanne ihrer Existenz hinweg. [...] Kontingenz ist keine nur zufällige und beliebige Qualität des Lebens, sondern seine grundsätzliche und konstante Kondition, für die zu sorgen und um die zu kümmern, Care / Lebenssorge ausmacht“¹⁷⁰. Neben dem universalen Charakter von Fürsorge kommt somit auch zum Ausdruck, dass „Autonomie in erster Linie etwas Erreichtes ist und kein natürlicher Zustand. Kein Mensch beginnt sein Leben unabhängig von anderen. [...] Menschen sind ihr Leben lang mehr oder weniger abhängig von anderen in komplexen Formen, die einander wechselseitig bedingen“¹⁷¹. Auf diese Asymmetrien reagiert fürsorgliche Praxis, insofern sie auf individuelle Bedürfnisse eingeht und (dynamische) Machtverhältnisse reflektiert.

In diesem Sinne bedarf es in der Pflege – abseits der Anwendung von Prinzipien wie etwa jener der Autonomie – einer spezifischen, ethischen Haltung. Elisabeth Conradi¹⁷² fasst diese im Begriff der *Achtsamkeit*, den sie „der Autonomie, Gegenseitigkeit und Gleichheit – als fundamentale[n] Begründung[en] für die Achtung der Würde von Menschen“ – gegenüberstellt. „Achtsamkeit basiert direkt auf zwischenmenschlichen Beziehungen“ wie es eben auch die pflegerische Interaktion beinhaltet und inkludiert die Reflexion auf eigenes Verhalten, Handeln und Denken. Ihr Achtsamkeitsbegriff gilt zugleich „als alter-

¹⁶⁸ SENGHAAS-KNOBLOCH, E., Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie 18 (2008), 221–243, hier 227.

¹⁶⁹ KLINGER, C., Im Gespräch: Ute Gerhard und Cornelia Klinger über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge, in: Feministische Studien: Sorgeverhältnisse 31 (2013), 267–277, hier 268.

¹⁷⁰ GERHARD, U., Im Gespräch: Ute Gerhard und Cornelia Klinger über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge, in: Feministische Studien: Sorgeverhältnisse 31 (2013), 267–277, hier 271.

¹⁷¹ TRONTO, J. C., Demokratie als fürsorgliche Praxis. Feministische Studien. Extraheft: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit 18 (2000), 25–42, hier 35.

¹⁷² CONRADI, E., Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt–New York 2001.

native Begründung eines pflichtethischen Achtungsbegriffs, der nicht auf Autonomie angewiesen ist¹⁷³. Zwar gilt es die Selbstständigkeit von Patienten als Pflegeziel zu fördern; dies ist aber nicht darin begründet, „den Menschen als selbst entscheidendes Wesen zu betrachten“¹⁷⁴, da dies Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, komatöse Patienten, Demenzerkrankte etc. ausschließen würde. Daher gilt es, Care als „eine menschliche Handlungspraxis zwischen unterschiedlich autonomen Subjekten [die] nicht an Gegenseitigkeit gebunden“ sind, zu betrachten¹⁷⁵.

Berufsethos und Ethikkodex als ethischer Bezugsrahmen der Pflege

Um solche *ethischen Ansprüche* und *moralisches Handeln* in einer gesamten (mitunter sehr heterogenen) *Berufsgruppe* zu sichern, um sich über das eigene berufliche Selbst- und Pflegeverständnis verständigen und dieses entsprechend kommunizieren zu können, werden unterschiedliche – mehr oder weniger verbindliche – *Leitlinien*, *Kodizes* und *Berufsethiken* entwickelt. Diese stellen keine allgemeine Ethiktheorie im engeren Sinne dar, sondern bieten aus solchen abgeleitete, für moralisches Handeln relevante Instrumente und Elemente an. Auf die damit angesprochene Bedeutung des *Berufsethos*, einer spezifischen *Berufsethik* sowie konkreter *Berufskodizes*, wie einen der *International Council of Nurses* für die Pflege vorgibt, sei abschließend hingewiesen.

Unter Berufsethos bzw. Ethos lässt sich ein „empirisch zugängliches, normatives Gefüge“ fassen, welches „Rollenerwartungen, Gratifikationen und Sanktionen, handlungsleitende Überzeugungen, Einstellungen, Dispositionen und Regeln [beinhaltet], die die Interaktionen der betreffenden Referenzgruppe, in der dieses Ethos wirksam ist, leiten“¹⁷⁶. Das Einstellungen, Normen und Überzeugungen bündelnde Berufsethos gilt für Handelnde sowohl individuell als auch für die betreffende soziale (Berufs)Gruppe „als verbindliche Orientierungsinstanz guten und richtigen Handelns“¹⁷⁷.

Für die Etablierung und in Bezug auf eine/r eigene/n *Berufsethik* sieht die Philosophin

¹⁷³ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 49.

¹⁷⁴ Ebd., 49.

¹⁷⁵ Ebd., 50.

¹⁷⁶ NIDA-RÜMELIN, J., Wissenschaftsethik, in: Nida-Rümelin, J. (HG), Angewandte Ethik: Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch, Stuttgart 1996, 778–805, hier 780.

¹⁷⁷ HONNEFELDER, L., Sittlichkeit / Ethos, in: Düwell, M., Hübenthal, C., Werner, M. H. (HG), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar 32011, 508–513, hier 508.

und Ethikerin Theda Rehbock u.a. jenes Erfordernis gegeben, in ethisch-moralischen Fragen eine mit anderen Berufsgruppen gemeinsame Sprache zu haben: „Ärzte und Pfleger müssen miteinander wie auch mit dem Patienten und der Gesellschaft eine gemeinsame moralische Sprache sprechen, um ihr Handeln und die ethischen Probleme der medizinischen Praxis moralisch beurteilen und ethisch reflektieren zu können.“¹⁷⁸ Die Pflegeethik, mit Nähe zur Medizinethik, ist eine relativ junge Disziplin: Wie auch andere Berufsethiken gilt sie als

„Teilbereich moralphilosophischer Theorien“, welcher „sich mit jenen Pflichten befasst, die sich aus den spezifischen Aufgaben der verschiedenen Berufe einer Gesellschaft ergeben. Professionelles Ethos ist Bestandteil einer moralisch verantworteten Lebensführung. Die Grundsätze moralisch verantworteter Lebensführung müssen bereichsspezifische Relevanz besitzen.“¹⁷⁹

Die Berufsethik leistet einen wichtigen Beitrag zum *beruflichen Selbstverständnis*, zur *beruflichen Identität*, zur *Professionalisierung* des Berufs wie im weiteren auch zur *Qualitätssicherung*, wenn sie sich mit den Elementen des Berufsethos und den damit verbundenen moralischen Ansprüchen beschäftigt und diese mit wissenschaftlich-systematischen Methoden und Kategorien stets aufs Neue reflektiert analysiert¹⁸⁰.

Um moralisches Handeln zu gewährleisten und die Beschäftigten damit zu entlasten, werden weiters spezifische Berufskodizes entwickelt, die ebenfalls Verhaltensnormen, Ziele und Tugenden eines Berufes definieren. Sie geben zwar keine konkreten, situationsbezogenen Handlungsanweisungen vor¹⁸¹, dienen jedoch der Vertrauensbildung und Repräsentation in der Gesellschaft sowie der beruflichen Selbstregulation: Im gesellschaftlichen Kontext gelten sie als moralisch verbindlich und geben „Auskunft über Werte und Normen, an denen eine Berufsgruppe ihr Handeln ausrichtet“¹⁸². Vor diesem Hintergrund müssen sie stets auf ihren ethischen Gehalt hin reflektiert und ggf. aktualisiert werden.

¹⁷⁸ REHBOCK, T., Personsein in Grenzsituationen: Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns, Paderborn 2005, 53.

¹⁷⁹ REITER, M., FENZL, R. M., HOLLINGER, I., AIGLESBERGER, M., PAMINGER, M., Pflegeassistent: Lehrbuch für die Pflegeassistentin und das 1. Jahr der Pflegefachassistentin, Wien 2018, 79.

¹⁸⁰ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 61.

¹⁸¹ Dass in ihnen „nur“ Mindeststandards festgeschrieben werden soll ihnen einen universalen Gültigkeitsanspruch ermöglichen.

¹⁸² HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 62.

Ein in der Pflege bedeutsamer Berufskodex stellt der auf internationaler Ebene etablierte *ICN-Ethikkodex* dar. Dieser, 1953 vom *International Council of Nurses* verabschiedete internationale Kodex nimmt Bezug auf die *Menschenrechte*, die für den Pflegebereich entsprechend ausbuchstabiert wurden. Seit seiner Erstfassung wurde er mehrfach an die gesellschaftlichen Normen und Werte angepasst und in verschiedene Sprachen übersetzt. Seit 2014 liegt er auch in deutscher Sprache¹⁸³ vor und wird – da auch vom Österreichischen Berufsverband angenommen – in der Ausbildung lernzielorientiert vermittelt.

Demnach haben (beruflich) Pflegende folgende grundlegenden Aufgaben 1) Gesundheit zu fördern, 2) Krankheit zu verhüten, 3) Gesundheit wiederherzustellen und 4) Leiden zu lindern und dies unter dem Aspekt der

„Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt“¹⁸⁴.

Dieser Anspruch findet sich mit Bezug auf die Berufsausübung in „vier Grundelemente[n], die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen“¹⁸⁵: Pflegende und ihre Mitmenschen, Pflegende und die Berufsausübung, Pflegende und die Profession sowie Pflegende und ihre Kolleg:innen.

Wie auch jede „ethische Theorie [...] sich in ihrer Anwendung“¹⁸⁶ bewähren muss gilt auch für den Kodex, dass sein Unterstützungspotenzial nur dann Wirksamkeit entfalten kann, wenn er „den Pflegepersonen vertraut ist und die Inhalte von Pflegenden verinnerlicht werden“¹⁸⁷.

¹⁸³ DBFK, ÖGKV, SBK, ICN-Ethikkodex für Pflegende, 2014, in: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014__2_.pdf (24.01.2021).

¹⁸⁴ Ebd., 1.

¹⁸⁵ Ebd., 2.

¹⁸⁶ NIDA-RÜMELIN, J. (HG), *Angewandte Ethik: Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Ein Handbuch, Stuttgart 1996, 61.

¹⁸⁷ HIEMETZBERGER et al., *Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*, 65.

2.2.2.4 Zum Geltungsanspruch moralischer Urteile – eine Frage der Metaethik¹⁸⁸

Die Darstellung ausgewählter, im Pflegebereich relevanter ethischer Begrifflichkeiten und theoretischer Begründungsansätze hat die Vielfalt an Ethiktheorien vor Augen geführt. Damit wurde auch deutlich, dass es zum einen *unterschiedliche Antworten* auf *eine spezifische ethische Fragestellung* geben kann und zum anderen, dass es *nicht die eine ethische Urteilsbegründung* gibt, welche auf die *Gesamtheit* möglicher ethischer Fragestellungen eine zufriedenstellende Antwort zu geben vermag¹⁸⁹. Und wenn die Theorien zwar „selten in der Lage [sind], direkte Lösungen auf oftmals komplexe ethische Fragen des klinischen Alltags zu liefern“¹⁹⁰ – dafür bedarf es stets der Einbettung in die Situation und ihren Kontext¹⁹¹ – so können sie uns im Sinne des *klinischen Pragmatismus* helfen, erste Zugänge zum Problem zu finden und Hypothesen zu erstellen¹⁹². Diese Hypothesen gilt es zu prüfen, wobei das leitende Kriterium die Orientierung an bzw. Passung mit der gegebenen medizinischen und pflegerischen Sachlage, der klinischen Erfahrung und dem professionellen Wissen von Expert:innen sowie die Intuitionen guter ärztlicher, pflegerischer, etc. Praxis bildet¹⁹³.

Aus der *Pluralität ethischer Begründungsmöglichkeiten* folgt nun aber

„keineswegs, dass Ethik eine relative Angelegenheit oder nur eine Frage des persönlichen Geschmacks ist. [...] Aus der Beobachtung, dass es *verschiedene* Vorstellungen des Guten gibt, folgert also nicht [...] dass es keine ethischen Verbindlichkeiten gibt. Vielmehr geht es darum, vernünftige, *rational* und gleichzeitig auch *intersubjektiv gültige Argumente* zu entwickeln, in denen diese Vorstellungen – in Form unterschiedlicher Hypothesen – diskutiert werden und diejenige ermittelt wird, welche am besten zur Verwirklichung guter Pflege beiträgt“¹⁹⁴.

Dies führt nun zu Fragen der *Metaethik*, der es nicht darum geht, „konkrete moralische

¹⁸⁸ Ein Geltungsanspruch wird in dieser Arbeit nicht dahingehend gestellt, ein Urteil über die in der Empirie vorgebrachten Begründungsmuster zu fällen, sondern um zu rekonstruieren, mit welchem Anspruch und Argumentationen die interviewten Personen ein moralisches Urteil und Handeln herbeiführen.

¹⁸⁹ HIEMETZBERGER et al., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, 34.

¹⁹⁰ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 25.

¹⁹¹ „Aus pragmatistischer Sicht kann die Wahl des ethischen Begründungsansatzes [...] nicht unabhängig von der Situation erfolgen. Sie hängt vielmehr von der Natur des Problems selber ab: So ist es wahrscheinlich, dass sich bei Fragen der Verteilung knapper Güter folgenethische Hypothesen als hilfreicher erweisen, bei solchen der Beziehungsgestaltung mit kognitiv vulnerablen Menschen eher tugend- oder care-ethische, bei Fragen der »Wahrheit am Krankenbett« oder der Selbstbestimmung eher pflichtethische“ Ansätze. Ebd., 26.

¹⁹² Ebd., 25.

¹⁹³ Ebd., 25f.

¹⁹⁴ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 26.

Urteile zu fällen oder spezifische Normen und allgemeine Moralprinzipien zu begründen“¹⁹⁵. Die Metaethik widmet sich vielmehr der Frage, „wie solche Urteile, Normen und Prinzipien genau zu verstehen sind, und was Begriffe wie ‚sollen‘, ‚richtig‘, ‚falsch‘, ‚gut‘, ‚schlecht‘ usw. bedeuten, die in diesen Urteilen auftauchen“¹⁹⁶. Als solche beschäftigt sie sich auch mit der Klärung des Status moralischer Urteile. Denn wenn ein wesentlicher Aspekt in ihrer argumentativen Begründung liegt, so ist ein weiterer darin zu sehen, mit welchem Anspruch ein solches Urteil gefällt werden darf. Wodurch also zeichnen sich moralische Urteile aus und was charakterisiert sie? Darauf antwortet etwa der Philosoph Friedo Ricken mit dem Hinweis, dass wir es bei ethischen Problemen mit Entscheidungen zu tun haben, die sich bspw. von einem ästhetischen Urteil dahingehend unterscheiden, als dass wir in moralischen Belangen einen *Wahrheitsanspruch* verbinden; wahr dahingehend, dass diese Entscheidung *gut* und *richtig* ist. Ein solches Urteil ist weiters dadurch charakterisiert, dass eine Entscheidung *jede Person* in der gleichen Situation zu einer bestimmten Handlung *verpflichtet*: So gilt bspw. das Folterverbot *unter allen Umständen*; es darf selbst dazu nicht außer Kraft gesetzt werden, um dadurch ein Geständnis zu erzwingen. Als gültiges, universalisierbares Urteil, darf es weder von *Eigeninteressen* noch von *gesellschaftlichen Bedingungen* geleitet und abhängig sein¹⁹⁷.

Eine solcher Begründungsanspruch basiert auf der formalen Annahme wechselseitiger Verantwortung, der Selbstzwecklichkeit und des unverlierbaren Rechts jedes Menschen auf Begründung und damit auf ein Handeln, das man anderen gegenüber verantworten kann. Diese Annahme gründet auf der Einsicht „Ich bin nicht der Einzige, der auf dieser Welt ist, sondern ich bin einer unter anderen“. Dieser überpersönliche Standpunkt stellt eine Grundintuition der Ethik dar¹⁹⁸.

Ähnlich wie die Klärung des Status moralischer Urteile von hoher Relevanz und weitreichender Bedeutung in der (alltäglichen) Auslegung moralischer Entscheidungen und Handlungen sein kann, ist auch die Klärung des Verhältnisses von normativer Ethik und Metaethik von Bedeutung. Um nur zwei herausragende Positionen der Metaethik zu

¹⁹⁵ SCHABER, P., Gibt es Wahrheit in der Ethik? Eine Einführung in die Metaethik, in: Ach, J. S., Bayertz, K., Quante, M., Siep, L. (HG), Grundkurs Ethik, Münster 2016, 151–162, hier 151.

¹⁹⁶ Ebd., 151.

¹⁹⁷ RICKEN, F., Die charakteristischen Eigenschaften moralischer Urteile: uni auditorium – wissen online, 2015, in: https://www.youtube.com/watch?v=q4coKiUl3_k&list=PL87rXCslY73DhJX4BECDu5R0kuwpO-oCE&index=77 (22.06.2021).

¹⁹⁸ Ebd.

nennen: So vertritt etwa der *Moralische Realismus* jene Ansicht, „Wir sollten das Verwerfliche nicht tun, weil es verwerflich ist, nicht deshalb, weil wir es selbst möglicherweise ohnehin nicht tun möchten“¹⁹⁹.

Demgegenüber vertritt der Anti-Realismus bzw. Non-Kognitivismus die Ansicht, moralische Urteile hätten nichts damit zu tun, wie es sich in der Welt verhält, sondern sind „moralische Urteile [...] Ausdruck von *Einstellungen* oder *Präferenzen* (Vorlieben)“²⁰⁰. In ihrer Konsequenz entziehen sich Einstellungen oder Präferenzen dessen, was wahr oder falsch sein könnte; dies insofern, als dass man eine Einstellung haben kann oder auch nicht. Sie nehmen keinen intersubjektiven Anspruch ein und sind nicht wahrheitsfähig.

Das Resultat darauf ist nicht unerheblich, zumal Aussagen über wahr oder falsch auch darüber mitentscheiden, ob es – auch abseits persönlicher Interessen – Anlass zum Handeln gibt:

„Gegen diese These einer Neutralität der metaethischen Auffassungen spricht allerdings folgendes: Für moralische Realisten, die meinen, moralische Aussagen seien wahrheitswertfähig, also wahr oder falsch, gibt es Gründe zum Handeln, die unabhängig von unseren Wünschen, Einstellungen und Meinungen bestehen“²⁰¹.

Insofern ist die „Idee objektiver Handlungsgründe [...] für unsere Vorstellung einer *kategorischen* Geltung moralischer Forderungen von zentraler Bedeutung“²⁰². Denn gibt es abseits persönlicher Interessen keinen Grund, z.B. nicht zu lügen, nicht zu töten gerät man entweder in Rechtfertigungsnot oder in eine Art „Mikromoral“: Assistierter Suizid wäre dann eine Sache persönlicher Einstellungen und Wünsche, was den Inhalt der Moral nicht unberührt lässt. Anders gesagt, würden die Handlungen und Entscheidungen je nach persönlicher Einstellung der Menschen variieren oder wir hätten es mit moralischen Sätzen zu tun, die nur sehr bedingte Verbindlichkeit (nur jeweils unter Menschen gleicher Einstellungen) beanspruchen könnten – so hätte dies auch eine entsprechende Konsequenz in der Umsetzung und damit in der Lebenswelt und Alltagspraxis der Menschen.

„So gesehen steht mit der metaethischen Debatte um den Status moralischer Aussagen für unsere inhaltlichen Moralvorstellungen in der Tat etwas auf dem

¹⁹⁹ SCHABER, Gibt es Wahrheit in der Ethik, 152.

²⁰⁰ Ebd., 152.

²⁰¹ Ebd., 153.

²⁰² Ebd., 153.

Spiel. Es geht auch um die Gründe, die wir zur Rechtfertigung moralischer Forderungen vorbringen dürfen. Für das Alltagsbewusstsein sind moralische Gründe objektive Gründe, Gründe, deren Bestehen gerade nicht von den Wünschen, Einstellungen und Meinungen der Handelnden abhängig ist²⁰³.

Vor diesem Hintergrund interessiert, welche *Begründungen und Ansprüche* die AZB im Rahmen ihrer Erfahrungen von moralisch herausfordernden Situationen vorbringen. Ebenfalls gilt ein Augenmerk der Frage nach jenen ethischen Begründungsansätzen, mit denen sie versuchen, ihre Einschätzung, ihre Bedürfnisse und ihre Bewertung argumentativ zur Sprache zu bringen. Das auf implizite Wissensbestände zielende rekonstruktive Verfahren der dokumentarischen Methode soll in der Ergründung solcher Deutungsmuster unterstützen, um daraus abgeleitet Erfordernisse für die Aus-, Fort- und Weiterbildung wie auch hinsichtlich organisationaler Strukturen identifizieren zu können.

Zunächst gilt es aber den Blick darauf zu lenken, wann bzw. unter welchen Vorzeichen (in der Pflege) von einem moralischen oder ethischen Problem, einem ethischen Konflikt oder Dilemma zu sprechen ist und was darunter jeweils zu verstehen ist. Diese begriffliche Schärfung und Abgrenzung scheint erforderlich, um zum einen die empirische Analyse dahingehend zu fokussieren und zum anderen, um dementsprechende Ableitungen treffen zu können.

2.3 Moralische und ethische Probleme in der Pflege

Es ist kein ganz einfaches Unterfangen, ein ethisches Problem zu bestimmen und als solches abzugrenzen. Pflegende haben es aufgrund eines sehr breiten und vielfältigen Aufgabenspektrums mit unterschiedlich gelagerten Herausforderungen in ihrer Alltagspraxis zu tun. Daher gilt es in einem ersten Schritt, ethische Herausforderungen von Problemen *praktischer²⁰⁴ oder organisationaler Art* zu unterscheiden²⁰⁵. Während etwa organisationale Herausforderungen durch Veränderungen von Abläufen oder Absprachen

²⁰³ SCHABER, Gibt es Wahrheit in der Ethik, 153.

²⁰⁴ Beauchamp und Childress unterscheiden zwischen *moralischem und praktischem Dilemma* als: „Konflikte zwischen moralischen Anforderungen und dem Eigeninteresse [...] [die] manchmal ein *praktisches* Dilemma, nicht jedoch ein *moralisches* Dilemma im eigentlichen Sinn [erzeugen]. Wenn moralische Gründe mit nicht moralischen Gründen wie dem Eigeninteresse konkurrieren, können sich immer noch Fragen über die Vorrangigkeit ergeben, obwohl kein moralisches Dilemma vorhanden ist. BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Prinzipialismus, in: Fuchs, M., Gottschlich, M. (HG), Ansätze der Bioethik, Freiburg–München 2019, 31–74, hier 49.

²⁰⁵ SALLOCH, S., RITTER, P., WÄSCHER, S., VOLLMANN, J., SCHILDMANN, J., Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation

zwischen Teams und Berufsgruppen etc. verbessert oder gelöst werden können, gilt es als Charakteristikum moralischer Probleme, dass Ihnen – je nach theoretischer Auffassung – die Frage nach dem „*evaluativ Guten*“ und/oder nach dem „*normativ Richtigen*“ eingeschrieben ist²⁰⁶. Allerdings gilt es zu bedenken, dass auch praktische und organisationale Probleme zu weiteren und ethisch konnotierten Problemen führen können und außerdem aus Akteursperspektive – also im Empfinden der Beschäftigten – schwer wiegen und belasten können.

Nicht immer ist dabei gleich klar, *dass* es sich um ein moralisches Problem und um *welches* moralische Problem es sich handelt; vielmehr signalisiert die moralische Intuition, *dass* moralische Probleme vorhanden sind, wodurch ein erster Zugang möglich wird. „Moralische Intuition meint ein spontanes Empfinden, dass ‚etwas‘ in der Behandlung oder im Behandlungsplan stört, ohne dass es dem Empfindungsträger bewusst sein muss, wodurch diese Störung ausgelöst ist“²⁰⁷.

Es handelt sich dabei um spontane Bewertungen von Handlungen, dessen Urteil sich uns nicht als „das Ergebnis kritischen Nachdenkens [präsentiert], sondern es stellt sich intuitiv ein, es gilt unmittelbar“²⁰⁸. Diese erste, intuitive Wahrnehmung stellt sich uns meist als unklar dar und kann Unbehagen verursachen; sie erfordert die Auseinandersetzung mit „gewachsenen Urteilen und Überzeugungen [...]“. Eine solche Bewusstwerdung ist die Bedingung dafür, dass mit einem Prozess der argumentativen Auseinandersetzung begonnen werden kann, indem Überzeugungen, Bewertungen und Urteile gegebenenfalls auch revidiert werden“²⁰⁹.

In einem ersten Zugang lassen sich zwei Unterscheidungsmöglichkeiten für ethische Probleme ausmachen. So lässt sich ein *erster Typ* eines ethischen Problems als eine Situation beschreiben, „die durch ein offensichtliches ethisches Defizit oder ethisches Fehlverhalten gekennzeichnet ist. Dieser erste Typ ethischer Probleme meint Konstellationen, in denen gegen akzeptierte ethische Prinzipien, Regeln oder Werte verstoßen

ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie, in: Ethik in der Medizin 28 (2016), 267–281, hier 270.

²⁰⁶ Ebd., 270f.

²⁰⁷ SCHLEGER et al., Klinische Ethik, 296.

²⁰⁸ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 47.

²⁰⁹ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 47.

wird.“²¹⁰

Den *zweiten Typ* eines ethischen Problems stellen Situationen dar, welche „durch Unsicherheit insofern charakterisiert sind, als dass eine „ethisch angemessene[n] Handlungsweise“²¹¹ unsicher scheint. Darunter werden Situationen gefasst, „in denen weitgehend unklar ist, welche Handlungsweise aus ethischer Perspektive korrekt ist, da wichtige Argumente sowohl *für* als auch *gegen* die entsprechende Handlung, Technologie oder Institution sprechen.“²¹² In diesem Fall ist von einem *ethischen Dilemma* zu sprechen.

Eine nicht unähnliche, jedoch etwas weiter differenzierte Begriffsbestimmung unternimmt der Pflegeethiker *Settimio Monteverde*²¹³, wie er diese an ethischen Beispielen für den Medizin- und Pflegebereich erläutert. Diese Ausdifferenzierung wird nun näher vorgestellt; im weiteren soll sie punktuell dazu genutzt werden, Einblick in das empirische Datenmaterial zu nehmen, um darüber Erkenntnisse zum Erleben moralischer Probleme in der Pflege zu gewinnen.

Monteverde sieht den Anlass für diese Ausdifferenzierung und Begriffsschärfung darin, dass mitunter vorschnell und etwas unbestimmt von ethischen Dilemmata gesprochen wird. Aus seiner Sicht sind die Problemlagen sowohl vielfältiger als auch vielschichtiger – eine Klärung soll dazu verhelfen, gezielter entsprechende (präventive) Maßnahmen zu fordern und einzuleiten, um die Beschäftigten in ihrem Handeln und ihrer Alltagspraxis zu unterstützen. Für diese Begriffsschärfung nimmt er Anschluss an *Andrew Jameton* der in seinen Studien „psychologische Reaktionen auf kompromittiertes moralisches Handlungsvermögen“²¹⁴ erforscht hat, welches zu moralischem Stress führen kann.

Der Tatsache, dass „[m]oralisches Handlungsvermögen [...] im klinischen Alltag durch vielerlei Umstände erschwert sein [kann]“²¹⁵ versucht Monteverde damit gerecht zu werden, als er zunächst auf einer ersten Ebene und noch eher allgemein von „[w]ahrgenommene[r] moralische[r] Unerwünschtheit [...] als Gesamtheit an emotionalen Reaktionen auf ethisch belastende Situationen“ spricht²¹⁶. Ein wesentlicher Unterschied in

²¹⁰ SALLOCH et al., Was ist ein ethisches Problem, 274.

²¹¹ Ebd., 274.

²¹² Ebd., 274.

²¹³ MONTEVERDE, Komplexität; MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik.

²¹⁴ MONTEVERDE, Komplexität, 345.

²¹⁵ Ebd., 345.

²¹⁶ Ebd., 347.

der Bewertung moralischer Situationen liegt nun seiner Ansicht nach darin, dass sich zwar Situationen als moralisch komplex und herausfordernd darstellen können (etwa wenn es um eine Entscheidungsfindung bei Patient:innen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit z.B. aufgrund von Demenz handelt oder wenn im Team Dissens zu moralischen Fragen herrscht), dass aber besonders „die Unmöglichkeit, moralisches Handlungsvermögen zum Tragen zu bringen“²¹⁷ eine besondere Qualität birgt und im Sinne moralisch-ethischer Herausforderungen als besonders belastend erfahren wird:

„Erst die Unmöglichkeit, moralisches Handlungsvermögen zum Tragen zu bringen, zeigt, dass diese Ermöglichungsbedingung für moralisches Handeln zwar selbstverständlich sein mag, aber deswegen keineswegs trivial ist. Gerade in Situationen, wo dieser [sic] nicht zum Tragen kommt, ist eine Kaskade an Wirkungen beschrieben, welche die Patientensicherheit, Behandlungsqualität, aber auch die psychische Gesundheit von Fachpersonen und deren Verbleib im Beruf betreffen“²¹⁸.

Demnach macht es also – u.a. mit Blick auf das subjektive Erleben und Empfinden wie auch hinsichtlich der Auswirkung auf Betroffene – einen bedeutsamen Unterschied, *wie* moralische Probleme gelagert sind: ob und inwiefern Handlungsvermögen zur Verfügung steht oder durch äußere Umstände und Zwänge versagt bleibt. In diesem Sinne unterscheidet Monteverde zwischen 1) Konflikten *mit* der Moral, aus denen in Folge *moralischer Stress* resultieren kann, 2) Konflikten *über* die Moral und 3) ethische Dilemmata.

²¹⁷ Ebd., 347

²¹⁸ Ebd., 347f.

1) Konflikte mit der Moral und moralischer Stress

Konflikte, die *mit* der Moral zu einem Problem führen, sind insofern von einer Paradoxie gekennzeichnet, als „dass die ethische Beurteilung eigentlich klar ist (Recht auf Information, Schadensvermeidung, Aufrichtigkeit, etc.), die Vorgehensweise aber aufgrund erfahrener Machtlosigkeit völlig unklar erscheint“²¹⁹. Infolge dieses „kompromittierte[n] moralische[n] Handlungsvermögen[s]“²²⁰ und dass Pflegende sich entgegen anderer moralischer Überzeugungen in der Situation „komplizenhaft“ verhalten und eine (subjektiv) als richtig erachtete Norm verletzen müssen²²¹ befinden diese sich in Widersprüchen, was mit erhöhter psychischer Belastung und mit *moralischem Stress* für sie verbunden ist.

Moralischer Stress (auch *Distress*) wurde 1984 erstmalig von Andrew Jameton beforscht und definiert „as (a) the psychological distress of (b) being in a situation in which one is constrained from acting (c) on what one knows to be right“.²²²

Neben den oben bereits erwähnten Folgen für Pflege- und Behandlungsqualität verbindet sich mit moralischem Stress eine hohe Relevanz für das ethische Selbstverständnis der Pflegenden wie auch für deren moralische Integrität. „Schließlich wird in diesem Zusammenhang auch das Selbstbild der Pflegekraft nachhaltig verletzt“²²³. Aus der Literatur bekannte, bei Pflegekräften moralischen Stress auslösende Situationen stellen u.a. folgende Herausforderungen dar:

- „lebensverlängernde Maßnahmen durchführen zu müssen, die nicht im Interesse der Patienten²²⁴ sind

²¹⁹ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 28.

²²⁰ MONTEVERDE, Komplexität, 348.

²²¹ Monteverde beschreibt, dass „[d]ie Pflegenden wussten [...], welche Handlung moralisch richtig war, äußere oder innere Zwänge hinderten sie daran, das für richtig Erkannte zu tun.“ Ebd., 348.

²²² JAMETON, Moral Distress in Nursing History, 617.

Während das Phänomen des moralischen Stress im angelsächsischen Bereich mittlerweile ein breites Forschungsfeld einnimmt wird dieser im deutschsprachigen Raum zwar noch etwas weniger erforscht, wird mittlerweile aber auch als pflege(wissenschaftlich) relevantes Phänomen aufgegriffen: „Heutzutage imponiert moralischer Stress als ‚Topos‘ in der Pflegewissenschaft, der eine hohe Relevanz für das ethische Selbstverständnis professioneller Pflege hat.“ MONTEVERDE, Komplexität, 349.

²²³ DOPPELFELD, Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung, 93.

²²⁴ An dieser Stelle kann leider nicht nachvollzogen werden, ob und wenn ja, wie dieses Interesse der Patient:innen tatsächlich identifiziert wird (etwa über direkte Gespräche mit den Patient:innen, Angehörigen, der Erwachsenenvertretung, über eine Patientenverfügung etc.) oder ob es sich vorrangig um ein *vermutetes* Interesse handelt, das sich dem Empfinden der Pflegenden im Verlauf des Pflegeprozesses nahegelegt hat und mit Bezug auf professionelle Einschätzung und Empathie formuliert wird. Wenn von

- inadäquate Kommunikation und mangelnde Information zwischen den helfenden Berufen, den PatientInnen sowie den Bezugspersonen hinsichtlich palliativer Versorgungsalternativen
- unangemessener Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems
- inadäquate Personalbesetzung [in] der Qualifikation der Pflegekräfte
- unzureichende Schmerzbehandlung der PatientInnen
- unnötige (schmerzhafte) diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei sterbenden Menschen nach ärztlicher Anordnung durchführen zu müssen
- PatientInnen die Wahrheit vorzuenthalten²²⁵.

Exemplarisch für das Empfinden und die Wirkung von moralischem Stress kann die Aussage eines Diplomsozialbetreuers (aus einer Studie zur Legitimität von Leistungspolitiken) gelten, der damit auf langjährig unzufriedenstellende Personal- und Zeitbemessung hinweist, die den Anspruch an die Erbringung guter Pflege verhindern:

„wenn das lange Zeit passiert, dann macht das ja mit den Mitarbeitern auch was. entweder man stumft ab und sagt, dann ist es halt so. (.) oder man hat schon noch diesen Idealismus, ja. und den soll auch jeder für sich haben, ja. (.) ah und sagt, das ist eigentlich nicht mehr menschenwürdig, was da passiert, ja. und dann werden die wahrscheinlich die Einrichtung verlassen“ (Tucher, DSBA²²⁶).

Als weitere Situationen ohne Gestaltungsraum, „Situationen, in denen konkrete Verpflichtungen treuhänderischer Verantwortung bestanden, aber kein moralisches Handlungsvermögen, um diese zur Geltung zu bringen“ zitiert Monteverde²²⁷ die Studien von Jameton 1984, wonach häufig „die Pflege von Patienten am Lebensende, wenn unnötige schmerzhafte Prozeduren durchgeführt werden mussten, wie z. B. das tracheale Absaugen, Blutentnahmen ohne therapeutische Konsequenzen oder Therapien auf Druck von Angehörigen“ als konflikthaft empfunden wurden. In diesen Situationen waren „[d]ie

Letzterem auszugehen ist, kann dies zwar ebenfalls Auswirkungen hinsichtlich des Erlebens von *moral distress* nach sich ziehen, es wäre jedoch eine andere Bewertung der Situation vorzunehmen: Bei vorliegendem *Wissen* über die Wünsche und Bedürfnisse eines Patienten würde es sich um ein Problem *über* die Moral handeln, bei der Pflegende sich – im Sinne der *advocacy* – in den interprofessionellen Diskurs einbringen könnten und sollten, um so gemeinsam eine gute Entscheidung im Sinne der Patient:innen treffen zu können.

²²⁵ DOPPELFELD, Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung, 93.

²²⁶ zit. in: DAMMAYR, M., Leistungsgerechtigkeit in der Sorgearbeit: Legitimität, Kritik und Gerechtigkeit am Beispiel der leistungspolitischen Anforderungen der Altenpflege, Johannes Kepler Universität, Linz 2018, 277.

²²⁷ MONTEVERDE, Komplexität, 354.

Pflegenden [...] jeweils in der Lage, die konkreten moralischen Verpflichtungen zu benennen, was die Wissensgrundlage verdeutlicht, auf die sich das moralische Urteil beruft [...]. Sie fühlten sich aber machtlos, solche Praktiken offen zu hinterfragen.²²⁸ Ihre Verantwortung, auf die sie sich verpflichtet wissen, musste in den Hintergrund treten – sie wurden durch äußere Umstände in eine „moralische Komplizität“ gezwungen²²⁹.

Wenn oben die Strategie des Verlassens der Einrichtung genannt wurde, so kann es weiters und dies vermutlich weitaus häufiger, einem „exit“²³⁰ vorgeschaltet, zum *Verlust des moralischen Anspruchs*, zur inneren Kündigung, und zum Abstumpfen – auch bezeichnet als „Coolout“ – kommen. Im Sinne dieses „Coolout“, wie dies die Autorin Karin Kersting (2016) auch für Pflegeschüler:innen erforscht, kann es angesichts des (unlösba- ren) Widerspruchs zwischen moralischem und/oder ethischem und/oder pflegerischem Anspruch und der Realität des Pflegealltags zur *moralischen Desensibilisierung* und zur Herausbildung von „Strategien der Kälte“ kommen. In diesen Studien zeigt sich, dass und inwiefern AZB von solchen Problemen besonders betroffen sind, insofern sie in der Schule hohe moralische und ethische Ansprüche vermittelt bekommen, die im Praxisalltag oft schwierigen Arbeitsbedingungen oder anderen Zwängen weichen müssen²³¹.

2) Konflikte über die Moral – Moralische Ungewissheit

Im Vergleich zu den Konflikten *mit* der Moral besteht bei Konflikten *über* die Moral zwar auch „Unklarheit, wie in der Situation konkret vorzugehen ist. Doch im Unterschied [...] besteht hier ein Streit darüber, welche Norm [...] in der Situation zu bevorzugen ist“²³². Diese Probleme weisen demnach – im Sinne des moralischen *Unbehagens* – auch erschwertes moralisches Handlungsvermögen auf, das sich aber nicht als Komplizenschaft äußert, sondern aus moralischer Komplexität resultiert²³³.

²²⁸ MONTEVERDE, Komplexität, 354.

²²⁹ Ebd., 354.

²³⁰ HIRSCHMAN, A. O., Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States, Cambridge-London 1970.

²³¹ KERSTING, Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Frankfurt 2016; SCHULTE, C., Als Pfleger die Empathie bewahren, 2018, in: <https://www.mainpost.de/regional/main-spessart/als-pfleger-die-empathie-bewahren-art-9979031> (20.06.2021).

²³² MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 25; s.a. BOSHAMMER, S., Was sind moralische Probleme und (wie) kann man sie lösen? in: Ach, J.S., Bayertz, K., Quante, M.; Siep, L. (HG), Grundkurs Ethik, Münster ⁴2016, 19–38.

²³³ MONTEVERDE, Komplexität, 345f.

Anders als beim moralischen Konflikt *mit* der Moral wird das Handeln zwar nicht kompromittiert, es wird aber durch unterschiedliche Auslegung von moralischen Normen oder Ansprüchen erschwert. Dies kann etwa in der konkreten Auslegung einer Patientenverfügung, bei Hebammen in der Mitwirkung bei Abtreibungen stellen oder einen Mediziner, wenn urteilsfähige Zeugen Jehovas auf hilfreiche therapeutische Blutprodukte verzichten. Zwar gelten solche Situationen häufig als moralischer Stress, allerdings handelt es sich um „jeweils unterschiedliche Normen, welche in der Situation eine Geltung beanspruchen können. Sie erschweren zwar das moralische Handlungsvermögen, verhindern es aber nicht grundsätzlich“.²³⁴

Derlei Situationen erfordern von den Beteiligten hohe Reflexions- und „Dialogbereitschaft, die die Begründetheit auch anderer moralischer Standpunkte zu explorieren bereit ist“²³⁵, um zu gemeinsamen, guten und gangbaren Lösungen zu kommen. Dies kann etwa in Fallbesprechungen oder Ethikkonsilien sein, wo man etwa der Unterscheidung zwischen moralischen und ethischen Gründen nachgehen kann, um das Problem zu identifizieren und nach rationalen Argumenten für eine Entscheidungsbegründung zu suchen.

3) Das ethische Dilemma

Auch hier besteht eine Ungewissheit bezgl. des Handelns und stellt sich die Frage nach der richtigen Vorgehensweise. Dabei muss aber „keine moralische Divergenz zwischen den Akteur*innen bestehen. Diese sind sich vielmehr einig, dass unterschiedliche ethische Orientierungen in der Situation gelten, die sich aber gegenseitig ausschließen [sic]“²³⁶. Das Handlungsvermögen ist grundsätzlich erhalten, ist jedoch aufgrund der Dilemma-Situation deutlich erschwert.

Dieses Verständnis eines Dilemmas schließt an traditionelle Ethiktheorien an (wie z.B. jene des Principlism²³⁷), wenn dort ein Dilemma als allgemeine Zwangslage gefasst wird,

²³⁴ MONTEVERDE, Komplexität, 356. Muss dennoch gegen eigene moralische Ansprüche gehandelt werden, so kann auch dies Komplizität mit den bekannten weiteren Folgen von Stress etc. bedeuten. Ebenfalls kann die Anerkennung der Patientenautonomie und von Entscheidungen (wider anderes Medizin- und Pflegewissen) vor Herausforderungen stellen.

²³⁵ Ebd., 355.

²³⁶ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 30.

²³⁷ Beauchamp und Childress (2019b, S. 48f) differenzieren in zwei Typen von moralischen Problemen: „(1) Es gibt Indizien oder Argumente, dass eine Handlung moralisch erlaubt ist und solche, die zeigen, dass

in der sich jemand befindet, der zwischen zwei gleich schwierigen Optionen wählen muss oder soll. Moralische Dilemmata entstehen in jenen „Handlungssituation[en], in der sich zwei als richtig anerkannte Gebote (Normen, Prinzipien) einander widersprechen, so dass jede Entscheidung eines der Gebote verletzen wird (jede Wahlmöglichkeit führt zu unerwünschten Resultaten)“²³⁸. Die Tatsache, dass von zwei oder mehr Verpflichtungen nur eine erfüllt werden kann, womit sich bei jeder Wahl stets die Verletzung einer anderen Verpflichtung einschließt, ist verantwortlich für das moralische Unbehagen. Zwar sind Situationen, die sich uns als Dilemma präsentieren „nicht zwingend besser, aber vermutlich besser *aushaltbar* oder *gestaltbar*“²³⁹. Dieses Unbehagen gilt es zu bearbeiten und das Dilemma zu lösen. Dabei kann per definitionem stets nur die bestmögliche Option und nicht *die richtige Entscheidung* gefunden werden.

„Die ausdrückliche Anerkennung solcher Dilemmata hilft, unbegründete Erwartungen über das, was moralische Prinzipien und Theorien zu leisten vermögen, zu dämpfen. Wir finden zwar oft Wege des Begründens dessen, was wir tun sollten, nicht aber mögen wir in allen Fällen dazu in der Lage sein, zu einer begründeten Lösung zu gelangen. In manchen Fällen wird das Dilemma nur schwieriger und bleibt auch nach der sorgfältigsten Überlegung ungelöst.“²⁴⁰

Auch zur Lösung ethischer Dilemmata sind Ethikkonsilien oder ethische Fallbesprechungen angezeigt und zur Bearbeitung und interprofessionellen Verständigung sinnvoll.

Die vorgenommene begriffliche Schärfung soll v.a. dabei unterstützen, die jeweiligen Probleme zu konkretisieren, Handlungsstrategien zu entwickeln und entsprechende Strukturen zu etablieren; nicht aber soll sie eine *Relativierung ethischer Probleme* bedeuten, die womöglich mit dem Hinweis auf Stärkung einer *moralischen Resilienz* alleine gelöst werden könnten. Denn moralische Resilienz könnte gerade in Konflikten *mit* der Moral falsch aufgefasst werden – nämlich, wenn diese bedeutet, „Verletzungen gelten-

sie moralisch falsch ist. Aber es ist nicht eindeutig klar, auf welcher Seite die stärkeren Indizien oder Argumente sind. [...] (2) Ein Handelnder ist überzeugt, dass er oder sie aus moralischen Gründen dazu verpflichtet ist, zwei oder mehrere einander wechselseitig ausschließende Handlungen auszuführen. In einem moralischen Dilemma dieser Art verpflichten eine oder mehrere moralische Normen einen Handelnden dazu, x zu tun und eine oder mehrere moralische Normen dazu, y zu tun. Der Handelnde kann in der Lebenslage jedoch nicht beides tun.“ BEAUCHAMP, CHILDRESS, Prinzipialismus, 51.

²³⁸ SCHLEGER et al., Klinische Ethik, 286.

²³⁹ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 30.

²⁴⁰ BEAUCHAMP, CHILDRESS, Prinzipialismus, 51.

der ethischer Normen“ auszuhalten ohne diese zu hinterfragen oder ändern zu wollen.²⁴¹

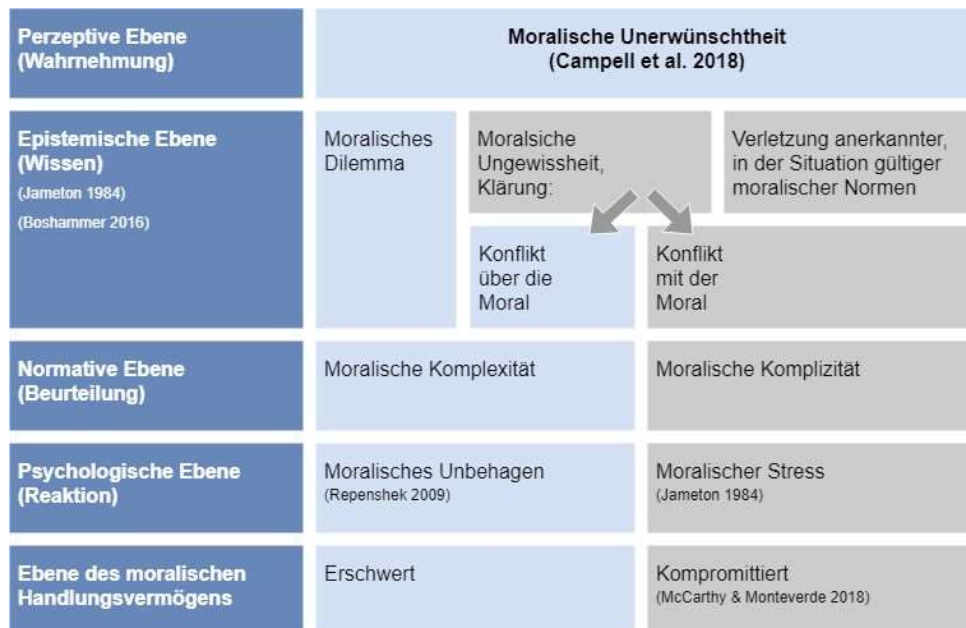


Abbildung 1. Vorschlag einer modifizierten Begrifflichkeit moralischer Herausforderungen (eigene Darstellung nach MONTEVERDE, Komplexität, 353)

Im Kapitel zu Ethik und Moral im Kontext von Pflege und Medizin, sei abschließend noch kurz auf den *pragmatistischen Anspruch* von Pflege- und Medizinethik hingewiesen. So wird etwa

„[v]on der Medizinethik als einem anwendungsorientierten Fach [...] über philosophisch-theoretische Stringenz hinaus konkrete Hilfestellung in der Lösung praktischer Herausforderungen erwartet, die sich durch technische Entwicklungen in der Medizin oder durch veränderte soziale Strukturen und Institutionen ergeben“²⁴².

Demnach sollte auch eine

„[e]mpirisch forschende Medizinethik [...] ihren Fokus nicht auf die ethische Theorie verengen, sondern sich etwa auch vor Fragen von Machthierarchie, schwieriger Kommunikation oder psychologischen Belastungssituationen nicht ver-

²⁴¹ MONTEVERDE, Komplexität, 357.

²⁴² SALLOCH et al., Was ist ein ethisches Problem, 279.

schließen, da dies oft die Voraussetzung für die erfolgreiche und partizipative Lösung ethischer Probleme ist²⁴³.

Ähnliches darf sicher auch für den Pflegebereich gelten, was neben den Antworten aus der Theorie auch auf die Bedeutung ethischer Kompetenz unter den Pflegenden hinweist. Sie wird im nächsten Abschnitt näher ausgeleuchtet werden – womit sich der Bogen eingangs beginnend bei der moralischen Intuition nun hin zur ethischen Kompetenz erstreckt. Was diese beinhaltet, wozu sie befähigt und wie es sie zu fördern gilt, ist Teil des Kapitels 3.

²⁴³ SALLOCH et al., Was ist ein ethisches Problem, 279.

3 Ethische Kompetenz als Erfordernis in der Pflege

Wenn nun solche Herausforderungen, wie sie eingangs hinsichtlich moralischer und ethischer Konflikte beschrieben wurden, in der Alltagspraxis Pflegender häufig auftreten, dann bedarf es einer besonderen Befähigung der betroffenen Personen, diese gut – für sich und andere Beteiligte – bewältigen zu können. Dies ist in Zusammenhang mit der Tätigkeit des Pflegens zu sehen, denn

„die Komplexität von Pflegesituationen, die Vulnerabilität pflegebedürftiger Menschen und die Pluralität der gesellschaftlichen Wertvorstellungen verlangen ethisch begründete Entscheidungen und die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit dem pflegebedürftigen Menschen. Pflegeethische Reflexion ist demzufolge ein genuines Element professionellen Handelns und fordert spezifische Kompetenzen, die im Rahmen von Bildungsprozessen angebahnt und im Bildungsverlauf verdichtet werden müssen.“²⁴⁴

Ethische Theorien können zwar in der konkreten Situation weder die Entscheidung abnehmen noch von der Entscheidungsverantwortung entbinden, das Instrumentarium ethischer Theorien kann aber zu gelingenden Entscheidungen anregen und beitragen, wenn bei Pflegenden eine entsprechende *Kompetenz* und Bereitschaft vorhanden ist. Dann können Ethiktheorien einen wertvollen Beitrag dazu zu leisten, „das volle Potential kritischen Denkens [...] für ethische Fragen fruchtbar zu machen, d.h. Situationen zu verstehen, Hypothesen zu formulieren und Entscheidungen in ethischer Hinsicht zu begründen.“²⁴⁵

Dem Inhalt und der Bedeutung ethischer Kompetenz und wie diese gefördert und entwickelt werden kann, widmet sich das folgende Kapitel.

3.1 Kompetenz allgemein und Kompetenzentwicklung

Wenn nun also insgesamt die professionellen Anforderungen an und die Komplexität in Pflegeberufe(n) bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung steigen, so gilt es, die AZB auf das berufliche Leben und die damit verbundenen (ethischen) Fragen und Herausforderungen vorzubereiten. Für die Ausbildungsstätten bedeutet dies, dass sie „jene Qualifikationen vermitteln sollte[n], die der Schüler zur Lösung seiner künftigen Lebensprobleme

²⁴⁴ RIEDEL, A., BEHRENS, J., GIESE, C., GEISELHART, M., FUCHS, G., KOHLEN, H., PASCH, W., RABE, M., SCHÜTZE, L., Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege, in: Ethik in der Medizin 29 (2017), 161–165, hier 161.

²⁴⁵ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 26.

benötigt“²⁴⁶. Dementsprechend bilden „Lernen und Lerninhalte also [keine] Selbstzwecke, sondern [dienen] der Lösung vielfältiger Alltagsprobleme“²⁴⁷.

Im Bereich der Pflege haben sich vor diesem Hintergrund die *Kompetenz-, Handlungs- und Lernfeldorientierung* als berufspädagogische Leitbegriffe etabliert²⁴⁸, um eine qualitätsvolle, anforderungs- und qualifikationsbezogene, wie auch zeitgemäße Pflegeausbildung bieten zu können. Dabei findet *Handlungsorientierung* ihre didaktischen Bezugspunkte in jenen Fragen, Situationen und Herausforderungen, „die für die Berufsausübung bedeutsam sind (*Lernen für Handeln*)“ und bilden Handlungen den Lernansatz, diese möglichst selbst auszuführen oder gedanklich nachzuvollziehen (*Lernen durch Handeln*)“²⁴⁹.

Bei *Kompetenzen* – jenem Begriff der im Weiteren mit Blick auf ethisches Handeln im Mittelpunkt stehen soll und den es auch angesichts moralisch-ethischer Fragen zu entwickeln gilt – handelt es sich um eine Befähigung als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren *kognitiven Fähigkeiten* und *Fertigkeiten*, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen *motivationalen, volitionalen* und *sozialen Bereitschaften* und *Fähigkeiten*, um die *Problemlösungen* in *variable* Situationen erfolgreich und *verantwortungsvoll* nutzen zu können“²⁵⁰. Mit dieser Definition verweist der Kompetenzbegriff bereits auf einen hohen Anspruch hinsichtlich dessen, wozu Lernende befähigt werden sollten.

Der Begriff der *Kompetenz*, der bereits seit etlichen Jahren die hiesige Bildungslandschaft prägt, leitet sich aus dem Lateinischen *competere* bzw. *competentia* ab und impliziert u.a. Aspekte des Fähig-Seins, der Befähigung und des Vermögens, etwas zu tun. Mit diesem Aspekt der „Anwendbarkeit von Kenntnissen und Wissen“²⁵¹ dürfte sich –

²⁴⁶ WEINERT, F. E., Lernübertragung, in: Weinert, F. E., Graumann, C. F., Heckhausen, H., Hofer, M. (HG), Pädagogische Psychologie (Bd. 2), Frankfurt 1974, 687–709, hier 687.

²⁴⁷ Ebd., 687.

²⁴⁸ SCHEWIOR-POPP, S., Lernsituationen planen und gestalten: Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext, Stuttgart 2005, 3ff.

²⁴⁹ KULTUSMINISTERKONFERENZ zit. n. Schewior-Popp, S., Lernsituationen planen und gestalten, 7. Hervorh. MD.

²⁵⁰ WEINERT, F. E., Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit, in: Weinert, F.E. (HG), Leistungsmessungen in Schulen, Weinheim–Basel ³2014, 17-31, hier 27f. Hervorh. MD.

²⁵¹ THIEME, I care. Pflege, 37.

insbesondere in Zeiten des steigenden Erfordernisses von Employability – auch die Popularität des Begriffs Kompetenz verbinden. Denn „[i]m Gegensatz zur reinen Wissensvermittlung steht beim Kompetenzbegriff“ dessen praktische Anwendbarkeit also die *Performanz* im Vordergrund.

„Diese Schwerpunktverschiebung hat u. a. dazu geführt, dass weniger fächerorientiert und stattdessen praxisnäher unterrichtet wird. [...]. Das Ziel von Bildung ist, komplexe Situationen erfassen und analysieren zu können, um dann adäquat zu handeln. In der Berufsbildung spricht man in diesem Zusammenhang auch von *beruflicher Handlungskompetenz*“.²⁵²

zu denen im Bereich der Pflege der Erwerb spezifisch *fachlicher, personaler, sozialer und methodischer* Kompetenzen zählt.

3.2 Ethische Kompetenz

Im Schnittfeld beruflicher Handlungskompetenzen bzw. quer zu diesen liegt nun *die ethische Kompetenz*, die zu erreichen ein Hauptanliegen der Ethik darstellt, zumal diese „sich nicht stellvertretend für handelnde Subjekte moralische Kompetenz anmaßen [kann und soll]“, sondern es gilt, „die Handelnden dazu an[zuleiten, selber moralische Kompetenz zu erwerben und auszuüben“²⁵³. Ein besonderes Hauptaugenmerk liegt dabei darin, dass ethische Kompetenz nicht alleine im Nachdenken besteht, sondern in der konkreten moralischen Handlung sichtbar wird bzw. werden muss. Moralische bzw. ethische Kompetenz umfasst daher im Sinne einer Vermittlung von Moral und Moralität gleichwohl „Einsicht und Besonnenheit im Bereich des Praktischen“, wie auch eine „Entschlusskraft und Verantwortungsbewusstsein“²⁵⁴. „Ihr Ziel erreicht die Ethik aber erst dann, wenn Reflektieren und Handeln eine Einheit bilden und sich Moralität im praktischen Vollzug bewährt. Erst diese Einheit selbstverantwortlichen Verhaltens weist moralische Kompetenz... aus“²⁵⁵.

Insbesondere das Moment der Reflexion bzw. der *reflexiven Fähigkeit* verweist darauf,

²⁵² THIEME, I care. Pflege, 37. Hervorh. MD.

²⁵³ PIEPER, Einführung in die Ethik, 157.

²⁵⁴ Ebd., 38.

²⁵⁵ SCHWERDT, R., Zur philosophischen Grundlegung einer Ethik für die Altenpflege, in: Osterbrink, J. (HG), Erster Internationaler Pflgeethorienkongreß Nürnberg, Bern 1998, 252–260, hier 254.

dass es sich bei ethischem Handeln nicht um ein blindes Befolgen von moralischen Regeln handelt²⁵⁶ und nicht der-/diejenige

„[m]oralische Kompetenz im eigentlichen Sinn besitzt [...], der den geltenden Moralkodex und das gängige Wertesystem fraglos internalisiert hat, [sondern] derjenige, der sich Moralität zum Prinzip seiner Willensbildung und Praxis gemacht hat. Moralisch kompetent kann man nur aus sich selbst und durch sich selbst sein [...]. Wer aus moralischer Kompetenz moralisch handelt, vermag Rechenschaft abzugeben über die Gründe seines Tuns²⁵⁷.

Demnach lässt sich ethische Kompetenz mit der Pflegeethikerin Marianne Rabe in einem umfassenden Sinne als „die Fähigkeit zur *Reflexion, Formulierung und Begründung* der eigenen moralischen Orientierungen“ beschreiben, verbunden mit der „Fähigkeit zum *Erkennen* moralischer Probleme in der eigenen Praxis, [mit] *Urteilkraft, Diskursfähigkeit, [und der] Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, Konflikt- und Kompromissfähigkeit*“; sie umschließt „die *Wachheit* und den *Mut, auch tatsächlich moralisch zu handeln* und für die *Rahmenbedingungen* des eigenen Handelns *Mitverantwortung* zu übernehmen“²⁵⁸.

Ethische Kompetenz bedeutet also die Bereitschaft und die entsprechende Fähigkeit zu *situativem kontextabhängigem Beurteilen von Situationen oder Konflikten*, die sich durch *Komplexität* auszeichnen. Um dies bewältigen zu können, macht sie sich die „*Instrumente, Methoden und Begriffe der philosophischen Ethik* zunutze, die für jede Bereichsethik konstitutiv sind“²⁵⁹.

Im Weiteren – und im Sinne einer strukturierten Ethik – bedeutet ethische Kompetenz nach Körtner außerdem, „gemeinsam mit anderen zu einer begründeten Entscheidung in ethischen Konfliktsituationen [...] gelangen und Menschen bei schwierigen moralischen Entscheidungen beraten [...] [zu] können“²⁶⁰. Dies setzt eine bestimmte Sprachfä-

²⁵⁶ „Eine Altenpflegerin, die sich aus Furcht vor negativen Sanktionen streng an vorgegebene Hygienevorschriften (Regeln) hält, wäre in diesem Sinne nicht moralisch kompetent. Ihre Kollegin jedoch, welche dieselben Vorschriften situationsgerecht in dem Bewusstsein umsetzt, dass sie dadurch die ihr anvertrauten Pflegeheimbewohner vor Infektionen schützen (Sicherheit) und damit sowohl die aktuelle Lebensqualität als auch die zukünftigen Lebenschancen (Freiheit) sichern kann, handelt moralisch kompetent“ LAY, Ethik in der Pflege, 26.

²⁵⁷ PIEPER, Einführung in die Ethik, 38.

²⁵⁸ RABE, Ethik in der Pflegeausbildung, 208f.

²⁵⁹ MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 34.

²⁶⁰ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 111.

higkeit voraus, sich argumentativ über Werturteile und Handlungsbegründungen austauschen – und nach Möglichkeit – mit anderen verständigen zu können.

Neben der Reflexion auf moralische Vorstellungen, Werte und Normen bedarf es auch einer entsprechenden Fachkompetenz des Pflegebereichs: So bedarf es guter Kenntnisse der *rechtlichen Regelungen* und wo diesbezüglich Grenzen im eigenen Kompetenzbereich verlaufen. Zudem erfordert ethisches Handeln auch eine profunde *Sachkenntnis* zu den *Auswirkungen pflegerischen Handelns*, um den Betroffenen im Sinne des *informed consent* eine entsprechende Einschätzung zu möglichen Konsequenzen einer Handlungs- oder Therapieentscheidung zu geben: Vor diesem Hintergrund erweist sich eine Folgenabschätzung hinsichtlich „*individueller* Folgen für die Betroffenen und ihre[r] Angehörigen“, die „*Abschätzung sozialer* Folgen“, eine „*Folgenabschätzung unter Berücksichtigung professioneller Qualitätsstandards* [...] und unter Berücksichtigung von *Wertpräferenzen professioneller Akteure*“ für die Urteilsbildung als hilfreich“²⁶¹.

Im Wesentlichen handelt es sich bei *moralischer Kompetenz* um eine Befähigung zur *Wahrnehmung* moralisch konnotierter Fragen (als Ausdruck einer entsprechenden Achtsamkeit als Haltung); um eine *Sensitivität* (welche Haltung und Wissen verknüpft); um *moralisches Wissen* (deklaratives Wissen an ethischen Begriffen, wie z.B. Normen, ethische Ansätze); *Entscheiden* (als Darstellung des Könnens, im Sinne von implizitem Wissen) und schließlich um *moralisches Handeln* (als Repräsentation der moralischen Kompetenz)²⁶².

Die zentralen Elemente ethischer Kompetenz fassen Riedel et al.²⁶³ als

- „[d]ie Kenntnis ethischer Grundlagen professionellen Handelns,
- die Sensibilität für ethische Konfliktsituationen im Pflegealltag sowie im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Entwicklungen,
- die Identifikation und Analyse konkreter ethischer Fragestellungen,
- Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel,

²⁶¹ FRIESACHER, Orientierung für das Handeln, 260. Hervorh. MD.

²⁶² KEY, M. & MONTEVERDE, S., Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, 161–175, hier 170.

²⁶³ RIEDEL et al., Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege, 164f.

- Diskurs- und Konfliktfähigkeit sowie die Konsensorientierung in der Wahrnehmung und Verantwortung als professionell Pflegende;
- Reflexion und Begründung beruflichen Handelns unter Einbezug ethischer Normierungen der Pflege und der anderen Heilberufe“ zusammen.

Um trotz der hohen Komplexität von Pflege(Situationen) und den vielfältigen moralischen Ansprüchen eine gute und vertretbare Entscheidung treffen und diese auch begründen zu können, bedarf es der kontextabhängigen, ethischen Urteilsfähigkeit, was schließlich neben dem theoretischen und methodischen Fachwissen zentral auch an *Erfahrungswissen bedarf*. Dies ist u.a. jenem Umstand geschuldet, dass es für einen notwendigen, situativ jeweils anders gelagerten Anlass zur Urteilsfindung „keine Handlungsanleitungen oder Checklisten [gibt]. Zur Entscheidungsfindung gehört auch immer Erfahrung (Lebens- als auch Berufserfahrung) und Einfühlungsvermögen und die Erkenntnis, dass nicht alle ethischen Konflikte eine einfache Lösung haben“²⁶⁴. Das Vorliegen und die Anwendung methodischer Entscheidungsfindungsmodelle und der Methoden und Instrumente der Ethik kann „eine Hilfe zur rationalen Argumentation und Nachvollziehbarkeit sein. Sie garantieren aber niemals das richtige und gute Handeln“²⁶⁵.

Mit den in den begrifflichen Bestimmungen enthaltenen Elementen rücken nun sowohl die *theoretische Ausbildung* wie auch der *Lernprozess durch Praxiserfahrung* in den Blick, womit ein zentrales Anliegen dieser Arbeit angesprochen wird: nämlich eine Analyse zum (Empfinden) ethischer Problemstellungen und etwaigen Bedürfnissen zur (besseren) Bewältigung in Alltagssituationen. Wenn daraus Ableitungen für den Ethikunterricht bzw. für die ethische Kompetenzentwicklung erhofft werden, so deshalb, weil dessen primäres und allgemeines Ziel in der „Befähigung zur handlungs- und praxisorientierten ethischen Reflexion [liegt], die zur Entwicklung einer professionellen Haltung beiträgt“²⁶⁶.

²⁶⁴ FRIESACHER, Orientierung für das Handeln, 259.

²⁶⁵ Ebd., 259.

²⁶⁶ RIEDEL et al., Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege, 164.

3.3 Ausbildung und Kompetenzentwicklung in Fragen der Ethik

Um Kompetenzen entwickeln zu können, bedarf es des gezielten Einsatzes entsprechender didaktischer Prinzipien. Denn „Lernprozesse bauen Wissen, Können und Wollen sukzessiv, kumulativ und vernetzend auf und berücksichtigen dabei entwicklungs- und lernpsychologische Gegebenheiten. Neue Lerninhalte werden so systematisch mit bestehendem Wissen verknüpft und nicht lediglich additiv hinzugefügt“²⁶⁷.

Dementsprechend gilt es das Vorwissen, den Kenntnis- und Lernstand der AZB zu berücksichtigen, um sie mit etwaigen Lernzielen und Unterrichtsinhalten nicht zu überfordern. Ein für Lehrende hilfreiches Instrumentarium bieten daher zum einen die unterschiedlichen *Lernzieltaxonomien* (im kognitiven, affektiven und im psychomotorischen Bereich), wie zum anderen auch die Kenntnis um die Entwicklung in verschiedenen *Kompetenzstufen*.

Hinsichtlich der *Kompetenzentwicklung* in den Handlungskompetenzen der Pflege hat die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner²⁶⁸ ein Modell vorgelegt, in dem sie in fünf Stufen die Entwicklung der Lernenden von deren Anfängen bis hin zum Expertentum nachzeichnet, und dabei zugleich die jeweiligen Charakteristika der einzelnen Stufen sowie – diesen entsprechend – methodisch-didaktische Hilfestellungen ausarbeitet. Im Zuge dieser Entwicklung durchlaufen die Lernenden einen Prozess, in dem sie sich vom regelgeleiteten Verhalten²⁶⁹ hin zur ganzheitlich situativen Erfassung eines (Pflege-)Problems entwickeln.

Mit Blick darauf, dass ethische Abwägungen komplexe Situationen darstellen und es zur Vermittlung wichtiger ethischer Prinzipien, Denkweisen und Instrumentarien, geeigneter didaktischer Ansätze bedarf, wird Benners *Stufenmodell zur Kompetenzentwicklung* dargestellt. Anschließend werden für den Ethikunterricht relevante Aspekte und methodische Hilfestellungen diskutiert, wie diese der Ethiker Ulrich Körtner in seinem Buch *Grundkurs Pflegeethik*²⁷⁰ vorgeschlägt.

²⁶⁷ BINDER, T., Aufbauendes Lernen: Beispiel: Ethische Kompetenz. Moralisches Lernen und ethisches Reflektieren, 2012, in: https://lehrerfortbildung-bw.de/u_gewi/religion-ev/gym/bp2004/fb1/9_bspl/3_lern/index.html (30.06.2021).

²⁶⁸ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz.

²⁶⁹ Ebd., 63.

²⁷⁰ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 108ff.

Neben den oben vorgestellten Ansätzen ethischer Theorien soll dieses Modell eine weitere *heuristische Brille* bieten, um den Blick in die empirischen Daten zu leiten, diese zu analysieren und – mit Blick auf implizites Wissen der Befragten – Überlegungen zur ethischen Kompetenzentwicklung ableiten zu können.

3.3.1 Kompetenzentwicklung nach Patricia Benner

Patricia Benner orientierte ihre Forschungen im Pflegebereich am Modell des Kompetenzerwerbs der Brüder Hubert Dreyfus und Stuart Dreyfus²⁷¹, welche dieses im Rahmen ihrer Untersuchungen an Schachspielern und Piloten entwickelten. Demzufolge „durchläuft ein Lernender beim Erwerben und Vertiefen einer Fähigkeit fünf verschiedene Leistungsstufen: Anfänger, Fortgeschrittene Anfängerin/fortgeschrittener Anfänger, Kompetent, Erfahren, Expertenstufe“²⁷². Im (als idealtypisch zu verstehenden) Verlauf dieser Entwicklung verändern sich besonders folgende drei Aspekte der Leistungsfähigkeit:

- So entwickeln sich Lernende „weg vom Befolgen abstrakter Grundsätze hin zum paradigmatischen Rückgriff auf konkrete Erfahrungen“,
- wird eine Situation „immer weniger als die Summe gleich wichtiger Einzelheiten und immer mehr als vollständiges Ganzes“ gesehen und erfolgt schließlich
- die „Entwicklung vom unbeteiligten Beobachter zum engagierten Handelnden. Der Lernende beobachtet die Situation nicht mehr von außen, sondern steht nun in der Situation, ist direkt beteiligt“²⁷³.

In diesem Lern- und Entwicklungsprozess, in dem sich Wissen und Kompetenz bis hin zur Expertise entwickeln, spielen Zeit und Erfahrung eine bedeutsame Rolle: Praxiswissen wird über Erfahrung vermittelt und vice versa das Erfahrungswissen über die Praxis. In diesem Zusammenhang kommt der *Praxiserfahrung*, dem *Praxiswissen* eine hohe Bedeutung zu, wobei erst die Erfahrung ermöglicht, dass Wissen angewendet, vernetzt und

²⁷¹ DREYFUS, S. E., DREYFUS, H. L., A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), USAF, University of California at Berkeley 1980, in: <https://vorakl.com/files/dreyfus/skill-acquisition-1980.pdf> (30.06.2021).

²⁷² BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 57.

²⁷³ Ebd., 57.

wiederum erweitert werden kann, wodurch Können ermöglicht wird. Wissen ist noch nicht gleichzusetzen mit Können. Erst die „*Könnerschaft*“²⁷⁴ zeichnet Expert:innen aus und lässt diese in der Situation *intuitiv* richtig handeln, was ein wesentliches Charakteristikum des Expertenbegriffs ist. Intuition bedeutet, die Situation in ihrer Ganzheitlichkeit und damit auch in ihrem Kontext erfassen zu können. *Expertise* ist eine Qualität *kontextsensiblen* Handelns, was einer rein theoretischen Wissensvermittlung (insbesondere von Wissen mit praktischer Anwendungsbezogenheit) verwehrt bleibt.

Rückschlüsse auf diese Unterschiede wurden Benner durch das gewählte methodische Vorgehen und ihre interpretative Strategie möglich, in dem sie (und ihr Forschungsteam) zahlreiche Interviews mit Pflegenden unterschiedlichen Alters und verschiedener Erfahrungen führte(n). Im anschließend rekonstruktiven Verfahren stellte sie Interviewpassagen zu konkret erlebten, pflegerelevanten Handlungssituationen einander gegenüber. Der Vergleich erbrachte, „wie unterschiedlich die Beschreibung ein und desselben Ereignisses durch eine Anfängerin oder einen Anfänger und durch eine erfahrene Schwester ausfallen kann“²⁷⁵. Während die Erzählungen der Expert:innen ins Geschehen mithineinnehmen, darin keine Einzelheiten geschildert werden, sondern ein flüssiger Redebeitrag unter Anwendung der Fachsprache die Konzentration auf das Wesentliche lenkt, klingen die Situationsbeschreibungen der Anfänger:innen stärker nach Lehrbuch: im Ausdruck eher umständlich, weniger umfassend oder handlungsorientiert lässt sich ihnen eine gewisse Unsicherheit entnehmen; auch ob die Situation evtl. durch eigenes Fehlverhalten zustande gekommen sein könnte. Derartige Rekonstruktionen und Analysen von Situationsschilderungen ermöglichten es Benner schließlich, „Merkmale des Handelns auf jeder Entwicklungsstufe zu beschreiben und allgemein darzustellen, was auf den einzelnen Stufen gelernt und gelehrt werden muss“²⁷⁶.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der entsprechenden didaktischen Prinzipien, können Lernende im Bereich der Pflege unterstützt und entsprechend sozialisiert werden, „klinische[s] Urteilsvermögen [zu] entwickeln, das sich auf Erfahrungen aufbaut“²⁷⁷. So sollen diese nach anfänglicher Ausrichtung ihres

²⁷⁴ NEUWEG, G. H., Könnerschaft und implizites Wissen: Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster ⁴2020.

²⁷⁵ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 60.

²⁷⁶ Ebd., 62; s.a. Kap. 3.3.2.

²⁷⁷ THIEME, I care. Pflege, 40.

Handelns an kontextfreien Regeln und objektivierbaren Informationen zusehends in die Lage versetzt werden, Kontextfaktoren einzubeziehen und sich von feststehenden Regeln zu lösen²⁷⁸, um ein Problem situativ und kontextsensibel erfassen und etwaige Folgen antizipieren zu können.

Um das Konzept mit den weiteren Annahmen zur Ethik in der Pflege für diese Arbeit nutzbar zu machen, werden Benners Erkenntnisse zu den Kompetenzstufen vorgestellt und hinsichtlich der Entwicklung ethischer Kompetenz um Vorschläge des Ethikers Ulrich Körtner²⁷⁹ ergänzt.

3.3.2 Entwicklung ethischer Kompetenz unter Berücksichtigung des Stufenmodells nach Benner

Stufe 1: Anfänger:innen, Noviz:innen

Für Anfänger:innen verläuft das Handeln noch stockend und nach erlernten Regeln: Es werden klare Handlungsregeln wie z.B. Checklisten, Standards etc. benötigt, an denen das Handeln, wie etwa eine spezifische Pflorgetechnik, erlernt werden kann. Das Vorgehen ist orientiert an Regeln und objektiven, messbaren Anzeichen. So kann der Zustand eines Patienten erst nach Kontrolle der Vitalzeichen eingeschätzt werden, was das Handeln in einer Situation einschränkt und unflexibel macht. Die vorrangige Orientierung an Regeln erschwert allerdings die Entscheidung in einer Situation, da Regeln nichts über die Dringlichkeit verschiedener Aufgaben aussagen²⁸⁰. Zwar gelten vorrangig Auszubildende am Beginn ihrer Ausbildung typischerweise als Neulinge, allerdings können auch erfahrene Pflegenden oder Expert:innen auf diese Stufe des Neulings „zurückfallen“, etwa wenn diese den Bereich wechseln und Abläufe und Inhalte neu lernen und internalisieren müssen. Dies wiederum unterstreicht die Rolle der Erfahrung.²⁸¹

Vor diesem Hintergrund bedarf es in der *Ausbildung* klarer, möglichst kleinteiliger Handlungsanleitungen (Handlungsschecklisten), mit denen sich Anfänger:innen ihr Handeln,

²⁷⁸ DARMANN-FINCK, I., Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, in: Hermkes, R., Neuweg, G. H. (HG), Implizites Wissen: Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherungen, Bielefeld 2020, 109–129, hier 112

²⁷⁹ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 108ff.

²⁸⁰ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 63f.

²⁸¹ Ebd., 64.

aber auch das Verständnis für eine Situation Schritt für Schritt erarbeiten können.

Mit Blick auf die *ethische Kompetenz* gilt es den Noviz:innen – so Körtner²⁸² – in der Grundausbildung zu vermitteln, was ein *ethisches Problem* ist, und wie es sich von anderen (z.B. organisatorischen oder pflegerelevanten) Problemen abgrenzt. Demnach liegen die Ziele der Vermittlung auf grundlegenden Begrifflichkeiten, Prinzipien und unterschiedlichen ethischen Konzeptionen sowie den Aufgaben der Pflegeethik.

Stufe 2. Fortgeschrittene Anfänger:innen

Für fortgeschrittene Anfänger:innen besteht die Welt nicht mehr nur aus Regeln, sondern aus Situationen. Die in wiederkehrenden Situationen enthaltenen bedeutungsvollen, situativen Bestandteile werden erkannt und bewältigt, wobei die Lernenden in der Situation entscheiden müssen, welche Regel es anzuwenden gilt und wie die Handlung ablaufen kann. Wenn zwar vieles noch fremd ist und die Situation nicht in ihrer Gesamtheit erfasst werden kann, so können fortgeschrittene Anfänger:innen zumindest einen Teil der Situation aufnehmen. Dies erfordert vorhergehende Erfahrungen mit bzw. die erprobte Anwendung in realen und in ähnlichen Situationen (z.B. im Praktikum). Insofern nur Teile einer Situation aufgenommen werden können, macht es für den Lernprozess Sinn, konkrete Handlungsvorschriften zu formulieren, wie etwa die Beobachtung bestimmter Merkmale in einer Situation, um erste Zusammenhänge kennenzulernen (z.B. Gesichtsfarbe und Vitalzeichen). Anfänger:innen und Fortgeschrittene müssen sich noch stark auf Regeln konzentrieren, was eine solide Anleitung (z.B. durch Praxisanleiter:innen (PAL) oder Mentor:innen) erforderlich macht²⁸³.

Fortgeschrittene Anfänger:innen (im 2. und 3. ABJ) kennen aufgrund ihrer Praxiserfahrung bereits einige Situationen, konnten diese auch bewältigen und (er)kennen daher über das theoretische Grundwissen hinaus die wiederkehrenden bedeutungsvollen Bestandteile einer Situation hinsichtlich ihrer ethischen Komponente; sie sind in der Lage, *das ethische Problem beschreiben* zu können. In der Ausbildung gilt es daher die AZB anhand von Fallbeispielen in ethische Kompetenzen einzuüben²⁸⁴.

²⁸² KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 112.

²⁸³ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 64ff.

²⁸⁴ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 112.

Stufe 3: Kompetente Pfl egende

Kompetente Pfl egende, die etwa 2-3 Jahre in einem Bereich Erfahrung haben, handeln bewusst und planvoll; sie können Handlungen auf längerfristige Ziele ausrichten, da ihnen die Bedeutung bewusst ist. Sie sind in der Lage, eine Situation ohne Regelwerk einschätzen, analysieren, priorisieren und entscheiden zu können, wofür dann auch Verantwortung übernommen wird. Kompetente entwickeln Handlungsmaximen und Strategien, um auf spontane Änderung der Situation – wenn zwar noch nicht ganz so schnell und flexibel – reagieren zu können. „Das bewusste, überlegte Planen, das charakteristisch für diese Fähigkeitsstufe ist, ermöglicht ein effizientes und organisiertes Arbeiten“²⁸⁵. Um die Kompetenzentwicklung zu fördern ist es sinnvoll, mit den Lernenden dieser Stufe frei erfundene Problemlagen oder Koordinierungsübungen durchzuspielen, die Entscheidungen erfordern²⁸⁶.

Ihre *Ethikkompetenz* können kompetente Pfl egende durch die Teilnahme an solchen (möglichst regelmäßig stattfindenden) Veranstaltungen schulen, in denen Fallbeispiele – etwa aus eigener Praxiserfahrung oder solchen aus der Literatur entnommenen – diskutiert und simuliert werden. Sie werden so nicht nur in die Lage versetzt, „ethische Probleme rückblickend zu analysieren und die Einzelaspekte ethisch zu gewichten sowie Handlungsalternativen ethisch zu begründen, sondern können auch vorausschauend die ethischen Aspekte und die ethischen Konflikte, die sich aus der weiteren Entwicklung eines konkreten Falles ergeben könnten, in die Planung ihres Handelns einbeziehen“²⁸⁷.

Stufe 4: Erfahrene Pfl egende

Auf der Stufe der *Erfahrenen* sind Pfl egende mit etwa 3-5 Jahren Erfahrung in der Lage, eine (Pfl ege)Situation nicht mehr nur als Zusammensetzung einzelner Teile, sondern im Ganzen zu begreifen. Ihr Handeln ist an Maximen ausgerichtet, was den Fokus auf das Wesentliche lenken lässt und wodurch ein intuitiv richtiges Erkennen der Situation möglich ist. Auch wenn es einen kurzen Moment des Nachdenkens bedarf (ohne die Situation als Ganzes durchdenken zu müssen) präsentiert sich die Situation deutlich und es können Abweichungen von einer Normalsituation erkannt werden. Entscheidungen

²⁸⁵ BENNER, Stufen zur Pfl egekompetenz, 67.

²⁸⁶ Ebd., 68.

²⁸⁷ KÖRTNER, Grundkurs Pfl egeethik, 112.

können so leichter getroffen werden. „Diese auf Erfahrung beruhende Fähigkeit, Situationen als Ganzes wahrzunehmen, versetzt erfahrene Pflegende in die Lage, Abweichungen vom Erwarteten und Normalen unmittelbar zu erkennen“²⁸⁸.

In der *Aus- bzw. Fortbildung* gilt es für diese Lernenden Erfahrungsräume zu schaffen, in denen sie anhand von weiteren Fallbeispielen Situationen vollständig und kontextualisiert erfassen üben und unterschiedliche Perspektiven einnehmen können. Im Rahmen eines induktiven Vorgehens und ausgehend von einer (klinischen) Situation könnten sie dann ihr Verständnis für die Sache schildern: Taucht dabei eine Überforderung auf, so stellt dieses neues Lernpotential dar. Als Fallbeispiele bieten sich auch eigene Erfahrungen an, in dem das Handeln entweder Wesentliches für Patienten bewirkt hat oder in denen man mit dem Handeln nicht zufrieden war²⁸⁹.

Ähnliches gilt für den Bereich der *Ethik*, wenn erfahrene Pflegende über ethische Maximen und ein tiefer gehendes Verständnis der Gesamtsituation verfügen, welches sie u.a. aus Erfahrungen zu Ethikgesprächen kennen. Die Verfahrensregeln eines ethischen Diskussionsprozesses sind ihnen vertraut und sie erkennen, ob ein Einzelfall von der Regel abweicht. Sie können „im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit [...] auch mit ethischen Grenzfällen kompetent umgehen. Sie haben Erfahrung mit ethischen Dilemmata und den Grenzen glatter ethischer Lösungen, an denen Verantwortungsübernahme nicht frei von moralischer Schuld ist“²⁹⁰. Um diese Kompetenzen weiter zu stärken, sind neben Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Pflegeethik regelmäßige „Rounds“ empfohlen, um eigene Praxisbeispiele zu diskutieren²⁹¹.

Stufe 5: Expert:innen

Pflegeexpert:innen der letzten Stufe erfassen und handeln in einer Pflegesituation flexibel, intuitiv²⁹² und (per definitionem) richtig.²⁹³ Die Situation wird bewältigt, da auf das

²⁸⁸ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 69.

²⁸⁹ Ebd., 70f.

²⁹⁰ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 113.

²⁹¹ Ebd., 113.

²⁹² Die Intuition entspricht somit einem sehr raschen Handeln, im Sinne des Erfassens einer Situation und als spontane, kontextsensitive Handlungsfähigkeit.

²⁹³ Wenn Expert:innen Fehler machen, fallen sie zurück auf die vorige Stufe, von wo aus sie sich über Erfahrungs-, Lern- und Reflexionsprozesse dem Expert:innenstatus wieder annähern können. Dabei verwenden auch sie wieder regelorientierte und analytische Problemlösestrategien, was jedoch einen Ver-

Wesentliche Bezug genommen werden kann, ohne auf Fakten- und Regelwissen bzw. dessen analytische Zerlegung angewiesen zu sein. Das Handeln wurde internalisiert und steht nun, ohne vorher Nachdenken zu müssen, im Einklang mit der Situation.

Der Wissensbestand von Expert:innen lässt sich mit Michael Polanyi²⁹⁴ als „*implizites Wissen*“, oder mit Donald A. Schön als ein „*knowing in action*“²⁹⁵ bezeichnen. Weil dieses Wissen implizit vorhanden ist, können Expert:innen ihr Handeln bzw. etwaige Begründungen dafür schwer in Worte fassen, sie argumentieren mit der „Sicherheit ihrer Wahrnehmung“²⁹⁶, also damit, dass ihnen eine Handlung in der Situation die richtige schien. In der Vermittlung stellt dies vor das sogenannte Explikationsproblem: Wenn Expert:innen nicht in der Lage sind, ihre Expertise zu erklären, so erschwert bzw. verunmöglicht dies die Weitergabe ihres Wissens.

Daher könnte es ein Anliegen für die Ausbildung sein, dass Expert:innen gemeinsam mit anderen eine beschreibende Sprache zu ihren Beobachtungen und ihrem Wissen entwickeln, sodass sie mit ihrem klinischen Urteilsvermögen und dem Umgang mit komplexen Problemen den Lernenden vorangehender Kompetenzstufen beratend zur Seite stehen können²⁹⁷.

Auch in Fragen der *Ethik* sind *Expert:innen* „in der Lage, ethische Probleme intuitiv zu erfassen und [...] in einem größeren Kontext zu interpretieren. Sie sind auch ausgwiesenermaßen für die Mitarbeit in Ethikkommissionen und Klinischen Ethikkomitees qualifiziert“²⁹⁸. Diese Qualifikation kann durch Angebote beruflicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Pflegeethik (außeruniversitäre Lehrgänge, Hochschullehrgänge oder durch Schwerpunktsetzung in einem pflegewissenschaftlichen Studium) gefördert und gestärkt werden²⁹⁹.

lust der Qualität ihrer Arbeit bedeutet: „Wenn nämlich diejenigen, die sich auf den beiden höchsten Stufen befinden, sich in ihrem Handeln auf bestimmte Einzelheiten oder formale Modelle und Regeln stützen sollen, verliert ihre Arbeit an Qualität“. BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 76.

²⁹⁴ POLANYI, M., *Implizites Wissen*, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt ²2016.

²⁹⁵ SCHÖN, D. A., *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York 1983, 49ff.

²⁹⁶ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 72.

²⁹⁷ Ebd., 73ff.

²⁹⁸ KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 113.

²⁹⁹ Ebd., 113.

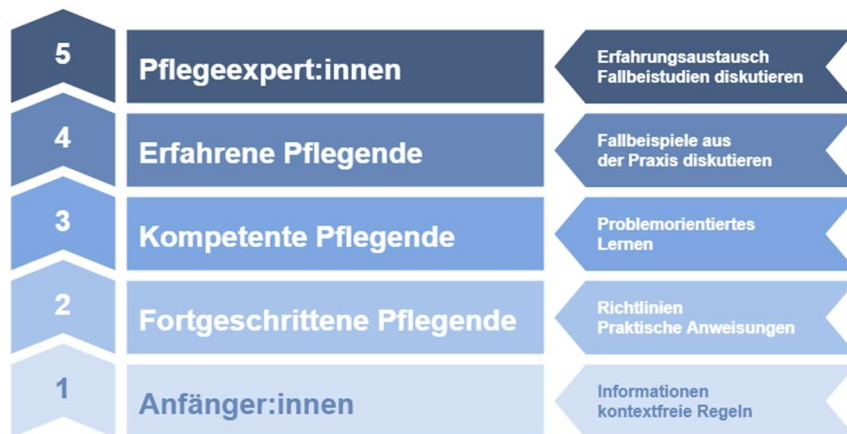


Abbildung 2 Kompetenzstufen nach Patricia Benner
(eigene Darstellung, nach ORTMANN-WELP³⁰⁰)

3.3.3 Pflegehandeln und die Bedeutung des praktischen und des impliziten Wissens

Wie im Kompetenzstufenmodell – und dort insbesondere auf der fünften Stufe – deutlich sichtbar wird, kommt dem Erfahrungs- und Praxiswissen, wie auch dem impliziten Wissen, eine hervorgehobene Bedeutung zu. Dies ist auch für den Bereich der Pflege von Relevanz, wie im Folgenden kurz skizziert wird.

Dem praktischen Wissen wurde lange Zeit keine oder kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Von Relevanz sind Lernerfahrungen der Praxis jedoch insofern, als es durch die Begegnungen mit vielen realen Situationen zur Verfeinerung vorgefasster Vorstellungen und Theorien kommt: So können sich zum einen (erlernte) Fähigkeiten mit zunehmender Erfahrung qualitativ verändern (siehe Kompetenzstufen) und können auch Theorien vice versa eine Bereicherung erfahren. Denn „Theorien haben das zum Inhalt, was explizit gemacht und in Formeln gefasst werden kann, die Praxis ist jedoch immer vielschichtiger und durch eine vielgestaltigere Wirklichkeit geprägt, als sie durch Theorien allein erfasst werden kann. [...] Erst der Dialog zwischen Theorie und Praxis eröffnet Pflegenden den Zugang zu verfeinerten Sichtweisen.“³⁰¹

In diesem Sinne werden auch theoretische Fragestellungen und Ansätze von praktischen Erfahrungen und Wahrnehmungen bereichert, was jedoch erfordert, dass Praxiswissen

³⁰⁰ ORTMANN-WELP, E., Forumdiskussionen für die Kompetenzentwicklung – Vorstellung einer Evaluation, 2016, in: <http://lehr-instrumente.de/?p=395> (20.06.2021).

³⁰¹ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 75.

erforscht und dokumentiert wird. Solange dies nicht der Fall ist, „wird ein wichtiges Glied in der Entwicklung der Pflegetheorie fehlen“³⁰².

Wenn implizites Wissen sich nun dadurch auszeichnet, dass es „*erfahrungsgebunden*“, „*in actu implizit*“ und weder „*verbalisierbar*“ noch „*formalisierbar*“ ist³⁰³, so gewinnt Lernen am Modell oder die Anwendung in praktischen (Lern)Sequenzen – wie etwa im Dritten Lernort, wo explizites Wissen implizit werden kann – an Bedeutung.

Damit Wissen implizit werden kann, müssen „im praktischen Pflegehandeln unterschiedliche Formen der Erkenntnisbildung und des Wissens miteinander verknüpft werden [...], um der Komplexität der Handlungsanforderungen gerecht werden zu können“³⁰⁴, was einen hohen Anspruch darstellt. Dem impliziten Wissen der Pflegenden wird „das Potenzial zugeschrieben, auf der Basis eines sinnlich-leiblichen Zugangs zum zu pflegenden Menschen in vielschichtigen Pflegesituationen intuitiv schnell das Richtige zu tun“, was wiederum als eine „Voraussetzung für eine subjektorientierte Pflege“ gilt³⁰⁵.

Die Pflegewissenschaftlerin Ingrid Darmann-Fink nennt für den Kontext des pflegerischen Handelns drei relevante *Handlungsbegriffe*, in denen jeweils *implizites Wissen* verortet werden kann. Diese kurz vorzustellen steht nicht im Widerspruch zu Benners Kompetenzmodell, sondern ermöglicht im Gegenteil, das dort auf der Expertisestufe als bedeutsame betonte implizite Wissen näher zu verdeutlichen und zu konkretisieren. Zudem werden mit den drei Handlungsbegriffen jeweils auch *ethische Aspekte* berührt, die das Anliegen dieser Arbeit unterstreichen:

Pflegehandeln auf Basis der kognitiven Operationen des Planens und der Problemlösung

Damit sind Handlungen angesprochen, die *zielorientiert geplant, hierarchisch sequenziell und schrittweise reguliert* ablaufen. Exemplarisch dafür nennt Darmann-Fink das dem Pflegeprozess zugrundeliegende Handlungsverständnis, das als systematisches Verfahren eines bedarfsorientierten „Problemlösungsprozesses“³⁰⁶ beschrieben werden kann.

³⁰² BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz, 76.

³⁰³ NEUWEG, G. H., Implizites Wissen als Forschungsgegenstand, in: Rauner, F. (HG), Handbuch Berufsbildungsforschung, Bielefeld 2006, 581–588, hier 581ff.

³⁰⁴ DARMANN-FINCK, Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, 110.

³⁰⁵ Ebd., 109.

³⁰⁶ Ebd., 111.

Implizites Wissen spielt darin etwa mit Blick auf die *Ganzheitlichkeit* eine Rolle oder hinsichtlich der in der Patientenbeobachtung relevanten Deutung von *Mimik und Gestik*. Eine rein deduktive Anwendung von Wissen, etwa gestützt durch Assessmentinstrumente, könnte bedeutsame individuelle Bedarfslagen, Schmerzen, Ressourcen etc. ausblenden.

Pflegehandeln auf Basis impliziten Wissens

Für diesen pflegerischen Handlungszugang – der auch dem Bennerschen Modell nahesteht – stellt die „*Lebens-, Wahrnehmungs- und Erfahrungswelt*“ der *Pflegebedürftigen* den „Ausgangspunkt einer subjektorientierten Pflege“ dar. In diesem Sinne gilt ein „[s]innlich-leiblicher, praktischer Zugang zur individuellen Situation eines Menschen“ konstitutiv für die Pflege“, was „rational-analytische Vorgehensweisen“³⁰⁷ deswegen nicht ausschließt. Für diese Denkweise existieren unterschiedliche theoretische Hintergründe (u.a. die Praxeologie des franz. Soziologen Pierre Bourdieus), denen die Annahme gemein ist, dass sich Pflegehandeln wesentlich durch „*Könnerschaft*“³⁰⁸ und durch *Expertenhandeln*³⁰⁹ auszeichnet. Damit ist „ein nicht-diskursives, körperlich-leibliches Verstehen, das auf inkorporiertem, nicht oder nur sehr bedingt verbalisierbarem Wissen beruht und in der Interaktion zwischen den Beteiligten entsteht“ gemeint³¹⁰.

Um dieser (impliziten) Wissensform zu ihrer Berechtigung und ihrer erforderlichen Aufmerksamkeit zu verhelfen, bedarf es der Bewusstmachung im Rahmen reflexiver Prozesse, wie etwa mit Bezug auf Donald A. Schöns³¹¹ „*reflection in action*“ bzw. auch „*reflection on action*“ zum Beispiel dann, wenn eine Handlung nicht zum Erfolg geführt hat. Daher wären Aus- und Fortbildungen auch dahingehend zu öffnen, dass der bewussten Reflexion auf implizites Wissen Raum gegeben werden kann³¹².

Pflegehandeln unter Bedingungen wechselseitiger Anerkennung des Gegenübers, dessen Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit

In einem weiteren, von Heiner Friesacher (2008) entwickelten Handlungsbegriff nimmt

³⁰⁷ DARMANN-FINCK, Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, 112.

³⁰⁸ NEUWEG, Könnerschaft und implizites Wissen.

³⁰⁹ BENNER, Stufen zur Pflegekompetenz.

³¹⁰ DARMANN-FINCK, Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, 112.

³¹¹ SCHÖN, The Reflective Practitioner.

³¹² DARMANN-FINCK, Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, 113.

dieser Bezug auf Vertreter der Kritischen Theorie, um damit (wie auch in den Care-Ethics) u.a. auf jene *Macht- und Herrschaftsstrukturen*, die dem Pflegegeschehen aufgrund von Abhängigkeitsbeziehungen inhärent sind, zu reflektieren. Auf der Basis von Jürgen Habermas' Arbeiten zu Max Horkheimers *Kritik der instrumentellen Vernunft* und Axel Honneths *Theorie der Anerkennung* gilt es eine argumentativ konsensuelle Vernunft zu etablieren, bei der „Annahmen im herrschaftsfreien Diskurs auf Gültigkeit hin überprüft“ werden und auf deren Basis Pathologien eines instrumentell verengten Pflegebegriffs entlarvt werden können³¹³. Dieses implizite praktische Wissen um Abhängigkeitsstrukturen einer nicht reziproken Pflegebeziehung sowie einer möglicherweise fehlenden Selbstbestimmung, soll Missachtungsverhältnisse vermeiden helfen³¹⁴.

Damit lässt sich festhalten, dass neben dem rational-analytischen, kognitiven Ansatz weitere Wissensbegriffe und -bestände des pflegerischen Handelns, wie jener des impliziten Wissens relevant sind. Implizites Wissen hat jedoch – insbesondere angesichts des „wachsenden pflegewissenschaftlichen Wissenskorpus sowie [der] Übersetzung dieses Korpus in Leitlinien und Pflegestandards“ keinen hohen Stellenwert; es wird gerne „als ‚unwissenschaftlich‘ oder ‚naiv‘ und sogar als Gefährdung für die Sicherheit der zu pflegenden Menschen diskreditiert“³¹⁵. Zwar können Fehltritte, die auf implizitem Wissen basieren, nicht ausgeschlossen werden; dennoch gilt es diese Wissensform neben anderen Wissensformen in die Aus- und Fortbildung aufzunehmen und AZB darin zu schulen: „Für die Pflegeausbildung resultiert daraus nicht nur die Notwendigkeit, implizites Wissen bzw. die Fähigkeit aufzubauen, implizit zu situations- und subjektangemessenen Urteilen zu gelangen, sondern auch ein Bewusstsein von den unterschiedlichen Wissensformen zu vermitteln und pflegerische Erfahrung stets mit Reflexion zu verknüpfen.“³¹⁶ Denn „[I]etztlich sind beide Handlungslogiken für die Pflege relevant und müssen in der praktischen Pflege miteinander verknüpft werden“³¹⁷.

Dem *impliziten ethischen Erfahrungswissen* gilt – wie eingangs beschrieben – ein wichtiges Forschungsinteresse dieser Arbeit: Im Rahmen von Praktikumsreflexionen und

³¹³ FRIESACHER, H., *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*, Göttingen 2008, 267ff. s.a. DARMANN-FINCK, *Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung*, 114.

³¹⁴ DARMANN-FINCK, *Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung*, 114f.

³¹⁵ Ebd., 110.

³¹⁶ Ebd., 110.

³¹⁷ Ebd., 113.

qualitativer, episodischer Interviews mit Auszubildenden und Expert:innen, soll(en) implizite(s) Wissen(sbestände) erhoben, mit der dokumentarischen Methode rekonstruiert und auf Bedarfe und Bedeutung hin untersucht werden. Ein derartiges Forschungsvorhaben erfordert schließlich auch eine solide Auseinandersetzung mit Methoden und (deren) Methodologie, welche nun in Kap. 4 vorgestellt werden.

4 Methodisches Design und Methodologie

Das Erkenntnisinteresse hinsichtlich der Wahrnehmung und Bearbeitung ethischer Herausforderungen und Dilemmata und das Interesse am impliziten, praxeologischen Wissen, welches den Handlungsroutinen erfahrener Pfleger zugrunde liegt, erfordert ein Vorgehen mit *qualitativen Methoden*. Die Arbeit ist daher in der *interpretativ-rekonstruktiven Sozialforschung* verortet und sieht eine *Triangulation*³¹⁸ vor, die hinsichtlich des *Datenmaterials* aus schriftlichen Praktikumsreflexionen von und Gruppendiskussionen mit *Auszubildenden*, mit einer Gruppendiskussion von *Absolvent:innen* sowie aus *episodischen Interviews* mit längerjährig in der Praxis tätigen *Pfleger:innen* besteht. Die Auswertung wurde mit der *dokumentarischen Methode* durchgeführt, um die in den Narrativen und in den (geschilderten) Praxissituationen enthaltenen Herausforderungen, Konflikte, Dilemmata, Bearbeitungsstrategien und Bedürfnisse, das damit verbundene implizite, praxeologische Wissen sowie Deutungs- und Argumentationsmuster rekonstruieren zu können.³¹⁹

Der Ansatz der rekonstruktiv verfahrenen Sozialforschung geht auf die von Peter L. Berger und Thomas Luckmann getroffene Annahme einer „gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit“ zurück³²⁰. Diese Wirklichkeitskonstruktionen werden von uns selten bewusst vorgenommen, sondern sie sind uns *inkorporiert* und sind Teil unseres (*alltäglichen*) *Routinehandelns*. Daher ist „[d]as Wissen, das die Akteure über ihre habitualisierte Handlungspraxis haben [...] ein ‚implizites Wissen‘ (Polanyi 1985), d.h. ein Wissen, das ihnen, wie Giddens (1988) sagt, im Modus des ‚praktischen Bewusstseins‘ gegeben ist – im Unterschied zum *diskursiven Bewusstsein*. Praktisch ist das Bewusstsein insofern,

³¹⁸ Insbesondere kann auf eine Triangulation der *Datensorten* (Reflexionen und Qualitative (Gruppen-) Interviews), auf jene Triangulation, die in *episodischen Interviews* aufgrund der Kombination von Erzählreizen und Fragen enthalten ist („within methods“), wie auch auf die Theorien-Triangulation (ethische Kompetenzentwicklung, theoretische Begründungsmuster und implizite Wissensbestände) verwiesen werden. FLICK, U., Triangulation, in: Oelerich, G., Otto, H.-U. (HG), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*, Wiesbaden 2011, 323–328, hier 324.

³¹⁹ SCHMIDT, V. H., Soziologische Gerechtigkeitsanalyse als empirische Institutionenanalyse, in: Müller, H.-P., Wegener, B. (HG), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit*, Opladen 1995, 173–194, hier 173ff.; s.a. DAMMAYR, *Legitime Leistungspolitiken*, 98 ff.; für eine Übersicht siehe Abbildung 3.

³²⁰ BERGER, P. L., LUCKMANN, T., *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*, Frankfurt ⁵1977.

als die Akteure wissen, was sie tun müssen, um auf sozial akzeptable Weise zu handeln.“³²¹ Die empirische Sozialforschung zielt darauf, diese Wirklichkeitskonstruktionen sowie die „impliziten Wissensbestände und [...] impliziten Regeln sozialen Handelns“³²² zu rekonstruieren; sie bemüht sich somit „um einen verstehenden Nachvollzug der Relevanzstrukturen, die dem Handeln der Akteure zugrunde liegen.“³²³

Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Fokus neben der Erhebung von *Herausforderungen durch ethische Fragen* und einer damit verbundenen *Bedarfsanalyse* hinsichtlich ethischer Kompetenz unter anderem auf der Rekonstruktion jenes *impliziten Wissens*, das die Akteur:innen, insbesondere Pflegeexpert:innen, in ethisch herausfordernden Situationen zur Anwendung bringen. Somit stehen jene Fragen, wie sie die Herausforderungen wahrnehmen und bewältigen und danach, wie sie zu einer begründeten, für sie stimmigen Entscheidung kommen im Vordergrund. Eine solche methodische Herangehensweise, die bei der Alltagserfahrung der Pflegenden ansetzt, ist mit ebendieser methodologisch zu begründen, zumal „[e]s [...] keinen Zugang zu Moral und Ethik unter Umgehung der Erfahrung [gibt]. Deshalb kann es hilfreich sein, beim Nachdenken über fachethische Fragen immer wieder an die Ebene der Alltagsintuition anzuknüpfen und sich vom spontanen Gewissensurteil aus, auf die Ebene der systematischen Argumentation vorzuarbeiten.“³²⁴

Wenn also „alles Nachdenken über Ethik [...] mit moralischer Erfahrung [beginnt]“³²⁵ so ist es zugleich jene Alltagserfahrung, die hinsichtlich moralischer Fragen im Bereich der Pflege von hoher Relevanz ist. Diese Alltäglichkeit – sowie die damit verbundenen Phänomene der Überforderung und von moralischem Stress – motiviert dazu, diese *Praxiserfahrungen* aufzugreifen und sie den Betroffenen schildern zu lassen. Damit sollen *ethische Begründungen und Argumentationen* nicht „nur“ auf Basis von (für die Vermittlung sehr wertvollen!) theoretischen Fallbeispielen oder auf der für AZB eher abstrakten Themen, wie der Sterbehilfe, der end-of-life Decisions, der Therapieentscheidung oder

³²¹ MEUSER, M., Rekonstruktive Sozialforschung, in: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (HG), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, Opladen – Farmington Hills ³2011, 140–142, hier 140, H.i.O;

³²² Ebd., 140.

³²³ Ebd., 141; MENSCHING, A., Einführung in Grundlagen der dokumentarischen Methode. Vortrag im Rahmen der Spring School Qualitative Datenanalyse, 9.-10. April 2015, Tübingen 2015; DAMMAYR, Legitime Leistungspolitiken, 98.

³²⁴ STEINKAMP, GORDIJN, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung, 41.

³²⁵ Ebd., 37.

der Pränataldiagnostik etc. diskutiert werden, sondern soll auf diese Weise ein möglichst realistisches Bild der Herausforderungen und etwaiger Bedarfe hinsichtlich ethischer Kompetenz vermittelt werden.

4.1 Erhebungsmethoden

Um den AZB für ihre Schilderungen wie auch den Gesprächspartner:innen in den qualitativen Interviews den Raum für eigene Relevanzsetzungen zu geben, war ein Vorgehen mit möglichst *offenen, nur teilstandardisierten* Methoden erforderlich.

Als empirische Grundlage dienten daher *Praktikumsreflexionen* von Auszubildenden des 2. Jahres der PFA-Ausbildung, die diese im Zeitraum von Dezember 2020 bis März 2021 verfasst haben. Mit einigen der AZB wurde im Anschluss an die Reflexion (April 2021) auf freiwilliger Basis eine *Gruppendiskussion* geführt, um die Eindrücke und Erfahrungen aus dem Praxisalltag im direkten Gespräch weiter zu vertiefen.

Für ein weiteres *Gruppeninterview* (April 2021) und ein episodisches Interview standen insgesamt fünf *Absolvent:innen* zur Verfügung, die ihre PFA-Ausbildung im Herbst 2020 abgeschlossen haben und mittlerweile im Praxisalltag angelangt sind. Schließlich konnten weitere sieben *episodische Interviews* mit erfahrenen und längerjährig tätigen Praktiker:innen aus verschiedenen Settings der stationären und mobilen Akut- und Langzeitpflege, durchgeführt werden. Insofern diese bereits über einige Jahre Praktikumserfahrungen in ihren Bereichen verfügen, können sie im Bennerschen Sinne als Expert:innen verstanden werden. (Für einen Überblick des Samples siehe Anhang A).

4.1.1 Praktikumsreflexionen der Auszubildenden

In schriftlich zu verfassenden *Praktikumsreflexionen (PR)* wurden die AZB gebeten, eine möglichst *dichte Beschreibung* ihrer Praxiserfahrungen, insbesondere hinsichtlich ihrer Erfahrung von ethischen Fragen, Problemen oder Dilemmata zu geben. Die Form der Praktikumsreflexion verfolgte dabei zugleich zwei Aspekte: So sollten diese die AZB darin unterstützen, ihre Beobachtung und Wahrnehmung ethischer Probleme in der Praxis zu schärfen sowie zugleich – da die Reflexionen zu verschriftlichen waren – sich in sprach-

licher Kompetenz und reflexivem Urteilsvermögen einzuüben. Zugleich erfahren Lehrende über die aus der beruflichen Alltagserfahrung stammenden Reflexionen, vom individuellen oder allgemeinen Unterstützungsbedarf. Sie können Herausforderungen besser erkennen, dementsprechend darauf reagieren und Selbstlernprozesse besser begleiten.

Um das reflexive Vermögen der AZB zu fördern, wurde ein kurzer Leitfaden erstellt, der entsprechende Schwerpunkte einzufangen suchte: So wurde nach einer detaillierten *Situationsbeschreibung* (inkl. involvierter Personen) und der *Begründung für die Auswahl* gefragt, was an der Situation *schwierig empfunden* und wie sie *erlebt* wurde. Weitere Fragen zielten auf die *Lösungs- und Bearbeitungsstrategien*, ob, und wenn ja welchen *Unterstützungsbedarf* es gab und endete schließlich mit einer Frage nach etwaigem *Lerngewinn* sowie danach, was es zur *Bewältigung* solcher Anforderungen bräuchte.

Im Sinne der Offenheit und Relevanzsetzung waren die AZB nicht angehalten, (checklistenartig) alle Fragen zu beantworten, sondern konnten eigene Schwerpunktsetzungen und Weiterführungen vornehmen. 14 AZB stellten ihre schriftlichen Reflexionen in pseudonymisierter Form für diese Arbeit zur Verfügung.

4.1.2 Gruppeninterviews mit Auszubildenden und Absolvent:innen

In einem weiteren Schritt wurde je ein Gruppeninterview mit AZB und ABS:innen durchgeführt, an dem jeweils vier Personen freiwillig teilnahmen.

Die Durchführung von Gruppeninterviews schien deshalb sinnvoll, da diese (stärker als Einzelinterviews) den lebensweltlichen sozialen Kontext als Informationsquelle berücksichtigen und versuchen, die „kollektiv verankerten Orientierungen dieser Gruppe zu ergründen“³²⁶. Die Mitglieder könnten auf gemeinsame Erlebnisse und – etwa hinsichtlich der Vorbildung und im Erleben ethischer Herausforderungen – geteilte oder ähnliche Erfahrungen zugreifen. Dass sich die Mitglieder der Gruppe daher „unmittelbar [verstehen], ohne dass Aussagen von den Gruppenmitgliedern interpretiert werden müssen“

³²⁶ HALBMAYER, E., SALAT, J., Einzel- vs. Gruppeninterviews/Diskussionen, 2011, in: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-33.html> (20.04.2021).

soll „eine selbstläufige und narrative Diskussion“ ermöglichen, in der jeweils eigene thematische Schwerpunkte und Relevanzsetzungen vorgenommen werden. Gruppeninterviews zielen auf die Rekonstruktion der „zweiten Sinnenebene“, „auf tieferliegende latente Sinnstrukturen“³²⁷, die sich auf erlebte Praxis und das implizite Alltagswissen beziehen kann.³²⁸

Die Gruppendiskussion soll die Teilnehmer:innen dazu anregen, über ihr Erlebtes nachzudenken, eigene und geteilte Erfahrungen zu reflektieren und jene, als ethische Herausforderung erlebten Situationen zur Sprache zu bringen. Dabei konnten im Gruppeninterview mit den AZB auch jene Erfahrungen zur Sprache gebracht und mit entsprechenden Frageimpulsen vertieft werden, welche diese in ihren Reflexionen thematisiert haben.

4.1.3 Episodische Interviews mit Expert:innen

Um zu erfahren, wie langjährig Pflegende mit ethischen Dilemmata umgehen, wie sie diese bewerten, nach welchen Kriterien sie eine Bewertung und (Handlungs-)Entscheidung herbeiführen, auf deren Basis sie eine Situation bearbeiten, wurden *episodische Interviews* mit Expert:innen aus verschiedenen Settings der Pflege durchgeführt. Als Expert:innen werden dabei Pflegende im Sinne des Kompetenzstufenmodells von Benner verstanden, die bereits über mehrjährige Erfahrung in einem bestimmten Pflegebereich verfügen. Für die Interviews konnten auch Pflegende gewonnen werden, die sich an der Schnittstelle von Ethiktheorie und Praxis befinden, eine weiterführende Ethikausbildung genossen haben und/oder dieses Fach unterrichten oder die als Mitglied eines Ethikkomitees tätig sind.

Bei episodischen Interviews handelt es sich um eine *methodeninterne Triangulation*, die auf Basis eines semi-strukturierten Leitfadens eine Kombination von offener Befragung und Erzählung vorsieht. Die Methode zielt auf die Erhebung von *subjektivem Wissen* (se-

³²⁷ STEINHARDT, I., Unterschiede zwischen Fokusgruppe und Gruppendiskussion, 2018, in: <https://sozmethod.hypothesos.org/552> (05.11.2020).

³²⁸ s.a. BOHNSACK, R., PRZYBORSKI, A. & SCHÄFFER, B., Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung, in: Bohnsack, R., Przyborski, A., Schäffer, B. (HG), Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis, Opladen–Farmington Hills ²2010, 7–24, hier 7ff.

semantisches Wissen) und *subjektiven Erfahrungen* (episodisches Wissen): „Während semantisches Wissen um Begriffe und ihre Beziehungen untereinander herum aufgebaut ist, besteht episodisches Wissen aus Erinnerungen an Situationen. Ersteres ist am besten über Fragen und Antworten zu erheben, letzteres eher über Erzählanstöße und Erzählungen“³²⁹. Auf diese Weise sollen erlebte moralische Probleme oder Konflikte in den Blick kommen, und wie diese beschrieben und bearbeitet wurden. In den Interviews sollte daher mit der Frage, welche Anforderungen die Pflegenden diesbezüglich an sich gestellt sehen und wie sie diese Situationen ggf. bearbeiten, „das Moment der situativen Verhandlung sozialer Wirklichkeit stärker in den Blick“ rücken³³⁰; es sollten „Konflikt und Streit in Entscheidungssituationen im Betriebs- und Arbeitsalltag thematisiert werden.“³³¹

Schließlich soll mit der Offenheit einer teilstrukturieren Herangehensweise auch die Einschätzung der Expert:innen zur Bedeutung ethischer Kompetenz in der Pflege in den Blick kommen. Insofern auch hier Offenheit für eigene Relevanzsetzungen Platz gegeben sein sollte, wurde der Leitfaden lediglich skizzenhaft um folgende Schwerpunkte herum, strukturiert: Berufsbiografie, Erfahrungen zu moralischen Problemen und Bewältigungsstrategien, Einschätzung zur ethischen Kompetenz (persönlich und von Pflegenden allgemein), Fragen zur Vermittlung ethischer Kompetenz sowie zu ihrer Relevanz für Professionalisierungsbestrebungen und für die Gesellschaft.

4.2 Auswertungsmethodik: Dokumentarische Methode nach Bohnsack

Die gewonnenen Daten aus den *Reflexionen* und den *Qualitativen Interviews* wurden schließlich mit der Dokumentarischen Methode nach Ralf Bohnsack ausgewertet. Bei dieser Methode wird an die *wissenssoziologische Theorie der Alltagserfahrung* und die

³²⁹ FLICK, U., Das Episodische Interview, in: Oelerich, G., Otto, H.-U. (HG), Empirische Forschung und Soziale Arbeit, Wiesbaden 2011, 273–280, hier 273.

³³⁰ KNOLL, L., Über die Rechtfertigung wirtschaftlichen Handelns: CO2-Handel in der kommunalen Energiewirtschaft, Wiesbaden 2012, 23f.

³³¹ WOLF, H., Gerechtigkeitsansprüche an Erwerbsarbeit in der „Vielfachkrise“, in: Arbeits- und Industrie-soziologische Studien, 5 (2012), 68–79, hier 76; zu den Methoden s.a. DAMMAYR, Leistungsgerechtigkeit in der Sorgearbeit, 93ff.

Erzähl- bzw. Sprachtheorie, mit Ralf Bohnsack³³² auch als „praxeologische Wissenssoziologie“ zu bezeichnen, angeknüpft. Es handelt sich hierbei um die Frage „nach der *handlungspraktischen Herstellung* von Realität, also die Frage nach jenen habitualisierten Praktiken, die auf dem handlungsleitenden und z. T. inkorporierten Erfahrungswissen der Akteure basieren“³³³. Die dokumentarische Methode eröffnet damit einen „methodologischen Zugang zur Praxis“.³³⁴

Insofern für diesen Ansatz zudem Anleihen bei *Harold Garfinkel*, einem Vertreter des *Interpretativen Paradigmas* und Begründer des *ethnomethodologischen Ansatzes* genommen werden, der sich dem gelebten Alltag von Menschen widmet, rücken die *Deutungsleistungen der Handelnden* ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Seine Analysen, die sich auf kleine Alltagssequenzen, auf Situationswahrnehmungen und -deutungen sowie das entsprechende Handeln in alltäglichen Interaktionen konzentrieren, verbindet er mit der Frage nach der Herstellung sozialer Ordnung³³⁵. Garfinkel zeigt auf, dass und wie viel an nicht expliziertem Kontextwissen in Interaktionen und Situationen eingeht, ein Wissen, das „man normalerweise nicht mitreflektiert und auch nicht mitreflektieren kann, weil man sonst handlungsunfähig würde“³³⁶.

Eine zentrale Referenz bilden weiters die Arbeiten des Wissenssoziologen Karl Mannheim³³⁷ der die „Seinsverbundenheit des Denkens“ betont und von einer „Doppelstruktur alltäglichen Wissens“³³⁸ bzw. einer „Doppeltheit des konjunktiven und des kommunikativen Denkens“³³⁹ ausgeht. Während sich der Zugang zum *kommunikativen, theoretischen Wissen* unproblematisch darstellt und dieses Wissen, diese Erfahrungsräume direkt erfragt werden können, lässt sich *konjunktives bzw. atheoretisches und implizites Wissen* nur dann erschließen, wenn wir uns (über Erzählungen, Beschreibungen oder direkte Beobachtung) „mit der Handlungspraxis vertraut gemacht haben. Es handelt sich

³³² BOHNSACK, R., Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, in: Schützeichel, R. (HG), Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung, Konstanz 2007, 180-190, hier 180.

³³³ Ebd., 183, H.i.O.

³³⁴ Ebd., 183.

³³⁵ AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., Geschichte der Soziologie. Einstiegshilfe in die Lektüre klassischer und zeitgenössischer Werke. Unveröffentlichtes Lehrskriptum. Johannes Kepler Universität Linz 2011; GARFINKEL, H., Studies in ethnomethodology. reprint, Cambridge 2002 [1967].

³³⁶ TREIBEL, A., Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart, Wiesbaden 2006, 106.

³³⁷ MANNHEIM, K., Strukturen des Denkens. Frankfurt 1980.

³³⁸ BOHNSACK, Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, 181.

³³⁹ MANNHEIM, Strukturen des Denkens, 300.

um ein Wissen, welches von den Erforschten selbst nicht ohne weiteres auf den Begriff gebracht, also *begrifflich theoretisch expliziert* werden kann“³⁴⁰. „Die dokumentarische Methode eröffnet also mit der Kategorie des ‚atheoretischen Wissens‘ den Blick auf eine Sinnstruktur, die – und dies ist entscheidend – bei den Akteuren selbst wissensmäßig repräsentiert ist, ohne aber Gegenstand begrifflich-theoretischer Reflexion zu sein.“³⁴¹ Anders formuliert gewinnen Forschende mittels der dokumentarischen Methode „Zugang zur Handlungspraxis und zu der dieser Praxis zugrunde liegenden (Prozess-)Struktur, die sich der Perspektive der Akteure selbst entzieht“³⁴².

An diesem impliziten Wissen – am dokumentarischen Sinngehalt – ist die dokumentarische Methode interessiert, weshalb sie Abgrenzungen zwischen dem *kommunikativ-theoretischen Wissen* mit seinem objektiv-immanenten Sinngehalt („das, was thematisch wird“)³⁴³ und dem *konjunktiven, atheoretischen Wissen* vornimmt. Die Methode versucht, den *Modus Operandi der Praxis*, der auf der Ebene des dokumentarischen Sinns angesiedelt ist, *zu rekonstruieren*. Dabei ist der Übergang von den „WAS-Fragen“ zu den „WIE-Fragen“ zentral: Es geht nun nicht mehr darum, *was* die Themen, Situationen, Motive, Phänomene etc. sind, sondern *wie* – in welchem Rahmen und welchen Kontexten und vor dem Hintergrund welcher Orientierungen und Bedeutungsmuster – sie hergestellt werden: „Nicht das ‚Was‘ eines objektiven Sinns, sondern das ‚Daß‘ [sic!] und das ‚Wie‘ wird von dominierender Wichtigkeit“³⁴⁴

Diese Fragen nach dem *Was* und dem *Wie* von Handlungspraktiken und *orientierendem Wissen* spiegeln sich in der dokumentarischen Methode in den Analyseschritten der formulierenden Interpretation (Was-Fragen) und der reflektierenden Interpretation (Wie-

³⁴⁰ BOHNSACK, Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, 183, H.i.O.; NOHL, A.-M., Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, Wiesbaden ⁴2012, 43f.

³⁴¹ BOHNSACK, Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, 185.

³⁴² BOHNSACK, R., NENTWIG-GESEMANN, I., NOHL, A.-M., Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, in: Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., Nohl, A.-M. (HG), Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, Wiesbaden 2013, 9–32, hier 13; s.a. DAMMAYR, Leistungsgerechtigkeit in der Sorgearbeit, 99ff.

³⁴³ LÜDECKE, D., Der Einsatz der dokumentarischen Methode zur Analyse professionell-organisierter Systeme, 2011, in: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1996476 (03.07.2021), 23.

³⁴⁴ MANNHEIM, zit. n. BOHNSACK, Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, 180; s.a. LÜDECKE, Der Einsatz der dokumentarischen Methode, 11; s.a. DAMMAYR, Leistungsgerechtigkeit in der Sorgearbeit, 99ff.

Fragen). Insgesamt sind folgende Analyseschritte vorgesehen³⁴⁵:

- Zunächst wird eine *thematische Sequenzierung* vorgenommen, wodurch eine Strukturierung durch Textsortentrennung erfolgt.
- In der *formulierenden Interpretation* wird eine „Beschlagwortung“ vorgenommen, womit die Themen des Interviews, das Was und die angesprochenen Inhalte reformuliert werden. Wichtig ist dabei, im Relevanzsystem der Befragten zu bleiben und explizit keine wissenschaftlichen Begriffe zu verwenden.
- Im zentralen Schritt der *reflektierenden Interpretation* wird nach dem *Modus Operandi*, dem *Wie* von Praktiken bzw. deren Zustandekommen gefragt. Die reflektierende Interpretation zielt darauf zu rekonstruieren, wie bestimmte Themen bearbeitet, welche Handlungen gesetzt werden und in welchem Orientierungsrahmen, also in welchen Kontexten dies geschieht. Dabei rückt die Sinn-genese in den Vordergrund³⁴⁶. Es interessiert weniger, „was die gesellschaftliche Realität ist, sondern [...] wie diese hergestellt wird“³⁴⁷.
- Im Zuge der parallel zur reflektierenden Interpretation laufenden *komparativen Analysen* werden schließlich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Behandlung eines Themas sichtbar. Diese dienen dazu, „die *Regelmäßigkeit von Orientierungsrahmen* zu explizieren, um diese plausibler zu machen“³⁴⁸, sowie dazu, die „*Seins- und Standortgebundenheit der Interpretation*“ methodisch zu kontrollieren; zudem geht es darum, generalisierbare Aussagen zu gewinnen.
- Schließlich wird im Zuge der *Fallanalyse bzw. der Diskursbeschreibung* auf der Basis des gewonnenen Datenmaterials der Fall dargestellt und insbesondere herausgearbeitet, was das Typische eines Falles ist, wobei sinn- und soziogenetische Darstellungen möglich wären. Aufgrund der in dieser Arbeit vorrangigen Orientierung an Phänomenen ethischer Konflikte, aber auch vorhandener Forschungs-

³⁴⁵ BOHNSACK, Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie; KLEEMANN, F., KRÄHNKE, U., MATUSCHEK, I., Interpretative Sozialforschung, Wiesbaden 2013; MENSCHING, Einführung in Grundlagen der dokumentarischen Methode; NOHL, Interview und dokumentarische Methode.

³⁴⁶ MENSCHING, Einführung in Grundlagen der dokumentarischen Methode;

³⁴⁷ NOHL, A.-M., Interview und dokumentarische Methode, 45, H.i.O.

³⁴⁸ LÜDECKE, Der Einsatz der dokumentarischen Methode, 13. Hervorh. MD.

ressourcen scheint es nicht erforderlich, sinn- oder soziogenetische Typen zu bilden, zumal besonders die durch die reflektierende Interpretation zu rekonstruierenden Begründungsmuster – etwa von Handlungsentscheidungen oder der Kritik an solchen – interessieren.

Insofern die Auswertung der dokumentarischen Methode eine mikrosprachliche Feinanalyse erfordert, die mit hohen zeitlichen Ressourcen verbunden ist, wurden für die Praktikumsreflexionen und Interviews *aus forschungspragmatischen Gründen* zunächst thematische Verläufe erstellt und einer sogenannten *Kernstellenanalyse* unterzogen. Dazu wurde im Rahmen der Erstellung thematischer Verläufe ein Inventar gefertigt, das die Identifizierung relevanter Kernstellen ermöglichte. Entlang der vorliegenden thematischen Sequenzierung fand schließlich die formulierende und reflektierende Interpretation der Kernstellen in den weiteren Interviews statt.³⁴⁹

Mit ihrem Vorgehen, wie in Abbildung 3 dargestellt, eignet sich die dokumentarische Methode dafür, nicht explizierbares bzw. implizites, praktisches Wissen zu reflektieren, zu rekonstruieren und (interpretativ) zugänglich zu machen. Damit sollen die situativen und kontextspezifischen handlungsleitenden Orientierungen, etwa in Konfliktsituationen und bei ethischen Entscheidungsfindungsprozessen, erfasst und Entscheidungen rekonstruiert werden. Gelingt dies, soll bisher intuitives, implizites Wissen verbalisiert und für eine weitere Reflexion und Bearbeitung – etwa für didaktische Ableitungen – nutzbar gemacht werden.

Für die weitere Darstellung wurden sämtliche Namen der Personen und Organisationen unkenntlich gemacht und werden diese nun in *pseudonymisierter* Form geführt. Das Untersuchungssample wird in Anhang A näher dargestellt.

³⁴⁹ KRUSE, J., Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“. Version Oktober 2010; überarbeitete, korrigierte und umfassend ergänzte Version. Freiburg 2010, in: www.soziologie.uni-freiburg.de/personen/kruse (19.01.2015), 222ff.; MENSCHING, Einführung in Grundlagen der dokumentarischen Methode

Abbildung 3: Überblick Methodisches Forschungsdesign

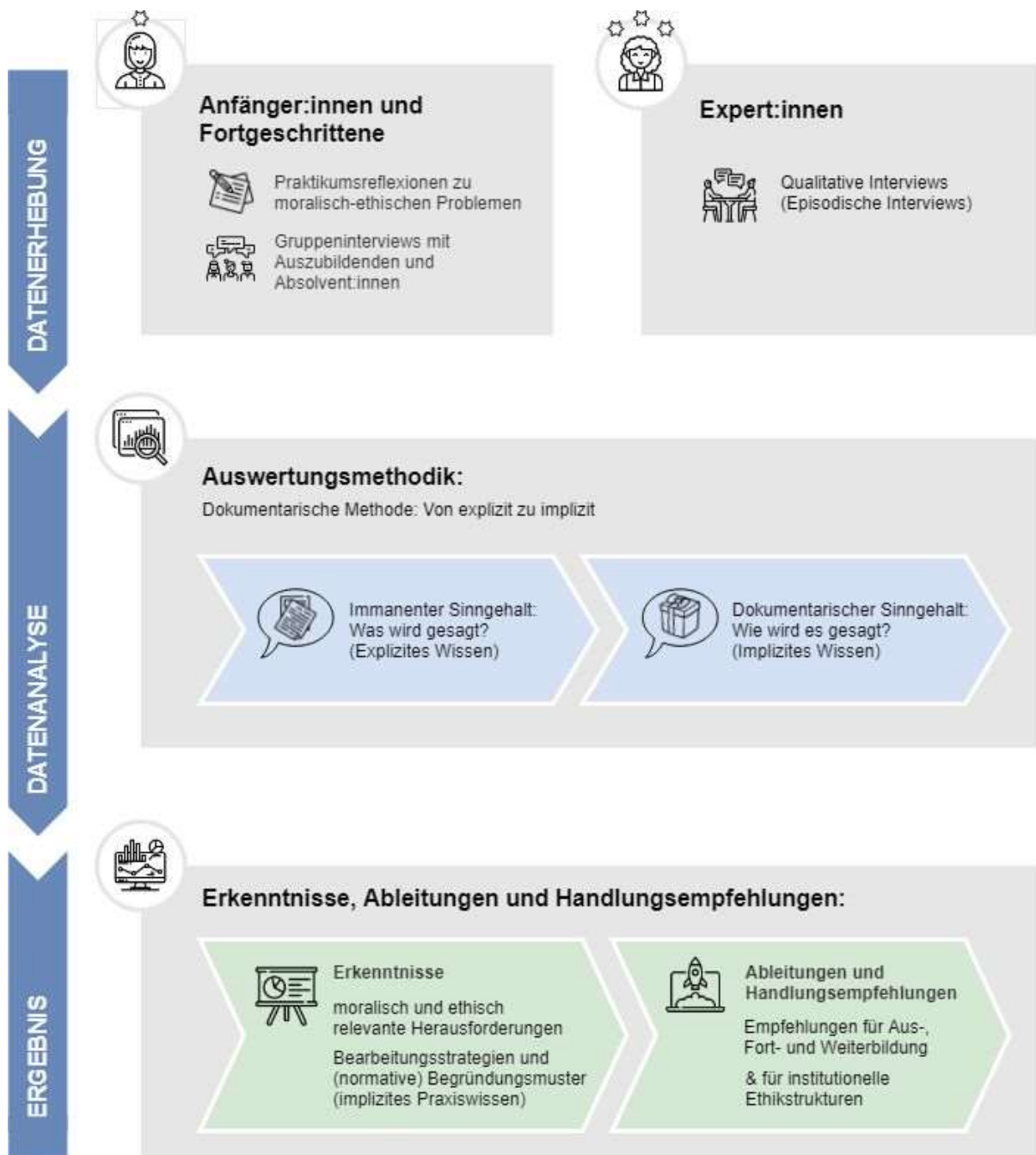


Abbildung 3: Methodisches Forschungsdesign
(eigene Darstellung; © Icons: www.flaticon.com/)

5 Zur Bedeutung von Ethik und Moral im Praxisalltag der Pflegenden

Vorbemerkung

Das nun folgende Kapitel ist den Einblicken in die Alltagspraxis gewidmet und damit der Frage, vor welche moralischen Herausforderungen und Probleme sich Pflegenden gestellt sehen, wie sie diese erleben und im Weiteren bearbeiten. Ein besonderes Interesse gilt dabei *Auszubildenden (AZB)* und *Absolvent:innen (ABS)*, wie aber auch längerjährig in der Pflege Tätigen, welche im Lichte des Bennerschen Kompetenzmodells als *Expert:innen* zu verstehen sind. Mit Blick auf diese Gruppen sollten Einsichten zu etwaigen *Bedarfen* hinsichtlich der *Vermittlung ethischer Kompetenz* identifiziert, und daraus Ableitungen für die *Aus-, Fort- und Weiterbildung* formuliert werden.

Wenngleich zwar der primäre Fokus auf den genannten Themenschwerpunkten und Personengruppen liegt, so stößt man bei Forschungsarbeiten unweigerlich auch auf weitere Netzwerke, Personen- und Anspruchsgruppen, auf individuelle oder kollektive Verhaltensmuster und (Team-)Dynamiken sowie auf weitere Strukturen und Rahmenbedingungen, die von den Befragten im Kontext ihres moralisch-ethischen Empfindens thematisiert werden. Um das Erleben des pflegerischen Praxisalltags mit seinen Herausforderungen besser verstehen und nachvollziehen zu können, kann auf solche Schilderungen aufgrund ihres Aussagewertes nicht verzichtet werden. Sie sind wertvolle Anreicherungen und Kontextualisierungen des (subjektiv) Erlebten und Empfundenen, die einen verstehenden Nachvollzug besser gewährleisten können; dies etwa mit Blick auf teils sehr anschaulich geschilderte Emotionen, auf Bearbeitungsstrategien wie auch auf mögliche Auswirkungen auf Verhaltens- und Urteilsbegründungen.

In diesem Zusammenhang gilt es erneut zu betonen, dass es *nicht Ziel* der Arbeit war, die *vorgebrachten* und *rekonstruierten Erfahrungen, Entscheidungs- und Handlungsbeurteilungen* *normativ zu qualifizieren*, sondern um darin erkennbare (Lern-)Bedürfnisse ethischer Kompetenz auszuarbeiten. Die Aussagen werden aber in dieser Hinsicht „normativ“ betrachtet, als sie dem *Erleben und Empfinden von Alltagserfahrungen* entspringen und ihnen als solchen von den Pflegenden ein *subjektiver Anspruch auf Gültigkeit, auf Richtigkeit und Wahrheit* beigemessen wird. Dies aufgreifend, versucht die Arbeit zu rekonstruieren, welche Herausforderungen geschildert werden und wie diese gelagert

sind. Dadurch sollten die darin enthaltenen *theoretischen Bezüge, Deutungsmuster und Bedürfnisse* hinsichtlich ethischer Kompetenz/-entwicklung etc. in den Blick kommen.

Dass sich für Pflegende mit der Thematik eine *besondere Relevanz* verbindet, zeigt sich daran, dass für die Gespräche relativ problemlos und zeitnah Interviewpartner:innen gefunden waren.

In der Ergebnisdarstellung wird nun zunächst auf moralisch-ethische Probleme der Auszubildenden und der Absolvent:innen eingegangen, wofür auf die Daten der Praktikumsreflexionen (PR) und je ein Gruppeninterview (GI) zugegriffen wird. Dabei erwies es sich als wertvoll, dass manche Schilderungen aus den PR mit den Erzählungen der Interviewpartner:innen des GI übereinstimmten, was punktuell eine noch stärkere Kontextualisierung und Vertiefung ermöglichte. Daran schließt sich die Darstellung des Erlebens der sieben (Pflege-)Expert:innen an, mit denen jeweils ein episodisches Interview zu Fragen ethischer Kompetenz, moralischer und ethischer Herausforderungen und ihre jeweilige Bearbeitung geführt wurde.³⁵⁰

Um eine bessere intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können, aber auch, da das sequenzielle Vorgehen der Dokumentarischen Methode es erfordert, sind an manchen Stellen längere Zitate im Originalton eingefügt. Dies soll die jeweilige Alltagserfahrung und damit verbundene Problematiken in ihrem Kontext besser veranschaulichen.

5.1 Ethisch-moralische Probleme in der Pflege. Die Perspektive von Auszubildenden und von Absolvent:innen

Wenn im nun folgenden Abschnitt eine gemeinsame Darstellung der moralischen Herausforderungen von AZB und ABS erfolgt, so v.a. deswegen, weil hier die größten Lernbedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich einer Kompetenzerweiterung vermutet werden. In

³⁵⁰ Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte nach theoretischem Sampling, wofür das Stufenmodell nach Patricia Benner (2017) den Hintergrund bildet: In diesem Modell gelten die Auszubildenden als Anfänger:innen, sind die Absolvent:innen als fortgeschrittene Anfänger:innen zu verstehen und bilden die mehrjährig in der Pflege beschäftigten Interviewpartner:innen die Expert:innen der Stufe 5. (Siehe dazu auch Kap. 4.). Für die Gruppe der Absolvent:innen gilt es allerdings anzumerken, dass diese z.T. ebenfalls bereits länger in der Pflege beschäftigt waren, sich aber für eine Weiterbildung bzw. Weiterqualifizierung in für sie neue (Pflege)Bereiche entschieden haben.

diesem Sinne werden aus einer gemeinsamen Betrachtung wesentliche Erkenntnisse erhofft, die vermittlungsrelevante Ableitungen und Handlungsempfehlungen für die Aus-, Fort- und ggf. für die Weiterbildung erlauben.

5.1.1 Zur Wahrnehmung und zum Erleben moralischer Probleme – eine erste Annäherung

In ihren *Reflexionen* wurden die AZB nach Situationen gefragt, die sie (persönlich) als moralisch schwierig und als Herausforderung werten, die sie verunsichern und herausfordern oder auch längere Zeit beschäftigten. Dazu beschreiben die AZB überwiegend solche Situationen, die sich durch eine besondere *Nähe zu den Patient:innen* bzw. *intensiven Patientenkontakt* auszeichnen. Aufgrund des Ausbildungsstatus und des dementsprechenden Bedarfs an Wissens- und Kompetenzentwicklung ist dies nicht verwunderlich: AZB sollten in dieser Phase und entsprechend ihrer Kompetenzstufe in konkreten Pflegemaßnahmen und -interventionen geschult und befähigt werden, auf dass sich ihr Handeln in pflegerischen Basistätigkeiten festigt. Dass und inwiefern sich AZB in diesem sowie in einigen weiteren Zuständigkeitsbereichen und Aufgabenfeldern vor moralische Herausforderungen gestellt sehen, zeigt eine erste Übersicht. Da die genannten Situationen eine beachtliche Bandbreite aufweisen, wurden sie zur besseren *Übersicht* in folgende Schwerpunkte, die sich aus inhaltlichen Themen ergeben, gebündelt³⁵¹:

Ethische Probleme im eigenen Kernkompetenzbereich pflegerischer Aufgaben:

Bei diesen Herausforderungen handelt es sich um häufig wiederkehrende und im Kompetenzbereich der AZB liegende Aufgaben an Pflegeinterventionen. Dies betrifft etwa Herausforderungen im Kontext

³⁵¹ Die Bündelung gilt als vorläufig und wohl unvollständige Übersicht, die dabei helfen soll, die Vielfalt moralischer Probleme für AZB zu veranschaulichen. Im Weiteren erscheint die getroffene Differenzierung und Abgrenzung weder zielführend noch haltbar, da sich die Problemlagen komplex darstellen, überschneiden und in ihren Zusammenhängen zu betrachten sind. Insofern können etwa Teamdynamiken dazu beitragen, dass der Anspruch an Bedürfnisorientierung den unflexiblen Vorstellungen einzelner Pflegepersonen oder bestimmten strukturellen Vorgaben weichen muss.

- *der Körperpflege*, wie z.B. Aushandlungsprozesse hinsichtlich der Form und des Ausmaßes an Unterstützung oder hinsichtlich des Wunsches einer geschlechtersensiblen Pflege;
- *der Essensverabreichung* und damit verbundene Fragen der richtigen Vorbereitung und Technik, um etwaige Gefahren für Patienten mit Schluckstörungen zu vermeiden und um Patienten ein Stück Lebensqualität sichern zu können;
- *des Umgangs mit Sterbenden*, wobei hier Überforderungen im Umgang mit Krankheit, Leid, Tod und mit Todessehnsucht zum Thema wurde. Angesprochen wurden in diesem Zusammenhang außerdem Fragen des Respekts und der Menschenwürde sowie hinsichtlich der Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen;
- *der Interkulturellen Pflege*, welche viele Fragen zum Verstehen und zur Verständigung hinsichtlich kultureller Unterschiede im Krankheitsverständnis aufwirft, z. B. in der Symptom- und Schmerzrepräsentation, im Umgang mit Schmerz, im Verständnis zu Therapie- oder Pflegeinterventionen sowie zur Anerkennung der an der Behandlung beteiligten Personen (etwa von Frauen als Pflegenden);
- *der Beobachtung von Pflegefehlern*, welche im Kernkompetenzbereich der AZB liegend, von diesen als fehlerhaft erkannt werden können;

(Moralische) Konflikte, die aus der Zusammenarbeit im Pflegeteam resultieren³⁵²

In diesem Bereich werden von den AZB herausfordernde Situationen beobachtet und genannt, die etwa

- *den Umgang mit Patient:innen oder die Sprache* einzelner Pflegepersonen oder eines ganzen Teams betreffen. Dabei reichen die Beispiele von einer derben und rohen Sprache, die nicht davor zurückschreckt, Patient:innen z.B. als „fette Kuh“

³⁵² Dass es sich hier vor allem um prekäre Situationen und um negative Schilderungen handelt, ist dem Thema und Anlass der Diskussion von ethischen Problemen geschuldet. Dies soll und darf nicht über die *positiven Erfahrungen gelingenden Lernens und gelingender Kommunikation in den Teams und den Abteilungen* hinwegtäuschen: Mit der Ergründung moralischer Problematiken sollen die Bemühungen so vieler Praxisanleiter:innen, Mentor:innen und Praktiker:innen keineswegs negiert oder geschmälert werden!

anzusprechen, bis hin zu groben und gefühllosen Umgangsformen in den Pflegemaßnahmen, auch im Umgang mit schmerzgeplagten und/oder sterbenden Menschen.

- ihre *eigene Person* betrifft und die Erfahrung bedeutet, im Team diskreditiert und *verleumdet* zu werden;
- auf solche sozialen Dynamiken verweisen, wonach sich AZB zu Beginn ihrer Praktika unter besonderer Beobachtung befinden und *Bewährungsproben* bestehen müssen, um im Team anerkannt und für die kurze Zeit des Praktikums als Lernende integriert zu werden;
- Fragen des *Umgangs mit* und der *Kommunikation von beobachteten Pflegefehlern* – z.B. im engeren Kreis des Pflgeteams – aufwerfen;

(Moralische) Konflikte in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen

Insofern AZB mit anderen Berufsgruppen der Gesundheitsberufe – wie z.B. Ärzt:innen, Physio- oder Ergotherapeut:innen – in Kontakt kommen, kann es auch in diesem Kontext zu moralischen Problemen kommen. Genannt wurde hier ein Beispiel, welches für die AZB deshalb zu einer sehr prägenden Erfahrung wurde, da die als tief unempathisch empfundene Form der *Krankheitsaufklärung* und die Vermittlung von Diagnose und Prognose sowohl für sie, und der Schilderung nach auch für die Patientin, eine Welt zusammenbrechen ließ.

Konflikte mit den rechtlichen Vorgaben

Schließlich wurden von den AZB Beispiele genannt, die sich im Schnittfeld von *Moralität und Legalität* befinden, etwa wenn sie bei Kolleg:innen unterschiedliche Kompetenzübertretungen beobachten (mussten), die von den Personen teils selbstverständlich vorgenommen und in den Teams mitunter als selbstverständlich akzeptiert oder zumindest geduldet werden. Dieser Zwiespalt wird häufiger thematisiert, lässt Überforderungen erkennen, was evtl. mit der Sorge in Zusammenhang steht, in den Teams auf Erwartungshaltungen zu treffen, solches Fehlverhalten ebenfalls mittragen oder sich aneignen zu müssen.

Aus diesen Bereichen werden nun ausgewählte Beispiele geschildert und dahingehend vertieft, welche Aspekte und Abwägungen den AZB besonders Schwierigkeiten bereiten, in welchen Situationen sie sich aus welchen Gründen verunsichert fühlen, wie sie ihr Empfinden äußern und wie sie dies – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – bearbeiten.

Für die Darstellung wird versucht solche Beispiele zu wählen, die lt. der Beschreibung der AZB als häufig gelten, die zum anderen aber auch die vielfältigen Faktoren in den Blick rücken und so ein breites Spektrum an Problemlagen abdecken.

5.1.2 „Wie weit geht man und wann hört man auf“? Zum sensiblen Ausloten von Handlungsentscheidungen

Als ein häufiges – und der Relevanzsetzung der AZB nach wohl auch wiederkehrendes und belastendes Thema – nennen die AZB das Beispiel der *Nahrungsverabreichung*. In diesem Kontext wird ihnen jene Aufgabe delegiert, Personen, die dies nicht (mehr) selbstständig können, bei der Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Es handelt sich dabei um eine zeitintensive Aufgabe, die besonders bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität und/oder mit Schluckstörungen (z.B. nach einem Insult³⁵³) durchgeführt werden muss. Wenn die Tätigkeit zwar zunächst anspruchslos erscheint, birgt sie dennoch einige Gefahren sowie – mit Blick auf moralische Fragen – einige Unsicherheiten und Konfliktpotenzial. So schildert etwa der AZB Pepe Pappel seine Problematik folgendermaßen:

„Also, als erstes fällt mir gleichmal ein, ahm, was eigentlich ziemlich oft vorkommt, das ist, wenn man wem das Essen eingeben muss und derjenige sagt eben: Nein, ich will nicht mehr. Und selber denkt man sich, ja, er soll noch ein bisschen was, er soll doch noch ein bisschen was essen oder auch vielleicht andere Leute sagen dann: Na, probier noch ein paar- und wann hört man auf, oder wie wie weit geht man und wann hört man auf.“ (Pappel, GI, Z. 8-12)³⁵⁴

Im Beispiel zeigt sich sein Konflikt darin, dass der Patient nicht mehr essen möchte, obwohl er dies aus fachlicher Perspektive für erforderlich hält. Seine Annahme stützt er mit dem Hinweis darauf, dass auch andere Leute dieses Erfordernis teilen, wobei nicht

³⁵³ Auch als Schlaganfall bezeichnetes, „akut einsetzendes fokalneurologisches Defizit bei zerebraler Durchblutungsstörung [...] oder intrazerebraler Blutung [...]“. PSCHYREMBEL ONLINE, Schlaganfall, in: <https://www.pschyrembel.de/Schlaganfall/KOPSS> (14.07.2021).

³⁵⁴ Die Zitate aus den GI bestehen aus Originalauszügen der Transkripte, die Passagen aus den PR wurden der Lesbarkeit wegen, um auffällige Rechtschreib-, Grammatik- und Beistrichfehler korrigiert.

eindeutig wird, ob damit Kolleg:innen, Angehörige etc. gemeint sind. Vor diesem Hintergrund hadert er mit der Handlungsentscheidung, für die es einen Konflikt zwischen der *Patientenautonomie* (Patient will nicht mehr), *Fürsorge* (Fachwissen z.B. über die Bedeutung der Nährstoffzufuhr für die physiologischen Körperfunktionen) sowie im weiteren Sinne des *Nicht-Schadens* (wie den Gewichtsverlust aufgrund zu geringer Zufuhr) zu lösen gilt.

Im Verlauf des weiteren, recht lebhaften Gesprächs, wird die Bedeutsamkeit der Nahrungsverabreichung von den Kolleg:innen geteilt und um einige Facetten reicher. So wird etwa hinsichtlich des Prinzips des Nicht-Schadens die im Raum stehende Befürchtung eingebracht, eine Aspiration³⁵⁵ zu provozieren, was für die AZB mit einigen Ängsten verbunden ist:

„ja also, ich hab auch immer so ein schlechtes ahm Gefühl dabei, wenns eben schon heißt, ja der Patient hat eben Schluckstörungen und da muss man halt aufpassen und die sagen eh schon: Musst ihn halt weit aufsetzen und so; und denk ich mir: Ma, muss ich dem jetzt wirklich das Essen eingeben, weil das ist doch so riskant irgendwie; mach ich das eh nicht falsch und was ist, wenn er sich jetzt verschluckt also; genau.“ (Pappel, GI, Z. 24-28)

Die Sensibilität des Themas wird auch von der AZB Persimone empfunden:

„ja, das ist voll das heikle Thema; ich find auch so das Essen eingeben, grad so wie der Pepe jetzt gsagt hat [...] ja, und dann passiert irgendwas und dann bist schuld als Praktikantin, wenn wirklich irgendwas passiert und es steht nicht immer irgendwer automatisch hinter einem.“ (Persimone, GI, Z. 30-35) [Pappel bestätigt mehrfach mit „ja, ja“ während Persimone spricht].

Damit dokumentiert sich in den Aussagen eine fachliche Unsicherheit dahingehend, wie die richtige Vorbereitung und Technik anzuwenden ist, um Schlucken zu erleichtern und Verschlucken zu verhindern. Wenn es sich hier zwar um keinen unmittelbaren moralischen Konflikt handelt, so dokumentiert sich darin eine für Anfänger:innen nachvollziehbare, *fachliche Unsicherheit*, eine Aspiration provozieren zu können, die dann womöglich allein nicht mehr bewältigbar ist. Eine Aspiration kann sich sehr eindrücklich entwickeln und mit Husten, akuter Dyspnoe wie außerdem mit der Gefahr einer späteren Pneumonie einhergehen. Aus der Situation kann rasch eine *instabile Pflegesituation* entstehen, die sich im schlimmsten Fall zum Notfall entwickelt. Vor diesem Hintergrund

³⁵⁵ „Eindringen flüssiger oder fester Stoffe wie Mageninhalt, Blut oder Fremdkörper (Fremdkörperaspiration) in die Atemwege während der Inspiration“. PSCHYREMBEL ONLINE, Aspiration, in: <https://www.pschyrembel.de/Aspiration/K031W/doc/> (14.07.2021).

führen die fachliche Unsicherheit und die potenzielle Gefahrenlage zu einer als moralisch empfundenen Fragestellung, welche Handlung die richtige ist.

In der Darstellung ist diese Unsicherheit schließlich kombiniert mit jener Überforderung, die aus dem Gefühl resultiert, mit der (Durchführungs-)Verantwortung alleingelassen zu sein. Dieser Rückschluss liegt nahe, wenn die AZB schildern, diese Tätigkeit nicht nur häufig, sondern auch allein und ohne Beisein oder Aufsicht von Diplomierten durchführen zu müssen. So kommt also jene Angst hinzu, die Situation alleine verantworten zu müssen, was möglicherweise Schuldzuweisungen nach sich zieht, wie die AZB Patti Persimone äußert „ja, und dann passiert irgendwas und dann bist schuld als Praktikantin, [...] und es steht nicht immer irgendwer automatisch hinter einem“ (Persimone, GI, Z. 33).

In ihrer Einschätzung wird sie von den Kolleg:innen mehrfach bestätigt. Auch wenn eine Schuldzuweisung – „unter Einhaltung der gebotenen Sorgfalt“³⁵⁶ und korrekter Durchführung³⁵⁷ – nicht unbedingt zu einer rechtlichen Verfolgung werden muss (auch die delegierende DGKP hat sich über die Kompetenz der AZB und stabile Pflegesituation zu vergewissern), so bleibt das mulmige Gefühl, welches durch das Gefühl alleingelassen zu werden, und durch die als (zu) gering empfundene Unterstützung im Team gestärkt wird.

Schließlich bringt auch die AZB Wiebke Weide ihre Erfahrung mit der *Nahrungsverabreichung* ein und schildert ihr „Dilemma“ an einem etwas anders gelagertem Beispiel: Dieses betrifft ihre Zerrissenheit in der Pflege eines multimorbiden, immobilen, sehr schmerzgeplagten, kachektischen Mannes, der u.a. größere Dekubitalulcera und einen schlechten Allgemeinzustand aufwies und der – wie Frau Weide es beschreibt „schon so am Ende seiner Kräfte angelangt war“ (Weide, PR, Z. 26). Der Patient konnte sich nicht mehr äußern, er gab auch bei der Körperpflege keine Antworten. Ihrer Einschätzung nach, von der sie selbst einräumt, dass das nicht ihre Entscheidung ist, „ich weiß das ist nicht meine Zuständigkeit“ (Weide, PR, Z. 23) wäre für diesen Menschen eine palliative

³⁵⁶ HUFNAGL, B., Berufsrechtliche Grundlagen für Gesundheits- und Sozialberufe: Unveröffentlichte Unterrichtsmaterialien aus Ausbildungszentrum Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels 2020, 162.

³⁵⁷ „Der AN [Arbeitnehmer, MD] hat seine Arbeit gewissenhaft unter Einhaltung der gebotenen Sorgfalt zu erfüllen. Unterlässt der AN die gebotene Sorgfalt, die sich am durchschnittlichen AN in der konkreten Situation des AN orientiert, so haftet er nach den Bestimmungen des Dienstnehmerhaftpflichtgesetzes.“ HUFNAGL, Berufsrechtliche Grundlagen, 162.

Behandlung gut gewesen. Er wurde jedoch trotz seines Zustandes auf eine Operation (Beinamputation) vorbereitet.

Von diesem Mann, der sich sonst kaum noch äußern konnte, der aber auch nur mehr schlecht schlucken konnte (weshalb die Gefahr einer Aspiration bzw. Aspirationspneumonie im Raum stand), meinte sie sehr deutlich gespürt zu haben, dass er gerne essen wollte, dies aber nicht kann, ohne möglicherweise zu aspirieren. Immer noch emotional, wenn sie an die Situation zurückdenkt, schildert sie den Patienten,

„der hat einfach nicht schlucken können und hätt es aber eigentlich voll gerne mögen, also er hätt voll gerne essen wollen und hats einfach nicht können und zu mir ist gesagt worden: Na, wenn er sich zwei, dreimal verschluckt, dann muss ich damit aufhören, dass er halt keine Aspirationspneumonie entwickelt oder sowas; und ich hab mir aber trotzdem, hab ich gewusst, dass es ihm jetzt nicht gut tut, wenn ich ihm das Essen weitergeb, hab aber trotzdem ein schlechtes Gewissen gehabt, wenn ich es ihm nicht geb, weil er ja unbedingt was Essen wollt; also man hat halt gemerkt, dass er essen will.“ (Weide, GI, Z. 16-23)

Hin- und Hergerissen zwischen ihrer (subjektiven) Einschätzung hinsichtlich des Patientenwillens (dass dieser Essen möchte) und der Überlegung, ihm Schaden zufügen zu können (Erstickungsgefahr, Aspiration), darin außerdem gestützt durch die Kolleg:innen, es nach zwei, drei Versuchen zu lassen, hat sie ihm das Essen vorenthalten (müssen); ihm wurde dann parenterale Ernährung verabreicht.

„Nun hat er sich schon ein paar Mal verschluckt, ich hatte aber das Gefühl das er unbedingt essen möchte und er war ja auch sehr kachektisch und hatte gerade ein paar Löffeln gegessen. Ich habe mich gefühlt als würde ich ihm das Essen wegnehmen. Natürlich möchte man eine Aspirationspneumonie vermeiden, aber Essen ist so wichtig, eben wenn jemand nichts mehr hat.“ (Weide, PR, Z. 56-62)

Dass sie ihm nach diesen Versuchen das Essen vorenthalten musste, beschreibt sie mit einem Wechselspiel der Gefühle und einem schlechten Gewissen: Sie hatte den Eindruck, einem Menschen, der nichts mehr hat und viel Leid ertragen muss, nun auch *das* noch wegzunehmen. In dieser Situation hätte sie sich anderes gewünscht, wobei sie erneut auf die Therapieentscheidung zu sprechen kommt:

„man muss kein Arzt sein, um zu wissen, dass es Möglichkeiten für parenterale Ernährung gibt. Mich hat es einfach frustriert, dass dieser Mensch in so einem katastrophalen Zustand war und so wenig passiert ist. Ich hätte mir gewünscht, dass er, so gut es geht, ernährt wird und eine palliative Behandlung bekommt. Jeder weiß, dass es für Herrn *Name* leider keine Zukunft geben kann und dass er zumindest ein gutes Ende finden kann.“ (Weide, PR, Z. 65-70)

In dieser Passage – aber auch die Reflexion und das Gruppeninterview hindurch – zeigt

sich bei ihr ein großes *Mitgefühl* und eine starke *Empathie* und teils auch ein (mutmaßlich) anwaltschaftliches Denken im Sinne des Patienten. Dabei scheint sie sich mit ihrer Einfühlung auf ein allgemeines, universales Verständnis von und Recht auf Wohlergehen zu beziehen, wenn sie mit Bezug auf das Leiden und die Schmerzen des Patienten formuliert: „Ein Mensch in so einer Situation wie man sie sich meiner Meinung nach nicht schlimmer vorstellen kann. Es gibt keinen Menschen auf der Welt, der so etwas verdient hat.“ (Weide, PR, Z. 45-46)

Ihr Mitgefühl und „anwaltschaftliches“ *Empfinden*, insbesondere hinsichtlich der Therapieentscheidung eines chirurgischen Eingriffs wagt sie jedoch nicht, bei den Ärzten anzusprechen.

„Zu diesem Zeitpunkt habe ich mich leider noch nicht getraut mit den Ärzten zu sprechen und ich hatte ebenso das Gefühl, dass ich mir das nicht rausnehmen darf weil das Arzt – Pflegepersonal Verhältnis oft nicht so gut war und ich nur Schülerin war.“ (Weide, PR, Z. 71-73)

Deshalb möchte sie sich aus dieser Erfahrung den Lerngewinn mitnehmen, als fertig ausgebildete Pflegefachassistentin sich mit solchen Einschätzungen an die zuständige Diplomiertere oder die zuständigen Ärzt:innen zu wenden „und zu fragen ob man da nichts tun kann“ (Weide, PR, Z. 76). Die Entscheidung sieht sie richtigerweise bei den Ärzt:innen verortet; als Pflegende könnte sie aber im Sinne einer guten und möglichst umfassenden Informationslage dazu beitragen. Ob sie es im Pflorgeteam besprochen hat, kann nicht eindeutig bestätigt werden – in Ansätzen und mit Blick auf die Nahrungsverabreichung ja; insofern sie als fertige PFA den Kontakt mit den Ärzten suchen würde, schien dies in dieser Situation nicht und auch nicht durch die involvierten DGKP der Fall gewesen zu sein.

Insgesamt ist das Beispiel von einer hohen Anteilnahme am Wohlergehen des Patienten gekennzeichnet und zieht sich in Frau Weides „Kampf“ mit ihren eigenen Gefühlen durch. Dass sie es sich nicht einfach macht, zeigt sich in ihren unterschiedlichen Überlegungen, wie sie die Situation für den Patienten erträglicher machen kann. Sichtbar wird dies in den Versuchen, ihm Nahrung zu verabreichen, was sich ihr aufgrund des Eindrucks, dass er gerne essen würde, nahelegt. Dies kann sie jedoch nicht aus dessen verbalen Äußerungen entnehmen (der tatsächliche Patientenwille bleibt letztlich unklar). Sie gewinnt diese Einschätzung angesichts des (von ihr vermuteten) nahenden Todes

und der damit verbleibenden Lebensdauer und Lebensqualität (Essen können, weil ihm sonst nicht mehr viel bleibt) gewinnen. Dies erlaubt den Rückschluss auf eine Haltung, die sich durch hohe Empathiefähigkeit, Mitgefühl und Wahrnehmung menschlichen Leids und Kontingenz auszeichnet.

Aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten, aber auch aufgrund der Komplexität der Situation steht sie vor unterschiedlichen Konflikten: Dies könnte – in der Systematisierung nach Monteverde – zum einen als *Konflikt mit der Moral* gedeutet werden, da sie insgesamt die Therapieentscheidung für ungeeignet empfindet, einen chirurgischen Eingriff (Beinamputation) vorzunehmen, statt einer palliativen Versorgung für den Mann anzudenken. Nun kann und soll freilich nicht die Entscheidung und Überlegung der Medizin zur Diskussion gestellt werden. Vermutlich gab es wichtige und gute Gründe, auf diese Weise und damit im Sinne des Patientenwohls zu handeln. Insofern sich Probleme mit der Moral für die beteiligten Personen als belastend und im Sinne moralischen Stresses auswirken können, wäre es jedoch sehr wichtig, solche Therapieentscheidungen im multiprofessionellen Team oder im Rahmen sogenannter Fallbesprechungen im Behandlungsteam (FiBs)³⁵⁸ zu besprechen. Es wäre hilfreich, die Gründe seitens der Ärzteschaft für den chirurgischen Eingriff zu kennen und die damit verbundene Aussicht auf einen erwarteten Therapieerfolg bzw. die Abwendung eines noch schwereren Leidens für den Patienten.

Zum anderen zeigt sich aber auch ein *Konflikt über die Moral* dahingehend, als dass sie für die Handlungsentscheidung zur Pflegemaßnahme Nahrungsverabreichung die Prinzipien des (subjektiv vermuteten) *Patientenwillens* gegen die der *Fürsorge* und des *Nicht-Schadens* abwägt. Nach einigem Ringen, den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden, entscheidet sie sich mit Blick auf Nicht-Schaden schließlich für den Abbruch. Auch hier erweist sich „eine „erhöhte[n] Dialogbereitschaft aller Akteur*innen, in der Unterscheidung zwischen ‚moralischen‘ und ‚ethischen‘ Gründen und in der Bereitschaft, rational gültig zu argumentieren“ so³⁵⁹. Dabei könnten die AZB von

³⁵⁸ RANISCH, R., RIEDEL, A., BRESCH, F., MAYER, H., PAPE, K.-D., WEISE, G., RENZ, P., Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“: Ein Pilotprojekt zum Aufbau dezentraler Strukturen der Ethikberatung an einem Universitätsklinikum, in: *Ethik in der Medizin* 33 (2021) 257–274, hier 266.

³⁵⁹ MONTEVERDE, *Grundlagen der Pflegeethik*, 29.

den Diplomierten lernen und erfahren, wenn diese ihre auf *Erfahrungswissen* basierenden Argumente einbringen und zur Diskussion stellen. In Verbindung mit dem persönlich Erlebten, dem theoretischen Wissen und der Praxiserfahrung von Expert:innen könnte das die Situation für den Patienten zwar nicht lösen, könnte aber ein wichtiger Lerngewinn und Entlastungspotenzial für die AZB sein.

5.1.3 Über das Wahrnehmen und Respektieren des Patientenwillens im Leben wie im Sterben

Eine gleichwohl häufige wie *zentrale Frage ethischer Urteilsfindung und Normbegründung* stellt jene Herausforderung dar, wie man den Willen und die Entscheidung eines nicht äußerungsfähigen Patienten möglichst (authentisch) rekonstruieren kann, um so zu einer vertretbaren und gangbaren Handlungsstrategie zu kommen. In den oben beschriebenen Problemstellungen kam dies bereits zum Ausdruck und auch in der medizin- und pflegeethischen Literatur wird diese große Herausforderung ethischen Nachdenkens häufig diskutiert.

Diesbezüglich schildert die *Absolventin Stieglitz* ihre Unsicherheit: Ihr Beispiel beinhaltet ebenfalls einen Aspekt der Nahrungsaufnahme und steht im Kontext einer *End-of-life Decision*. Sie beschreibt den Fall einer über 90 Jahre alten, dementen Dame, die keine Nahrung mehr oral zu sich nehmen konnte und daher auf die Interne Abteilung transferiert wurde. Veranlasst wurde dies von den Angehörigen,

die „wollten unbedingt, dass sie eine PEG-Sonde kriegt. Ah, wir haben den Eindruck gehabt oder ich habe den Eindruck gehabt ahm, dass sie sich selber ein bisschen aufgegeben hat und eigentlich auch nicht mehr wollte. (.) also nicht mehr essen und nicht mehr trinken wollte [...] Aber das ist; ja, wie sie reingekommen ist, war sie einfach voll fertig und wir haben so den Eindruck gehabt, sie hat sich selber aufgegeben und wollte einfach ah ja mit dem Essen und Trinken selbständig, sie hat das nicht mehr gewollt, ja.“ (Stieglitz, el, Z. 88-91)

Damit stand das Beispiel im Kontext solcher Konflikte, die hinsichtlich des Patientenwillens unsicher sind. Damit wird die Frage hinsichtlich einer Normbegründung zur Handlungsentscheidung aufgeworfen, die hier zwischen den Wünschen der Angehörigen und der Einschätzung der Pflegenden (dass sich die Patientin aufgegeben habe, was als Sterbewunsch interpretiert wird) konfligiert. Der Weg, wie sie für sich zu dieser Einschätzung

kam und welches Ringen damit verbunden war, skizziert der folgende Ausschnitt. Sie schildert, dass die Patienten nicht mehr in der Lage war, sich zu äußern

„weil sie ja von der Demenz her nicht mehr in der Lage war ahm dass sies konkret sagen kann und so muss man sich irgendwie ja, weil, man man ja beobachtet das halt und und wie sie halt reagiert und ja; nein im Gespräch mit den Kollegen (.) genau war das halt, haben wir das so erkannt oder geglaubt, zu erkennen. Das ist ja das, weil man glaubt, man glaubt, dass man es weiß, aber in Wirklichkeit weiß man es ja nicht, ja.“ (Stieglitz, el, Z. 97-102)

Über die Patientenbeobachtung versucht sie gemeinsam mit Teamkolleg:innen, worauf die Wir-Form verweist, zu einer guten Einschätzung zu kommen. Wie sie betont jedoch im Bewusstsein darüber, den Willen nicht zu „wissen“, sondern zu ahnen. Da die Pfle- gende/n zu der Einschätzung kommt/kommen, die Patientin habe sich aufgegeben, „sie will nicht mehr“ (Stieglitz, el, Z .111) empfinden sie das Ansinnen der Angehörigen als „Wahnsinn, dass sie noch eine PEG-Sonde kriegt“. Aus ihrer Sicht „sollte [sie] einfach die Möglichkeit haben, ah dass sterben kann, ja, weil ah das ist halt dann die Folge ja, wenn sie nichts mehr isst und nichts mehr trinkt“ (Stieglitz, el, Z. 108-109). Dies stellt vor jene Frage, wie sie zu dieser Einschätzung kommt, welche Kriterien sie zur Urteilsfindung her- anzieht. Dahingehend argumentiert sie neben der Patientenbeobachtung auch mit Be- zug auf non-verbale Kommunikationsformen. Denn

„es ist ja nicht so, dass jetzt keine Reaktion nicht mehr gezeigt hat und dass sie einfach nur daliegt und atmet und versorgt wird. Man hat einfach gemerkt, es hat eine Kommunikation gegeben. Zwar jetzt nicht verbal, aber einfach ah das Non- verbale, das war, es war da und es war einfach auch ... ja, es war schön und ich glaube, es hat ihr auch gut getan, ja.“ (Stieglitz, el, Z. 334-343)

Deshalb stellen sie und ihre Kolleg:innen der Patientin viele Fragen, wie etwa danach, ob sie denn überhaupt essen wolle. Dass die Patientin dazu nickt werten sie als Signal, dass sie leben will:

„eine Kollegin hat sie dann einmal gefragt, wie sie dann wieder in der Lage war, dass sie sich alleine äußern kann, also ahm (unv.) ob sie leicht nicht mehr leben will oder ob sie nicht mehr essen will, Blödsinn! ‚Willst du überhaupt noch essen?‘ Und dann hat sie mit ja genickt.“ (Stieglitz, el, Z. 114-118)

Für sie war das Nicken auf die Frage hin, ob sie essen will, gleichzeitig die Beantwortung der Frage, ob sie leben will. Allerdings – und auch das steht im Kontext solcher Fragen zur Disposition – ist den Patient:innen vielleicht nicht immer klar, dass es sich dabei um

eine Nahrungsverabreichung via PEG Sonde³⁶⁰ handelt, bei der sonstige Qualitäten des Essens wie der orale Genuss, das selbständige Kauen und der Schluckvorgang, der soziale Aspekt etc. wegfallen.

Die Patienten hat die PEG Sonde schließlich erhalten, diese so weit gut vertragen und ist während ihres Aufenthaltes sogar „aufgeblüht“, was als gutes Zeichen gedeutet wurde:

„und das hat sie auch alles gut vertragen und ahm sie ist wirklich wieder richtig aufgeblüht, sie hat auch wieder eine richtige Farbe gekriegt im Gesicht und und ja es war einfach schön zum Mitanschauen, wie sie sich wieder derrappelt ja;“ (Stieglitz, eI, Z. 123-126)

Als jedoch die Entlassung kurz bevorstand, erlebte die ABS eine neuerliche Verunsicherung hinsichtlich der getroffenen Entscheidung und zwar, weil die Patientin vor ihrer Entlassung in eine Art Depression fiel. Dazu bringt sie die Situation in den weiteren Kontext der Versorgung zuhause und durch die Angehörigen:

„und da war für mich wieder so ein Moment, wo ich nicht gewusst habe, ob das die richtige Entscheidung war oder nicht. Und sie hat dann (.) ihr sind dann die Tränen gekommen, also sie hat dann also so richtig geweint, gell, und ich habe gesagt: ‚mah, ich wünsch dir‘, eben wie man halt so im Gespräch, ‚Ich wünsch dir alles Gute‘ und dass sie wieder heim darf und so weiter; und sie hat dann geweint und das hat mir dann so leid getan; dann habe ich mir gedacht: ‚boah, ich weiß nicht, ob das für sie auch wirklich jetzt, ob sie auch wirklich wieder heim will; ob sie nicht vielleicht sie selber ahm wie soll ich denn sagen (lange Pause). dass sie es selber gar nicht entscheiden hätte können [...] Ich weiß nicht, ob es wirklich richtig war und das ist auch das ethische Dilemma, sag ich jetzt einmal, dass sie die PEG-Sonde gekriegt hat;“ (Stieglitz, eI, Z. 129-140)

Dieses, sie erneut verunsichernde Erlebnis bringt sie schließlich in einen weiteren Kontext, wenn sie eine dahinterliegende Einsamkeit vermutet, welche die Patientin den Tod ersehnen lassen könnte, was ihr als schreckliche Vorstellung scheint.

„Und meine, meine Sorge oder meine Befürchtung ist ja die dann, dass dann, weil sich halt keiner gemeldet hat, dass einfach total untergeht und dass die Frau sozusagen ah sich den Tod dann wünscht, weil sie total vereinsamt, ja. Und ahm, dass das für sie, jetzt aus meiner Sicht, vielleicht anders, ahm wenn sie jetzt die PEG-Sonde nicht gekriegt hätte, ah der Leidensweg der Einsamkeit, dass sich der verkürzt hätte, für sie.“ (Stieglitz, eI, Z. 334-343)

Diese Einsamkeit vermutet sie deswegen, da sich die Angehörigen – obwohl sie die PEG-

³⁶⁰ PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie zur Nahrungsverabreichung.

Sonde durchsetzen – nie zu Besuch da waren und sie diese daher nie im Umgang miteinander beobachten konnte. Für ihre Überlegungen nimmt sie also im Sinne der Ganzheitlichkeit eine Kontextualisierung vor, insofern sie darüber nachdenkt, wie die Situation daheim für die Patientin sein mag, was diese dort wohl erwartet oder auch befürchtet.

„Also das Gespräch oder einmal jemanden sehen [...]. man nimmt ja dann, wenn sie da sind, ja, wie gehen sie mit ihr um, ahm wie reden sie mit ihr, wie schauen sie sie an. Das sind einfach so viele Sachen, das ah wo man sich einen Eindruck macht, wie die Pflege dann daheim ist, ja.“ (Stieglitz, el, Z. 334-343)

Wenn also jemand mal auf Besuch da gewesen wäre und wenn sie sich einen Eindruck über die Sicherheit über das spätere Wohlergehen der Patientin hätte verschaffen können, so hätte ihr dies zu einer umfassenderen Einschätzung über die Gesamtsituation verholfen. Sie nimmt demnach auch solche, in einem weiten Begriffsverständnis von Pflege enthaltenen Aspekte der sozialen Betreuung sowie der Lebensqualität in ihre Entscheidung mit auf:

„Also das hat mir für sie einfach leid getan, ja. Und wenn die Angehörigen einmal dagewesen wären oder dass man es wüsste, mah, die ah die fragen nach, wie es ihr geht, ob sie die PEG-Sonde, ob das auch alles gut funktioniert und so weiter ahm dann wäre es mir wahrscheinlich besser gegangen. Ja, weil dann hätte ich das sozusagen für mich das ah das Gefühl gehabt, sie ist dann daheim gut ah versorgt und umsorgt.“ (Stieglitz, el, Z. 217-222)

Der getroffenen Entscheidung, die eine Entscheidung zur Lebensverlängerung bedeutet hat, stellt sie (als Gegenhorizont) dem für sie als wenig erstrebenswert erachteten Zustand der Einsamkeit entgegen. Sie hat dazu Erfahrungen im Rahmen eines Praktikums in der Hauskrankenpflege gemacht, welches sie nachhaltig beeindruckt hat, insbesondere, dass und inwiefern Menschen in ihren eigenen vier Wänden un- oder unterversorgt sind.

„und das war ein bisschen schockierend, weil ich habe gesehen, wieviel Patienten daheim zwar gepflegt werden, aber alleine in einem Kammerl sind und nur bei der Körperpflege und zu Mittag jemanden zu Gesicht kriegen und mah, ich finde das so erschreckend, ja.“ (Stieglitz, el, Z. 391-395)

Mit dem Aspekt der Einsamkeit berührt sie implizit die aus der feministischen Care-Ethik

bekannten Aspekte der *Verbundenheit* und der *Solidarität*, die Pflege zur (gesamt-) gesellschaftlich relevanten Aufgabe machen³⁶¹. Wenn Menschen aber keinen oder kaum mehr Kontakt haben, so das Verständnis und Menschenbild der AZB, führt dies (für manche) zur Einsamkeit und in Folge zur Selbstaufgabe, weil ihnen wichtige Gefühle und zentrale Dimensionen des Menschlichen abhandenkommen, wie das Empfinden des sich und andere spüren Könnens, Kommunikation, Zeitgefühl etc. Weil Menschen mehr als Nahrung brauchen, beginnen sie daher zu „vegetieren“:

„ich glaube, dass sie einfach, ah sich selber dann aufgeben, ja; wenn du keine Kommunikation mehr hast, wenn man so einsam ist ah (.) ja, dass sie einfach ah das Zeitgefühl verlieren, das sich spüren, das eigene spüren, dass sie einfach, dass sie das Vegetieren anfangen, ja. [...] Und es ist einfach, ein Mensch braucht ja mehr als wie nur Nahrung und ja.“ (Stieglitz, eI, Z. 351-358)

Um die Erfahrung der PFA Stieglitz kurz zu resümieren, so stellt dieses Beispiel jene Schwierigkeit heraus, die in der Frage danach liegt, welche Norm angewendet werden soll bzw. welche (Handlungs-)Entscheidung getroffen werden soll, wenn Patient:innen sich nicht oder nur bedingt äußern können. Es gibt dann nur schwer ein eindeutiges Richtig oder Falsch. Wie wechselhaft ein solcher Entscheidungsfindungsprozess sein kann und als wie zweifelhaft sich die Entscheidung auch später erweisen mag, zeigt sich am hin- und hergerissen sein, das die ABS Stieglitz schildert. Dabei wurde deutlich, dass weniger der eigentliche Eingriff (die PEG zu legen) als problematisch galt, sondern diese kurz und mittelfristig richtig schien. Viel schwieriger ist es, Abschätzungen zum Patientenwillen und den Behandlungsfolgen vorzunehmen: Eine Entscheidung zu treffen heißt dann auch, sich in den Willen, in die Sorgen und Ängste der Patient:innen einzufühlen. In diesem Sinne versuchte die ABS die Situation zu kontextualisieren und z.B. hinsichtlich erwartbarer Versorgung zuhause zu antizipieren. Vor diesem Hintergrund stellt sie gemeinsam mit dem Team Überlegungen zum sozialen Umfeld und zur möglichen (Angst vor) Einsamkeit an. Für ihre Entscheidungsfindung wäre es hilfreich zu wissen, ob die Menschen auch danach gut versorgt sind. Ebenfalls misst sie dabei den gemeinsamen, kollegial empfundenen Besprechungen im interprofessionellen Team eine besondere Bedeutung zu; dies auch, weil sie sich dadurch entlastet und sich in ihrer Unsicherheit

³⁶¹ TRONTO, *Moral boundaries*; TRONTO, *Demokratie als fürsorgliche Praxis*, 25–42;

nicht alleine gelassen fühlt.³⁶²

Wenn damit ein Beispiel dafür gezeigt wurde, wie schwierig es ist, den *Patientenwillen* identifizieren zu können, so werden von den AZB auch solche Beispiele genannt, in dem die Wünsche und Bedürfnisse zwar klar waren, von einigen Pflegenden jedoch missachtet wurden.

Hierzu schildert die AZB Persimone eine Behandlungssituation mit einem etwa 70 Jahre alten Patienten, der lt. Ärzt:innen an einem austerapierten Bronchialkarzinom litt. Er wies einen allgemein schlechten Gesundheitszustand auf, war sehr schwach und wollte weder essen noch trinken, was er der AZB aufgrund des häufigeren Kontaktes mitteilte. Obwohl sie das kommunizierte, erhielt sie wiederholt die Anweisung der Diplomierten, den Patienten zum Essen und Trinken anzuhalten. Weil ihm daraufhin sehr übel wurde, wollte er ins Bad, um ggf. dort – und nicht neben den Mitpatienten – erbrechen zu können. Die Diplomierte verhielt sich dazu äußerst emotional und lautstark, wie die AZB schildert:

„und die Diplomierte hat dann voll geschimpft mit mir: Na und warum bitte und wenn dem was passiert, wenn der kollabiert, der kann ja nicht da am Klo sein und der muss unbedingt zurück ins Bett ahm; ich hab das überhaupt nicht verstanden, ja; weil ich versteh dass ihm unangenehm ist, wenn er neben seinem Zimmerkollegen erbricht ja, wärs mir auch; da denk mir, was ist so schwierig dran, dass der im Klo sein kann; ich hab dann gredt mit ihm, hab gsagt ich bleib dabei, ich hab eh Zeit, ich schau dass nichts passiert; wenn irgendwas ist, dann läut ich; aber die hat wirklich gschimpft mit mir, die ist richtig narrisch wordn; ich bin mir blöd vorkommen und sie hat gschimpft mit mir vor ihm; ja also, das war für uns beide eigentlich wirklich eine ungute Situation; und ich persönlich finds nicht schlimm, ja ich möcht auch lieber am Klo sein, [...]; also dieses vorm Patienten herumdiskutieren und zur Sau gmacht werden ist wahnsinnig unprofessionell und (..) einfach blöd.“
(Persimone, GI, Z. 50-66)

Damit nicht genug, musste sie ihn, kurz nachdem er wieder im Bett lag, aufmobilisieren, um ihn zum Essen zu bringen. Angesichts dessen, dass ihm zuvor übel war, erscheint dies widersprüchlich:

„Der Patient meinte, er hätte keinen Hunger und möchte lieber liegen bleiben. Doch das lies die Diplomierte nicht zu und so musste ich ihn hinaus in den Aufent-

³⁶² Die Beschreibung der Situation und ihrer Abwägungen lässt auf eine für ABS verhältnismäßig hohe ethische Kompetenz schließen, die sich durch eine besondere Reflexions- und Verantwortungsbereitschaft auszeichnet, sowie durch Offenheit, die Kommunikation mit dem Team, Zugewandtheit zur Patientin und einer weitreichenden Kontextualisierung des Falls auszeichnet.

haltsraum bringen – ich fühlte mich richtig hundeelend dabei! Im Blick des Patienten habe ich nur noch Resignation gesehen – das tat nochmal sehr weh. Am nächsten Tag bei seiner Morgenpflege, zu der ich eingeteilt war, litt er währenddessen plötzlich unter starker Luftnot, hatte Todesangst und war schon zyanotisch. Die Rettung brachte ihn ins Krankenhaus, wo er noch am selben Tag verstarb.“ (Persimone, PR, Z. 24-29)

Die AZB schildert dabei sehr eindrücklich ihr Gefühl des Mitleids, mit einem in sehr schlechtem Zustand befindlichen Menschen. Ihr Mitgefühl zeigt sich in der persönlichen Gefühlslage des sich „hundeelend fühlen“ und des Schmerzes darüber, die „Resignation“ in den Augen des Patienten erkannt zu haben. Aus Angst vor der Diplomierten sowie aufgrund ihres Ausbildungsstatus und der damit in Verbindung stehenden Abhängigkeit einer Beurteilung ist sie der Anweisung der Diplomierten – wenn auch äußerst ungern – gefolgt.

Es handelt sich dabei also um eine Situation, in der die AZB *wider die eigene moralische Überzeugung* handeln musste: Obwohl sie gerne im Sinne des Patienten, seinem Willen und seinen Bedürfnissen entsprechend gehandelt hätte, musste sie sich dem Druck beugen. Als Begründung und an Gesprächsmöglichkeiten blieb ihr die Vorgesetzte einiges schuldig. Als mögliche Erklärungen, die sich der Reflexion zufolge anbieten, könnten der DGKP Fürsorgepflichten und das Prinzip des Nichtschadens (die drohende Kollapsgefahr während des Erbrechens, die Aktivierung und Kräftigung bei der Essensverabreichung) zugrunde gelegt werden; gleichwohl könnten sich darin aber auch Macht- und hierarchische Verhältnisse ausdrücken, was sich im Gesamtkontext eher nahelegt, insbesondere da die DGKP als Person beschrieben wird, die sich „generell über alles hinwegsetzt [hat]“ (Persimone, GI, Z. 62f).

Selbst wenn die Gründe der DGKP unbestimmt bleiben, so wird dennoch offensichtlich, dass sich in deren Verhalten eine Missachtung der Patientenautonomie und der Bedürfnisorientierung dokumentieren. Aus der Retrospektive darf nun allerdings kein falsches Urteil über nicht interviewte Personen getroffen werden. Es gilt also den Fokus auf die Wahrnehmung der AZB zu legen, die hier einen Menschen in seiner – wie sich schon am nächsten Morgen herausstellte – letzten Lebensphase begleitet hat, was von ihr und dem Patienten in höchstem Maße fordernd, aber auch unbefriedigend erlebt wurde; es bleibt der Gedanke daran, wie fremdbestimmt dieser Mensch seine letzten Stunden ver-

bringen musste. Vor diesem Hintergrund wirft sie sich bis heute vor, dass sie als Praktikantin nichts tun konnte und sich nicht aufgelehnt hat. Sie fühlte sich zu *ohnmächtig* und in den *Abhängigkeitsstrukturen* verhaftet, als dass sie sich anders handeln getraut hätte:

„An dieser ganzen Situation hat mich sehr gestört, dass ich Praktikantin war und mich nicht gegen die Diplomierten auflehnen konnte (bzw. habe ich mich auch nicht getraut – das werfe ich mir bis heute vor!), obwohl ich spürte, dass es nicht in Ordnung ist, wie sie handelte. Natürlich verstehe ich die Notwendigkeit, dass Patienten mitunter zum Trinken angehalten werden müssen, aber es war ersichtlich, dass dieser Herr bald sterben würde. [...]. Verunsichert hat mich dieser Zwiespalt zwischen Anweisungen befolgen aber mit dieser Instruktion nicht konform gehen – und das spürte natürlich auch dieser besagte Patient.“ (Persimone, PR, Z. 36-51)

Dass sie sich nicht gegen die Diplomierten „aufzulehnen“ gewagt hat, macht sie sich bis heute zum Vorwurf, zumal sie – neben den ihr anvertrauten und konkreten Äußerungen des Patienten – deutlich *spürte*, dass diese (Handlungs-)Entscheidung nicht in Ordnung war. Ihr „Spüren“ bezieht sie dabei auf ihr *Empfinden und ihre Wahrnehmung aus der Patientenbeobachtung*: Sie nimmt an, die Falschheit des Handelns in seinen Augen, seiner resignierten Mimik und der Körperhaltung erkannt zu haben, womit sie im Sinne der Care-Ethik auf die menschliche Verletzlichkeit und Endlichkeit reagiert.

Sie fühlt sich von der DGKP vorgeschoben und in der Umsetzungsverantwortung von dieser allein gelassen. Dass es keine Möglichkeit gab, dies zu besprechen führt nun dazu, dass sie diese Situation noch heute beschäftigt. Umso bemerkenswerter ist ihr persönlicher Umgang und dass sie zum einen später das Gespräch mit einem Kollegen (auf gleicher, kollegialer Ebene) sucht, um diese Erfahrung zu reflektieren. Zum anderen nimmt sie sich als Lerngewinn den persönlichen Vorsatz mit

„nämlich dass ich nie so werden möchte wie diese besagte Diplomierten. Dass ich die Wünsche respektiere, dass ich den Patienten aktiv zuhöre und nicht immer andere vorschicke, um meine Anweisungen zu befolgen – sprich, je nach Möglichkeit, möglichst nah beim Patienten sein und auf ihn einzugehen. Denn das bedeutet für mich gute Pflege.“ (Persimone, PR, Z. 58-62)

Wenn die AZB damit ihr Verständnis eines professionellen und ethischen Handelns anspricht, welches sich durch Patienten- und Bedürfnisorientierung wie aber auch durch die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme auszeichnet, so enthält dies implizit

eine Kritik an der mangelnden Patientennähe und dem mangelnden Verantwortungsbewusstsein der DGKP. Zugleich impliziert diese Aussage, dass gute Pflege ethisches Handeln einschließt.

Für die Zukunft wünscht sich die AZB mehr Zeit, um solche Dinge anzusprechen, da sie diese Situation als sehr belastend erlebt hatte, es jedoch keine Möglichkeit zum Austausch und zur gemeinsamen Reflexion gab. Auch die zuständige Praxisanleitung hatte keine zeitlichen Ressourcen, was weitere (strukturelle) Probleme verdeutlicht. Günstig wäre es, dies nicht mit der direkt Betroffenen, sondern mit einer möglichst unabhängigen Person tun zu können, um keine unangenehmen Auswirkungen innerhalb der Abhängigkeitsstrukturen befürchten zu müssen. So würde sie gerne ihre Sorgen zu jenen Themen bearbeiten wollen, wie sie die sensiblen Themen von Tod und Sterben³⁶³ darstellen oder auch Fragen der Fremdbestimmung, welche zu moralischem Stress führen können.

5.1.4 Probleme im Kontext von Machtverhältnissen sowie im Umgang mit Pflegefehlern und sprachlicher Grobheit

Als weitere Beispiele, die sich im Kernkompetenzbereich von AZB befinden und in denen ihre Handlungen und Handlungsentscheidungen durch unterschiedliche (soziale) Dynamiken erschwert werden, skizzieren die nachfolgenden Schilderungen. Sie betreffen die Aufgaben der Körperpflege (KP), die Beobachtung und den Umgang mit ungeeigneten Kommunikationsformen, mit Pflegefehlern sowie den Umgang in Aufklärungsgesprächen.

Die AZB beschreiben in ihren Reflexionen häufig Situationen im Kontext der Körperpflege. Es handelt sich dabei um Aufgaben, bei denen sie sich aufgrund ihrer bisherigen Ausbildung und Praxiserfahrung in ihrer Entscheidung sicher fühlen und im Sinne der

³⁶³ Moralische und ethische Fragen zum Thema Sterben und Tod haben sich auch einigen anderen AZB gestellt und für sie als konflikthaft erwiesen, weshalb eine gute und achtsame Begleitung in diesen Fragen wichtig wäre. Die Beschreibungen waren dabei sehr unterschiedlich gelagert und wurden individuell empfunden: beginnend bei der Überforderung, weil ihr – einer AZB in einem helfenden Beruf – jemand seinen Todeswunsch anvertraut (PR Ahorn), über die Erfahrung eines würdelosen Umgangs mit einer kranken, sterbenden Patientin, die bei der Körperpflege vor Schmerzen aufschrie, was von der PP ignoriert und „einfach durchgezogen“ wurde“ (PR Erle), bis hin zur Frage, ob man jemand den Tod wünschen darf, weil das Sehen und Miterleben des Leids unerträglich wird (PR Erle; PR Weide; el Stieglitz).

Patient:innen selbstverantwortet handeln können. In diesem Kontext schildert nun die AZB Mara Mahagoni ihre Erfahrung, als sie zur KP bei einer älteren Dame eingeteilt und im Rahmen dieser Tätigkeit für sie verantwortlich war. In nachvollziehbaren Schritten schildert sie, wie sie vorgehen wollte und wie sie dazu die Patientin in ihre Überlegungen einbezog. Da diese nicht jeden Tag ganz geduscht werden wollte, führte sie in Absprache mit der Dame eine kurze Intimpflege durch, die zugleich der Hautbeobachtung und Inkontinenzversorgung diente, was sie im Anschluss ordnungsgemäß dokumentierte. Dies allerdings sehr zum Missfallen der zuständigen DGKP, denn

„keine Stunde später, kam die Dipl[omierte] zu mir und sagte mir in einem wirklich unangemessenen Ton, warum ich ihren Anweisungen nicht folge und ich die Betroffene nicht überredete um mit mir zu Duschen. Ich antwortete ihr, dass die ältere Dame heute nicht will und dass ich gemeinsam mit ihr die Intimpflege durchgeführt habe und ich dies auch so dokumentiert habe. Nachdem ich das sagte, stampfte die Dipl. weg und ging in das Zimmer der älteren Dame. Ich hörte am Gang das Gespräch mit, da sie nicht gerade leise redete. Sie ‚schrie‘ die ältere Dame an und sagte ihr sie muss sofort mit mir waschen gehen, wir hätten doch nicht ewig Zeit, wir leben nicht mehr in der Zeit von damals und haben genug Wasser, um uns täglich zu waschen, sie solle sich nicht so blöd anstellen, sonst bekommt sie heute keinen Besuch.“ (Mahagoni, PR, Z. 19-28)

Die Reaktion der Pflegenden hat die AZB erschüttert bzw. „versteinert“, wie sie es formuliert; sie konnte sich kaum bewegen. Dies änderte sich umgehend, da die DGKP sie an der Hand nahm, ins Zimmer zurückführte, ihr neben der Patientin

„Handtuch und Waschlappen in die Hände [drückte] und sagte [sie] müsse jetzt sofort mit ihr Duschen gehen. Als ich jedoch nachfragte, warum das unbedingt sein muss, konnte sie mir keine Antwort geben. Ich stand im Zimmer neben der älteren Dame und schüttelte nur noch den Kopf. Die Dame fing bitterlich an zu weinen und sagte, warum man ihr dies in ihrem hohen Alter noch antun muss und warum keiner ihre Entscheidung respektieren will.“ (Mahagoni, PR, 31-36)

In dieser Situation rang die AZB nicht nur mit ihren gemischten Gefühlen, sondern auch damit, nun eine *richtige* und *verantwortbare Entscheidung* zu treffen: Sie hatte Mitgefühl für die weinende Patientin, fühlte sich selbst versteinert, aber auch bloßgestellt. Da sie überzeugt war, fachlich alles richtig gemacht und entsprechend begründet zu haben, empfand sie Wut gegenüber der DGKP, war aber aufgrund des Abhängigkeitsstatus in ihrer Angst gefangen, eine Entscheidung zu ihrem persönlichen Nachteil zu treffen.

In dieser Situation entschied sie sich der Patientin zuliebe für eine Notlüge, was sie jedoch gegen eine ihr sonst wichtige Pflicht tat. Sie „verabscheut zwar nichts mehr als Lügen“, konnte in dieser Situation aber nicht anders, als zu einer solchen zu greifen:

„Ich machte mir dann mit ihr [der Pat.] aus, dass ich ihr helfe beim Umziehen und dass ich nicht mit ihr duschen gehen werden. Zur Dipl. sagte ich jedoch, dass ich mit ihr duschen war. Meine Gefühle [...] spielten komplett verrückt. Ich war wütend auf die Dipl., traurig, dass ich mich nicht durchsetzen und ehrlich sagen konnte, dass ich sie nicht geduscht habe und aber auch enttäuscht, dass man die ältere Dame kaum respektierte, obwohl die früher sehr viel leistete und heute nur ein ruhiges restliches Leben haben will“ (Mahagoni, PR, Z. 36-41)

Wie es den Eindruck macht, hadert die AZB zwar mit dieser Entscheidung: Nach Abwägung der ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten – wofür sie *fachliche Argumente im Kontext der Fürsorge* und des *Nicht-Schadens* (Intimpflege), den *Patientenwillen* (Wunsch der älteren Patientin), das *Menschenbild* (Respekt vor der Leistung der älteren Dame) vorbringt – scheinen ihr diese Begründungen genug zu sein, sich gegen den Zwang der Kollegin aber auch gegen das ihr gültige Prinzip des Wahrheitsgebots zu stellen.

Sie wählt daher ein relativ mutiges und überlegtes Vorgehen, das wohl viele in der Weise nicht gewagt hätten. Dies auch deshalb, da die DGKP ihr Vorgehen mit aller Kraft durchsetzen wollte, was sich darin dokumentiert, dass sie die AZB an der Hand genommen und zur Patientin geführt hat, um dort beide zur Rede zu stellen und selbst dann nicht Abstand davon genommen hat, als die Patientin „bitterlich [...] zu weinen anfang“. Nun können an der Stelle zwar keine Gründe für das Vorgehen und das Beharren der DGKP ausgemacht und kann „nur“ die Sicht der AZB rekonstruiert werden. Jedoch wird im Gesprächsverlauf von den Teilnehmer:innen die Einschätzung geteilt, dass solche Vorkommnisse keine Seltenheit darstellen. Wenn es zutrifft, dass Aussage und Ton der DGKP – wie etwa, die Patientin „sollte sich nicht so blöd anstellen, sonst bekommt sie heute keinen Besuch“ – einigermaßen original wiedergegeben wurden, kann dies recht eindeutig als (*sprachliches*) *Fehlverhalten* qualifiziert werden, das „Symptome“ von moralischem Stress und emotionaler Kälte (coolout) aufweist.

Weil Mara Mahagoni bis heute nicht gut damit umgehen kann, eine Notlüge erdacht zu haben, hätte auch sie sich in der Situation Unterstützung gewünscht. Erst eine spätere Reflexion hat sie in ihrem Vorgehen – in ihrer Fachlichkeit und der Respektierung des Patient:innenwunsches – bestätigt, wonach sich „nicht jeder jeden Tag waschen muss“ (Mahagoni, PR, Z. 52-53). Und so kann sie sich nun damit trösten, dass die Notlüge „schon auch gerechtfertigt [war], da es um keine lebensbedrohliche Situation ging, sondern einfach um die Bedürfnisse einer älteren Dame“ (Mahagoni, PR, Z. 46-47).

Ähnlich herausfordernd, weil ebenfalls in hierarchischen und/oder anderen Abhängigkeitsstrukturen eingebettet, schildern die AZB weitere moralische Konflikte, wie diese etwa in der Beobachtung und im Umgang mit (Pflege)Fehlern, mit sprachlichem Fehlverhalten oder der Übertretung von Kompetenzen zu sehen sind. In den PR berichten sie bspw. von solchen Fehlern oder Übertretungen, die ihnen aufgrund ihres bisherigen Ausbildungsstandes auffallen konnten, wie:

- die unhygienische Durchführung eines aseptischen Verbandswechsels;
- falsch eingeschachtelte Medikamente;
- Medikamente zu mörsern, die dafür nicht geeignet sind;
- Die Verwendung alter Standards für spezifische Pflegeinterventionen;
- Die Untersagung einer Schmerzmittelgabe mit dem Hinweis: „der sagt viel, wenn der Tag lang ist“ (Eiche, PR, Z. 8-9);
- Kompetenzübertretungen, die teils wissentlich geduldet werden, wie z.B. Infusionen an- und umhängen oder spezifische Anlage von Verbänden durch PA;

Gerade von diesen *Kompetenzübertretungen* berichten etliche AZB, dass diese häufig und auf vielen Stationen vorkommen, wofür gerne das Problem des Personalmangel eingeführt wird und diese wohl deswegen eine stille Duldung erfahren. Diese adressiert – aufgrund mancher Teamdynamiken und Abhängigkeitsverhältnisse – auch AZB, die schildern, dadurch *moralische Konflikte* zu erleben, zumal sie sie in der Ausbildung (von juristisch gebildetem Fachpersonal) lernen, nur Tätigkeiten im Rahmen des Kompetenzbereichs auszuüben. Hinzu kommt, dass sich AZB dieser Kompetenzstufe an Regelwerken und Normen orientieren möchten, bis sich Handlungen und Handlungsabläufe gefestigt haben. Die Erfahrung der Übertretung stellt somit eine Irritation dar, von der sie unsicher sind, ob und wenn ja, wie sie diese thematisieren sollen.

Eine für sie prägende Erfahrung machte die AZB Birke, die in ihrem Praktikum mit dem PA Hektor zusammengearbeitet hat. Dieser hatte die Ausbildung bereits vor einigen Jahren absolviert und „ging mit den Patienten sehr grob um und beleidigte eine alte, demente Frau als ‚fette Kuh‘, als sie nicht aufstehen wollte“ (Birke, PR, Z. 13-14). Als sie

wieder mit ihm zum Dienst eingeteilt war, wurde dem PA das – nicht in seinen Kompetenzbereich liegende – Entfernen eines transurethralen Blasenkatheters delegiert; die AZB durfte dabei zusehen. Die Art der Durchführung bestand im Folgenden:

„Hektor richtete sich die Materialien her. Dann fuhr er mit dem Bett auf seine Arbeitshöhe. Er sagte zu der Patientin ‚Spreiz deine Beine, ich mache jetzt den Schlauch zwischen deine Füße raus und atme gut ein‘. So schnell ging es und der Blasenkatheter war entfernt.“ (Birke, PR, Z. 31-34)

Sie und eine weitere Schülerin waren über das Vorgehen wie auch über die Kommunikationsform entsetzt, wurden vom PA jedoch zum Stillschweigen angehalten: „Sagt es niemanden, denn das Entfernen vom Blasenkatheter liegt eigentlich nicht in meinen Kompetenzbereich“. Die Dokumentation in der Fieberkurve erfolgte von der zuständigen DGKP.“ (Birke, PR, Z. 36-38). Birke beschreibt die Gefühle Ärger, Wut und Enttäuschung in dieser Situation und dass sie daran denkt, es zu besprechen. Letztlich entscheidet sie sich – wie auch die AZB Tanne bei ähnlichen Erfahrungen – nichts Diesbezügliches anzusprechen: Dies wird zum einen damit begründet, dass es ohnehin „schon Normalität ist“ (Tanne, PR, Z. 44), zum anderen auch mit Angst vor einer schlechten Beurteilung, „denn als Schüler ist man immer der, was ganz unten ist. Da ist auch die Harmonie evtl. nicht die beste. Anders wäre es, wenn ich auf dieser Station fix arbeiten würde und ich ein fixer Teil des Teams wäre.“ (Tanne, PR, Z. 30-32) Damit bleibt die Verantwortung bei der Stationsleitung und es wird „erst dann geklärt, wenn etwas passiert und herauskommt das ein Pflegeassistent etwas durchgeführt hat was nicht im Kompetenzbereich steht“ (Tanne, PR, Z. 46-48), vermutet die AZB.

Da die Auszubildenden schon im „berufseigenen“ Feld der Pflegenden nichts Kritisches hinsichtlich ihrer moralischen Bedenken zu äußern wagen, macht es vielleicht verständlich, wenn sie ihre Beobachtungen noch weniger offen im multiprofessionellen Team ansprechen. Sie erleben allerdings auch in diesem Zusammenhang für sie moralisch herausfordernde Situationen, wie es die AZB Buche am Beispiel der Überbringung einer „schlimmen Diagnose“ (Buche, PR, Z. 95) beschreibt. Es handelt sich dabei im weiteren Sinne um Fragen des Wahrheitsgebots, wobei hier weniger die Frage nach der Überbringung der *Wahrheit selbst* zur Diskussion steht, als vielmehr die *Form*. Buche berichtet von der Unterstützung einer ca. 20-jährigen Patientin, als sie von der Arztvisite unterbrochen wurden. Die AZB konnte daher das Gespräch mitanhören, welches zunächst aus

vielen Fachausdrücken bestand. Daraufhin fragte die Patientin

„was dies denn bedeute. Die Antwort des Arztes war nur: ‚In weniger als 2 Jahren werden sie im Rollstuhl sitzen‘. Ich konnte es nicht glauben, das gehört zu haben. Die Patientin weinte ununterbrochen. Wenn ich ehrlich bin, wenn mir das passiert wäre, ich hätte mich beschwert. In so einem jungen Alter schon so eine schlimme Diagnose zu bekommen ist schon schwer genug, aber der Ausdruck und die Art wie der Arzt das mitteilt, ist doch noch mal eine andere Sache.“ (Buche, PR, Z. 99-104)

Wie oben schon angedeutet, hatte die AZB ihrer Empörung nicht verbalisiert, sondern sich stattdessen um die Patientin gekümmert. Entlastend war es, beschreibt sie, dass „sich ein jüngerer Assistenzarzt nach der Visite die Zeit genommen hat, um sich zu ihr zu setzen und sich lange mit ihr zu unterhalten“ (Buche, PR, Z. 104-106).

5.1.5 Gute Pflege zwischen Anspruch und Widerspruch

Während sich die AZB noch sehr in der Abhängigkeit von den Praktikumsstationen, ihrer dortigen Auf- und Annahme, ganz besonders aber auch in der (gefühlten) Abhängigkeit von Beurteilungen befinden und damit viele (Handlungs-)Entscheidungen eher fremdbestimmt treffen, zeigt sich bei den jungen Absolvent:innen, dass und inwiefern diese in Aushandlungsprozesse gehen, um sich von äußeren Zwängen loszusagen. Dabei stoßen sie auf unterschiedlich gelagerte strukturelle, institutionelle wie personelle Herausforderungen, die in den letzten Wochen überdies von einer äußerst prekären Situation durch Anforderungen der COVID-Pandemie und knappen Personalressourcen gekennzeichnet waren.

Dies veranschaulicht eine von PFA Kleiber geschilderte Situation gut, die sie im Langzeitbereich als neue Mitarbeiterin eines APH erfahren hat und in der sie ihr Verständnis von *guter Pflege* vermisst hat, sowie die damit verbundene Orientierung hinsichtlich Individualität, Bedürfnisorientierung und Ganzheitlichkeit. Sie schildert das Vorgehen einer bereits länger dort beschäftigten Fachsozialbetreuerin (FSBA), die ein wenig aktives und unflexibles Pflegeverständnis lebt:

„die hat halt einfach beschlossen, wir legen um zwei Nachmittag alle Bewohner nieder und es kommen zum Abendessen nur mehr die Mobilen heraus, also, essen ja, wens unbedingt sein muss, kriegen sie am Abend auch noch was zum Essen, ja; aber wir setzen sie am Abend nicht mehr heraus; um zwei Nachmittag ins Bett und bis nächsten Tag in der Früh nicht mehr heraus (.) ja;“ (Kleiber, GI, Z. 98-102)

Mit leicht zynischem Unterton schildert sie im Sinne einer ersten Relevanzsetzung ihren moralischen Konflikt, der ihr ziemlich zugesetzt hat. Sie erzählt, dass sie die ersten Tage mit großem Kummer und (abends) mit Weinen zugebracht hat. Dies zum einen, weil besagte Kollegin „die Neuen [...] prinzipiell fertig macht“ und die AZB daher auf der persönlichen Ebene betroffen war, zum anderen, weil sie ihren ethischen Anspruch an gute Pflege so nicht verwirklichen konnte. Nach dem ersten „Schock“ und dem „Aneinandergeraten“, hat sie für sich die Situation reflektiert und nach konstruktiven, für sie lebba- ren (Kompromiss-) Lösungen gesucht. Folgenden Vorschlag hat sie mit der Kollegin aus- gehandelt:

„und ich bin dann zu ihr hingegangen und ich hab gesagt, du weißt eh, in deiner Gruppe, wenn du meinst, du setzt sie heute nimmer heraus, dann nicht; aber in meiner Gruppe mobilisiere ich einen jeden Bewohner nochmal heraus, der heraus möchte [...]; sie hat halt dann eh mords gemeckert und voll geteufelt; und ich hab dann zu ihr gesagt, du brauchst mir nicht helfen; ich bin sowieso bis acht da, du gehst früher heim (.) du brauchst mir nicht helfen, ich brauch keine Hilfe, ich mach das eh alles alleine, aber ich will sie raussetzen, weil ich möchte das auch nicht, um zwei nachmittags ins Bett gehen müssen; und dann bis nächsten Tag um acht, neun im Bett bleiben müssen; wenn du das für richtig hältst, dann musst du das so (.) mit dir machen und ich hab dann auch gesagt, ich kann das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren;“ (Kleiber, GI, 123-133)

Die AZB steht also für ihr Pflegeverständnis ein und nimmt dafür auch persönliche Kon- flikte mit ihrer Kollegin in Kauf. Sie verzichtet im Weiteren auf Unterstützung durch ihre Kollegin, obwohl ihr – wie sich in einer späteren Passage zeigt – die Zusammenarbeit im Team grundsätzlich wichtig ist. Als *normative Begründung* dient ihr die *Orientierung an den Bewohner:innen* und ihr *professionelles Pflegeverständnis*, in dem neben der *Empa- thie* auch das entsprechende *Fachwissen* um die Bedeutung von Aktivierung und Mobi- lisation erkennbar sind. Des Weiteren argumentiert sie – orientiert an der Goldenen Re- gel – mit der *persönlichen Einfühlung*, dass auch sie nicht schon am so frühen Nachmit- tag ins Bett möchte. Und schließlich drückt sich noch eine moralische Begründung darin aus, dass sie ein solches Vorgehen nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren könne. Wie sich anhand der späteren Frage zur ethischen Kompetenz zeigt, bedeutet für sie, ein Gewissen zu haben, u.a. die Orientierung am Nächsten und daran, ob mir „mein Nächs- ter wurscht [ist] oder mach ich mir drüber Gedanken, wie es dem anderen geht, mit dem was ich tu;“ (Kleiber, GI, Z. 611-612).

Diese solidarische Ausrichtung am Nächsten ist ihr Grund, sich gegen das Vorgehen der

Kollegin widerständig zu zeigen, dass sie als in rigiden Strukturen verhaftet, unflexibel und im Sinne der Menschenrechte als gewaltsam empfindet. Dies nimmt sie in Kauf, um ihre ethischen Vorstellungen guter Pflege zumindest für die ihr überantworteten Bewohner:innen durchzusetzen.

Obwohl die Schilderung bei den Gesprächsteilnehmer:innen ein hörbares Entsetzen auslöste, wurde im Weiteren nicht über das Verhalten der Kollegin und deren Gründe diskutiert, vielmehr entstand eine Diskussion zum Thema der *Entscheidungsfreiheit* von Bewohner:innen und Patient:innen in dem Sinne, dass ihnen diese durch das Pflegepersonal rasch abgenommen würde. Der Verlauf des Gesprächs entwickelte sich zum einen zu einer Diskussion über nicht änderbare Strukturen, weil diese notwendige Abläufe einer Organisation darstellen und Orientierung und Sicherheit bieten; so etwa die Essens-, Therapie-, Visiten- und Besuchszeiten.

Zum anderen sprechen die ABS aber auch jene Strukturen an, die sie vorgeben (können) und in die sich Patient:innen – wenn auch mit Einschnitten in deren Autonomie und Entscheidungsfreiheit – einfügen (müssen). So hinterfragt es bspw. die ABS Sperling:

„und irgendwo denk ich mir dann oft, die Entscheidungsfreiheit; ich frag mich dann oft, warum nehmen wir ihnen die ab, ja? und das darfst aber oft im Team gar nicht laut sagen: ma was du immer (.), du verscheisserst sie ja oder so; aber ich denk mir, ist es jetzt die (.) Bequemlichkeit, dass ich sag, ja ich machs, weil für mich ist das der Ablauf, dass ich gut organisiert bin und nur meine Struktur funktioniert; aber wo der Patient dann wirklich steht, weil der ist oft einen ganzen Tag unruhig, weil er vielleicht in der Früh duschen gehen wollte, aber er ist nur am Waschbecken gewaschen worden, ja; (.) aber irgendwie frage ich mich dann oft, woran liegts?“ (Sperling, Gl, Z. 189-197)

Dieses Nachdenken und die Selbstreflexion der ABS verdeutlichen, dass die Orientierung an den Patient:innen oft strukturellen Abläufen, individuellen Vorstellungen oder Absprachen im Pflorgeteam weichen muss. Worauf hier nun keine konkrete Antwort gegeben wird, dokumentiert sich schließlich in einigen weiteren Abschnitten, wenn immer wieder die prekären Rahmenbedingungen, die eng getakteten Zeitvorgaben wie auch die knappen Personalressourcen zum Thema werden. Sie dürften zwar nicht der einzige, aber doch ein maßgeblicher Grund dafür sein, dass die Patientenautonomie immer wieder mal in den Hintergrund gerät.

Unter Berücksichtigung einer schon seit Jahren angespannten Situation, hat sich diese nun während der Corona-Pandemie weiter zugespitzt. Während man sich zuvor noch

auf Kompromisse mit den Patient:innen verständigen konnte – was diesen eine gewisse Entscheidungsfreiheit ermöglichte – war dies in Zeiten der Pandemie unmöglich:

„Schwierig wird für mich das Prioritäten setzen zum Beispiel, wenn ich jetzt einen oder zwei Sterbende hab, wo ich weiß, da darf jetzt niemand herein bzw. da müsste jetzt die Lockerung kommen, dass maximal zwei Besuche kommen dürfen und du kannst für den keine Zeit aufbringen; du musst den zum Teil alleine lassen, den Sterbenden, und du weißt es genau, das ist in der nächsten Stunde oder in den nächsten zwei Stunden so grob; und dann läuten aber noch drei andere, die wollen schon waschen gehen und dann ist man selber in dem Dings drinnen, was tu ich jetzt wirklich als erstes, was ist für ihn wichtig und dann kommt man schon in einen eigenen Konflikt eigentlich was mach ich dann [Kleiber und Sperling: beipflichtendes „mhm“];

und da muss ich schon ehrlich sagen, dann erklär ich es demjenigen schon, dass ich momentan was anderes hab, dass er ein bisschen später vielleicht zum Waschen dran kommt, dass ich mir einfach noch Zeit nehmen kann für den Sterbenden, der was einfach ja (.) dass er nicht alleine ist in dieser Situation, bis dass die Angehörigen da sind oder der Wechsel da ist von den Angehörigen; wir haben auch Angehörige, alte Angehörige die was einfach auch nicht alleine dabei bleiben wollen; da nimm ich mir eher schon die Zeit für den (.) und schick von mir aus einmal einen Schüler zum Waschen rein oder irgendwen anderen;“ (Buchfink, Gl, Z. 277-292).

Was die Pflegenden bisher – trotz prekärer Rahmenbedingungen und teils unter Verausgabung eigener Kräfte – noch halbwegs ausbalancieren konnten, kommt nun unter den Bedingungen der Pandemie aus dem Lot und zwingt sie zu *Priorisierungen* und zu *Abstrichen* an ihren Ansprüchen.

Die ABS Buchfink begründet ihre Entscheidung zu Priorisieren mit der menschlichen Kontingenz und dem *Verweilen beim Sterbenden*, dessen Ende – lt. ihrer Einschätzung – schon nahe zu sein scheint. Damit dieser Mensch nicht alleine sterben muss – etwa, weil (noch) keine Angehörigen da sind – versucht sie, diesen Menschen in ihrer letzten Phase beizustehen. Um das tun zu können, greift sie auf die Mitarbeit von Schüler:innen zurück, denen sie die (alleinige) Übernahme der Körperpflege bei anderen Patient:innen delegiert.

Solche Phasen empfinden die Pflegenden aus verschiedenen Gründen *belastend*: Sie nennen dazu u.a. Faktoren mangelnder Möglichkeit zur *Selbstfürsorge* (nicht mal auf die Toilette gehen zu können), sowie die Abstriche in ihrem Pflegeverständnis: Diesbezüglich äußern sie, dass solche Phasen nur über eine sehr kurze Zeitspanne gut gehen können, weil dies der Punkt zu sein scheint

„wo wir als Pflegepersonen dann anfangen einen standardmäßig nach dem anderen und nimmer bedürfnis- und ahm patientenorientiert [Kleiber: genau!] arbeiten; weil dann fängst an, ich mach nur mehr das Pflichtprogramm, was wirklich sein muss.“ (Sperling, GI, Z. 357-360)

In dieser Hinsicht steht die Angst im Raum, dass diese Pflegequalität zur neuen Normalität werden könnte, wenn die Vorgesetzten sehen, es ginge doch auch so. Dass sie aber nicht auf Dauer so pflegen wollen, begründen sie mit ihren moralischen und auch ethischen Ansprüchen, der Realisierung ihrer Fachlichkeit sowie mit dem Verweis auf eigene Wünsche und Bedürfnisse im Krankheitsfall. Dazu verweist die ABS auf eine sehr persönliche – zum Zeitpunkt des Gespräches noch recht nahe – Erfahrung:

„ich mein, ich kann nur jetzt aus meiner Dings reden; [...], du musst den Patienten so pflegen, wie es ich gerne möchte; oder wie ich möchte, wenn meine Eltern drinnen liegen, dass die gut gepflegt sind; [Zeisig und Kleiber nickend: ja;] und ich habs auch gesehen, was das bedeutet, Angehörige; wie wir den Papa auf der Intensivstation gehabt haben, die eine Woche, wo wir nicht gewusst haben wie, (.) da hab ich auch gemerkt, wie das wichtig ist, dass man den Patienten wirklich pflegt und die Angehörigen dazu; also jetzt versteh ich das noch viel mehr und jetzt geb ich mir noch weit mehr Mühe für das Ganze; und wenn mir jetzt eine Chefität sagt, na, tuts nur das Nötigste; also ich kann mit dem Momentan absolut nicht umgehen; das muss ich ehrlich sagen.“ (Buchfink, GI, Z. 477-486)

Diese Adressierung der Beschäftigten mit dem Hinweis, nur das Nötigste zu tun, scheint weder neu noch selten, führt aber – wie auch bei der hier zitierte ABS – dazu, dass sie im Kontext dieser Dynamiken von Stress, Belastungen und der Anforderungen, nur das Nötigste zu tun, für sich unsicher war, im Beruf bleiben zu können. Damit soll abschließend noch kurz auf die Problematik von moralischem Stress hingewiesen werden.

5.1.6 „Da greif mal! Merkst, wie kalt mich das lässt?“ Dynamiken von Coolout und moralischem Stress

Dauern solche Situationen, in denen der Anspruch an gute Pflege verwehrt wird, länger an, so können die Beschäftigten unterschiedliche Strategien entwickeln³⁶⁴. Im Fall der Befragten äußern auch diese den Gedanken daran, die Abteilung oder die Einrichtung zu verlassen.

„da fängts dann bei mir an, dass ich mir wirklich zwischendurch einmal dacht hab,

³⁶⁴ Von moral (di)stress sind nicht nur AZB und junge ABS betroffen, sondern auch ältere und solche Pflegenden, die mit hohem beruflichem Ethos pflegen, dessen Realisierung jedoch äußere Umstände verhindern, was auch veränderte Rahmenbedingungen sein können.

(.) wenn das so weitergeht, weiß ich nicht, ob das der Ort ist, wo ich bleib; mir taugt vom Team her voll, es ist das Fach voll super aber die Zustände, ob ich da:s, ob ich die derpack weiß ich nicht, weil wenn ich [...] in einem 12 Stundendienst nicht einmal aufs Klo gehen kann und mir am Dienstende denk, [...] nicht einmal das; und ich hab auch meine Patienten für mich nicht so versorgt, wie ich es gern hätt. (.) des macht was mit einem.“ (Kleiber, GI, Z. 307-316)

Doch wie es scheint, schmerzt der Gedanke ans Aufhören insofern, als dass er eben von den unhaltbaren *Zuständen* bedingt wird. Im Fall der ABS kommt häufig hinzu, dass diese nach der Ausbildung eine hohe Motivation empfinden und für ihre Tätigkeit einen großen Idealismus einbringen. Daher erleben sie es als schlimm (evtl. sogar existenziell und bedrohlich), wenn sich ihnen dann der Gedanke zum Aufgeben der Tätigkeit nahelegt:

„es wird ja schlimm, wenn du es in Frage stellst, hab ich wirklich noch den richtigen Beruf, oder nicht? [Kleiber: genau] Ich bin vor dieser Frage gestanden, muss ich ehrlich sagen; hör ich auf, geh ich in einen ganz anderen Abschnitt oder tu ich weiter; (Buchfink, GI, Z. 503-505)

Beschäftigten stehen für ihre Überlegungen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, die der Ökonom und Sozialwissenschaftler Albert Hirschmann³⁶⁵ in seiner Theorie bündelt: *exit*, für das Verlassen der Organisation, *voice*, im Sinne des Widerstands und des Einspruchs oder *loyalty*, für den Verbleib in der Organisation, um sich dort zu arrangieren.

Wie oben bereits hingewiesen, fördern Studien aus dem Bereich der Pflege des Weiteren zu Tage, dass ein Verbleib auch dazu führen kann, dass Beschäftigte in moralischen Stress kommen und Strategien der Kälte entwickeln. Ein nahezu bildliches Beispiel für ein solches Verhalten schildert die ABS Kleiber aus ihrem Praktikum. Sie arbeitet dort mit einem Pflegeassistenten zusammen, dessen Entwicklung und berufliche Motivation zwar nicht klar ist, der aber zur Veranschaulichung moralischer Kälte eine eindruckliche Szene liefert:

„also da hab ich noch eine Situation, wo ein Pflegeassistent auf einer Station im Praktikum, gsagt hat, ahm auf meine Frage hin, kriegt die 80jährige Dame noch was zum Essen, weil die hat seit Mittag nix gegessen; und dann sagt der: da greif mal! merkst, wie kalt dass mich das lässt? wo ich mir denk: boah, wie kann man sowas sagen!“ (Kleiber, GI, Z. 621-624)

Ihrem Ton war ihr Entsetzen und ihre Entrüstung noch zu entnehmen. Aus der weiteren

³⁶⁵ HIRSCHMAN, Exit, Voice, and Loyalty.

Erzählung geht jedoch nicht hervor, ob und wie sie diese Situation gelöst oder angesprochen hat, vielmehr verwendet sie das Beispiel, um auf die *Bedeutung ethischer Kompetenz* und einer *soliden Grundkenntnis in Ethik* zu verweisen. Für längerjährige Mitarbeiter:innen wie dem beschriebenen PA, würde sie außerdem eine Form *refresher* in Sachen Ethik empfehlen:

„und so einer bräuchte wirklich einmal wieder, vielleicht selber dass er spürt, was er da tut; einfach ein bisschen, ja (.) ja. also, ich find Ethik in der Ausbildung schon voll wichtig und i hätts auch voll super gefunden, wenn wir's noch ein bisschen mehr gehabt hätten im PFA;“ (Kleiber, GI, Z. 624-628)

Moralischer Stress wird also – und so auch von den Expert:innen – als potenzielle Gefahr in diesem Bereich identifiziert. Er wird dort häufig als Konflikt zwischen strukturellen Gegebenheiten knapper Ressourcen (Zeit, Personal) bei gleichzeitig hohen Anforderungen hinsichtlich fachlicher Expertise sowie der Verantwortung für menschliches Leben beschrieben. So bestätigt es auch – im Vorgriff auf die Einschätzung von Expert:innen – die DGKP Rubin aus ihrer Praxiserfahrung, wenn sie beschreibt „wir werden vom System jeden Tag gezwungen, gegen unsere Moral und gegen unsere Ethik zu arbeiten“ (Rubin, eI, Z. 51, 24). Zwar kann man, so Rubin weiter, unter Ausblendung des Mitgefühls und eigener moralischer Ansprüche, praktisch zwar vieles schaffen; man wäscht halt die Patient:innen noch schneller, achtet nicht mehr darauf, ob sie sich wirklich gut positioniert fühlen etc. Sie kann das zwar schaffen, davon ist sie überzeugt, spricht dann aber jene Konsequenzen an, mit der sie einen besonderen Anspruch erhebt, die Menschen individuell wie gesellschaftlich für die Bedeutung von Moral und Ethik im Bereich der Pflege zu sensibilisieren:

„und ich schaff Triage, ich schaff' alles schaffe ich, ja; dann schalt ich halt mein Gefühl ab. Ob ich das dann will oder nicht, ist dann eine andere Frage, das schaff ich schon; aber du (sehr betont!) liegst ja schlecht! und du wirst unruhig und (.) dich kann ich nicht gleich reinigen, wennsd an Stuhlgang ghabt hast oder dich kann ich nicht gleich rechtzeitig aufs Klo bringen sondern muss zuerst noch 1000 andere Sachen erledigen“ (E, Rubin, eI, Z. 578-582)

Mit dem Verweis auf gesellschaftlich stark abgewertete Tätigkeiten ihres Berufsbildes, verweist sie auf Grundbedürfnisse des Menschseins, die allen Menschen gemein sind und die besonders in Phasen der Vulnerabilität oder auch in der letzten Phase des Lebens relevant werden. Mit ihrer Eindringlichkeit – die u.a. mit der Verwendung des *Du*

direkt ansprechen und adressieren möchte – appelliert sie sozusagen an die Gesellschaft, diese Tätigkeiten – für die es wesentlich auch an *ethischer Kompetenz* bedarf – besser anzuerkennen und wertzuschätzen. Daher bietet es sich an, nach einem kurzen Zwischenfazit näher auf das Verständnis ethischer Kompetenz und ihre Bedeutung zu blicken.

5.1.7 Kurzes Zwischenfazit: Die Rekonstruktion moralischer Probleme

Im folgenden Zwischenfazit sollen kurz die bisherigen Erkenntnisse gebündelt werden, um diese dann später mit weiteren Einsichten, etwa zu Bedeutsamkeiten der Vermittlung von ethischer Kompetenz, diskutieren zu können. Die Schilderungen der Reflexionen und Interviews haben eindrücklich gezeigt, dass und inwiefern die AZB mit moralischen Fragen konfrontiert werden. Sie sind aufgrund ihres Aufgaben- und Kompetenzspektrums mit einer Vielzahl an Tätigkeiten befasst, welche in unterschiedlicher Weise die Kontingenzen des Lebens berühren, und die menschlichen Realitäten von Krankheit, Leid und Tod vor Augen führen, was von den AZB unterschiedlich erlebt, bearbeitet und bewertet wird.

Was von den Gesprächspartner:innen als moralisches Problem oder auch als Dilemma bezeichnet wird, entspricht nicht immer dem, was die Theorie als solches kennzeichnet; wenn zwar im Rahmen der Arbeit (an einigen Beispielen) der Versuch unternommen wurde, die Erfahrungen als moralisch zu qualifizieren und etwa der Systematik nach Monteverde³⁶⁶ zuzuordnen, so gilt eine leitende Frage dennoch der Frage danach, wie die AZB diese Situationen erleben und bearbeiten; dies um darauf etwaige – für Aus-, Fort- und Weiterbildung wertvolle – Vermittlungsaspekte rekonstruieren zu können: Wenn also eine erste Erkenntnis jene ist, dass moralische Probleme nicht immer als solche erkannt werden, dann kann eine erste Aufgabe der Vermittlung jene sein, an den begrifflichen Schärfungen zu arbeiten; dies wiederum macht mit Monteverde deshalb Sinn, damit Pflegende in der Alltagspraxis entsprechende Bearbeitungsstrategien setzen und wählen zu können.

In dieser Hinsicht präsentieren sich eher wenige Schilderungen als konkretes *Dilemma* –

³⁶⁶ MONTEVERDE, Komplexität; MONTEVERDE, Grundlagen der Pflegeethik, 21–44.

als solches könnte das Beispiel von ABS Buchfink gewertet werden, wenn sie von der Notwendigkeit des Priorisierens und Triagierens berichtet, welches sie in extrem stressigen, von Personalknappheit gekennzeichneten Phasen anwenden muss: Um Sterbende begleiten zu können, muss sie von der persönlichen Fürsorge anderer Patienten absehen, was auf längere Sicht ein belastendes Problem darstellt. Auch das Beispiel der ABS Stieglitz stellt ein (nicht seltenes) moralisches Dilemma dar, wenn es um eine Therapieentscheidung bei einer alten und dementen Patientin geht, deren eigener Wunsch zur konkreten Bewertung der Situation unklar ist und nur bedingt herangezogen werden kann.

Demgegenüber gibt es manche Schilderungen der interviewten Pflegenden, die auf eine Form ethischer (und fachlicher) Unsicherheit – als Konflikt *über* die Moral – hinweisen. So etwa wäre das Problem der Kompetenzübertretung (der AZB Tanne und Birke) zu qualifizieren, wenn die Norm zwar klar ist, divergierende Meinungen anderer Personen jedoch einen Konflikt provozieren. Ähnlich wäre es (m.E.n.) mit den verbalen Entgleisungen von Kolleg:innen zu sehen, wenn sich an den beschriebenen Umgangsformen eine doch recht deutliche Missachtung und ein würdeloses Verhalten erkennen lässt.

Obwohl sich bei manchen Situationen – aus der Außenbetrachtung – die Vorgehensweise relativ klar präsentiert, können diese Probleme für die AZB auch zu Problemen *mit* der Moral werden; dies, da sie sich qua ihres Ausbildungsstatus in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen wännen, die ihnen ein Handeln gemäß ihrer moralischen Überzeugung verbietet. So fühlt diese Zwänge etwa die AZB Persimone, wenn sie den geschwächten, appetitlosen Mann entgegen seinen Bedürfnissen zum Essen mobilisieren und animieren muss; und so empfindet es auch die AZB Mahagoni als belastend, wenn sie – obwohl fachlich und moralisch begründet – die Dame entgegen ihrem ausdrücklichen Wunsch duschen muss.

In ihren Beschreibungen dokumentiert sich, wie sie ihr (versuchtes) Vorgehen begründen: Sie beziehen sich auf eine große Bandbreite ethischer Kategorien und nehmen etwa Orientierung an *rechtlichen Grundlagen*, an *Pflichten* (Wahrheitsgebot bzw. Lügenverbot) wie auch an den *Prinzipien* (vor allem jene des Patientenwillens und der Fürsorge). Häufig lässt sich überdies eine spezifische *Haltung* ausmachen, die im Sinne der *Fürsorgeethik* als Tugenden beschrieben werden könnte, und die sich als Orientierung an den

Bedürfnissen, an der Menschenwürde, der Biografie und Individualität von Menschen, sowie an deren Verletzlichkeit und Endlichkeit (Priorisierung Sterbender) und im Erkennen von asymmetrischen Machtpositionen zeigt. Schließlich bringen sie ihr empathisches Empfinden noch mit einer Form der Goldenen Regel und des Kategorischen Imperativs vor, wenn sie so pflegen möchten, wie sie dies gerne auch an sich und für ihre Angehörigen erfahren würden.

Wenn sich zwar bei manchen Schilderungen noch der Eindruck des Erlebens und (wenig involvierten) Beobachtens aus der Außenbetrachtung nahelegt – als Anfänger:innen ist es ihnen noch nicht möglich, auf eine Weise in die Situation einzusteigen, um aus der Innenperspektive sämtliche Zusammenhänge situativ erfassen zu können – so zeigt sich dennoch insgesamt ein hoher moralischer Anspruch an ethisches Handeln. Dies wird zum einen an der Kritik an gröberem Fehlverhalten deutlich, zeigt sich aber auch, wenn eigene (Grund)Bedürfnisse teils nachrangig behandelt werden, um den Anspruch guter Pflege (für sich) zu gewährleisten.

Angesichts dessen, dass sich insbesondere die Auszubildenden in unterschiedlichen Zwängen – in der Abhängigkeit von Beurteilungen, der Integration in ein Team, von einem Arbeitgeber oder auch in persönlichen Konflikten oder Teamdynamiken etc. – wiederfinden, vermeiden sie es, ihrer moralischen Überzeugung nachzugehen. Sie fühlen sich in der Situation wie auch danach, teils erschrocken, versteinert, überrascht, hilflos, verärgert, ohnmächtig und frustriert. Ihnen fehlt (noch bzw. oft) der Mut, sich über Anweisungen von Teamkolleg:innen hinwegzusetzen, ihr Wissen einzubringen oder Kritik an fehlerhaftem oder übergriffigem Verhalten zu äußern (was insgesamt auf eine mangelnde Fehlerkultur schließen lässt). Es bleibt das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden und schwach zu sein. Und es bleibt das traurige Gefühl, dem Patienten nicht geholfen zu haben – der „treuhänderischen Verantwortung“ (Monteverde, 2019) nicht nachgekommen zu sein, was sich mitunter so anfühlen kann, als ob der Patient deswegen eine Gewalterfahrung machen musste, wie AZB Pepe Pappel dies beschreibt:

„Ich fühlte mich dabei hilflos. Jetzt, im Nachhinein kommt mir der Gedanke der Körperverletzung in den Sinn. Die Patientin hat mir unmissverständlich gezeigt, dass sie sich äußerst unwohl fühlt in dieser Situation und ich konnte ihr leider nicht behilflich sein, weil ich Konsequenzen von der Praxisanleiterin befürchtet habe.“ (Pappel, PR, Z. 70-73)

Da solche Erfahrungen zu Frustration, moralischem Stress, moralischer Desensibilisierung und zum coolout führen, sowie eine (frühzeitige) Abwanderung aus dem Beruf schon während der Ausbildung bedingen können, gilt es diese Erfahrungen und Gefühle im Sinne der Prävention ernst zu nehmen, aufzugreifen und zu bearbeiten. Um dabei dann in der Vermittlung gut unterstützen zu können, sollen nun auch Erfahrungen und Hinweise zur Kompetenzentwicklung durch die Expert:innen rekonstruiert und im Sinne didaktischer Überlegungen nutzbar gemacht werden. Ihrem Erleben und ihren Einschätzungen ist der folgende Abschnitt gewidmet.

5.2 Ethisch-moralische Probleme in der Pflege und ihre Bearbeitung durch Expert:innen

Wenn nun die Perspektive der Expert:innen³⁶⁷ aufgegriffen wird, so soll neben der *Darstellung ihrer moralischen* Probleme zugleich auf jene Frage fokussiert werden, *wie* sie die *Herausforderungen (situativ) bewältigt* haben, wodurch ethische Kompetenz – in ihrer Bedeutung aber auch in einzelnen Elementen – in den Blick kommen soll. Damit werden zugleich Fragen danach aufgegriffen, was den Befragten am Thema warum wichtig erscheint und inwiefern die Realisierung ethischer Ansprüche erschwert wird.

5.2.1 Den Kontingenzen des Lebens begegnen und diese aushalten können

In der Pflege tätig zu sein bedeutet, täglich solchen Phänomenen zu begegnen, die das Menschsein kennzeichnen, und die beginnend von der Freude und dem Glück über das Geschenk des Lebens (Geburt, Gesundheit), über die Erfahrung von Leid (Krankheit, Schmerz) bis hin zur Ohnmacht und Trauer (angesichts des Faktums des Todes) reichen können. Ihnen begegnen Pflegende täglich und dies mitunter in nur knappen Zeitabständen. Dies zu bearbeiten kann sie vor große Herausforderungen stellen, an denen es nicht zu verzweifeln, sondern damit zu leben gilt.

³⁶⁷ Aufgrund der Bereitschaft von Interviewpartner:innen können moralische Probleme und Herausforderungen in den verschiedenen settings der Akut- und Langzeitpflege, wie auch der stationären und mobilen Pflege vorgestellt und skizziert werden. Für die wertvollen Einblicke in „ihre“ Bereiche bin ich *allen* Gesprächspartner:innen – Auszubildenden, Absolvent:innen wie den bereits länger tätigen Praktiker:innen und Expert:innen in Fragen der Pflege und Ethik – sehr dankbar!

Wie dies die Pflegende Malachit erzählt, war der Umgang mit den existenziellen Fragen des Lebens bei Weitem nicht immer einfach. Als junge Absolventin motiviert, die Einrichtung zu wechseln, um in einem neuen Feld Menschen nach einem tragischen Schicksalsschlag zu pflegen, berichtet sie von sehr berührenden Erfahrungen. In dieser Einrichtung hatte sie Menschen nach schweren Unfällen zu betreuen – darunter teils Kinder, teils Frauen in ihrem Alter – deren Leben sich in nur wenigen Sekunden grundlegend verändert hat. Nach schweren Unfällen waren diese z.B. als Tetraplegiker³⁶⁸ auf die Unterstützung durch andere Menschen sowie auf einen Rollstuhl angewiesen. In deren Verzweiflung erlebte sie Situationen, wo Patient:innen sie mitunter darum gebeten haben „fahr mich auf den Balkon und gib mir einen Schubser; dann wäre es aus“ (Malachit, eI, Z. 58-60) und in denen sie sich auch bei solchen Gedanken ertappte „wo du dir denkst, wenn ich den jetzt nicht mehr absaugen würde, dann wäre es in zwei Minuten vorbei, dann hätte er es geschafft; das macht man eh nicht, aber was ist das dann“ (Malachit, eI, 71-72).

Mit dem letzten Passus – und wie auch im weiteren Gesprächsverlauf sehr eindrücklich dokumentiert – nimmt sie die Frage eines Lebens danach bzw. mit dieser Einschränkung in den Blick und überlegt, wie, mit wem und in welcher Form dieses Leben zugebracht werden kann. Im Laufe ihrer Tätigkeit muss sie öfters beobachten, wie das veränderte Leben und die damit verbundenen Möglichkeiten erst nach und nach realisiert wurden: Da war es für die Kinder zunächst noch toll, im Klinikum mit dem Rolli fahren zu können, zuhause merkten sie dann, dass sie nun nicht mehr wie bisher mit ihren Geschwistern und Freund:innen spielen können. Auch Erwachsene realisieren erst allmählich, was diese Veränderung bedeutet und so kommt es nicht selten dazu, dass sich Partner und Bekannte aus dem Leben der Betroffenen verabschieden oder dass „Eltern sich oft scheiden lassen, weil ein Teil sagt, ich halte das nicht aus; das ist schon sehr schwer;“ (Malachit, eI, Z. 66-67).

Dass solche, in dieser Form an sie adressierten Fragen bzw. die Entscheidungen über das Leben – jemanden zu schubsen oder nicht mehr abzusaugen – nicht ihre Entscheidung sein kann und keine Option darstellt, zeigt sich u.a. an der selbstverständlich klingenden

³⁶⁸ Tetraplegie bedeutet eine komplette Lähmung aller 4 Extremitäten, wie etwa bei einer Querschnittläsion PSCHYREMBEL ONLINE, Tetraplegie, in: <https://www.pschyrembel.de/Tetraplegie/K0MD8/doc/> (14.07.2014).

Einfügung: „das macht man eh nicht“, die gleichwohl auf ein Ethos als auch auf eine Pflicht hinweisen. Dieses Bewusstsein zeigt sich aber auch daran, wie sie im Laufe ihrer Berufsbiographie allmählich lernt, mit solchen Herausforderungen und Themen in Auseinandersetzung zu gehen, um diese für sich zu bearbeiten. Die zitierten Passagen verdeutlichen das Ringen mit ihren Gefühlen und Konflikten anschaulich; diese bewegen sich zwischen „ich kann die echt verstehen und das hab ich ihnen auch gesagt; ich kann dich verstehen“ (Malachit, eI, Z. 59-60), ihrer Ohnmacht und der Intention, eine Unterstützung im und für das Leben sein zu können.

Weil es ihr mit dem Thema zunächst nicht gut ergangen ist – Kolleg:innen haben zwischenzeitlich wegen der Belastung die Einrichtung verlassen – entschließt sie sich, sich diesen Herausforderungen, ihren eigenen Ängsten und damit verbundenen ethischen Fragen zu stellen; dies auch vor dem Hintergrund jener Frage: Was hat das mit mir zu tun?

„und da (.) hab ich mir dann angefangen, dass ich mit denen in ein Gespräch gehe, gell. Ich hab am Anfang so eine Angst gehabt, gell, wie, wenn der gesagt hat, ich will sterben; das war für mich so, boah, was sag ich da jetzt? was sag ich da jetzt; hab ich mir gedacht; na, der hat seinen Grund, warum er das sagt, gell. und dann öffnen sie sich eigentlich voll, also so Menschen in so einer Situation des muss jetzt nicht unbedingt ein Angehöriger sein, das ist oft das Schwierigste eigentlich, bin ich draufgekommen, dass sie es dann Angehörigen sagen; sondern die finden einen Menschen, wo sie das Gefühl haben, mit dem reden wir dann drüber, ja, und dann reden sie voll frei drüber und ich hab das dann oft auch verstanden, gell;“ (Malachit, eI, Z. 28-36)

In dem sie sich ihren Ängsten direkt gestellt hat, sie sich für Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden geöffnet hat, ist allmählich auch ihre Scheu verschwunden, sich in solche schwierigen Situationen zu begeben; sie hat gemerkt, dass sich die Menschen öffnen, und dass über diese Gespräche – dringend erforderliche – Einblicke dahingehend möglich sind, was diese Menschen sich wünschen, sich erhoffen oder brauchen.

„da haben sie dann oft auch darüber geredet, was wünschten sie sich zum Beispiel, wenn sie jetzt sterben müssten; was wünschtest dir, wie möchtest du sterben und so, gell; das waren dann so Themen und die haben das, die können das wirklich, die sagen das ganz gezielt, so möchten sie das haben und das und das nicht gell;“ (Malachit, eI, Z. 37-40)

Damit ist nun zwar noch kein ethisches Problem gelöst; einige wichtige Hinweise sind in Malachits Schilderungen dahingehend enthalten, als in der sensiblen und achtsamen

Wahrnehmung der Bedürfnisse Einblicke gewonnen werden können, die es dann Schritt für Schritt (und je nach Wunsch der Patient:innen) auch mit Angehörigen zu besprechen und abzuwägen gilt, um nach Möglichkeit gemeinsam zu ethisch reflektierten Entscheidungen zu kommen (oft sind es Angehörige, die abweichende Wünsche äußern).

Damit kontextualisiert sie die ethischen Fragestellungen und Entscheidungen in ein weites Spektrum, beginnend bei der *eigenen Person* (eigener Haltung, Pflichten und Werte), über die Orientierung am (*verletzten und individuellen*) *Anderen* und dessen *Bedürfnisse*. Sie nimmt aber auch den *sozialen Kontext* des Lebens von und mit *Angehörigen* in den Blick und denkt dieses Leben in die *Zukunft* hinaus, indem sie implizit die *Frage des „guten Lebens“* zur Disposition gestellt sieht und sie die Möglichkeiten nach derart massiven Veränderungen einzubeziehen sucht.

5.2.2 Die Schwierigkeit, klare ethische Entscheidungen zu treffen

Wenn nun im obigen Beispiel bereits die Schwierigkeit im Umgang mit den Gegebenheiten Prekaritäten des Lebens zur Sprache kam, so gilt es im Weiteren den Blick darauf zu lenken, dass (besonders auch) diese Situationen einer Entscheidung bedürfen, womit man einen weiteren Kern der Ethik berührt.

Im Gesundheitsbereich werden viele Entscheidungen aufgrund der Anordnungsverantwortung von Ärzt:innen getroffen. Pflegende stehen in der Durchführungsverantwortung und müssen diese daher mittragen bzw. so eine Handlung nicht gegen das persönliche Gewissen spricht, diese umsetzen (können). Aufgrund konfligierender Ansichten und Einschätzungen (auch zwischen behandelnden Ärzt:innen) kann dies jedoch zu moralischen Problemen führen, wie eine solche der DGKP Bernstein schildert. Er bezieht sich dabei auf eine Beobachtung aus dem intensivmedizinischen Bereich, im dem „ein Verbrennungsoffer von ihrem Ex-Freund übergossen mit Benzin und angezündet worden ist“ (Bernstein, eI, Z. 143). Sein Verständnis von moralischer Normbegründung und von Ethik kommt in diesem Beispiel ex negativo zum Ausdruck:

„und da ist halt meiner Meinung nach damals schon medizinisch eingestiegen worden, wo ich mir nicht sicher war, ob diese Schmerzen, ob diese Entstellung und alles, diese Behandlung rechtfertigen; wo es dann eher so ist, dass du dir denkst, hoffentlich schafft sie es jetzt nicht, weil, das ist ein Wahnsinn so etwas. also, dass man einfach auch sagt, okay, man, man lässt da jetzt dann jemanden

gehen und (.) das weiß ich noch, da hat eine Ärztin dann gesagt: ‚Maria, hoffentlich kann sie jetzt dann sterben‘ und der behandelnde Chirurg, das ist dann ein Mordsstreitgespräch gewesen, was sie sich eigentlich erlaubt und was sie glaubt. Aber der hat jetzt, das ist meine Meinung, gell, der hat jetzt nicht aus dem heraus gehandelt, dass er unbedingt das Beste für die Patientin wollte, sondern er wollte beweisen, dass er so eine mit 70% auch davon bringt. Und das ist für mich unethisch; wenn ich quasi das Handeln als Hauptzweck mache und nicht das Wohl des Patienten im Vordergrund steht, sondern meine eigene Leistung“ (Bernstein, el. Z. 145-157)

In seinem Beispiel schildert Herr Bernstein, wie der Entscheidung Motive unterlegt werden, die er ablehnt und unethisch empfindet. Er kritisiert die Entscheidung des Arztes bzw. dessen vermutete Begründung, wonach dieser das eigene Handeln prioritär stellt, und an Forschungszwecken und am persönlichen Renommee orientiert, so der Experte, dabei aber das Wohl der Patientin aus den Augen verliert. Demgegenüber schildert er sein Empfinden – und unterstreicht dies mit der Aussage einer Ärztin, was den Geltungsanspruch seines Arguments stärken soll – dahingehend, dass die Patientin als *Folge* dieses Vorgehens einen schweren Leidensweg erleben wird müssen; dieser Weg wird von Schmerzen und einem Entstellt-Sein beeinflusst werden. Diese Konsequenzen stellt er abwägend der Rechtfertigung dieser intensivmedizinischen Behandlung gegenüber.

In diesem Beispiel zeigt sich ein moralisches Problem *über* die Norm, die zwischen Personen zweier Disziplinen besteht, welche aufgrund verschiedener Orientierungen zu unterschiedlichen Begründungen kommen. Nun hat der DGKP zwar nicht die Last *der* Entscheidung zu tragen, er hat diese allerdings aufgrund seines Aufgabenbereichs *mitzutragen* und in diesem Sinne zu handeln. Vor diesem Hintergrund sind ethische Entscheidungen der Medizin auch für das Pflegepersonal keineswegs trivial.

Für den DGKP ist es vor diesem Hintergrund außerdem wichtig, dass getroffene Entscheidungen ein gutes und auch dokumentiertes Fundament haben, damit sie in der Alltagspraxis handlungsleitende Orientierung bieten und in der Situation tatsächlich „greifen“ können:

„ich finde es auch genauso unethisch oder unehrlich, wenn ich heute sage ‚Ja, ich mache einen Therapierückzug‘, wie es auf der Intensiv oft war und, und sprech eine DNR³⁶⁹ aus, aber mache dann noch Antibiogramme. [...] oder: ‚Rufen sie mich langsam an.‘ Sag ich: ‚Nein, wenn wir einen Herzalarm haben, haben wir einen Herzalarm; oder wir machen es uns gleich aus und sagen, wir tun halt nichts, aus welchen Gründen auch immer‘; und das kann man sich auch im Behandlungsteam

³⁶⁹ Do not resuscitate oder Do not reanimate.

ausreden. Also, das finde ich auch unethisch, wenn ich nicht die Chuzpe habe, dass ich quasi selber meine Entscheidungen treffe und zu denen stehe, [...] weil das gehört halt zum Beruf, so Arzt, also nicht zu meinem jetzt, sondern zum Beruf des Arztes dazu, auch Entscheidungen zu treffen, auch wenn sie vielleicht nicht angenehm sind. (Bernstein el, Z. 163-179)

Für ihn und seinen Verantwortungsbereich ist es demnach von hoher Bedeutung, Klarheit in den Entscheidungen und den damit verbundenen Handlungsanweisungen zu haben, was er bei Visiten oder sonstigen Gesprächen einfordert und die er auch – je nach Zustandsentwicklung des Patienten – zu reflektieren und zu überdenken bittet, um ggf. eine neue Entscheidung zu treffen. Für ihn gilt das Motto: „Entweder gescheit oder gar nicht. Und das ist beim Reanimieren dasselbe wie bei vielen anderen Sachen“ (Bernstein el, Z. 191). Neben der Orientierung am Patienten und den Handlungsfolgen, kommt damit die Bedeutung der Klarheit, wie auch das Moment der Entlastung zum Ausdruck, welches den Pflegenden im beruflichen Alltag helfen sollte.

Dass Entscheidungen der Mediziner:innen von jenen der Pflegenden abweichen können, kennt auch die DGKP Smaragd, die früher als Instrumentarin in einem Operationssaal gearbeitet hat. Zwar kamen ihr dort manche Probleme nicht so nahe, zumal der persönliche Patientenkontakt sehr reduziert ist und es für sie auch im Pflegeprozess keine Entscheidungen zu treffen galt. Dennoch stellen sich auch in diesem Bereich moralische Fragen:

„bei den verschiedenen Operationen, trifft es einen auch sehr, ja. wo man sich oft dann die Frage stellt, ist das jetzt gut, was ich da unterstütz, ähm, als Instrumentarin. ich entscheide nicht, was operiert wird, oder (...) ist das gut jetzt bei dem Menschen oder kann man das dem Patienten, der so stark übergewichtig ist, kann man ihm diese OP zumuten zum Beispiel. ich habs nicht entschieden aber es hat mich schon oft auch beschäftigt“ (Smaragd, el, Z. 150-156)

Um für sich solche Fragen zu klären, hat sie sich

„dann öfter bei den Chirurgen nach den Patienten erkundigt; aber das war oft halt. (...) oft sehr beruhigend, weil wenn man sie nur so in Narkose liegen sieht, das nicht erwartet hätte, dass die sich so gut erholen. andererseits dann aber auch oft die Bestätigung, ahm (2) dass es nicht erfolgreich ist oder die Reha nicht so funktioniert dann. (.) ja. ich hab mir oft gedacht, ich bin froh, dass ich es nicht entscheiden muss. wenn man was operiert;“ (Smaragd, el, Z. 169-174)

Für sie war es demnach wichtig und bedeutsam, sich besonders in ethisch schwierigeren Fällen, später über den weiteren Verlauf der Patient:innen zu erkundigen. Das war im OP-Bereich schwieriger. Während der Tätigkeit auf einer bettenführenden Station hat

sie dies regelmäßiger und etwa mit Bezug auf Therapieentscheidungen getan.

„dass ich, wenn es mich jetzt vielleicht auch aus fachlichem Interesse (...) so, warum kriegt der das jetzt. ja oder was verspricht man sich, was erwartens. das ist zum Beispiel bei den Visiten auf der Internen schon gegangen. und das war für mich interessant, aber auch beruhigend. weil wenn ich die Überlegungen kenn, tu ich mir vielleicht leichter, das auch gut zu heißen. und die Internisten haben schon sehr (...) aufs Patientenwohl geschaut, @wie es für die Internisten gehört@. (lacht)“ (Smaragd, el, Z. 204-210).

Vor diesem Hintergrund lässt sich im Ansatz eruieren, welche Kriterien (in den hier genannten Fällen) angelegt werden, um zu einer guten Entscheidung zu kommen bzw. um eine (durch Ärzt:innen) getroffene Entscheidung als gut teilen und mittragen zu können: So lassen sich an den Argumentationen der beiden DGKP insbesondere eine am *Erleben und Erleiden des Patienten* ausgerichtete *Folgeabschätzung* ausmachen, die den (zu erwartenden) Verlauf und Genesungsprozess sowie das sich an die Krankheit anschließende Leben einschließt. Es müsste sich, so die DGKP Smaragd, für den/die Patient:in wie auch für sie selbst „gut anspüren; ja es muss sich so anspüren, dass ich mir denk, es (...) es passt für die Person“ (Z. 254). Dieses sich gut anspüren ist Teil des impliziten Wissens, das zum einen die eigene (berufliche) Zufriedenheit adressiert, das aber – und so legen es die obigen Passagen nahe – das Wohlergehen jener Patient:innen im Blick hat, die ihr Anlass zur Sorge und Nachfrage gaben.

Obwohl sie angibt, sich als Pflegenden im stationären Setting mit ihren moralischen Fragen durchaus in die Diskussion einzubringen, sich etwa bei der Visite im Sinne mit ihren Informationen über Patient:innen äußert, gibt sie an, froh zu sein, nicht die Entscheidung der Mediziner:innen bspw. zu Therapieentscheidungen treffen zu müssen. Dies sei – was aus fachlicher wie juristischer Perspektive durchaus nachvollziehbar klingt – *Sache und Verantwortung* der Ärzte, womit weitere, für ethische Kompetenz zentrale Aspekte angesprochen sind: die Bedeutung und der Zusammenhang von Verantwortung und Fachkompetenz.

5.2.3 Ethisches Handeln im Sinne der Professionalität, Verantwortungsbereitschaft und Patient:innenautonomie

Mit ihrer Aussage – sie möchte über so schwierige Fragen wie z.B. über lebenserhaltende Maßnahmen nicht entscheiden und damit auch nicht verantworten – steht die

DGKP nicht allein. Ihre Haltung ist verständlich, nachvollziehbar und rechtlich korrekt, zumal solche Entscheidungen nicht in die Zuständigkeit der Pflegenden fallen. Dem Thema der Verantwortung können sich Pflegende jedoch nicht entziehen, was in Interviewaussagen deutlich zum Ausdruck kommt, wenn dort immer wieder auf die Bedeutung der Verantwortungsübernahme hingewiesen und in den Zusammenhang mit ethischer Kompetenz gebracht wird. Wenn nun in den Interviews keineswegs zum Ausdruck kommt und auch nicht kommen sollte, dass „Pflege“ sich der Verantwortung entziehen möchte, so dokumentiert sich in den Aussagen einiger Interviewpartner:innen jener Eindruck, wonach sich manche Pflegende in der Übernahme von Verantwortung unsicher fühlen; dies mitunter auch dann, wie der Experte Opal es im Gespräch vermutet, wenn diese im eigenen (Kern)Kompetenzbereich liegt.

Das Thema Verantwortung, erweist sich für den *Kompetenzbegriff* und damit auch für *ethische Kompetenz* als zentral; sie zeigt sich in den Interviews in verschiedenen Facetten:

So drückt sich Verantwortung vielfach im Sinne einer zeitweisen Verantwortung aus, etwa wenn Schmerztherapien durchgesetzt, Pflegefehler gemeldet oder Entscheidungen im eigenen Kompetenzbereich getroffen und jene aus dem medizinischen Bereich mitgetragen werden. In diesem Kontext kommt der *Professionalität*, die insgesamt mit hohem fachlichem Wissen in Sachen Pflege, Recht und Moral verbunden ist, eine zentrale Bedeutung zu, wie etwa die Expertin Amethyst einführt:

„Aber ja, und letztendlich beeinflusst ja auch das Fachliche, die fachliche Kompetenz, beeinflusst ja auch mein ethisches Handeln [...] ich kann nicht ethisch korrekt auch handeln; also ich brauche genauso die fachliche Kompetenz dazu ja, und das glaub ich, es kann nicht das eine ohne das andere;“ (Amethyst, eI, Z. 152-167)

In einer guten Kombination sollen Professionalität, fachliche und ethische Kompetenz einen hohen Qualitätsanspruch gewährleisten:

„du hast ja diese Schnittmengen dann einfach zwischen Ethik und Qualität trotzdem auch, weil ohne, ohne Ethik gibt es meiner Meinung nach keine Qualität, ja? Weil wenn ich da nur dieses professionelle Medizinische alles in den Vordergrund stelle, oder auch das rein professionell Pflegerische, dann wird das wahrscheinlich schwierig sein“ (Bernstein, eI, Z. 58-62)

So wird also fachliches Wissen und Können zur Voraussetzung für ethische Kompetenz, was diese hinsichtlich einer weiteren Professionalisierung wesentlich macht, und was

dann wiederum dazu beiträgt, dass Pflegende als gleichberechtigte Partner an (ethischen) Diskussion teilnehmen können.

Ein großes Anliegen hinsichtlich der Aufwertung des Berufes verdeutlicht auch der Experte Opal. In seiner Funktion im Bereich der mobilen Pflege werden die vielfältigen Kompetenzen täglich gefragt, weshalb die fachliche Professionalität der Pflege, ihre Anerkennung und Beteiligung an Entscheidungsprozessen von hoher Relevanz ist. Obwohl es sich bei der Verantwortungsbereitschaft und -übernahme um ein zentrales Moment pflegerisch-professionellen Handelns handelt, sieht er häufig jenes Problem gegeben, dass sich Pflegende aus der Verantwortung – selbst in ihren Kerngebieten – herausnehmen:

„heute erst hat eine Kollegin zu mir gesagt, da haben wir über Wundtherapien geredet, das will sie nicht verantworten. Und ich denke mir, ja wer denn sonst. Ich meine jetzt (.) Wundbehandlung ist immer auch ein schwieriges Thema, weil es ist ja eine medizinische Tätigkeit, keine pflegerische aber die allermeisten Leute, die sich im Wundmanagement auskennen, sind halt aus der Pflege und nicht aus dem medizinischen Bereich. Bis auf die wenigen Ärzte, die sich in diesem Gebiet auskennen und die kennen sich dann eh meistens auch sehr, sehr gut aus. [...] aber in der Praxis ist es so, dass die Pflegenden die Wundtherapie über haben und natürlich in Rücksprache mit dem Arzt die Wundtherapie aber auch bestimmen. Oder zumindest einen Vorschlag machen der dann in den allermeisten Fällen auch fachlich der fundiertere Vorschlag ist. [...] Sie wollte auch die Verantwortung nicht übernehmen. Und ich denk mir, ja wer denn sonst. Und das gehört, finde ich, auch dazu, dass man für den Bereich, für den wir ausgebildet sind, dann auch die Verantwortung übernimmt, für das was man selber tut. (Opal, el., Z. 523-544)

Unter Bezugnahme auf die fachliche Kompetenz Pflegender, die in Sachen Wundversorgung schlicht umfassendere Aufgaben übernehmen als Ärzt:innen, aber auch mit Blick auf die rechtliche Lage, wonach Ärzt:innen die Anordnung vorbehalten ist, plädiert er dafür, dass (die) Pflegende zumindest ihre Verantwortung, einen fachlichen Vorschlag einzubringen, nachkommt. Dass dies – wie er für seinen Bereich schildert – oft nicht passiert, frustriert ihn, zumal er darin Chancen der Aufwertung und für mehr Eigenständigkeit des Berufs sieht.

Umgekehrt erstaunt ihn, dass Pflegende an anderer Stelle Verantwortung übernehmen, wo sie dies weder müssten noch sollten, so der DGKP Opal weiter. Auch dies bringt er in Zusammenhang mit fachlicher Expertise, wie er am Beispiel der Anlage eines Kompressionsverbandes erläutert: Pflegende werden von Patient:innen mitunter gebeten, diesen so anzulegen, damit sie weiter in ihre alten Schuhe schlüpfen können.

„und da gibt es sehr wohl KollegInnen, die, die beugen sich dann dem Willen vom Kunden, weil sie halt nicht sagen ‚Ich habe das fachlich gelernt, das ist fachlich falsch. Du kannst da Komplikationen, Nebenerscheinungen, irgendwelche Probleme kriegen, wenn ich das fachlich falsch mache‘. Und für mich ist das relativ klar, weil ich kommuniziere da sehr freundlich und ruhig, aber auch sehr bestimmt mit dem Kunden, weil ich mir das halt auch zutraue, weil ich auch das Selbstbewusstsein hab und erkläre es halt dem Menschen, warum ich sein Bein gern bandagiere aber nur korrekt.“ (Opal, el, Z. 258-265)

In dieser Hinsicht bedeutet es, Verantwortung für das *fachlich korrekte* Handeln zu übernehmen, das daraus resultierende Nicht-Handeln dem Patienten zu überantworten und dies mit dem Hinweis auf mögliche Folgen klar zu kommunizieren. Dass viele Pflegende dies nicht so handhaben bzw. die Verantwortung für einen falsch angelegten Verband übernehmen, bringt er in Zusammenhang mit dem Helfersyndrom der Pflegenden, aber auch mit mangelndem Selbstbewusstsein und fehlender Courage (etwa bei Arztanordnungen), aber auch mit fachlichen Unsicherheiten. Umgekehrt sieht er Gründe der Bequemlichkeit auf Seiten der Patienten und Angehörigen, die solche Verantwortung auslagern; sie verlassen sich gerne auf die Pflegenden und müssen überdies keine neuen Schuhe kaufen.

Demgegenüber tritt der DGKP Opal selbstbewusster und mit einem reflektierten Bewusstsein für seinen Aufgabenbereich auf, ist allerdings gerne bereit, Verantwortung zu übernehmen, wenn Patienten sich nicht (mehr) äußern können. Verantwortung kann von Pflegenden aber nicht immer und in jedem Fall übernommen werden, was er mit pflegerischer Professionalität argumentiert: So ist es wichtig, zwar für sich und sein Handeln die Verantwortung zu übernehmen; jene Verantwortung, die dem Patienten zusteht als solche zu erkennen und diese beim Patienten zu lassen. In diesem Abwägen zeigt sich der *Balanceakt* zwischen dem Prinzip der *Patientenautonomie* und falsch verstandener *Verantwortungsübernahme*, die bis zu Paternalismus und Bevormundung reichen kann, sehr deutlich.

Insofern die Patientenautonomie hinsichtlich ethischer Urteilsfindung auch in den Interviews immer wieder thematisiert wurde, soll hier noch kurz darauf reflektiert werden.

Insgesamt liegt die *Patientenautonomie* vielen Handlungsentscheidungen als Orientierungsrahmen zugrunde. So zeigt es sich in der Beschreibung der DGKP Malachit, wenn diese im Rahmen ihrer Tätigkeit und um das Wissen des Sterbeprozesses versucht, Wünsche der Bewohner:innen und deren Angehörigen rechtzeitig zu erkennen, um darüber

in der Situation zu wissen, denn

„das Sterben ist für mich nicht ein Prozess von heute auf morgen, das ist oft, das geht über Monate, weißt, wo du das schon; (.) und ich finde es immer gut, bald genug anfangen, sich mit dem, dass man dann auch wirklich, wenn es soweit ist, weiß, was hätte er wollen und sind wir uns einig [mhm] weißt; alle, Angehörigen, Bewohner“ (Malachit, eI, Z. 304-308)

Um den Bewohner:innen also in der letzten Phase ihres Lebens noch möglichst viele Wünsche und Bedürfnisse erfüllen zu können und sie möglichst eigenständige Entscheidungen treffen zu lassen, wird in dieser Einrichtung möglichst früh begonnen, sich dem Thema zu widmen und etwaige Vorbereitungen zu treffen.

Das Prinzip der Patient:innenautonomie wird auch in solchen Situationen schlagend, in denen es eine Diskrepanz gibt, wo für die DGKP Lava eindeutig der Patientenwille zu gelten hat: „ist der Patient äußerungsfähig – also kann er sagen, was er möchte. Wenn er es sagen kann, dann gilt natürlich der Patientenwille. Ganz klar.“ (Lava, eI, Z. 109-110) Ist der/die Patient:in dazu nicht mehr in der Lage oder gibt es hinsichtlich der Äußerungsfähigkeit Unsicherheiten, so gilt es in einen weiteren Abwägungsprozess zu gehen, in den sie bzw. das Team die Angehörigen einbindet/n:

„Ja. ganz schwierig. [...] also es gibt trotzdem die 4 Prinzipien, die in der Pflege auch ganz wichtig sind, also für unser Handeln, für unsere Handelskompetenz und das ist halt die Autonomie des Patienten, dann die Fürsorge und (.) dass man ihm nicht schaden will und die Gerechtigkeit. Und wenn der Patient seine Autonomie nicht mehr hat und sich nicht äußern kann, dann greife ich schon auch auf das zurück, was ich an Ressourcen habe, wie die Angehörigen. Und da kriegt man dann schon ein recht gutes Bild, wie das Verhältnis war und ob die eine Entscheidung mittreffen können oder ob sie (2) ob da gleich eine Distanz ist und die dann sagen, sie können keine Entscheidung treffen, und dann machen es im Prinzip eh Ärzte.“ (Lava, eI, Z. 110-118)

Somit steht der Wille der Patient:innen oft an erster Stelle, was zwar auch hier die Orientierung am Patienten unterstreicht, wofür aber auch rechtliche Grundlagen oder der Bezug auf berufliche Kodizes – wie etwa die Berufung auf zentrale Freiheits- und Menschenrechte, das Berufsethos etc. – geltend gemacht werden können.

Dass die Ausrichtung an der Autonomie für die persönlichen oder berufsethischen Ansprüche eine massive Herausforderung bedeuten kann, schildert der Experte Opal, dem in der mobilen Pflege mitunter Situationen begegnen, in denen Patient:innen unterversorgt sind, weshalb er mit seinem Team eine gute, verantwortbare Vorgehensweise finden muss. Die Gründe für die Unterversorgung können unterschiedlich gelagert sein und

von krankhaften Ursachen (Demenzkrankung) über mangelnde Versorgung durch formelle oder informelle Pflegepersonen bis hin zur Ablehnung einer Hilfe reichen. Während sich die ersten Problematiken mittels professioneller Aufklärung, Unterstützungsangeboten und der Zusammenarbeit in vernetzten Strukturen (Sozialhilfe, Wohnhilfe etc.) bearbeiten lassen, ist eine dezidierte Ablehnung der Unterstützung häufig schwieriger zu verstehen und zu akzeptieren. Im Rahmen der Überlegungen bezüglich einer Einweisung in die stationäre Betreuung stellt sich für Herrn Opal dann jene Frage, ob ein Mensch das Recht hat, sich selbst zu schaden. Dazu meint er:

„Nein, ich glaube, also ich bin überzeugt davon, dass der Mensch das Recht dazu hat, dass er sich selbst schadet. Und für mich ist das auch etwas, das ich gelernt habe, in den Jahren wo ich in der Pflege gearbeitet habe und ich glaube – ich bin davon überzeugt – dass die Allermeisten, (.) von der Pflege die Leute nicht lassen. Ich sage zu meinen MitarbeiterInnen immer: ‚Lasst die Verantwortung dort wo sie ist oder wo sie hingehört.‘ und da haben wir, glaube ich, in der Pflege ein riesen-großes Problem.“ (Opal, eI, Z. 410-415).

Wenn der DGKP darauf verweist, dass Mitarbeiter:innen damit ein Problem haben, die Verantwortung beim (kognitiv nicht beeinträchtigten, äußerungsfähigen) Menschen zu lassen, so drückt sich darin implizit auch ein Problem dahingehend aus, den Patient:innen ihre *Autonomie* und *ihren Willen* auch in einer so weitreichenden Form zuzugestehen. Aufgrund beruflicher oder eigener Wertevorstellungen kollidieren diese dann mit den Wünschen und Bedürfnissen der Patient:innen.

Dies tangiert das für Ethik zentrale Thema des *freien Willens*. Damit stehen Fragen zur Diskussion, wie etwa danach, was der freie Wille ist, ob es den freien Willen (überhaupt) gibt oder ob nicht vielmehr äußere Einflüsse ihn beeinflussen. Ebenfalls gilt es zu fragen, in welchem geistigen und damit zurechnungsfähigem Zustand sich die betroffene Person befindet u.v.m.. Fragen, die nicht ohne weiteres zu beantworten sind und wofür es Zeit und Absprachen im Team braucht. Da diese recht grundsätzlichen Fragen vermutlich nicht ganz alltäglich sind, scheint der Experte eher auf jene Tatsache anzusprechen, dass den Patient:innen mitunter bei weniger weitreichenden Entscheidungen oder bei Tätigkeiten, die sie (noch) gut selber tun und verantworten könnten, ihr Wille und ihre Selbstbestimmung abgenommen wird.

Denn dass dieses Selbstbestimmungsrecht oft verletzt wird, dokumentiert sich z.B. auch in den Schilderungen der AZB, wenn sie auf die Wünsche der Patient:innen nicht in dem

Maße oder in dem Sinne eingehen können oder dürfen, wie sie es möchten. Verhindert werden sie entweder von externen Zwängen (z.B. Vorgesetzte) oder von strukturellen Rahmenbedingungen (enge zeitliche Korridore), die dazu verleiten, den Menschen die Entscheidungsfreiheit abzunehmen, weil es dadurch schneller geht. So zeigt es sich im Gespräch der ABS, wonach diese in Effizienzstrukturen verharren und sich weder für die Ergründung des Patientenwillens noch für die Reflexion eigener Handlungsrountinen den entsprechenden Raum nehmen (können). Dies mag nun einen Teil der eingeschränkten Entscheidungsfreiheit und Realisierung des Patientenwillens erklären; da solche Strukturen aber auch die Gefahr von Machtausnutzung in asymmetrischen Pflegebeziehungen ermöglichen oder verstärken, gilt es Rahmenbedingungen zu schaffen, die entsprechende Reflexions-, Entscheidungs- und Handlungsspielräume ermöglichen. Zugleich ist damit ein Hinweis gegeben, worauf in der Vermittlung ethischer Kompetenz geachtet werden soll.

5.2.4 Von der Intuition das Sterben anzusprechen

Ethische Entscheidungsfindung wird sehr häufig mit Fragen des Sterbens und mit End-of-Life-Decisions, also mit (Therapie)Fragen am Lebensende assoziiert. Wenn dies zwar keineswegs der einzige Bereich ist – wie an den vielfältigen Herausforderungen bisher deutlich wurde – so können sich am Lebensende vielfältige Fragen auftun, weshalb diese Phase in besonderer Weise ethisch verdichtet ist. Für viele Pflegenden – insbesondere auch für junge Menschen – erweist sich dieser letzte Lebensabschnitt aus unterschiedlichen Gründen angstbehaftet. So erging es auch der DGKP Malachit – die, wie in Kap. 5.2.1 beschrieben – erst mit solchen Ängsten umgehen lernen musste. Dass die Realität von Tod und Sterben insgesamt gerne ausgeblendet wird, was ein gesamtgesellschaftliches Phänomen ist, führt dazu, dass auch viele Patient:innen und deren Angehörige in und mit dieser Situation überfordert sind, was sich unterschiedlich darstellen und vielfältige moralische Dilemmata aufwerfen kann. Dazu werden im Folgenden einige Beispiele dargestellt.

Dem Tod ein Schnippchen schlagen – so könnte es die Sicht der Medizin sein, wenn es auf Grundlage des Hippokratischen Eides vorrangig darum geht, menschliches Leben zu retten. Ohne dieses Ethos grundsätzlich in Frage stellen zu wollen (ist doch das ärztliche

Motiv helfen und heilen zu wollen, die Vertrauensbasis jeden Arzt-Patienten-verhältnisses!), so kann der Blick doch auf solche Vorgehensweisen (Techniken und Möglichkeiten) wie bspw. der Intensivmedizin gelenkt werden, bei der es mitunter den Anschein macht, dass es vorrangig um Machbarkeit und Beherrschbarkeit von Tod und Krankheit geht, als um die Sorge um das Wohlergehen betroffener Patient:innen.

Wenn zwar der Ausbau der Palliativmedizin zu einem – gesellschaftlichen wie medizinischen – Umdenken geführt hat, so ist der Anspruch, Leben um jeden „Preis“ zu retten, weiterhin vorhanden. Mit solchen Maßnahmen kämpft die in der stationären Altenpflege tätige und in der Palliativ Care gebildete DGKP Malachit bis heute: Es sind vor allem drei Dinge, die ihr Unbehagen bereiten:

1.) Wenn Patient:innen trotz heute vorhandener Schmerztherapie starke Schmerzen leiden müssen und Therapien nur sehr zögerlich begonnen werden. Solche Fälle bespricht sie mit den Hausärzt:innen, bittet diese ggf., sich doch bitte selber ein Bild z.B. von einer unter schwerer Atemnot leidenden COPD³⁷⁰-Patientin zu machen, um rasch eine wirksame Therapie einleiten zu können.

2.) Wenn Bedürfnisse und (geäußerte) Wünsche zum Ableben eines Menschen nicht ernstgenommen werden, was häufig wegen einer fehlenden und gültigen Patientenverfügung der Fall ist; in diesem Fall versucht sie mit ihrem Team das Sterben als Prozess zu sehen, der in APH normalerweise nicht von heute auf morgen verläuft, sondern der vorbereitet werden kann. In Erahnung des Todes versucht sie, die Wünsche der betroffenen Menschen, wie auch die der Angehörigen rechtzeitig zu besprechen,

„dass man dann auch wirklich, wenn es soweit ist, weiß, was hätt er wollen und sind wir uns einig [mhm] weißt; alle, Angehörigen, Bewohner und was halt da sonst noch so dazugehört; dass eben der Vorgang, wenn er dann da ist, wenn dann das Sterben kommt, dass das so schonend wie möglich, so würdevoll, so weißt; im Sinne (.) gehen kann;“ (Malachit, eI, Z. 209-212)

3.) Schließlich äußert die DGKP, dass es ihr überhaupt nicht gut gehe, wenn angesichts eines erkennbar nahenden Todes invasive Maßnahmen gesetzt werden, woran Menschen dann trotzdem versterben. Diesbezüglich erlebt sie es immer wieder, dass langjährige Bewohner:innen kurz vor ihrem Tod noch ins Krankenhaus überstellt werden (müssen), wo sie eine für sie aufwendige Diagnostik und Therapie erleben. Sie schildert

³⁷⁰Chronic obstructive pulmonary disease

dazu den Fall einer hochgradig dementen Dame, die mehr als sechs Jahre im Haus lebte und sich da „pudelwohl gefühlt“ hat, und von der sie überzeugt war

„ja das ist ein Mensch, die will bei uns (.) bleiben, gell. der will man das ersparen, dass sie wochenlang hin und her gekarrt wird, Krankenhaus hin Krankenhaus her, Antibiotikum, wenn man eh weiß, es ist eigentlich vorbei, gell. jeder war klar, sie hat alle möglichen Diagnosen gehabt, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz; es sind halt nach und nach die Organe eingegangen, aber sie hat das Alter gehabt und die Krankheiten und sie war bereit; sie hat überhaupt keinen Leidensdruck gehabt, überhaupt nicht! sie ist da gelegen, friedlich, hat halt mehr geschlafen, natürlicher Vorgang, essen auch aufgehört, solche Dinge, wie es halt sein soll, wie man es sich wünscht, was wir eh selten erleben. (.) ja und irgendwann haben sie halt dann mal ein Fieber und einen Infekt, der Körper sucht sich einen Weg, wenn es soweit ist, oder? und wenn es so nicht geht, dann einen anderen. und dann (2) [klopft auf den Tisch] musst sie reinschicken [ins Krankenhaus, MD] und sie stirbt dadrinnen und die Nichte ist völlig gebrochen und wir waren fertig mit der Welt (atmet durch) nur weil halt wieder so ein Bürokrat gemeint hat, das muss unbedingt sein, das (.), das macht mich fertig (klopft mit der Hand auf den Tisch). weißt.“ (Malachit, el, Z. 109-126)

In ihrer Beschreibung und unter Verwendung verschiedener sprachlicher Begriffe dokumentiert sich ihre (moralische) Unzufriedenheit und ihr Missfallen an der Situation recht deutlich: So spannt sie etwa mit den Begriffen auf das „hin und her karren“ oder dem „dadrinnen sterben“ einen Gegenhorizont zu einem natürlichen und friedlichen Sterbeprozess im APH auf, welcher für die Bewohnerin bisher ohne Leidensdruck war und auch weiter so hätte sein können. Mit den Hinweisen auf die multiplen Erkrankungen, auf das Alter der Dame und dass diese aufgehört hat zu essen, sowie wie auch darauf, dass sie in der Einrichtung bisher noch ein gutes Leben hatte, gibt sie zu verstehen, dass es für die Bewohner:in an der Zeit war, zu gehen. Ihr moralisches Problem liegt nun darin, dass ein solcher, natürlicher Sterbeprozess mittels Einweisung in ein Klinikum, in dem verschiedene diagnostische und therapeutische Verfahren eingeleitet werden (müssen) unterbrochen bzw. verhindert wird. Aus der im Rahmen der Bezugspflege entstandenen Nähe zur Bewohnerin und zu deren Nichte, der Kenntnisse über ihr bisheriges Leben und ihre Wünsche, wie aber auch aufgrund ihrer (gelernten) Akzeptanz und des Wahrhabens menschlicher Endlichkeit, kann sie ein solches Sterben zulassen; anders der zuständige Erwachsenenvertreter, dem sie mit dem Verweis auf den Bürokraten eine dementsprechende Fähigkeit abzusprechen scheint.

Dabei mögen die Gründe des Erwachsenenvertreeters – die hier nicht rekonstruiert werden können – freilich sehr menschlich gewesen sein, getragen vom guten Willen, das

Leben der Bewohner:in zu verlängern; dies ohne jedoch, mögliche Folgen eines solchen Procederes und für das Leben danach entsprechend einschätzen zu können. Häufig werden solche Entscheidungen – wie die DGKP Malachit zu verstehen gibt – von der Angst vor dem Tod geleitet. Auch die Angst vor dem eigenen Tod spielt für sie hier eine große Rolle, und dass Menschen die eigene Endlichkeit und Kontingenz verdrängen.

Von den Ängsten und Gefühlen berichtet auch die DGKP Lava, die darauf verweist, dass viele Menschen nicht „nur“ ihren eigenen Tod sterben, sondern dass diese trauernde Angehörige hinterlassen, was im Pflegegeschehen in verschiedenen Formen zum Ausdruck kommen kann und der Berücksichtigung bedarf. So können sich in dieser Phase neben Angst und Trauer unterschiedliche Gefühle der Wut oder Ohnmacht zeigen, die den Pflegenden als Vorwürfe entgegengebracht werden und die hinsichtlich einer gemeinsamen Urteilsbildung für Konflikte sorgen können. In Kombination mit der Unkenntnis zu manchen pflegerischen und/oder medizinischen Maßnahmen, zum Verlauf und der Prognose etc. äußern sie möglicherweise Wünsche, die der Empfehlung des Fachpersonals gegenläufig sind. Daher hält es die Expert:in Lava im Sinne ethischer Kompetenz wesentlich, die Angehörigen einzubeziehen, sie im Sinne eines informed consent gut über das Vorgehen und vermutete Entwicklungen zu informieren, um ihnen so die Ängste nehmen zu können. Dazu schildert die DGKP Lava ihre Einschätzung:

„das war ein Patient, wo es darum gegangen ist, Angehörige machen, unter Anführungszeichen, den Vorwurf, wir lassen den Vater verhungern. Da ist die Frage, soll man Flüssigkeit anhängen, wo man genau weiß, in einem terminalen Setting ist Flüssigkeit eigentlich nicht indiziert, bringt dem Patienten nichts. Auf der anderen Seite, wenn die Angehörigen das Gefühl haben, man gibt ihm nichts mehr, er wird an dem sterben, weil er nichts von uns bekommt. Und das ist für mich dann oft so ein ethisches, oder überhaupt, ein Dilemma, wo es ganz viel um Aufklärung geht, [...] wo man dann sagt, wie man eigentlich dazukommt, dass man jetzt nichts gibt. Und oft sind die Angehörigen dann schon dankbar über solche Informationen, weil die ja nicht wissen, dass ein Mensch in dieser Situation nichts mehr braucht.“ (Lava, el. Z. 40-50)

Demnach lässt sich manchen Konflikten über unterschiedliche moralische Überzeugungen auch damit begegnen, den betroffenen Personenkreis gut in den Prozess einzubinden und aus Sicht der jeweiligen Profession bestmöglich – fachlich sowie über ethisch reflektierte Entscheidungsvorschläge aus dem Behandlungsteam – zu informieren. Vor diesem Hintergrund zeigt sich erneut, dass und inwiefern Fachkompetenz und zeitliche

Rahmenbedingungen hinsichtlich der Realisierung ethischen Entscheidens und Handelns, wichtige Voraussetzungen bilden.

Dass die Thematisierung des Sterbens jedoch für alle Beteiligten eine große Herausforderung und beinahe ein Tabu darstellt, welches auch das medizinische wie pflegerische Personal fordert, schildert nun ein weiteres Beispiel der Expertin Rubin. Dieses verdeutlicht zugleich sehr eindrücklich die Bedeutung des auf *implizitem Wissen* basierenden Handelns. Sie beschreibt darin eine Akutsituation an der neurologischen Stroke-Unit, in die ein junger Mann mit Schlaganfallsymptomen eingeliefert wurde. Er konnte sich in dieser kritischen Situation weder äußern noch konnte er die Augen öffnen. Nach ersten Abklärungen wurden eine Hirnblutung diagnostiziert, weshalb er zur weiteren Behandlung (evtl. eine Trepanation), möglichst rasch in ein anderes Klinikum transferiert werden musste. Das behandelnde Team hatte daher akut viele Aufgaben – therapeutische, organisatorische und administrative Maßnahmen – zu meistern:

„weil da ist ganz viel innerhalb kürzester Zeit zu erledigen, wir müssen den stabilisieren was den Blutdruck anbelangt, wir müssen ihm die Befunde alle zusammenrichten, damit wir die mitgeben können in das andere Krankenhaus, wir müssen noch Berichte schreiben, wir haben den entkleiden müssen, damit wir ihn überwachen können etc. und so; und in der ganzen Zeit haben wir natürlich dem, wie wir das immer machen, schon auch gesagt: so wir tun ihnen jetzt die Hose ausziehen und geben ihnen eine Schutzhose rauf, wenn sie aufs Klo müssen: überhaupt kein Problem, Sie können es jetzt nicht sagen, aber dann lassen sie es einfach rinnen, wir können das, wir machen das etc.; also diese technischen Sachen erklärt man ja; (.)“ (Rubin, eI, Z. 229-239)

Um dem Patienten, von dem sie vermutete, dass er sie hören konnte und die Dinge um sich wahrnahm, das Procedere und den weiteren Ablauf zu erklären sprach die DGKP während ihrer Tätigkeiten mit. Mit den Patienten zu sprechen, sei sie in so einer Situation gewohnt, wie sie es weiter schildert; dies auch, um den Patienten zu beruhigen, was in diesem Fall jedoch nur mäßig gut gelungen schien...

„aber ich hab gemerkt, da ist noch irgendwas und er kann es nicht sagen; und er hat immer mehr zum Stöhnen angefangen, hat nichts sagen können, hat aber immer mehr zum Stöhnen angefangen; ich hab auch gemerkt, der versteht alles was wir sagen, kann sich aber nicht äußern; und ich bin dann, wie halbwegs alles erledigt war, bin ich dann auch bei ihm wirklich stehen geblieben und hab ihm die Hand so auf das Brustbein gelegt, und hab gesagt, mahe beruhigen's ihnen, wir haben das alles im Griff ihm ich sag ihnen nochmal was da passiert ist, und ich sag ihnen, wo sie jetzt hinkommen und hab, ihm gesagt, jetzt kommt noch der

Notarzt, da kommen wieder- da stehen ganz viele Leute herum um sie und wir laufen herum, weil wir viel zu tun haben aber das braucht sie nicht beschäftigen und so und hab ihm das alles erklärt und hab aber gemerkt, da ist noch irgendwas; (.) und das war dann sogar schon so dramatisch, dass die Ärzte rundherum gestanden sind um den und nicht gewusst haben, was tun wir denn jetzt; sollen wir dem jetzt noch was geben, dass er sich beruhigen kann; aber das tut man auch nicht gern, der muss ja noch untersucht werden im nächsten Krankenhaus und soll ja da eigentlich bei Bewusstsein sein; und ahm ich hab dann den Patienten, das war so eine Eingebung, hab ich gefragt, haben Sie Angst, dass Sie sterben? und ich hab gemerkt, dass um mich, um mich herum da:as Pflegepersonal und auch das ärztliche Personal (atmet lange ein) die Luft angehalten hat, weil auf einmal dieses Sterben im Raum war; und ich hab nur gesagt: haben Sie Angst dass Sie sterben? und das hat er zusammengebracht dass er (.) ahm in seinem, obwohl er nicht reden hat können, aber das hat er noch zusammengebracht, dass er nickt; und ich hab gesagt: Nein! das brauchen Sie überhaupt nicht haben! Das wird jetzt ein schwieriger Weg, aber Sie sterben an dem nicht! Und (.) das haben wir ihm, das hab ihm ich bestätigt, dann haben auch die Ärzte noch einmal mit ihm gesprochen und so; und da hab ich mir gedacht, ahm es ist so wichtig, dass man (.) (zögerlich)inhört und dass man nicht nur inhört, weil der kann ja gar nichts sagen, sondern dass man sich auch hinspürt; und je älter dass ich werde und je mehr Erfahrung dass ich hab, desto mehr kann ich auch mit so kleinen Fragen- auf einmal ahm den wieder beruhigen;“ (Rubin, eI, Z. 239-266)

Mit ihrer Eingebung, wie Expertin Rubin es nennt, auch als *implizites Wissen* um die Ängste in einer derart verwundbaren Situation zu verstehen, konnte sie die Situation, der auch die Ärzt:innen ratlos gegenüberstanden entlasten und im Sinne der Beruhigung des Patienten lösen. Wie sie zu dieser Eingebung kam, kann sie selbst im Nachhinein nicht mehr rekonstruieren und explizieren. Jedenfalls ist ihr „Handeln“ neben der hohen fachlichen Kompetenz auch von Erfahrung, Mut und Engagiertheit gekennzeichnet, die als Elemente einer ethischen Kompetenz gelten.

Ihre Handlungsabläufe lassen zudem eine situative, kontextsensible und ganzheitliche Erfassung der Situation erkennen, die es ihr ermöglicht, rasch und richtig zu handeln. Gewisse einzelne Schritte sind ihr dabei bewusst und daher eindeutiger verbalisierbar; anderes – wie das Erkennen der psychisch-seelischen Verfasstheit des Menschen – drückt sie über die Symbolsprache und gewisse Metaphern aus, wie dies der folgende Passus mit der Symbolik von Herz und Hirn und deren wechselseitigem Zusammenspiel andeutet:

„und (.) mit zunehmender Erfahrung weiß ich auch, okay, zuerst müssen wir mal alles technische regeln, das ist ganz klar, damit nicht noch irgendwas passiert; aber dann müssen wir uns um ahm um den Menschen anders auch kümmern und

das nehm ich (.) mit dem Herzen wahr und da agier ich aus dem Herzen; und vorher, das Technische mach ich mit dem Hirn; möglichst schnell und möglichst rasch; aber da ahm, ich glaub, ich kann das mittlerweile, [...] ich glaub, ich kann das jetzt schon besser, dass ich Hirn und Herz ahm irgendwie (.) synchronisiere oder dass ich besser gewichten kann, was ist jetzt wichtig; jetzt mehr das Herz, jetzt mehr s'Hirn und ahm dass ich da schneller wechseln kann oder dass ich's manchmal sogar parallel laufen lassen kann, ja; weil ich kann technisch irgendwas machen und bleib aber zum Beispiel mit der Hand immer am Patienten und mach halt das alles nur mit der rechten Hand, den Perfusor einstellen oder die Infusion nochmal kontrollieren oder am Monitor irgendwas arbeiten und bin aber mit, mit der Hand am Menschen; und da bin ich zum Beispiel mit Herz und Hirn irgendwie synchron; obwohl ich nicht genau weiß, ob Herz da jetzt der ganz der richtige Ausdruck ist, aber ich glaub, das ist irgendwie plakativ und ich glaub, da wissen die meisten Menschen, was ich damit meine;" (Rubin, el, Z. 217-287)

Wenn sie abschließend die Unsicherheit ausspricht, nicht zu wissen, ob *Herz* der richtige Ausdruck für ihr Empfinden hinsichtlich menschlicher Zugewandtheit und der Erfassung menschlicher Bedürfnisse ist, so steht dahinter eine (vorwiegend pflegeinterne) Diskussion, die sich aufgrund von Aufwertungsbestrebungen vom Bild des Herzens lossagen möchte und Pflege nicht als (reine) Herzensangelegenheit und als Liebesdienst am Menschen verstanden wissen will. Demgegenüber sollte der Aspekt der Professionalität und Fachlichkeit – häufig verbunden mit Evidenzbasierung und dem Verweis auf manageriale Aufgaben – gestärkt werden. So sehr insgesamt die Aufwertungsbestrebungen zu begrüßen sind und es gesellschaftlich auch den Hinweis auf die hohe Professionalität und Verantwortung des Berufs braucht, so gilt es doch auch auf die Bedeutung des „Herzens“, und die darin enthaltenen Aspekte von Empathie, Achtsamkeit und Menschlichkeit zur Bedeutung zu bringen. Diese sind/werden derzeit noch immer stark abgewertet, sind jedoch für pflegerisches Handeln – wie das Beispiel sehr eindrücklich vor Augen führt – von zentraler Bedeutung. Eine Situation wie diese, wäre sonst zwar technisch bewältigbar, würde aber an die Tiefen des Menschseins nicht herankommen.

Schließlich liefert das Beispiel Anhaltspunkte für einen weiteren Aspekt ethischer Kompetenz, die in der Zusammenarbeit in multiprofessionellen Settings liegen. Darauf sei abschließend kurz reflektiert.

5.2.5 Pflegefachliche Expertise in multiprofessionellen Settings zur Bewältigung ethischer Herausforderungen

Die Komplexität von ethischen Fragen erfordert eine gute Zusammenarbeit sowohl in

den jeweiligen Pflgeteams sowie darüber hinaus mit den Professionen anderer Berufsgruppen des Gesundheitsbereichs. Allen voran betreffen ethische Entscheidungen zwar die Ärzt:innen, es braucht aber auch die Professionen der Psychologie, Sozialen Arbeit, Jurist:innen, Mitarbeiter:innen der Seelsorge sowie je nach Fall die Expert:innen der Ergo-, Physiotherapie, der Hebammen usw. Davon ist die Expertin Lava überzeugt, was sie mit dem Hinweis auf die Zusammensetzung in Klinischen Ethikkomitees plausibilisiert.

Die Zusammenarbeit in den Teams hat für die Befragten eine hohe Bedeutung, wie DGKP Malachit – zunächst mit Blick auf ihr Pflgeteam – bestätigt: „ich mach das nicht alleine, wir sind hier ein Team und wir sprechen uns da immer ab“ (Malachit, eI, Z. 39-40), gibt sie zu verstehen. Zwar sei nicht jeder für das Thema Ethik gleichermaßen offen, was sie mit Bezug auf ethische Fragen in der palliativen Versorgung andeutet; sie sprechen sich diesbezüglich aber im Team ab, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen erachtet sie ebenfalls für besonders wichtig, wobei sie es sehr schätzen kann, wenn diese über eine Palliativausbildung verfügen, gute Schmerztherapien kennen und auch bereit sind, diese anzuwenden, damit Bewohner:innen oder Sterbende keine argen Schmerzen erleiden müssen. Diesbezüglich scheint es teils Uneinigkeiten zwischen den Professionen zu geben:

„das ist für mich als Schwester das Wichtigste, dass die Angst weg ist und dass sie auch keine Schmerzen hat, gell. und das andere, da machen wir halt viel, mit Aromatherapie, wir schöpfen eh vorher alles aus, aber wenn einer da ist und so dahin, ich mein, da kommt dir ja eine Minute wie eine Stunde vor, wenn einer so eine Atemnot hat, gell, so eine extreme, das ist ja fürchterlich und nur mehr schreit. Hilfe, hilfe hilfe; du kennst das sicher, gel, wenn dich da wer anschaut und (atmet durch); ich sag immer zu jedem Arzt der da zögert, ja dann gehst bitte sofort mit mir hinauf, und setz dich eine halbe Stunde zu dem Bewohner ins Zimmer, ja. (.) Das tun sie dann nicht, gell (lacht);“ (Malachit, eI, Z. 148-160)

Die Uneinigkeit bzw. ihr vehementes Eintreten für eine wirksame Schmerztherapie dürfte wiederum der besonderen Nähe und dem häufigeren sowie längerem Verweilen von Pflgenden bei den Patient:innen geschuldet sein. Denn das konkrete Sehen und (Mit)Erleben des Leides anderer Menschen, dass sich wie hier in den Hilfe-Schreien der Bewohnerin äußert, lässt sie schier verzweifeln, wie sie mit emotionaler Stimme schildert. Wenn also nach Ausschöpfung von Maßnahmen, die im eigenen Kompetenzbereich möglich sind, die Schmerzen weiter anhalten, bittet sie die Ärzt:innen, entweder

ein stärkeres Medikament zu verschreiben oder sich selbst ein Bild vom schmerzgeplagten Menschen zu machen. Ein solches Erleben soll über die konkrete Einfühlung Verständnis schaffen, die Medikamente doch zu verändern oder zu steigern.

Wenn es zwar diese Beispiele gibt, wo ethische Begründungen und Entscheidungen zwischen den Disziplinen abweichen – die Verständigung darüber gehört zum Wesen von Ethik und ethischer Urteilsbildung –, so schildern die Expert:innen dennoch viele Beispiele gelungener Zusammenarbeit und wechselseitiger Wertschätzung. Dabei wird zum einen die Gelegenheit angesprochen, ethische Fragen und Unsicherheiten im Team diskutieren zu können, was für die DGKP Lava eine wertvolle und entlastende Angelegenheit darstellt, u.a. auch, weil sie nicht in der Lage und Kompetenz ist, bestimmte Entscheidungen zu treffen:

„also zur Frage mit der Ärzteschaft muss ich sagen, dass ich in meiner Situation mich eigentlich sehr glücklich schätzen kann, dass wir als Pflegende wirklich ein gutes Verhältnis haben zu den Ärzten und das, was uns am Patienten auffällt, weiterleiten können und das gut angenommen wird.“ (Lava eI, 92-106)

Zum anderen erwähnt sie dabei zugleich die Bedeutung, die darin der Pflege zukommt und dass es – zwar mit Unterschieden – auch Dankbarkeit und Offenheit der Ärzt:innen gegenüber den Informationen seitens der Pflege gibt, dies etwa, weil diese manchmal nur eine „Momentaufnahme haben vom Patienten“ (Lava, eI, Z. 92).

In der Weiterleitung von Informationen an die Ärzt:innen sieht sie – wie auch andere Interviewpartner:innen – eine wichtige Aufgabe der Pflege. Ihnen kommt in dieser Hinsicht eine zentrale Rolle zu wie der DGKP Bernstein es bestätigt, wenn er meint, dass in ethischen Fragen insgesamt viel von „der Pflege“ ausgeht, wie etwa eine DNR anzusprechen und diese in regelmäßigen Abständen auch zu evaluieren, ob diese Entscheidung weiterhin Gültigkeit beanspruchen kann:

„es geht fast immer von der Pflege aus. Also auch dieses DNR anzusprechen. Wo wir halt wieder dort sind, dass halt die viel mehr Zeit mit dem Patienten verbringen und halt nicht nur bei der Visite sind. Aber ich behaupte, dass 80% der Anregungen eine DNR anzusprechen von der Pflege ausgehen, ja. [...] da bin ich da heroben als Leitung immer sehr dahinter, dass es evaluiert gehört, täglich. Das gefällt ihnen auch nicht, weil sie würden am liebsten einen Strich für die ganze Woche machen und das ist für mich nicht akzeptabel, weil der hat die Chance und Möglichkeit, dass er sich vielleicht verbessert.“ (Bernstein, eI, Z. 232-250)

Weil Ausbildung und Erfahrungen es ihn gelehrt haben, dass Gesundheit und Krankheit

sich in einem dynamischen Zustand bewegen, weiß er, dass sich die Verfasstheit der Kranken ändern kann. Es braucht daher die tägliche Beobachtung und es bedarf entsprechender zeitlicher Ressourcen, bereits getroffene Entscheidungen im Lichte dieser Entwicklung zu reflektieren. Er untermauert dies schließlich mit juristischen Hinweisen, wonach „es klare Rechtsprüche dazu [gibt], dass es eigentlich alle 24 Stunden evaluiert gehört. Das sind zwar alles nur Empfehlungen von Gerichtsurteilen, aber trotzdem!“ (Bernstein, eI, Z. 249-250)

5.3 Bedeutung ethischer Kompetenz und ihre Entwicklung aus Sicht der Expert:innen

Wenn nun in den zahlreichen, teils recht ausführlich und anschaulich dargestellten Sequenzen geschildert wurde, wo und inwiefern sich die Pflegenden vor ethische Fragen gestellt sehen, so zeigt sich darin bzw. in den Bearbeitungsstrategien, in den zufriedenstellenden Handlungsentscheidungen und gelungenen Unterstützungsangeboten – implizit – die besondere *Bedeutung* und der damit verbundene hohe *Gewinn ethischer Kompetenz*.

Auch dazu äußerten sich die Expert:innen. Ihre Praxiserfahrung bietet für die Arbeit wertvolle Einsichten, weshalb ihre Einschätzung nun gebündelt skizziert werden soll.³⁷¹

5.3.1 Die Gewinne einer individuellen und kollektiven ethischen Kompetenz

Diesbezüglich wird von den Expert:innen etwa auf jenen Gewinn verwiesen, der in sensiblen Situationen zur *Zusammenarbeit* mit dem eigenen *Pflegeteam* aber auch in *multiprofessionellen Settings*, insbesondere mit der Ärzteschaft befähigt. Diese Zusammenarbeit wird gleichwohl als entlastend, wie auch als bereichernd erlebt. Zum einen, da Pflegende mit ihren Informationen zum Patienten, zu dessen Biografie, Erleben oder Allgemeinzustand etc. einen wesentlichen Beitrag zu Therapieüberlegungen liefern können. Zum anderen können sie sich mit Mitgliedern anderer Professionen austauschen,

³⁷¹ Die Darstellung kann jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, weshalb hierzu auf Darstellungen aus folgender Literatur verwiesen wird. Siehe dazu etwa FÖLSCH, D., Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag, Wien ³2017, S. 232ff; LAY, Ethik in der Pflege; SCHWERDT, R., Die Benefits ethischer Kompetenz in der Pflege: EU-gefördertes INTERREG-Projekt PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT. Teilprojekt: Ethische Kompetenzentwicklung in der Pflege, Regensburg 2014.

um zu guten Handlungsentscheidungen zu kommen. Mit Blick auf ihre sehr positiven Erfahrungen im Klinischen Ethikkomitee beschreibt die DGKP Lava, wo „geballte“ ethische Kompetenz aufeinandertrifft:

„Im Prinzip kann man es sich bildlich vorstellen, als würde man einen Sesselkreis bilden und jeder würde seine Informationen, die er hat vom Patienten, in die Mitte legen und in der Mitte habe ich dann wirklich ein volles Teller von: Wie ist der mit der Mobilität, wie schaut es mit dem Essen aus, welche Therapien hat er, mag er überhaupt noch Therapien, ist eine Therapie überhaupt noch indiziert, oder mit dem schlechten Allgemeinzustand gar nicht mehr tragbar? Und wenn man das alles in der Mitte beieinander hat, dann fängt man mal an, dass man das auch wieder ein wenig zerlegt und sich fragt, was der Patient wollen würde. Dann geht man wirklich auch wieder nach den Prinzipien: Nicht schaden wollen, Gerechtigkeit, dann bezieht man die Angehörigen mit ein, wenn es möglich ist und man kommt wirklich dann gemeinsam zu einem Konsens. Ich kann gar nicht in Worte fassen, wie man zu dieser Entscheidung kommt, aber das ist das Zusammenführen von Informationen, (.) die auf einmal viele Sachen sehr klar machen. Und an dieser Stelle wünsche ich mir dann immer, @dass es jeden Tag eine multidisziplinäre Besprechung gibt und jeder alles vom Patienten weiß@. (lacht)“ (Lava, eI, Z. 230-245)

Danach gefragt, was mit einer solchen (zeitlichen) Investition gewonnen ist und welcher Mehrwert daraus resultiert, reagiert die Expertin so spontan wie schlicht mit dem Hinweis: „Die Ganzheitlichkeit!“ (Lava, eI, Z. 230-245). Dabei scheint sie einen Aspekt von „Ganzheitlichkeit“ anzusprechen, der in einer *umfassenderen Betrachtung* des Menschen liegt, zu der die Vertreter:innen unterschiedlicher Disziplinen beitragen. Was dies in Umkehrung jedoch nicht bedeuten kann und soll – was die Expert:in allerdings auch an keiner Stelle des Interviews äußert –, dass jede dieser Professionen jeweils nur einzelne Aspekte des Menschen und Menschseins im Fokus hat. Vielmehr geht es um spezifisch fachliche Expertisen, die in den ethischen Besprechungen gebündelt werden, um so zu einem reflektierten Urteil zu kommen.

Auch der DGKP Bernstein sieht einen Gewinn ethischer Kompetenz in der Ganzheitlichkeit, die er allerdings aus der Perspektive des Patient:innen zu begründen sucht und das Menschen sich dann umfassender und persönlicher behandelt fühlen. Er meint, dass sich die Menschen durch ethisch kompetente Pflegende und deren achtsamer Haltung

„wertgeschätzt fühlen, glaube ich, (.) wenn man sie ethisch behandelt, dass man selber das Gefühl hat, man hätte das wahrscheinlich auch ganz gerne, wenn es einen selber betrifft. Das ist ja nie unwesentlich, weil ich bin der Meinung, dass es immer gut ist, wenn man sich den anderen Hut auch einmal aufsetzt, ja? Und schlussendlich geht es dann einfach um, um Würde. Und wenn man nicht mehr viel hat und wenn man eh krank ist und, vielleicht auch am, am Ende des Lebens ist, dann bleibt einem halt nicht mehr recht viel, außer, dass ich halt zumindest würdig

gehen kann.“ (Bernstein, eI, Z. 608-615)

Für ihn bildet demnach die Respektierung zentraler Kategorien der Humanität und des menschlichen Zusammenlebens, wie *Wertschätzung* und *menschliche Würde*, Kernelemente ethischer Kompetenz bzw. stellen diese daraus resultierenden Gewinne dar. In diesen Kontext lässt sich schließlich jene Dimension einbringen, auf welche die DGKP Smaragd verweist, wenn diese zunächst die Bedeutung der *ethischen Kompetenz von Pflegenden* bestätigt, und diese dann auf die gesamte Gesellschaft hin ausweitet, diese sozusagen als einen *wichtigen, gesamtgesellschaftlich relevanten Beitrag* wertet.

„das glaub ich auf jeden Fall. weil es ja schon wesentlich ist oft, was Pflegekräfte tun oder vertreten, oder man hört ja viel auch; da erzählen einem Angehörige oder Bekannte, was sie erlebt haben und so weiter. also, was Pflegekräfte machen hat schon einen Einfluss auf die Gesellschaft. und (.) ich glaub, wenn man so eine ethische Entscheidung, die ja für Angehörige auch sehr schwer ist, oft, aber wenn man da miteinander was Gutes findet, dann zieht das sicher gute, große Kreise.“ (Smaragd, eI, Z. 368-374)

Mit dem Hinweis auf die Erfahrungen von Menschen, in diesem Fall der Angehörigen und Bekannten, scheint sie sich im weiteren Sinne auf die allen Menschen gemeine Tatsache der *Verletzlichkeit und Endlichkeit zu beziehen*. Sie verbindet dies mit der Tätigkeit der Pflegenden, weshalb ihnen eine besondere – eben auch gesellschaftliche – Bedeutung zukommt. Sie bindet Gesellschaft in ihrer Aussage dadurch implizit ein, indem sie erwähnt, mit den Angehörigen „Gutes finde[n]“ zu wollen. Mit ihrer Aussage und der Betonung dessen, was Pflegende ihrer Aufgabe, ihres Ethos nach leisten, spricht sie sich (implizit) für eine bessere Anerkennung und Sichtbarkeit des Pflegeberufes aus, dessen Bedeutung sowohl in dieser Hinsicht als auch in anderen fachlichen Bereichen noch deutlich unterbewertet ist. Zugleich verbindet sie damit aber auch den Aspekt der *Professionalisierung, der Imageanhebung und Aufwertung*, wenn sich Pflegende in ihren verschiedenen beruflichen Handlungskompetenzen gewahr werden, diese stärken und damit in der Gesellschaft auftreten.

5.3.2 „Man wächst mit den Herausforderungen“. Beiträge der (Praxis-)Erfahrung zur Kompetenzentwicklung

Wenn also die Bedeutung ethischer Kompetenz keine geringere ist, als die, einen ge-

samtgesellschaftlichen oder einen Beitrag zu mehr Menschlichkeit und Wahrung der Humanität zu leisten, so scheint es zum einen ein lohnendes Unterfangen, den Blick darauf zu richten, welche Themen und Herausforderungen die Expert:innen in ihrem Praxisalltag bearbeiten. Zum anderen ist aber auch ihre Einschätzung interessant, wie sie sich diese Kompetenz aneignen konnten. Von Interesse sind diese Einschätzungen u.a. für Form und Inhalt etwaiger Maßnahmenentwicklung: Welche *Inhalte* scheinen wichtig und sinnvoll, um sie in die Aus-, Fort- oder Weiterbildung aufzunehmen, und welcher *Methoden* bedarf es, um Ethik und ethische Kompetenz sinnvoll und zielführend vermitteln zu können?

Mit Blick auf relevante *pflegeethische Themen und Inhalte* soll neben den in dieser empirischen Erhebung erarbeiteten Erkenntnisse auch auf weitere Literatur verwiesen werden, bzw. auf die in der Einleitung genannten Aspekte³⁷² oder auf Literatur zu moralischem Stress³⁷³. In der eigenen Forschungsarbeit haben sich keine gänzlich neuen ethischen Problemlagen aufgetan, vielmehr haben die Expert:innen folgende Themen als häufig auftretend und relevant genannt:

- den Umgang mit Sterbenden sowie die Kommunikation von Tod und Sterben, wobei hier insbesondere die Belastung durch Schicksalsschläge junger Menschen sowie invasive Therapien am Lebensende alter oder schwerkranker Menschen angesprochen wurden;
- die Herausforderung, Therapieentscheidungen auch entgegen eigener fachlicher Einschätzung und/oder moralischer Überzeugung mittragen zu müssen;
- der als mangelhaft wahrgenommene Umgang mit Schmerzen und Schmerztherapie angesichts vorhandener Möglichkeiten einer Palliativmedizin;
- der Umgang mit demenzerkrankten Menschen und die Eruierung des Patientenwillens;
- die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung in Zusammenhang mit der eigenen Professionalität und in Abwägung mit der Patientenautonomie.

Diese Herausforderungen bewältigen sie in recht unterschiedlicher Weise, was neben

³⁷² Siehe Kap. 1 sowie KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 37ff.; VAN DER AREND, A., Pflegeethik.

³⁷³ Siehe Kap. 2.3 sowie JAMETON, Moral Distress in Nursing History; DOPPELFELD, Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung, 91ff.

der jeweiligen Thematik und Problemlage aber auch mit anderen Faktoren in Zusammenhang stehen dürfte, wie etwa dem jeweiligen Setting oder ob Personen eine Leitungsfunktion innehaben, auf Netzwerke zugreifen können etc.

Um sich etwa der Herausforderung des Sterbens stellen zu können, musste die DGKP zunächst ihre eigene Angst überwinden, was in jungen Jahren und besonders bei gleichaltrigen, schwererkrankten Patient:innen nicht leicht fiel. Aus heutiger Sicht sieht sie die Tatsache, auf die eigene Endlichkeit zurückgeworfen gewesen zu sein, als ausschlaggebend dafür, sich zum damaligen Zeitpunkt dieser Thematik nicht gestellt zu haben. „Aber das haben wir ja auch nicht gemacht vor 20 Jahren, oder hast du da ans Sterben gedacht?“ (Malachit, 31, Z. 34-35) Es war also zum einen ihr eigenes Altern und Reifen, die sie heute anders denken und handeln lassen, zum anderen aber auch die Reflexion der Frage: „Was hat das mit mir zu tun?“ (Malachit, e1, Z. 258). Indem bzw. nachdem sie sich also immer mehr ihren eigenen Ängsten gestellt hatte, konnte sie sich auch den Herausforderungen des Sterbens stellen. „da hab ich gemerkt, ja es geht (lacht), ich kann das; ich kann da dabei bleiben und ich will ja grundsätzlich helfen.“ (Malachit, e1, Z. 261-263)

Die DGKP Rubin wiederum, die in einem der obigen Beispiele ihre Fähigkeit angesprochen hat, Herz und Hirn zu synchronisieren zu können, berichtet für sich einen anderen „Lernprozess“ hinsichtlich ethischer Urteilsfindung. Dazu erinnert sie die Betreuung einer relativ jungen, an Demenz erkrankten Dame. Im Sinne der Fürsorge, der Teilnahme am sozialen Leben im APH aber auch im Wissen um die Bedeutung notwendiger Prophylaxen, wollte sie mit ihrem Team die Dame möglichst gut mobilisieren:

„und wir haben dann aber gemerkt, dass sie oft wirklich überfordert war, mit den Situationen, wenn da dauernd wer bei ihr vorbeigegangen ist, oder wenn man sie angesprochen hat oder angelächelt hat; das war alles für sie schon so anstrengend in ihrer Demenz, die war schon so, nur mehr in sich, dass sie irgendwann sogar geschrien hat, nur wenn man vorbei gegangen ist, das war schon so ein starker Reiz für sie.“ (Rubin, e1, Z. 124-128)

Daher beschloss das Team, sie doch besser im Bett zu lassen, um sie dort zu versorgen. Damit ging es der DGKP jedoch nicht sonderlich gut; sie beschreibt diesbezüglich einen Widerstreit zwischen Herz und Hirn, der symbolisch für die *empathische Fürsorge des Herzens* und *dem rational, an pflegfachlichen Inhalten orientierten Fürsorge des Hirns* steht. Im Laufe der Zeit ergab sich die Möglichkeit, sich mit einer Demenztrainerin über die Dame auszutauschen, was für die DGKP eine bereichernde Erkenntnis brachte.

„und irgendwann haben wir da eine Trainerin gehabt, der hab ich das Problem auch wieder geschildert und sie hat dann gesagt: Frau Rubin, jetzt überlegen sie sich mal. Was ist wichtiger? Die Seele oder der Körper? Und in dem Moment ist mir dann (.) wie Schuppen von den Augen gefallen; **ja, wir müssen uns um die Seele dieser Frau, die da so überfordert ist und die so schwer demenzkrank ist, um die Seele müssen wir uns viel mehr kümmern**, weil die ist viel kränker als der Körper;“ (Rubin, el, Z. 140-146)

Von diesem Moment an, kommt sie mit dem innerlichen Widerstreit gut zurecht bzw. kann Abwägungen zwischen solchen Überlegungen vornehmen und kann mit dieser Kompetenz eine für sie stimmigere, ethische Entscheidungen treffen, diese zugleich viel besser argumentieren, vertreten und gut mit ihr leben. Von dem Moment an, sagte sie:

„wir werden sie im Bett lassen ohne schlechtes Gewissen, ohne uns glauben rechtfertigen zu müssen, dass wir die und die und die Prophylaxe da nicht mehr machen; oder dass wir sagen, ja wir tun die irgendwie in dem Zimmer isolieren oder so; sondern dass wir sagen nein, für diese Frau ist das das Beste! weil die Seele so viel leidet;“ (Rubin, el, Z. 146-150)

Seit sie also erfahren und erlebt hat, dass sie solche Abwägungen hinsichtlich menschlicher Bedürfnisse anstellen und diesbezüglich Entscheidungen in „eine“ Richtung treffen kann, geht es ihr mit solchen Situationen besser. Ein wesentlicher „Knackpunkt“ an dieser Erkenntnis stellt dabei jene Einsicht dar, *Herz und Hirn* nicht als *Dualismus* zu denken, sondern diese als *Dualität* zu begreifen, die – gerade im Umgang mit Vulnerabilität – eine enge Abstimmung erfordern. Bemerkenswert scheint, dass sie zunächst meint, die Entscheidung zugunsten einer Seite bzw. im Hören auf das Herz getroffen zu haben, was zum Einleitungssatz allerdings widersprüchlich wirkt, wenn sie angibt, zwischen beiden Seiten *zerrissen* gewesen zu sein:

„Hirn und Herz waren im Widerstreit; und letztlich haben wir dann gottseidank auf unser Herz gehört, alle miteinander; und das war dann auch richtig und mit ähm mit dieser Sicherheit haben wir das auch den Angehörigen erklären können und das war eine rundherum gute Entscheidung.“ (Rubin, el, Z. 160-163)

Wenn sie nun zwar die emotionale Entscheidung verbalisiert, so basiert ihr Handeln implizit dennoch auch auf Überlegungen zu und auf Erkenntnissen aus *ethischen, pflegewissenschaftlichen oder medizinischen* Forschungen. Mit ihrer anfänglichen Schwierigkeit, beides zusammenzubringen steht sie keineswegs alleine, vielmehr befindet sie sich in bester Gesellschaft einer langen Denktradition. Diese geht sowohl mit einer Bewertung von Herz und Hirn einher, als auch mit einer Zuschreibung von Geschlechterrollen an beide Seiten, welche bis heute in unseren Lebens-, Arbeits- und Wirtschaftswelten

sowie in bestehenden Geschlechterverhältnissen wirkmächtig ist³⁷⁴. Diese Wirkung wird sichtbar, wenn Entscheidungen einer besonderen Erklärung und Rechtfertigung bedürfen, die an Bedürfnissen und Zugewandtheit orientiert sind und emotional getroffen werden. Beispielhaft schildert die Expertin dies am Beispiel der Angst vor einer etwaigen Rechtfertigung vor der Heimleitung: Diese könnte etwa fragen

„warum ist die [Bewohnerin] soviel im Bett, wenn sie eigentlich noch herauskönnte und so; also da ist man ja auch sehr viel in Zwängen und man muss sich sozusagen eine Begründung suchen, warum man eigentlich seinem Gefühl, das was genauso professionell wie das Hirn ist, in Wirklichkeit ähm wenn ich das richtig einsetze; ich hab so das Gefühl gehabt, wir haben alle das Gefühl gehabt, wir müssen uns rechtfertigen dafür und wir müssen uns da jetzt (.) w:issenschaftlich erklären können, warum wir das jetzt eigentlich machen und das, ähm ich kanns vielleicht nicht ganz so gut darstellen, aber das Hirn, das war mehr das nach, was nach außen ist und wo ich mich erklären muss und das Herz war eigentlich das, wo, wo ich mich gar nicht erklären muss, sondern wo ich eigentlich wüsste, wie es richtig geht;“ (Rubin, el, Z.180-190)

In dieser Passage kommen nun auch ihre persönliche Anerkennung und der Stellenwert des „Herzens“ zum Tragen, wenn sie beschreibt, dass dieses ja in Wirklichkeit genauso professionell ist, wie das Hirn. Dort hin zu kommen, war für sie ein Lernprozess: Die Erkenntnis öffnete sie aber in besonderer Weise für die Ganzheitlichkeit des Menschen, dessen Bedürfnisse sie zu priorisieren gelernt hatte. Für sie äußerte sich das in Situationen, in denen sie sich heute fragt: „was braucht jetzt mehr Aufmerksamkeit: der Körper oder die Seele?“

Aus den Interviews könnten noch etliche Erfahrungsmomente erwähnt werden, jedoch würde dies in der gleichen Ausführlichkeit den Rahmen der Arbeit sprengen. Aufgrund ihrer wiederholten Thematisierung in den Interviews sei daher nur mehr kurz auf den Aspekt der Verantwortlichkeit und die Bereitschaft, diese zu übernehmen, hingewiesen: Etwas paradox, wird die Verantwortungsübernahme einerseits zwar wiederholt als sehr bedeutsam herausgestellt, andererseits sind sich manche Pflegende ihrer Verantwortung vielleicht nicht ganz so bewusst oder möchten diese aus Unsicherheit nicht tragen;

³⁷⁴ AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., RIEGRAF, B., Gesellschaftliche Widersprüche, institutionelle Logiken, alltägliche Anforderungen: Leistung und Gerechtigkeit in der Sorgearbeit illustriert an der Altenpflege, in: Aulenbacher, B., Dammayr, M., Dörre, K., Menz, W., Riegraf, B., Wolf, H. (HG), Leistung und Gerechtigkeit. Das umstrittene Versprechen des Kapitalismus, Weinheim–Basel 2017, 155–172; AULENBACHER, DAMMAYR, Zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

so vermuten dies zumindest einige der Gesprächspartner:innen. Die Expertin Amethyst sieht dies kritisch, bringt dies zugleich aber auch in Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Phänomen:

„in einer Gesellschaft, wo jeder frei entscheiden will und auf der anderen Seite, Verantwortung will ich nicht für mein Handeln übernehmen. Ja, und (.) ja, und die Autonomie und dieses freie Handeln; nehmen wir jetzt die Impfung her, das überfordert ja viele; wie soll ich mich entscheiden? Wie soll ich eine gut fundierte Entscheidung treffen? Zum Beispiel. Ah, ich glaube, dass sie sich manchmal dieser Verantwortung nicht bewusst sind.“ (Amethyst, eI, Z. 206-211)

Verantwortung zu tragen kann belastend sein, insbesondere wenn fachliche Unsicherheiten, Kompetenzübertretungen oder äußere Zwänge hinzukommen, und die Verantwortungsübernahme erschweren. Diesbezüglich scheint es sinnvoll, auf Möglichkeiten zu achten, die es im Sinne der Selbstfürsorge erlauben, eine professionelle Distanz zu belastenden Themen einzuhalten, und es einem ermöglichen, Ballast loszuwerden. Dies ist sowohl für die Vermittlung als auch für die Ausgestaltung organisatorischer Rahmenbedingungen relevant. Der Experte Opal, der dem Thema Verantwortung besondere Relevanz beimisst, weiß von seinen Kolleg:innen, dass diese ihre Sorgen oft mit nach Hause nehmen, damit aber auch Gefahr laufen, in einen Burn-out oder moralischen Stress zu geraten. Ihm hingegen gelinge es, den beruflichen Sorgenrucksack in der Arbeit zu lassen: „Für mich war das nach dem Dienst im Krankenhaus, nach dem Dienst gehst du in den Keller zu deinem Spint, ziehst dich um, und mit diesem Moment habe ich die Arbeit schon abgelegt gehabt“ (Opal, eI, Z. 177-179).

Dies zu können, bringt er damit in Zusammenhang, dass er in seinem Aufgabenbereich, in den Kompetenzen und Grenzziehungen, im Umgang und der Kommunikation mit Klienten sowie in der Übernahme von Verantwortung sehr klar ist. Da diese Grenzziehung nicht für alle Pflegenden eine so selbstverständliche Angelegenheit ist, läge darin ein „Vermittlungsdesiderat“, das sowohl die Ausbildung, aber auch organisatorische Rahmenbedingungen adressiert.

Wenn sich nun die ethische Kompetenz der Expert:innen mit ihrer mehrjährigen Berufserfahrung in einem Bereich der Pflege dadurch auszeichnet, – kurz und unvollständig resümierend –, dass diese über eine besondere *Reflexionsfähigkeit und -bereitschaft* verfügen, so hat sich im letzten Abschnitt gezeigt, dass auch Expert:innen an und mit der

Praxis wachsen. Zu diesen in der Praxis wachsenden Fähigkeiten gehören des Weiteren:

- die Bereitschaft zur *Übernahme von Verantwortung*, eine entsprechende *Sprach- und Teamfähigkeit*;
- ein im Verhältnis zu AZB & ABS stärker ausgeprägtes *Selbstbewusstsein für persönliche und berufliche Werte* und die Bereitschaft, im anwaltschaftlichen Sinne und unter Berücksichtigung deren Willen für Patient:innen einzutreten;
- eine Befähigung zur *ganzheitlichen, kontextsensitiven Erfassung ethischer Problemlagen*;
- insgesamt ein solides Fundament *impliziten Wissens*, das dazu befähigt, in der Situation auf ethische Kategorien zuzugreifen (wie Prinzipien, Folgen, Pflicht, Haltung, gutes Leben etc.).

Daher wird abschließend der Blick darauf gelenkt, wie die Expert:innen ihren Lernprozess erlebt haben, was sie sich in diesem Kontext gewünscht hätten und was sie vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen für die Kompetenzentwicklung der AZB und ABS empfehlen.

5.3.3 Lernerfahrungen in der Praxis und der Wunsch, gut begleitet zu sein

Die *Bedeutung der Praxis* ist ein zentraler Ansatzpunkt des Kompetenzentwicklungsmodells nach Patricia Benner und wurde deshalb als theoretischer Rahmen dieser Arbeit zugrunde gelegt. Wenn in den obigen Abschnitten die Praxiserfahrungen und Bewältigungsstrategien der Expert:innen herausgestellt wurden, so kamen, neben der inhaltlichen Verfasstheit ethischer Problemlagen und ihrer Deutungs- und Bearbeitungsmuster, immer wieder auch solche Herausforderungen in den Blick, mit denen sie ringen oder die sie besonders emotional erlebt haben. Dass man – wie die DGKP Malachit es betont – an den Erfahrungen wächst und lernt, wurde in einigen Schilderungen deutlich. Weil diese wichtige Einsichten in den praxisbezogenen Lernprozess bieten und damit Ansätze rekonstruieren lassen, worauf in der Vermittlung ethischer Kompetenz geachtet werden soll und wie Lernende darin unterstützt werden können, werden einzelne Erfahrungen im Folgenden skizziert.

In den Interviews wurden an einigen Erfahrungsberichten Situationen deutlich, in denen

sich auch die Expert:innen mehr Unterstützung gewünscht oder spezifisches Wissen gebraucht hätten. Denn, wie die interviewten Personen zum Großteil angeben, konnten sie entweder keinen, wenig oder praxisfernen Ethikunterricht genießen Sie geben an, dass sie sich daher nicht auf ethische Probleme vorbereiten konnten, weshalb sich bspw. die DGKP Lava als AZB in ethischen Fragen keine Entscheidungen zugetraut hätte:

„Wenn mich jetzt während der Ausbildung jemand zu einem ethischen Thema befragt hätte, oder ‚Wie tun wir mit dem Patient weiter?‘, ich hätte mich dem überhaupt nicht gewachsen gefühlt, ich hätte keine Entscheidung treffen können. Also da würde ich schon auch sagen, man wächst da mit der Erfahrung. Und als neue diplomierte Pflegende, hätte ich mich viel mehr auf das verlassen, was mir meine Kollegen raten, oder hätte einen Kollegen hineingeschickt und hätte gesagt ‚Du, schau dir du mal den Patienten an. Was würdest du tun?‘. Da hätte ich mich viel mehr darauf verlassen, als dass ich in mich gegangen wäre, weil trotzdem: Wenn man frisch anfängt, hat man das Gefühl, man muss jetzt einmal lernen von den Erfahrenen. @Das ist so meine Erfahrung@ (lacht).“ (Lava, eI, Z. 201-209)

Die DGKP bestätigt demnach, dass ihre ethische Kompetenz gewachsen ist, wofür Praxiserfahrung nötig war. Die Einschätzung hinsichtlich der Relevanz der Praxiserfahrung teilt sie mit weiteren Expert:innen: Ohne Praxisbezug ist die Entwicklung ethischer Kompetenz nicht möglich und wünschten sich auch Führungskräfte in ihrer Funktion mehr Unterstützung und Begleitung in den sie betreffenden ethischen Abwägungsprozessen. Neben dem Hinweis auf das Praxiswissen erwähnt die DGKP Lava des Weiteren die Bedeutung ihrer (erfahrenen, älteren) Kolleg:innen, an die sie sich mit ihren Fragen und ihrer *Unsicherheit* wenden konnte, wenn sie sich als Auszubildende mit derlei ethischen Entscheidungen überfordert gefühlt hatte.

Damit sind zwei Aspekte angesprochen die näher ausgeführt werden sollten:

1. Auszubildende in der Pflegefachassistenz steigen (regulär) meist mit einem Alter von ca. 17 /18 Jahren in die Ausbildung ein und weisen daher keine bisherigen Erfahrungen im Arbeitsleben auf. Dementsprechend begegnen sie ihren Praktika³⁷⁵ mit Respekt und manchen Befürchtungen, sich in kurzer Zeit in für sie neue Krankheitsbilder und in die dafür erforderlichen Pflegeinterventionen, in ein fremdes Team und spezifische Abläufe einarbeiten zu müssen.

³⁷⁵ Ihre je vierwöchigen Praktika absolvieren die AZB an verschiedenen Abteilungen und in unterschiedlichen Pflegesettings der Akut- und Langzeitpflege.

2. Bei vielen kommt Angst hinzu, etwas falsch machen zu können oder im Notfall nicht entsprechend reagieren zu können – was sie angesichts der verantwortungsvollen Aufgabe in einem sensiblen Bereich stresst. Schließlich wünschen sie sich in das Team integriert und von den Kolleg:innen anerkannt zu werden, wenn auch nur für die kurze Zeit des Praktikums – auch das hat sich in den Interviews deutlich gezeigt.

Dementsprechend gilt es, so die DGKP Malachit, Auszubildende auf schwierige Situationen, wie den Tod und den Sterbeprozess mit der möglichen Symptomatik (etwa die Lungengeräusche bei einem Lungenödem) und ihren Bedeutungen, noch vor Betreten des Patientenzimmers vorzubereiten. Ihr Anspruch wäre es, den AZB zu vermitteln, dass der Tod ein selbstverständlicher und natürlicher Teil des Lebens ist, um ihnen Ängste zu nehmen oder zu mildern. Dabei möchte sie jedoch nichts erzwingen, sondern diese selber entscheiden lassen, ob sie zu einem Sterbenden mitgehen möchten und ihnen anschließend Zeit geben, darüber zu reden. Die DGKP weiß aus ihrer bisherigen Begleitung von AZB, dass diese in solchen Situationen oft Angst haben, etwas falsch zu machen. Sie versucht ihnen daher, einen angstfreien Raum anzubieten, in denen sie sich öffnen und entwickeln können.

Ähnlich kennt und hält es die auch die DGKP *Lava*, die ebenfalls die die Ängste der AZB kennt. Im Sinne der Vorbereitung ist ihr wichtig:

„und wenn wir wissen ein Patient wird es nicht mehr recht lange schaffen, dann fragen wir den Schüler schon, wo er steht und schauen, dass wir ihn da abholen können. Dass man mal schaut: Hat er schon Kontakt mit Sterbenden gehabt oder hat er schon einmal eine tote Person überhaupt gesehen, hat er schon einmal eine verstorbene Person versorgt oder mit Angehörigen geredet. Und ich habe schon gemerkt, manche sind da sehr gefestigt - je nachdem was sie schon erlebt haben und sagen, sie brauchen keine Unterstützung, sie kommen mit dem klar. Aber wir bieten eigentlich schon jeden immer an, sich zu melden. Und da werden bei uns Schüler schon sehr gut begleitet, weil in so einer Situation soll keiner alleine sein – gerade wenn du in einer Ausbildung bist, brauchst du jemanden an den du dich klammern kannst. (Lava, ei, Z. 367-377)

In ihrer bisherigen Praxis konnte sie bereits die Beobachtung machen, dass es auch AZB gibt, die wenig oder gar nicht reden. In solchen Fällen hat sie sich dafür entschieden, als Diplomierte mehr mit den AZB zu reden und ihr Handeln zu begründen, was sie plausibel erklärt:

„Meistens reden sie nicht arg viel, aber es ist ganz wichtig, dass wir dazu reden und begründen warum wir jetzt was gemacht haben. Und ich finde auch so einen richtig würdevollen Umgang mit dem Patienten auch sehr gut damit der Schüler etwas verarbeiten kann. Wenn jetzt ein Patient verstorben ist dann bin ich so zum Patienten, wie ich selber gerne behandelt werden möchte. Ich bin kein Stück Fleisch sondern immer noch ein Mensch und dem Ganzen wirklich würdevoll entgegen zu gehen. Indem ich ihn mit dem Waschlappen nochmal wasche und mir nicht denke, es ist egal was das für eine Temperatur hat, das Wasser, sondern so tue, wie ich es selber auch gerne hätte. Und da halt dann auch dazu reden und viel erklären macht auf jeden Fall Sinn.“ (Lava, el. Z. 385-405)

Und selbst wenn auch ihr manche Gedanken und Fragen der AZB verschlossen bleiben – etwa, weil es Dinge gibt, die nicht in Worte zu fassen sind – so kann sie zumindest begründen, *warum* sie so *handelt* und das, so die Expertin, bringt auch sie weiter. Im Sinne ihres professionellen Verständnisses ist ihr dies wichtig: Der Aspekt des Weiterkommens scheint dabei zwei Konnotationen aufzuweisen und dürfte zum einen ihr eigenes Wachsen und Lernen bedeuten. Zum anderen kommt dadurch aber auch eine Entlastung darin zum Ausdruck, dass sie die Toten menschenwürdig pflegt.

„ich meine, der Fakt, dass ein Patient verstorben ist, das kann ich nicht arg begründen. Es gibt auf manche Fragen keine Antwort. Aber darüber zu reden finde ich ganz, ganz wichtig. [...] Ja. Und weil es mich selber weiterbringt. Weil mir das auch hilft, wenn ich weiß, ich habe dem Menschen noch etwas Gutes tun können. Aus meiner Sicht etwas Gutes natürlich - weil der kann sich nicht äußern. Aber es hilft auch mir.“ (Lava, el, Z. 409- 421)

Mit ihrer Strategie des lauten Sprechens und des Begründens vermittelt sie den AZB eine für ethisches Handeln und Urteilen sehr *wesentliche Kompetenz*, die in der *Reflexions- und Sprachfähigkeit* wie aber auch in der *Bereitschaft* liegt, *das eigene Handeln offen zu legen* und zu *begründen*; ein Verhalten, das die oben interviewten AZB in manchen Phasen gebraucht hätten und als wertvoll einschätzten.

Mit ihrer Haltung und ihrem Verständnis könnte diese DGKP im Sinne eines *role models* fungieren; eine Funktion, die sowohl von den AZB als auch von den Expert:innen mehrfach als bedeutsam erwähnt wurde und daher wünschenswert wäre. So hätte sich etwa die Expertin Rubin während ihrer Ausbildung – aber auch später als neue Mitarbeiterin bis hin zur Leitungskraft – die Unterstützung durch solche *role models* gewünscht, um manche schwierigen Situationen (besser) zu meistern. Neue Mitarbeiter wie auch AZB brauchen Struktur und Orientierung, nicht nur in Bezug auf Abläufe. Den AZB empfiehlt sie:

„und das wär glaub ich das wichtigste, dass man die Praktika-, also SchülerInnen, Studentinnen wer auch immer ahm, dass man denen sagt: Gehts hin und fragts auch die, die noch einen Spaß haben an der Arbeit oder wo ihr das Gefühl habts, die brennen noch für diese Sache, auch nach 30 Jahren; ähm, gehts zu denen hin und fragts sie: was hast denn du schon alles gemacht oder warum gefällt dir denn das so und wie, gehst du damit um, dass schon, was weiß ich, Leute auf deinem Weg, nämlich Patientinnen und Bewohnerinnen, schon verstorben sind, wie gehst du eigentlich damit um, wie gehst du heim, wie erholst dich du von dem Ganzen; ah wo gehts dir auch schlecht, wo sind deine Ängste, wo hastn du eigentlich schon mal versagt; ahm (.) weil wir sind ja alle drauf getrimmt, also jetzt nicht nur in der Pflege, sondern wir sind ja immer drauf getrimmt uns möglichst leistungsfähig und gesund und freudestrahlend darzustellen, ja; aber so ist es ja nicht immer; und die sollten vielleicht wirklich gezielt nachfragen: Wie gehst du mit schwierigen Situationen um, wie gehst du damit um, wennsd du keine Zeit mehr hast; ähm, wennsd du oder wenn du zu wenig Zeit hast; (Rubin, eI, Z. 628-641)

Das Lernen von solchen role models und die Gespräche mit jenen, die noch für die Sache brennen, wäre ihrer Einschätzung nach wichtig. Rubin denkt, dass es durchaus mehrere solcher Persönlichkeiten gäbe, die bereit wären, über ihr Empfinden und ihr Erleben, aber auch über ihre Ängste und Fehler zu reden; Pflegende, die vielleicht auch nicht mit allem zufrieden sind, aber bereit, daran zu arbeiten, etwa um moralischem Stress und den damit verbundenen Dynamiken zu entkommen.

Dies zu kultivieren wäre schließlich ein weiterer wesentlicher Aspekt, in dem Ethik gedeihen kann: Mit Offenheit und Transparenz für Fehler, eine entsprechende Fehlerkultur, die wiederum zur Qualitätsverbesserung beitragen kann. In ihrer Offenheit bittet die Pflegende etwa auch die AZB, sie auf etwaige Fehler oder bei Anwendung veralteter Pflegeinterventionen aufmerksam zu machen. Sie begründet dies mit dem Wunsch, am aktuellen Stand der Wissenschaft sein zu wollen, was ihre Professionalität auszeichnen soll, die wiederum den Menschen und der Pflegequalität zugutekommen. Hinweise auf ihre Fehler wünscht sie sich in direkter Form; nicht vor Patient:innen oder über andere ausgerichtet. Ein Wunsch, den sie – wie in mehreren Schilderungen oben deutlich wurde – mit den AZB teilt.

Auf Basis ihrer *Selbstreflexivität* bringt sie schließlich ein weiteres, bedeutsames Moment ein, das in einem solchen Austausch liegt: Und zwar, dass die Fragen der AZB ja auch *sie* zum Denken und zum Lernen anregen würden. Wenn sie also im Gespräch einbringt, dass es dringend *unbenoteter Räume* bedarf, dann kommt dies nicht nur den be-

schriebenen Ängsten der AZB entgegen. Es bietet sich darüber auch für mehrjährig Tätige und für Teams die Möglichkeit an, offen über eigene Lernprozesse zu sprechen, Fehler zu thematisieren, um daraus lernen zu können. Solche Räume, die eine Fehlerkultur fördern, ermöglichen es außerdem, über aktuelle An- und Herausforderungen zu sprechen und erlauben, das (eigene und gemeinsame) Pflegeverständnis zu reflektieren, sowie Gefühle, Empfindungen und Unsicherheiten zu thematisieren. Dies könnte und sollte, so die Konsequenz ihrer Einschätzung, nicht nur den AZB zugutekommen, sondern auch der eigenen Entwicklung dienen. Zugleich läge darin Potenzial, den Dynamiken von moralischem Stress und von Kältestrategien (besser) entgegenzuwirken.

Wenn das Hauptaugenmerk der Arbeit darin liegt, wesentliche ethische Kompetenzerfordernisse zu rekonstruieren und dadurch zu eruieren, wie deren Entwicklung gestützt werden kann, so liegt in der Etablierung solcher Räume eine mögliche Strategie, beidem zu begegnen. Dies ist im engen Zusammenhang zwischen den Elementen und dem Einbringen ethischer Kompetenz mit moralischem Stress begründet.

Wenn also eingangs davon gesprochen wurde, dass es relativ wenig Angebote zur Entwicklung ethischer Kompetenz (und zur Prävention von moralischem Stress gibt), so soll der nun folgende Ausblick das Erleben, Empfinden und Bearbeiten moralischer Probleme der AZB, der ABS sowie der Expert:innen aufgreifen und Vorschläge zu Konzepten und Strukturen formulieren, die diesbezüglich hilfreich sein könnten. Die Frage danach, ob und was AZB von Expert:innen lernen können, gilt es nun dahingehend zu stellen, inwiefern ihr (implizites) Wissen und ihre Praxiserfahrung in Vermittlungskonzepten der Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden und wie diese außerdem als Hinweise für die Etablierung von (klinischen) Ethikstrukturen nützlich sein könnten.

Dabei wird nicht der Anspruch erhoben, ausschließlich neue Innovationen vorzuschlagen. Vielmehr wird dafür auf Bewährtes zurückgegriffen – etwa auf theoretische Modelle und Konzepte aus Ethik und Didaktik – und im Sinne eines Ausblicks zusammen mit den Ergebnissen dieser Arbeit diskutiert.

6 Ethische Kompetenz ermöglichen. Empfehlungen für Bildungsmaßnahmen sowie für institutionelle Strukturen

Um nun mögliche Ansätze zu diskutieren, sei zunächst noch an jene moralischen und ethischen Probleme erinnert, die den Pflegenden – insbesondere den AZB und den ABS – häufig in ihrer beruflichen Alltagspraxis begegnen. Grund für diesen Fokus ist die Annahme, dass in diesen *Gruppen* der stärkere Bedarf an Unterstützung und an Vermittlung ethischer Kompetenz gegeben ist. Die Verortung dieser Arbeit im Rahmen eines *didaktischen Masterstudiums* unterstreicht das besondere Interesse an den beiden Zielgruppen, zumal aus den Ergebnissen Ansätze für eine (spätere) Entwicklung fachdidaktischer Konzepte, für Ableitungen hinsichtlich (Aus-)Bildungsmaßnahmen oder für entsprechende organisationale Rahmenbedingungen nutzbar gemacht werden könnten.³⁷⁶ Die Ergebnisse bieten dafür Anhaltspunkte, dass und inwiefern es notwendig ist, auch in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie in strukturelle Rahmenbedingungen zu investieren. Eine Plausibilität dahingehend bietet aber auch das *Kompetenzstufenmodell* nach Benner an, mit dem u.a. gezeigt wird, dass Kompetenzentwicklung nicht mit der Ausbildung abgeschlossen ist bzw. nicht abgeschlossen sein kann, sondern das praktische Erfahrungswissen unerlässlich ist – gerade in handlungsorientierten Berufen wie dem Pflegeberuf.

6.1 Bedarfe ethischer Kompetenzentwicklung – eine kurze Zusammenschau

Sowohl die Praktikumsreflexionen als auch die Gruppeninterviews haben einen sehr hohen moralischen Anspruch der AZB und ABS gezeigt, der gekennzeichnet ist von einer besonderen Orientierung an der Individualität und den Bedürfnissen der Menschen, vom Respekt vor der Kontingenz und der Verletzlichkeit des Lebens, sowie dem Anliegen, die menschliche Würde zu wahren. Dieser Anspruch zeigt sich etwa an den Beschreibungen, in denen AZB ihr Mitgefühl und ihre Fürsorge für Menschen ausdrücken, die schwer erkrankt sind und/oder sich mutmaßlich in ihrer letzten Lebensphase befinden. Dass sie diese Verletzlichkeiten und Menschenwürde gegenüber Kolleg:innen oder

³⁷⁶ Eine solche Konzeptionierung kann die Arbeit aufgrund des gegebenen Umfangs nicht mehr leisten. Die Vorschläge beschränken sich daher auf grundsätzlich als für die Vermittlung von Ethik und ethischer Kompetenz relevante Hinweise und Prinzipien.

Strukturen verteidigen, zeugt von einer ethischen *Haltung*, die mehr oder weniger reflektiert und argumentativ vorgebracht wird. Implizit zeigt sich darin eine Haltung (oder Tugend), die in der Care-Ethik bekannt und für ethisches Handeln als relevant herausgestellt wird.

In den Interviews wird aber auch deutlich, dass und inwiefern die AZB und ABS (teils auch hier implizit) konkrete ethische Abwägungen und Reflexionen anstellen, um damit zu einer für sie guten Entscheidung und zu einem ihr Handeln begründendes (oder entlastendes) Urteil zu kommen. So zeigt sich, dass und wie sie die unterschiedlichen *Prinzipien der Patient:innenautonomie* (etwa des Patientenwillens bei der Körperpflege und der Nahrungsverabreichung), das Prinzip der *Fürsorge* und des *Nicht-Schadens* (z.B. in der Begründung der Intimpflege anstelle einer Ganzkörperdusche) mit- oder gegeneinander abwägen und zu ihrer Rechtfertigung vorbringen. Ebenfalls nehmen sie Anleihen beim *Kategorischen Imperativ*, wenn sie dem Anspruch folgen, so zu pflegen, wie sie gepflegt werden möchten oder wie sie es für die Eltern wünschten. Damit legitimieren sie schließlich ihr Handeln mit Bezug auf *Pflichten*, wobei sie das Wohl des Patienten verteidigend, mitunter auch gegen eigene Pflichtansprüche (Lügenverbot) handeln.

Somit kann kurz resümiert werden, dass die AZB und ABS ihren Anspruch an moralisches Handeln durchaus mit ethischen Abwägungen begründen. Es wäre daher eine unzutreffende Unterstellung, anzunehmen, sie handelten im Rahmen ihrer Kompetenzstufe rein auf Basis moralischer Intuition ihrem Gewissen zufolge. Auch wenn ihr Handeln nicht in dem Maße situativ und kontextsensitiv ist, wie bei Expert:innen – was von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist – und sie ihre Argumente nicht im gleichen Maße verständlich machen und verbalisieren können, so beziehen sie sich dennoch reflexiv auf ihnen bekannte, ethische Kategorien.

Was sich nun aber recht eindrücklich zeigt, ist, dass insbesondere AZB aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Weise *selbstbestimmt* handeln können, wie es sich aus den Interviews der Expert:innen rekonstruieren lässt. Daher dokumentiert sich zwar ein hoher moralischer und auch ethischer Anspruch, dem jedoch verschiedene äußere Vorgaben und Zwänge entgegenstehen: Demzufolge schildern sie die Beobachtung von Handlungen, die ihren moralischen Vorstellungen widersprechen, wie z.B. Respektlosigkeit im Umgang mit Patient:innen und in der Sprache, Missachtung von Patientenwünschen,

unterschiedliche Pflegefehler etc. Sie sehen sich aber aufgrund der *Abhängigkeit von Praktikumsbeurteilungen* nicht in der Lage, dagegen Einspruch zu äußern. Angesprochen werden dabei die *Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse* sowie die Wahrnehmung, nicht Teil des jeweiligen Teams zu sein, weshalb sie aus *Angst vor einer schlechten Beurteilung* bestimmte Beobachtungen nicht anzusprechen wagen. Sie äußern zudem jene Angst, etwas falsch machen zu können, dafür die *Schuld* zugewiesen zu bekommen und diese dann *allein* tragen zu müssen.

In Verbindung damit deuten die AZB bestimmte konkrete Wünsche und Unterstützungsbedarf an, was sich in folgende Schwerpunkte bündeln lässt. Dabei sei auch hier der Hinweis gegeben, dass diese sich thematisch überschneiden können und die hier exemplarisch vorgestellten Punkte keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben:

- *Vertrauenspersonen*: Die AZB äußern den Wunsch nach einer neutralen Ansprechperson, an die sie sich während des Praktikums bei (ethischen und moralischen) Problemen wenden und mit der sie Sorgen und Konflikte besprechen können. Ob dies eine Person aus der jeweiligen Abteilung oder in übergreifender Zuständigkeit für alle AZB während der Praktikumszeit sein soll, führen sie nicht näher aus. Manche denken dabei an Psycholog:innen, manche wiederum möchten Seelsorger:innen ausschließen, weil sie es mit „der Kirche nicht so haben“ (Persimone).
- *Kommunikation und Kommunikationskompetenz*: Mit diesen Begriffen lassen sich die Eigenschaften zusammenfassen, die sich die AZB wünschen, um sich zum einen über Gespräche austauschen zu können, von denen sie sich Entlastung erhoffen, aber auch konstruktive Verbesserungsvorschläge, verbunden mit strukturellen Änderungen für ihre Situation. So wird etwa eine Art Dialogforum vorgeschlagen, in dem sich mehrere Berufsgruppen auf freiwilliger Basis treffen und austauschen können (z.B. Praxisanleiter:innen, Pflegelehrer:innen, Mitschüler:innen und Kolleg:innen).

Hinsichtlich der Kommunikation bzw. der eigenen Kommunikationskompetenz erschien ihnen außerdem ein Trainingsangebot in *spezifischen und sehr gezielten Gesprächstechniken* hilfreich, um z.B. in den erlebten Konfliktsituationen (mit

Kolleg:innen, Vorgesetzten, Vertreter:innen anderer Berufsgruppen) auf professionelle, sachliche Weise wertschätzend, aber auch selbstbewusst artikulieren zu können. Dies wiederum führt zu weiteren Aspekten, die hinsichtlich des angstbefreiten Ansprechens von Sorgen relevant sind:

- *Soziale Dynamiken und Teamkultur:* Um etwaige (fachliche oder ethische) Unsicherheiten, Sorgen oder Beobachtungen ansprechen zu können, bedarf es für die AZB der Offenheit und Transparenz, wie aber auch der Kritikfähigkeit der Adressat:innen. Im Sinne des gemeinsamen Lernens würden Sie außerdem gerne das am Lernort Schule erarbeitete Wissen zur Verfügung und zur Diskussion stellen; dies jedoch ohne vorschnelle Aburteilungen zu hören, wonach Änderungen nicht möglich seien, weil dies in der Praxis „immer schon (so) gemacht wurde“.
- *Rechtliche Sicherheit:* Vor dem Hintergrund der erlebten Verunsicherung, wäre es den AZB wichtig, dass sie – und auch ihre Kolleg:innen – den Kompetenzbereich gut kennenlernen und sich in diesem Rahmen bewegen können. Darin dokumentiert sich bei den jungen Menschen die Sorge, bei etwaigen Übertretungen oder gar fachlichen Fehlern, mit einer Schuldfrage konfrontiert zu werden, die bis hin zu rechtlichen Konsequenzen reichen könnte.
- *Selbstkompetenz:* Schließlich wurde in den Interviews jenes Bedürfnis geäußert, Hilfestellung bei der Wahrung der professionellen Distanz, der Kontrolle eigener Emotionen und zum persönlichen Ausgleich zu erhalten. Während der zuletzt genannte Aspekt wohl v.a. individuell zu bearbeiten ist, wäre den AZB mit professionellen Hinweisen dahingehend geholfen, wie es gelingen kann, nach emotional belastenden Erlebnissen wieder „umschalten“ zu können, um sich vom Erlebten nicht emotional überwältigen zu lassen.

Die von den AZB in den Interviews geäußerten Wünsche, können Hinweise auf das inhaltliche Programm geben, wie die im Curriculum vorgegebenen Lernziele angereichert werden könnten. Sie stellen einige der im Sinne der Bedarfsanalyse ermittelten Anliegen dar.

Zur Gestaltung des Ethikunterrichts haben sich auch die Expert:innen geäußert und ihre

Einschätzung mit Bezug auf ihre mehrjährige Praxiserfahrung formuliert. Wenig überraschend und dementsprechend recht einstimmig betonen sie, dass sich pflegeethische Kompetenz nicht in der Vermittlung von Theorien und Begriffen erschöpfen kann, vielmehr bedarf es einer möglichst praxisnahen Ethikausbildung, die an der Vulnerabilität des Menschen orientiert ist. Diese sollte zudem wichtige Reflexions-, Argumentations- und Sprachkompetenzen vermitteln und dazu motivieren, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.

Im Folgenden werden Vorschläge skizziert, welche die Bedürfnisse und Einschätzungen beider Gruppen berücksichtigen: Diese bieten erste Lösungsansätze, die dann je nach Bereich konkretisiert werden könnten. Diese auszuformulieren, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

6.2 Ethische Kompetenz in der Ausbildung vermitteln

Hinsichtlich der Vermittlung von Ethik und ethischer Kompetenz für Anfänger:innen in der Grundausbildung, scheint vor dem Hintergrund der geschilderten Bedürfnisse und Einschätzungen eine stärkere Überführung des Unterrichts in den bzw. einer Intensivierung im *Dritten Lernort* bzw. *Dritten Lernbereich* sinnvoll und zielführend.³⁷⁷

Für diese Überführung spricht die Verbindung der beiden Lernorte, welche eine engere Verknüpfung des Wissens aus Theorie und Praxis ermöglichen würde, aber auch einen stärkeren Austausch der jeweiligen Vertreter:innen aus den beiden Lernorten. Ein weiterer Grund für die Überführung findet sich hinsichtlich des im Rahmen dieser Arbeit eingeführten theoretischen Modells, dem Kompetenzentwicklungsmodell nach Benner. Demzufolge eignet sich der Dritte Lernort besonders dafür, das Erlernte in angstfreien Übungsräumen – nicht gleich direkt am Patienten – in praktisches Handeln zu übersetzen und die (theoretisch) erlernten Kompetenzen praktisch anzuwenden, zu üben und zu reflektieren. Dies soll AZB befähigen, ihr Erlerntes auch später „auf (neue) Situationen des beruflichen Handelns“³⁷⁸ übertragen zu können (*Transferproblematik; von explizit*

³⁷⁷ Informelle Gespräche mit PL verschiedener Ausbildungsstätten haben bestätigt, dass dies an manchen Schulen bereits in dieser Form so gelehrt wird – zumindest im Ansatz. Allerdings könnte der Ethik-Unterricht auch dort noch stärker in dieser Form institutionalisiert werden.

³⁷⁸ LANDWEHR, N., Der dritte Lernort und seine Bedeutung für ein transferwirksames Lernen, in: Pflegepädagogik (12) 2003, 254–263, hier 257.

zu implizit).

Zum anderen bieten sich ausgewählte Methoden an, wie jene des *Cognitive Apprenticeship* (CAS), um implizites Wissen am Handeln der Expert:innen zu beobachten und u.a. über Reflexion und Diskussion explizit zu machen. Nach einer kurzen Vorstellung des Dritten Lernorts wird diese Lehr- und Lernmethode vorgestellt und als *Moral Apprenticeship*³⁷⁹ zur Vermittlung ethischer Kompetenz vorgeschlagen.

Der Dritte Lernbereich stellt eine Ergänzung in der *dualen Pflegeausbildung* dar und wird deshalb als dritter Lernbereich definiert, weil er „ein verbindendes Ausbildungssegment im dualen System ist“³⁸⁰. Während am *Lernort Schule primär explizites Wissen*, also verbal formulierbares, strukturiertes, vom Kontext abstrahierbares, übertragbares Wissen vermittelt wird, dient der *Lernort Praxis* vorwiegend der Vermittlung *impliziten Wissens*, das teilweise unbewusst erworben wird. Implizites Wissen ist kontextabhängig und situativ und ist – wenn überhaupt – nur schwer in Worte zu fassen, kann aber durch Vorzeigen vermittelt werden³⁸¹.

Er ist institutionell klar definiert und als eigener, geschützter Lernbereich geregelt und „bewusst zwischen dem schulischen und dem betrieblichen Lernen angesiedelt, [...] [mit] dem Ziel, eine[r] Integration des theoretischen (schulischen) und des praktischen (betrieblichen) Lernens“³⁸².

Der Dritte Lernort versucht also, beide Wissensformen aufeinander zuzubewegen und stellt daher eine wertvolle Ergänzung traditioneller Ausbildungsformen dar, was auch für die Vermittlung ethischer Kompetenz gilt. Informelles Ethik-Lernen geschieht freilich auch in den Praktika (berufliche Sozialisation), was dort aber kaum systematisch und unter Berücksichtigung ethischer Begrifflichkeiten und Theorien begleitet und reflektiert wird. Dementsprechend zieht dies oben erwähnte Unsicherheiten nach sich.

Aus den unterschiedlichen Methoden schlagen nun Settimio Monteverde und Michaela Key eine Anlehnung an das CAS-Modell vor, um den Brückenschlag zwischen Theorie

³⁷⁹ KEY, MONTEVERDE, *Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung*.

³⁸⁰ SCHLÖMMER, et al., *Lernbereich Training und Transfer*, 3.

³⁸¹ LANDWEHR, N., *Der dritte Lernort*, 255ff.; s.a. SCHIERLINGER-BRANDMAYR, M., *Reflexives Lernen und dessen Bedeutung in der Pflegeausbildung: Eine Evaluationsstudie zur Erfassung des Unterrichtserlebens anhand von Lerntagebüchern*, Saarbrücken 2017, 50ff.

³⁸² LANDWEHR, N., *Der dritte Lernort*, 256.

und Praxis in Fragen der Ethik zu schaffen bzw. um Anfänger:innen ethische Kompetenz zu vermitteln. CAS ist eine Lehr- und Lernmethode, welche das *Lernen am Modell* weiterentwickelt hat, und zwar „auf der Grundlage einer Lernbeziehung, die schon früh in der Menschheitsgeschichte zwischen Meister*innen und Auszubildenden bzw. zwischen Personen mit Expert*innen- und Noviz*innenstatus dokumentiert ist“³⁸³. Es leitet von „vertieften, theoretischen Überlegungen zum Praxistransfer zu den Lernorten der beruflichen Praxis über [...]. Es verknüpft Konstruktion, Instruktion und Reproduktion und den Transfer von explizitem zu implizitem Wissen“³⁸⁴. Ebenfalls wird aktives, situiertes und kollaboratives Lernen betont.

Von den vier im CAS enthaltenen Dimensionen – Methode, Sequenzierung, Sozialisation und Inhalt – ist für ethisches Lernen die Dimension der Methode bedeutsam; sie soll in der Vermittlung der beiden Wissensformen unterstützen, weshalb die einzelnen Schritte kurz vorgestellt werden, um anschließend auf die zentralen Angelpunkte einzugehen.

Das CAS folgt *sechs Entwicklungsschritten*, beginnend beim *Modelling* (1), bei dem die Lehrperson bestimmte Handlungen vorzeigt, die sie während des Tuns beschreibend begründet, um so ihr Handeln für die AZB nachvollziehbar zu machen. Im zweiten Schritt, dem *Coaching* (2), beobachtet die Lehrkraft die von den AZB durchgeführten Handlungsabläufe und unterstützt sie darin; sie übernimmt somit eine beratende Rolle. In der folgenden Sequenz erfolgt das *Scaffolding und Fading* (3), bei dem die Lehrperson je nach Erfordernis Teile des Prozesses wiederholt und mit Ratschlägen ergänzt, wobei die AZB größtenteils alleine agieren und ggf. spezifische Hilfestellungen erhalten. Bei der anschließenden *Articulation* (4) ist der/die AZB selbst tätig und artikuliert dabei eigene Überlegungen, die von der Lehrperson kommentiert und ggf. hinsichtlich der vollständigen Problembewältigung ergänzt wird. Die *Reflection* (5) dient dem Nachdenken über und dem Vergleichen von Handlungen sowie der Suche nach Lösungsstrategien durch die AZB, was sie anderen Personen (Kolleg:innen, Lehrenden) gegenüber artikulieren. In der abschließenden Phase der *Exploration* (6), sind die Lernenden herausgefordert, selbstständig komplexe Aufgaben zu lösen, um so ihr Wissen zu erweitern, was der selbstver-

³⁸³ KEY, MONTEVERDE, *Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung*, 165.

³⁸⁴ Ebd., 165.

antwortlichen Bewältigung weiterer Aufgaben zugutekommt und wodurch der Lerntransfer gesichert werden soll³⁸⁵.

Von diesen Schritten erscheinen die folgenden von hervorgehobener Bedeutung hinsichtlich des Nachvollzugs, evtl. auch der „Dekonstruktion“ von implizitem Wissen (von implizit zu explizit) und des weiteren Lerntransfers. So etwa, wenn der/die Lehrende im ersten Schritt des Modelings in Form eines *Metatlogs* seine/ihre „Denkweise und die einzelnen Schritte bei der Lösung einer Aufgabe/eines Problems [erläutert], indem er/[sie] dezidiert die eigenen kognitiven Prozesse verbalisiert und die jeweiligen Schritte begründet.“ Währenddessen hören die Lernenden und beobachten. Der/die AZB „entwickelt so ein inneres Bild/Modell vom Weg der Aufgaben-/Problemlösung und leitet daraus für sich selbst eine Art Handlungsleitfaden ab.“³⁸⁶

Wenn nun in diesem ersten Schritt und im Rahmen dieser Vorgehensweise implizites Wissen transparent und nachvollziehbar werden soll, so zielen die Schritte 4-6 der *Articulation*, der *Reflection* und *Exploration* als metakognitive Lernstrategien, auf ein Denken höherer Ordnung. Dabei können die (sowohl mündlich als auch schriftlichen) Reflexionen, kurzfristig als Reflexion in der Handlung erfolgen, was „eine Standortbestimmung und Entscheidung über die nächsten Handlungsschritte [ermöglicht]“³⁸⁷. Eine längerfristige, begleitende und begleitete schriftliche „Lernverlaufsreflexion in schriftlicher Form beinhaltet häufig die Reflexion über eine praktische Handlung, verknüpft mit einer theoriegeleiteten Begründung und Vertiefung von Kenntnissen“³⁸⁸. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Lernenden während dieser Reflexionsphasen lernzielorientiert und anhand bestimmter Kriterien (Stichwort: Regelgeleitetheit der Anfänger:innenstufe), jedoch ergebnisoffen zu begleiten.

Key und Monteverde überführen dieses Konzept nun in eine Form des *Moral Apprenticeship*, um dieses für „ethische Lernprozesse im Rahmen der pflegerischen Berufsbildung fruchtbar zu machen“³⁸⁹. Auch wenn es sich sehr empfiehlt, *ethische Themen quer durch das Curriculum* in den verschiedenen Lern- und Themenfeldern aufzugreifen, so

³⁸⁵ SCHIERLINGER-BRANDMAYR, Reflexives Lernen und dessen Bedeutung in der Pflegeausbildung, 54ff.

³⁸⁶ SCHEWIOR-POPP, S., Praktische Ausbildung - Eine Standortbestimmung: Berufliche Handlungskompetenz als übergeordnetes Ziel, in: PADUA (6) 2011, 6–10, hier 9.

³⁸⁷ KEY, MONTEVERDE, Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung, 167.

³⁸⁸ Ebd., 167.

³⁸⁹ Ebd., 168.

bietet das Modell des CAS dennoch eine besonders innovative und konstruktive Strategie, den verschiedenen Bedarfen und Bedürfnissen hinsichtlich moralischer und ethischer Fragestellungen (besser) gerecht zu werden:

„Auszubildende sind entweder selbst in der Lage, ihr moralisches Empfinden zu äußern und zu reflektieren oder Berufsbildner*innen bieten – im Sinne des Moral Apprenticeship – Modeling, Coaching, Scaffolding/Fading an, mit der Einbettung in die megakognitiven Strategien. Dieser ethische Lernprozess trägt der Entwicklungsfähigkeit von Auszubildenden Rechnung, würdigt ihre moralischen Intuitionen und fördert ihre Integration in die moralische Gemeinschaft ihres späteren Arbeitsfelds.“³⁹⁰

Vor diesem Hintergrund erscheint das Moral Apprenticeship sehr praxisnah und -relevant, zumal es erlaubt, bei den Bedürfnissen der AZB anzusetzen, damit diese ihre eigenen Erfahrungen thematisieren können oder diese in Form von Fallbeispielen gemeinsam bearbeitet werden. Die Methodik des CAS – wie die Didaktik und Methodik des Dritten Lernbereichs insgesamt – berücksichtigt im weiteren zentrale didaktische Prinzipien, und erlaubt deren Einbezug: So etwa lassen sich die *Lernziele*, dem Kompetenzmodell nach Benner folgend, taxonomisch strukturieren, wird die Entwicklung von *Sprach-, Reflexions- und Argumentationsfähigkeit*³⁹¹ gefördert und wird – im Sinne des Wissenstransfers und des eigenen Übens – die für ethische Kompetenz erforderliche *Handlungsorientierung* berücksichtigt.³⁹²

Für die Vermittlung moralischer und ethischer Kompetenz bieten sich weitere Methoden des Dritten Lernorts an, wie etwa das *Problembasierte Lernen* oder auch sogenannte *Ethik-Clubs*, welche die Expertin Amethyst in den Niederlanden kennen und schätzen gelernt hat. In dieser simulativen Methode³⁹³ arbeiten Lehrende aus Theorie und Praxis noch enger zusammen, als dies beim CAS-Modell der Fall ist. Zudem übernehmen Frei-

³⁹⁰ KEY, MONTEVERDE, Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung, 173.

³⁹¹ Dies eben in Verbindung mit der Möglichkeit zur Reflexion im direkten Anschluss an die Übung sowie in Form von Lerntagebüchern, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. In Kombination soll dies dabei helfen, das Erlebte (besser) zu reflektieren und zu bearbeiten, kann darin unterstützen, verschiedene Perspektiven zu übernehmen sowie jener Frage nachzugehen: Was hat das (alles) eigentlich mit mir zu tun?

³⁹² Für weitere, spezifische Prinzipien, Inhalte und Methoden den Ethikunterricht betreffend, sei als Auswahl auf folgende Werke verwiesen: FÖLSCH, Ethik in der Pflegepraxis; LAY, Ethik in der Pflege; RABE, Die Vermittlung von Ethik in der Pflege, 174ff.; SENSEN, Ethik in der Krankenpflegeausbildung vermitteln.

³⁹³ Dafür werden an manchen Einrichtungen eigene Abteilungen oder sogar Häuser zur Verfügung gestellt und eingerichtet, um eine mögliche reale Situation erzeugen zu können.

willige aus der Pflegepraxis die Rolle von Patient:innen, was eine doppelte Erfahrungsqualität bietet: Während die AZB die Möglichkeit erhalten, in einem simulierten Raum (ohne „echte“ Patient:innen) ihr Wissen und ihre Kompetenz zu *üben* und anschließend von den Patient:innen eine *Rückmeldung* darüber erhalten, erfahren die *Praktiker:innen* aus einer *Erste-Person-Perspektive* wie es sich z.B. anfühlt, Essen verabreicht zu bekommen, geduscht zu werden, eine Inkontinenzhose zu tragen oder auf Hilfe warten zu müssen. Damit ermöglicht diese Methode u. a. auch eine Vorsorge gegen moralische Desensibilisierung, was nun zum letzten Punkt überführt.

6.3 Vorschläge für die Fort- und Weiterbildung sowie hinsichtlich organisationaler Rahmenbedingungen

Was kann nun eine praxisnahe, konkrete Konsequenz aus den gesammelten Erkenntnissen sein; wie kann das *implizite Wissen und die Kompetenz der Expert:innen* hinsichtlich ethischer *Reflexions-, Entscheidungs- und Argumentationsfähigkeit* „genutzt“ werden?

Zum einen im Sinne einer generellen *Professionalisierung und Qualitätssicherung* der ethischen Entscheidungs- und Lösungskompetenz, aber auch zur Stärkung einer *Vorbildfunktion* (Rolemodel) und als Vermittlungsinstanz im Sinne spezifischer *Lernbegleiter:innen* (Praxisanleiter:innen und Mentor:innen). Und nicht zuletzt auch zur Ermächtigung als *Vertrauens- und Beratungspersonen* für die ihnen anvertrauten angehenden Pfleger:innen.

Wesentlich zum Erreichen dieser Ziele wird für die Pflegeexpert:innen sein, dass sie die Gelegenheit haben, die ihrem Handeln zugrunde liegenden Prinzipien, Werte und Normen (für sich selbst) zu reflektieren und dass sie mit Möglichkeiten ausgestattet werden, diese auch zu explizieren. Denn letztendlich kann sich die Verstärkung und Professionalisierung ihrer Kompetenz nur darin erweisen, dass sie sich im Sinne einer präventiven Strategie gegen moralischen Stress und sie überfordernde Entscheidungsdilemmata wirksam zu schützen wissen.

Denn damit besonders jene Pflegenden, deren Handeln an ethischen Kriterien orientiert ist und die darauf ihre Entscheidungen begründen, diesen „inneren Kompass“ nicht verlieren, nicht in moralischen Stress geraten oder sich emotional verschließen, benötigen

sie Unterstützung, um ihre Rolle als Unterstützer:innen wahrnehmen zu können. Denn der von den AZB geäußerte Wunsch nach Vertrauenspersonen, an die sie sich mit moralischen und ethischen Fragen wenden können, stellt nicht nur in fachlicher und methodischer Hinsicht hohe Anforderungen. Auch in psychologischer und pädagogischer Hinsicht ist in einem so sensiblen Arbeitsumfeld, wie es die Pflege darstellt, für eine Vertrauensrolle ein hoher Grad der Selbstreflexion und eine integre Persönlichkeit vonnöten.

Wenn, wie im vorherigen geschildert, AZB, ABS und auch Expert:innen von moralischen „Übertretungen“ berichten, so ist dies als Indiz zu werten, dass es an Maßnahmen und strukturellen Rahmenbedingungen mangelt, die sowohl ethische als auch moralische Kompetenz stärken und befördern. Anders formuliert, fehlt es offensichtlich immer wieder an Strukturen, die moralischem Stress und emotionaler Kälte vorbeugen helfen. Diese Strukturen sind notwendig, damit diese Vertrauenspersonen zum einen nicht selbst in moralischen Stress verfallen, zum anderen gute *Lernbegleiter:innen am Lernort Praxis* (und gemeinsam mit Pflegelehrer:innen am Dritten Lernort) sein können.

Im Folgenden nun einige Lösungsansätze, wie diese Strukturen gestaltet und etabliert werden können. Einige dieser Ansätze wurden bereits in den Interviews angedeutet und nun weiter ausgearbeitet, durch weitere Empfehlungen ergänzt und konkretisiert.

Praxisanleiter:innen und Mentor:innen als Lernbegleiter:innen

Zuerst erscheint es sinnvoll, die Praxisanleiter:innen als Lernbegleiter:innen stärker in den Bereich des Dritten Lernorts einzubinden – in dessen Theorie und Didaktik und damit auch in die Methode des Moral Apprenticeship. Dies würde wechselseitiges Lernen und den Austausch zwischen den beiden Lernorten Schule und Praktikumstätte fördern. Dadurch könnten die im Dritten Lernort behandelten Themen weitere praxisrelevante Anreicherungen erfahren, welche schließlich dem Lerntransfer der AZB (bidirektional zwischen explizit und implizit) dienlich sind, und diese in ihrer ethischen Kompetenz fördern.

In diesem Zusammenhang wäre anzuraten, den PAL auch eine Sensibilisierung für moralische und ethische Herausforderungen (der eigenen wie auch jener der AZB) entspre-

chende Instrumentarien an die Hand zu geben. Dies könnte in Form einer kurzen Ethikschulung oder -auffrischung – etwa im Rahmen ihrer Ausbildung zum PAL oder zu Mentor:innen – integriert werden.³⁹⁴

Ethikberater:innen bzw. Ethikbeauftragte als Role-Model und Vertrauenspersonen

Des Weiteren könnten eigens geschulte und mit Ressourcen ausgestattete, „Ethikbeauftragte der Station“ (EBS)³⁹⁵ die Mitarbeiter:innen in moralischen und ethischen Fragen unterstützen und als Multiplikator:innen in Fragen moralischer und ethischer Belange tätig werden. Dies wird bereits in einem Pilotprojekt am Universitätsklinikum Tübingen erprobt, wo versucht wird, neben den bisher eher zentral angelegten Strukturen weitere dezentrale Strukturen zu etablieren.

Als Ethikbeauftragte werden „geschulte Pflegekräfte aus allen Stationen [...] als AnsprechpartnerInnen für ethische Fragen ein[ge]setzt.“ Diese stellen als solche „eine Erweiterung zu etablierten Strukturen der Ethikberatung dar und ergänzen vorhandene Top-Down-Strategien.“³⁹⁶ Um als Ethikbeauftragte der Station tätig sein zu können, erhalten professionell Pflegende im Vorfeld eine mehrtägige Schulung durch Ethiktrainer:innen, um dann auf den Stationen

„als AnsprechpartnerInnen und Bezugspersonen für ethische Fragen fungieren [zu können]. Die EBS erfüllen dabei sowohl *stationsinterne* als auch *stationsübergreifende* Aufgaben. Im Rahmen ihrer Tätigkeit auf Station sollen sie ethische Handlungsbereiche identifizieren, das Stationsteam für entsprechende Fragestellungen sensibilisieren und dabei unterstützen, dass diese regelhaft zur Sprache kommen.“³⁹⁷

Als initiale Zielgruppe stehen die professionell Pflegenden des Klinikums im Mittelpunkt des Vorhabens. Dies zum einen als Ethikbeauftragte, die in ihrer Rolle ethische Fragestellungen identifizieren und die Angebote der Ethikberatung aufzeigen sowie koordi-

³⁹⁴ Recherchen zufolge, gibt es in diesen Ausbildungen keine spezifischen Inhalte, ethische und moralische Fragen betreffend; ein (bundesweit oder) allgemein gültiges Curriculum ist ebenfalls nicht bekannt, weshalb sich dementsprechende Ausbildungen auf Hinweise aus fach einschlägiger Literatur konzentrieren. Demnach werden unter den erzieherischen Aufgaben der PAL die „Förderung sozialer und personaler Kompetenzen und ethischer Verhaltensweisen sowie die Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung“ gefasst. MAMEROW, R., *Praxisanleitung in der Pflege*, Berlin–Heidelberg 2018, 13.

³⁹⁵ RANISCH et al., *Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“*.

³⁹⁶ Ebd., 258.

³⁹⁷ Ebd., 265-266.

nieren. Zum anderen geht es auch darum, die Hemmschwelle innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden zu reduzieren, professionsbezogene Konflikte zu benennen und belastende ethische Konfliktsituationen zur Sprache zu bringen.³⁹⁸

Vor diesem Hintergrund nennt das Projekt zwei Zielsetzungen: Als erstes Ziel wird angestrebt, eine insgesamt verbesserte Organisation von Ethik an der Einrichtung zu erreichen³⁹⁹. Die zweite Zielsetzung verfolgt zudem die „Reduzierung von moralischem Stress („*moral distress*“) des Pflegepersonals und anderer MitarbeiterInnen“. Diesbezüglich wird angenommen, dass eine „routinemäßige Verhandlung von ethisch aufgeladenen Situationen im Behandlungsteam die Risikofaktoren für moralischen Stress [...] verringert und [...] zur Arbeitszufriedenheit beiträgt“⁴⁰⁰.

Die Etablierung solcher Ethikberater-Strukturen als Standard könnte in verschiedener Weise zur Unterstützung der Pflegenden beitragen. Mit Blick auf die von allen interviewten Pflegenden genannten moralischen Problemlagen zum einen als konkrete Unterstützung in herausfordernden Situationen, zum anderen aber auch bei der Vermeidung oder zumindest Abmilderung des moralischen Stresses und der emotionalen Kälte.

„Fallbesprechungen im Behandlungsteam“ (Fibs)

Zu den Aufgaben der (Tübinger) Ethikbeauftragten zählt auch, an ihren jeweiligen Abteilungen bzw. in den Behandlungsteams „‘kleine‘ Fallbesprechungen im Behandlungsteam, die sogenannten FiBs [zu moderieren]. Diese stellen eine niederschwellige Ergänzung zu den etablierten ethischen Fallbesprechungen [...] des KEK dar. Aus ihrer Stationserfahrung sollen EBS zudem einen möglichen Weiterbildungsbedarf im Kollegium hinsichtlich Themen der klinischen Ethik bzw. der Pflegeethik identifizieren und an die Projektstelle für die Ethikbeauftragten bzw. an die EthiktrainerInnen kommunizieren.“⁴⁰¹

Neben inhaltlichen, belastenden Themen und Herausforderungen (in Form von Fallbesprechungen), zum Beispiel zur Lage einer PEG-Sonde oder über Therapieabbrüche, bieten sich solche (abteilungs- oder pflegeinternen) Treffen auch dafür an, über eigene Werte und Normen, die gemeinsam in der Abteilung gelebt werden, zu reflektieren.

³⁹⁸ RANISCH et al., Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“, 264.

³⁹⁹ Ebd., 264.

⁴⁰⁰ Ebd., 265.

⁴⁰¹ Ebd., 266.

Diesbezüglich könnte auch die vorherrschende Pflegerealität (z.B. in der Ausrichtung an Bedürfnisorientierung und Individualität) im Vergleich zum idealen Pflegeverständnis reflektiert werden. Auch könnten Sprache und Umgangsformen dahingehend geprüft werden, ob und inwiefern sich darin emotionale Überforderung und moralischer Stress andeuten.

Schüler:innen könnten in solchen Teambesprechungen durchaus partizipieren, zumal die Teilnahme helfen könnte, ihre (ethische) Wahrnehmungs-, Urteils- und Sprachkompetenz zu schärfen. Das würde ein Lernen in und an der Praxis, an konkreten Themen und/oder Fallbeispielen darstellen, wobei sich Pflegende unterschiedlicher Kompetenzstufen einbringen können, die ihr Wissen, ihre Expertise und Erfahrungen teilen und (argumentativ) nachvollziehbar machen. Auch soziale Aspekte können so gefördert werden, wie Team-, Kommunikations-, Lern- und Fehlerkultur. Außerdem könnten sich darüber AZB und ABS (als neue Mitarbeiter:innen) mit ihrem Wissen (aus dem Lernort Schule) einbringen, was wiederum zu deren Integration, aber auch zu wechselseitigem Lernen und nicht zuletzt zur Anerkennung beitragen kann.

Ethikkomitees

Um im konkreten Anlassfall Rat und Unterstützung suchen zu können, werden an den Kliniken Klinische Ethikkomitees (KEK) etabliert, die „im Umgang mit ethischen Fragen des Krankenhausalltags [Hilfe] bieten. Unter Berücksichtigung ethischer, medizinischer, pflegerischer, ökonomischer und juristischer Aspekte sollen sie allen an konfliktbehafteten Entscheidungen Beteiligten in ihrer Entscheidungsfindung behilflich sein.“⁴⁰² Dies geschieht in Österreich bisher noch eher verhalten.⁴⁰³

⁴⁰² SCHUETZE, L., ANTWERPES, F., HALIM, C., Klinisches Ethik-Komitee, 2016, in: https://flexikon.doc-check.com/de/Klinisches_Ethik-Komitee (20.06.2021).

⁴⁰³ Für Österreich zeigt sich, dass die (strukturelle) Etablierung für Ethikdiskussionen deutlich hinkt: Während z.B. in den USA seit 1920 medizinisch moralische Komitees entwickelt wurden und seit 1990er Jahren auch in Deutschland flächendeckend an der Etablierung von Klinischen Ethikkomitees (KEK) gearbeitet wird, gibt es in Österreich nur wenig institutionalisierte Ethik-Reflexion; ein eigenes Komitee für ethische Fragen wurde etwa erst im Jahr 2006 am LKH-Universitätsklinikum in Graz als erstem Krankenhaus eingerichtet. KLEIN, A., Klinische Ethikkomitees – in Österreich vernachlässigt? ÖGERN - Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin, 2017, in: <https://www.oegern.at/klinische-ethikkomitees-in-oesterreich-vernachlaessigt> (20.06.2021); ORF.AT, Ethikkomitee hilft Krankenhaus-Personal, 2006, in: <https://stmv1.orf.at/stories/86602> (20.06.2021).

Aktuell finden sich KEK „am ehesten in Einrichtungen mit privater Trägerschaft oder vereinzelt in öffentlichen Spitälern, hier gelegentlich aber mit rein ärztlichen Mitgliedern“. Klein, A., Klinische Ethikkomitees – in Österreich vernachlässigt?

KEK stellen ein Beratungsgremium dar, welches aus Vertreter:innen unterschiedlicher Disziplinen und Professionen besteht. Als Expert:innen bieten sie den Behandlungsteams in schwierigen, moralisch kontroversen, fallbezogenen Entscheidungssituationen Unterstützung an, indem sie Empfehlungen abgeben, woran sich Handeln orientieren kann. Neben den patientenbezogenen Fallentscheidungen reflektiert das KEK auch organisationsethische Fragestellungen und beteiligt sich an der Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien, ethischen Fort- und Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen.

Mit wenigen Ausnahmen sind die KEK den interviewten Personen jedoch nicht bekannt und damit verschlossen. Während nur eine Person in einem KEK selber tätig ist, assoziieren andere damit v.a. Hilfestellung in der Frage von Therapieentscheidungen, -abbrüchen und in den End-of-Life-Decisions. Dies legt nahe, dass es hier durchaus noch ausbaufähiges Potenzial gibt; dieses Potenzial zu heben wäre u.a. deshalb wichtig, da auch Pflegende (zwar unter Absprache mit den behandelnden Ärzt:innen) Ethikkonsilien anfragen könnten.

Vor dem Hintergrund des geschilderten moralischen Stresses, z.B. ausgelöst dadurch, Therapieentscheidungen mittragen zu müssen, die nicht den eigenen Wertevorstellungen entsprechen, würde sowohl die darin verbundene „Dialogbereitschaft“ als auch die (extern durch ein Ethikkomitee) begründete Entscheidung das Mittragen erleichtern und vom moralischen Stress entlasten.

(Verpflichtende) Ethikschulungen und informelle Ethik-Treffs

Als eine Aufgabe des KEK wurde die Entwicklung von Ethikschulungen im Sinne der Fort- und Weiterbildung genannt. Für solche Veranstaltungen zeigten sich die interviewten Personen nicht nur persönlich sehr offen, sie brachten derartige Ideen auch selber ein. Zum Teil gaben sie sogar an, diese in der Freizeit zu besuchen und vermuteten, dass auch die Kolleg:innen daran Interesse haben könnten bzw. diese davon profitieren würden. Begründet wurde dies damit, dass die Teilnahme sowohl einer Persönlichkeitsentwicklung gleichkäme, weil man in dem Rahmen und mit etwas Abstand besser reflektieren könne, wie man sich in Konfliktsituationen gefühlt habe. Zugleich sahen sie darin eine Abhilfe gegen den moralischen Stress, mit anderen Teilnehmer:innen das Spannungsfeld

zwischen Anspruch und Praxisalltag abgleichen oder mit Kolleg:innen Handlungsoptionen und Denkansätze beratschlagen können.

Hinsichtlich der Form bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten an. So könnte etwa eine eher offene, informelle Form des Austauschs in einer Art „Ethik-Café“ ein niedrigschwelliges und daher leichter akzeptierbares Format sein und angesichts der Alltagsbelastung auch Erholungscharakter haben. Als weiteres Format könnten Ethikschulungen infrage kommen, die in regelmäßigen Intervallen und eventuell sogar verpflichtend zu absolvieren wären. Dieser Vorschlag wurde von den ABS selbst eingebracht, die ihn mit den verpflichtenden Brandschutz- und Reanimationsschulungen verglichen hatten (was einen interessanten Vergleich darstellt!), und dass ja auch für diese Raum und Zeit zugestanden wird.

Angesichts der Bedeutung ethischer Kompetenz auf der einen, den Auswirkungen von moralischem Stress auf der anderen Seite, wäre es tatsächlich gut, über solche (*verpflichtenden*) *Schulungen* nachzudenken, da diese nicht in der Freizeit, sondern im Rahmen der Dienstzeit anzusiedeln wären und allen zugutekämen, auch den Kolleg:innen, die solchen „Softskill“-Angeboten eher skeptisch gegenüberstehen. Die Organisation informeller Treffs wie *Ethik-Cafés* schließt dies deswegen nicht aus, sondern könnte als zweite Schiene angedacht werden.

Im Rahmen dieser Angebote könnten unterschiedliche Themen interesse- und bedarfsorientiert behandelt werden oder sie bieten die Möglichkeit, entsprechende Impulse aus den Fallbesprechungen in den Behandlungsteams oder durch die Ethikberater:innen der Station aufzugreifen⁴⁰⁴.

Derartige Veranstaltungen und Schulungen würden auch einer weiteren Kompetenzentwicklung nach Abschluss einer (Pfleger-)Ausbildung entgegenkommen – insbesondere den „Lernenden“ der Stufen drei und vier nach Benner.

Leitlinien und Wertemanagement

Die vorgestellten Elemente einer (klinischen) Ethikstruktur, müssen sich schließlich in den *Leitlinien* spiegeln, die wiederum als eigener, abgeschlossener Diskussionsprozess

⁴⁰⁴ RANISCH et al., Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“, 266.

gelten, und in denen festgelegt sein sollte, welche Ansprüche die Einrichtung an Werte, Normen und Prinzipien, an Kommunikations- und Fehlerkultur, an ethisches und moralisches (Pflege-)Handeln und an das Verständnis sowie die Qualität (guter) Pflege gestellt werden. Zur praktischen Umsetzung der Leitlinien empfiehlt sich ein eigenes *Wertemanagement* (so ist etwa die Expertin Amethyst überzeugt), da dieses dafür Sorge, dass die Werte eines Hauses nicht auf der rhetorischen Ebene (als schönes Ideal) bleiben. Damit Werte von den Mitarbeiter:innen und Patient:innen tatsächlich be- und gelebt werden können, bedarf es zunächst eines Bewusstseins für die Verhaltens- und Verhältnisdimensionen der anzuregenden Veränderungsprozesse.

Um der Bedeutung und Notwendigkeit für eine Realisierung solcher Strukturen Nachdruck zu verleihen, sei abschließend ein letztes Mal auf die *Bedeutung und Gewinne ethischer Kompetenz* verwiesen: Diese liegt u.a. in einer Realisierung moralischer Ansprüche an gute Pflege auf Basis ethisch begründeter Entscheidungen und Handlungen, in einer (damit verbundenen) Professionalisierung und Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes sowie in der Verständigung über professionelle Ansprüche (auch in multiprofessionellen Settings und Behandlungsteams). Ein gemeinsames (Pflege-)Verständnis trägt wiederum dazu bei, die Pflegequalität für die Menschen zu gewährleisten und zu sichern – unter Berücksichtigung deren Bedürfnisse, Individualität und des Patientenwillens.

Letztendlich bleibt festzuhalten: Ethik und ethische Kompetenz bildet nicht nur für die Gesprächspartner:innen ein wichtiges Thema in der Pflege bzw. für Pflegende: Vermittelt über die Beschäftigung mit ethischen Grundfragen, könnte die Bedeutung von Pflegetätigkeiten besser in der Gesellschaft ankommen und vielleicht sogar zu einem anderen Gesellschafts- und Menschenbild beitragen, das die Thematisierung von Verletzbarkeit und Endlichkeit, zulässt und das wir anders als bisher in unsere Lebens-, Arbeits-, Wirtschaftswelten integrieren. Dieser durchaus hohe Anspruch spiegelt sich abschließend in der Aussage der Expertin Rubin, welcher es um Bewusstseinsbildung geht und um die Bedeutung ethischer Kompetenz, verortet zwischen Profession und Gesellschaftlichkeit: „ich kann den Patienten besser dann versorgen und kann mich mehr um ihn kümmern und übergeordnet hieße das, dass wir als Gesellschaft menschlicher werden können und das das wäre sozusagen meine Vision“ (Rubin, el. Z. 749-752).

7 Literaturverzeichnis und Rechtsvorschriften

- AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., Geschichte der Soziologie. Einstiegshilfe in die Lektüre klassischer und zeitgenössischer Werke. Unveröffentlichtes Lehrskriptum. Johannes Kepler Universität Linz 2011.
- AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Zur Ganzheitlichkeit und Rationalisierung des Sorgens und der Sorgearbeit, in: Aulenbacher, B., Riegraf, B., Theobald, H. (HG.), Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime: Care: Work, Relations, Regimes. Sonderband 20 der Zeitschrift Soziale Welt, Baden-Baden 2014.
- AULENBACHER, B., DAMMAYR, M., RIEGRAF, B., Gesellschaftliche Widersprüche, institutionelle Logiken, alltägliche Anforderungen: Leistung und Gerechtigkeit in der Sorgearbeit illustriert an der Altenpflege, in: Aulenbacher, B., Dammayr, M., Dörre, K., Menz, W., Riegraf, B., Wolf, H. (HG), Leistung und Gerechtigkeit. Das umstrittene Versprechen des Kapitalismus, Weinheim–Basel 2017.
- AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEBERUFE WELS, Ausbildung. Pflegefachassistent: Informationsbroschüre zur Ausbildung, Wels 2019.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Principles of biomedical ethics, New York ⁷2013.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Principles of biomedical ethics, New York ⁸2019.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., Prinzipialismus, in: Fuchs, M., Gottschlich, M. (HG), Ansätze der Bioethik, Freiburg–München 2019, 31–74.
- BENNER, P., Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert, Bern ³2017.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt ⁵1977.
- BIENSTEIN, C., Geleitwort, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020.
- BINDER, T., Aufbauendes Lernen: Beispiel: Ethische Kompetenz. Moralische Lernen und ethisches Reflektieren, 2012, in: https://lehrerfortbildung-bw.de/u_gewi/religion-ev/gym/bp2004/fb1/9_bspl/3_lern/index.html (30.06.2021).
- BOHNSACK, R., Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie, in: Schützeichel, R. (HG), Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung, Konstanz 2007, 180-190.
- BOHNSACK, R., NENTWIG-GESEMANN, I., NOHL, A.-M., Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, in: Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., Nohl, A.-M. (HG), Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, Wiesbaden 2013, 9-32.
- BOHNSACK, R., PRZYBORSKI, A. & SCHÄFFER, B., Einleitung: Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung, in: Bohnsack, R., Przyborski, A., Schäffer, B. (HG), Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis, Opladen–Farmington Hills ²2010, 7–24.
- BOSHAMMER, S., Was sind moralische Probleme und (wie) kann man sie lösen? in: Ach, J.S., Bayertz, K., Quante, M.; Siep, L. (HG), Grundkurs Ethik, Münster ⁴2016, 19–38.
- BRÜCKNER, M., Entwicklungen der Care-Debatte – Wurzeln und Begrifflichkeiten, in: Aitzsch, U., Schmidbaur, M. (HG), Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Opladen–Farmington Hills 2010, 43–58.
- CONRADI, E., Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt–New York 2001.

- DAMMAYR, M., Soziologie der Fürsorge: Reflexionen auf historische, inhaltliche und gesellschaftliche Dimensionen der Sorge für sich und andere, in: ThPQ 164 (2016), 383–392.
- DAMMAYR, M., Leistungsgerechtigkeit in der Sorgearbeit: Legitimität, Kritik und Gerechtigkeit am Beispiel der leistungspolitischen Anforderungen der Altenpflege, Johannes Kepler Universität, Linz 2018.
- DAMMAYR, M., Legitime Leistungspolitiken: Leistung, Gerechtigkeit und Kritik in der Altenpflege. Weinheim-Basel 2019.
- DARMANN-FINCK, I., Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung, in: Hermkes, R., Neuweg, G. H. (HG), Implizites Wissen: Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherungen, Bielefeld 2020, 109–129.
- DARMANN-FINCK, I., DUVENECK, N., RICHTER, M., Ethik lehren und lernen, in: intensiv 22 (2014), 262-269.
- DBFK, Die Bedeutung professioneller Pflege: Deutsche Übersetzung des Begriffs „Nursing Definitions“ des ICN, 2016 [2002], in: <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php> (23.06.2021)
- DBFK, ÖGKV, SBK, ICN-Ethikkodex für Pflegendende, 2014, in: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014__2_.pdf (24.01.2021).
- DOPPELFELD, S., Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung, in: Eisele, C. (HG), Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen, Wien 2017, 91–105.
- DREYFUS, S. E., DREYFUS, H. L., A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research (AFSC), USAF, University of California at Berkeley 1980, in: <https://vorakl.com/files/dreyfus/skill-acquisition-1980.pdf> (30.06.2021).
- DÜWELL, M., III. Angewandte oder Bereichsspezifische Ethik. Einleitung, in: Düwell, M., Hübenthal, C., Werner, M.H. (HG.), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar 2011, 243–247.
- FISHER, B., TRONTO, J., Toward a Feminist Theory of Care, in: Abel, E. K., Nelson, M. K. (HG), Circles of Care. Work and Identity in Women’s Lives, New York 1990.
- FLICK, U., Das Episodische Interview, in: Oelerich, G., Otto, H.-U. (HG), Empirische Forschung und Soziale Arbeit, Wiesbaden 2011, 273–280.
- FLICK, U., Triangulation, in: Oelerich, G., Otto, H.-U. (HG), Empirische Forschung und Soziale Arbeit, Wiesbaden 2011, 323–328.
- FÖLSCH, D., Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag, Wien 2017.
- FRIESACHER, H., Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Göttingen 2008.
- FRIESACHER, H., Orientierung für das Handeln, in: intensiv 22 (2014), 256–261.
- FUCHS, M., Moral, in: Görres-Gesellschaft und Verlag Herder (HG), Staatslexikon. Recht Wirtschaft Gesellschaft. Band 4, Freiburg 2020, 88–92.
- GARFINKEL, H., Studies in ethnomethodology. reprint, Cambridge 2002 [1967].
- GERHARD, U., Im Gespräch: Ute Gerhard und Cornelia Klinger über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge, in: Feministische Studien: Sorgeverhältnisse 31 (2013), 267–277.

GÖG, Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistentenberufe: Handreichung, Version 3. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien 2017, 38, in: https://jasmin.goeg.at/49/1/Inhalte%20der%20Ausbildung%20f%C3%BCr%20Pflegeassistentenberufe_3.pdf (21.07.2021).

GOLLA, M., Beschluss der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes /Ausbildungsreform im Ministerrat, 2016, in: <https://pflege-professionell.at/beschluss-der-novelle-des-gesundheits-und-krankenpflegegesetzes-ausbildungsreform-im-ministerrat> (03.02.2020).

HALBMAYER, E., SALAT, J., Einzel- vs. Gruppeninterviews/Diskussionen, 2011, in: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-33.html> (20.04.2021).

HIEMETZBERGER, M., MESSNER, I., DORFMEISTER, M., Ethik, Geschichte und Berufskunde für Pflegeberufe, Wien ⁵2019.

HIRSCHMAN, A. O., Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States, Cambridge-London 1970.

HÖFFE, O., Lexikon der Ethik: Herausgegeben von Otfried Höffe in Zusammenarbeit mit Maximilian Forschner, Alfred Schöpf und Wilhelm Vossenkuhl, München ⁵1997.

HÖFFE, O., Ethik: Eine Einführung. München 2013.

HONNEFELDER, L., Sittlichkeit / Ethos, in: Düwell, M., Hübenthal, C., Werner, M. H. (HG), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar ³2011, 508–513.

HUFNAGL, B., Berufsrechtliche Grundlagen für Gesundheits- und Sozialberufe: Unveröffentlichte Unterrichtsmaterialien aus Ausbildungszentrum Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels 2020.

JAMETON, A., What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care, in: AMA Journal of Ethics 19 (2017) 617–628.

KANT, I., Grundlegung zur Metaphysik der Sitten: Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth, Nico Scarano, Suhrkamp-Studienbibliothek: Band 2, Frankfurt 2007 [1785].

KERSTING, K., "Coolout" in der Pflege: Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt ⁴2001.

KERSTING, K., Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Frankfurt 2016.

KEY, M. & MONTEVERDE, S., Moral Apprenticeship in der pflegerischen Berufsausbildung, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, 161–175.

KLEEMANN, F., KRÄHNKE, U., MATUSCHEK, I., Interpretative Sozialforschung, Wiesbaden 2013.

KLEIN, A., Klinische Ethikkomitees – in Österreich vernachlässigt? ÖGERN - Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin, 2017, in: <https://www.oegern.at/klinische-ethikkomitees-in-oesterreich-vernachlaessigt/> (20.06.2021).

KLINGER, C., Im Gespräch: Ute Gerhard und Cornelia Klinger über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge, in: Feministische Studien: Sorgeverhältnisse 31 (2013), 267–277.

KNOLL, L., Über die Rechtfertigung wirtschaftlichen Handelns: CO₂-Handel in der kommunalen Energiewirtschaft, Wiesbaden 2012.

KÖRTNER, U., Grundkurs Pflegeethik, Wien ³2017.

- KRUSE, J., Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“. Version Oktober 2010; überarbeitete, korrigierte und umfassend ergänzte Version. Freiburg 2010, in: www.sozioologie.uni-freiburg.de/personen/kruse (19.01.2015).
- LANDWEHR, N., Der dritte Lernort und seine Bedeutung für ein transferwirksames Lernen, in: *Pflegepädagogik* (12) 2003, 254–263.
- LAUBER, A., *Verstehen & pflegen: Band 1. Grundlagen beruflicher Pflege*, Stuttgart–New York 2018.
- LAY, R., *Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*, Hannover ²2012.
- LAZARUS (HG), Adieu Schwester! – Österreichs große Berufsreform bereits im Parlament, 2016, in: <http://www.lazarus.at/2016/06/28/gukg-novelle-bereits-im-parlament-berufsreform-greift-ab-herbst> (12.02.2020).
- LÜDECKE, D., Der Einsatz der dokumentarischen Methode zur Analyse professionell-organisierter Systeme, 2011, in: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1996476 (03.07.2021).
- MAMEROW, R., *Praxisanleitung in der Pflege*, Berlin–Heidelberg 2018.
- MANNHEIM, K., *Strukturen des Denkens*. Frankfurt 1980.
- MARCKMANN, G., Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? in: *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 56 (2000), 499–502.
- MENSCHING, A., Einführung in Grundlagen der dokumentarischen Methode. Vortrag im Rahmen der Spring School Qualitative Datenanalyse, 9.-10. April 2015, Tübingen 2015.
- METZLER LEXIKON PHILOSOPHIE, Prima facie, in: <https://www.spektrum.de/lexikon/philosophie/prima-facie/1638> (20.06.2021).
- MEUSER, M., Rekonstruktive Sozialforschung, in: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (HG), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*, Opladen–Farmington Hills ³2011, 140–142.
- MONTEVERDE, S., Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege, in: *Ethik in der Medizin* 31 (2019) 345–360.
- MONTEVERDE, S., Grundlagen der Pflegeethik, in: Monteverde, S. (HG), *Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Stuttgart, 2020, 21–44.
- MONTEVERDE, S. (HG), *Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Stuttgart 2020.
- NEUWEG, G. H., Könnerschaft und implizites Wissen: Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster ⁴2020.
- NEUWEG, G. H., Implizites Wissen als Forschungsgegenstand, in: Rauner, F. (HG), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bielefeld ²2006, 581–588.
- NIDA-RÜMELIN, J. (HG), *Angewandte Ethik: Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart 1996.
- NIDA-RÜMELIN, J., Wissenschaftsethik, in: Nida-Rümelin, J. (HG), *Angewandte Ethik: Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart 1996, 778–805.
- NOHL, A.-M., *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis*, Wiesbaden ⁴2012.
- ORF.AT, Ethikkomitee hilft Krankenhaus-Personal, 2006, in: <https://stmv1.orf.at/stories/86602> (20.06.2021).

ORTMANN-WELP, E., Forumdiskussionen für die Kompetenzentwicklung – Vorstellung einer Evaluation, 2016, in: <http://lehr-instrumente.de/?p=395> (20.06.2021).

PFABIGAN, D., ROTTENHOFER, I., BAJER, M., MADER, F., Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent: In Erprobungsphase, Gesundheit Österreich, Wien 2020, in: https://jasmin.goeg.at/1286/1/Curr_PA_PFA_Erprobungsphase_bf.pdf (23.05.2021).

PIEPER, A., Einführung in die Ethik, Tübingen ⁷2017.

POLANYI, M., Implizites Wissen, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt ²2016.

PSCHYREMBEL ONLINE, Tetraplegie, in: <https://www.pschyrembel.de/Tetraplegie/KOMD8/doc/> (14.07.2014).

PSCHYREMBEL ONLINE, Aspiration, in: <https://www.pschyrembel.de/Aspiration/K031W/doc/> (14.07.2021).

PSCHYREMBEL ONLINE, Schlaganfall, in: <https://www.pschyrembel.de/Schlaganfall/KOPSS> (14.07.2021).

QUANTE, M., Einführung in die allgemeine Ethik. Einführungen Philosophie, Darmstadt 2003.

RABE, M., Ethik in der Pflegeausbildung: Beiträge zur Theorie und Didaktik, Bern 2009.

RABE, M., Die Vermittlung von Ethik in der Pflege, in: Monteverde, S. (HG), Handbuch Pflegeethik: Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, 147–160.

RANISCH, R., RIEDEL, A., BRESCH, F., MAYER, H., PAPE, K.-D., WEISE, G., RENZ, P., Das Tübinger Modell der „Ethikbeauftragten der Station“: Ein Pilotprojekt zum Aufbau dezentraler Strukturen der Ethikberatung an einem Universitätsklinikum, in: Ethik in der Medizin 33 (2021) 257–274,

REHBOCK, T., Personsein in Grenzsituationen: Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns, Paderborn 2005.

REITER, M., FENZL, R. M., HOLLINGER, I., AIGLESBERGER, M., PAMINGER, M., Pflegeassistent: Lehrbuch für die Pflegeassistent und das 1. Jahr der Pflegefachassistent, Wien 2018.

REITINGER, E., HELLER, A., Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen, in: Krobath, T., Heller, A. (HG), Ethik organisieren: Handbuch der Organisationsethik, Freiburg 2010, 737-765.

RICKEN, F., Die charakteristischen Eigenschaften moralischer Urteile: uni auditorium – wissen online, 2015, in: https://www.youtube.com/watch?v=q4coKiUI3_k&list=PL87rXCslY73DhJX4BECDu5R0kuwpO-oCE&index=77 (22.06.2021).

RIEDEL, A., Pflegerische Ethik, <https://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/182461/pflegerische-ethik>, Bonn 2017 (13.06.2021).

RIEDEL, A., BEHRENS, J., GIESE, C., GEISELHART, M., FUCHS, G., KOHLEN, H., PASCH, W., RABE, M., SCHÜTZE, L., Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege, in: Ethik in der Medizin 29 (2017), 161–165.

SALLOCH, S., RITTER, P., WÄSCHER, S., VOLLMANN, J., SCHILDMANN, J., Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie, in: Ethik in der Medizin 28 (2016), 267–281.

SCHABER, P., Gibt es Wahrheit in der Ethik? Eine Einführung in die Metaethik, in: Ach, J. S., Bayertz, K., Quante, M., Siep, L. (HG), Grundkurs Ethik, Münster ⁴2016, 151–162.

- SCHEWIOR-POPP, S., Lernsituationen planen und gestalten: Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext, Stuttgart 2005.
- SCHEWIOR-POPP, S., Praktische Ausbildung - Eine Standortbestimmung: Berufliche Handlungskompetenz als übergeordnetes Ziel, in: PADUA (6) 2011, 6–10.
- SCHIERLINGER-BRANDMAYR, M., Reflexives Lernen und dessen Bedeutung in der Pflegeausbildung: Eine Evaluationsstudie zur Erfassung des Unterrichtserlebens anhand von Lerntagebüchern, Saarbrücken 2017.
- SCHLEGER, H. A., MERTZ, M., MEYER-ZEHNDER, B., REITER-THEIL, S., Klinische Ethik - METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett, Berlin–Heidelberg ²2019.
- SCHLÖMMER, D., KRAUSLER, K., SCHWARZENBERGER, M., WINKLEHNER, S., Lernbereich Training und Transfer: Arbeitsbuch für die Pflege(fach)assistenz, Linz 2019.
- SCHMIDT, V. H., Soziologische Gerechtigkeitsanalyse als empirische Institutionenanalyse, in: Müller, H.-P., Wegener, B. (HG), Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit, Opladen 1995, 173–194.
- SCHNABL, C., „Fürsorge“: Anachronismus oder wegweisende Praxisform? Reflexionen zu einem Schlüsselbegriff feministischer Ethik, in: Moser, M., Praetorius, I. (HG), Welt gestalten im ausgehenden Patriarchat, Königstein–Taunus 2003, 118–129.
- SCHÖN, D. A., The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action, New York 1983.
- SCHUETZE, L., ANTWERPES, F., HALIM, C., Klinisches Ethik-Komitee, 2016, in: https://flexikon.doccheck.com/de/Klinisches_Ethik-Komitee (20.06.2021).
- SCHULTE, C., Als Pfleger die Empathie bewahren, 2018, in: <https://www.mainpost.de/regional/main-spessart/als-pfleger-die-empathie-bewahren-art-9979031> (20.06.2021).
- SCHWERDT, R., Zur philosophischen Grundlegung einer Ethik für die Altenpflege, in: Osterbrink, J. (HG), Erster Internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg, Bern 1998, 252–260.
- SCHWERDT, R., Die Benefits ethischer Kompetenz in der Pflege: EU-gefördertes INTERREG-Projekt PFLERGE: Ein Arbeitsmarkt der ZUKUNFT. Teilprojekt: Ethische Kompetenzentwicklung in der Pflege, Regensburg 2014.
- SENGHAAS-KNOBLOCH, E., Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie 18 (2008), 221–243.
- SENSEN, K., Ethik in der Krankenpflegeausbildung vermitteln: Didaktik und Methodik für Lehrende an Krankenpflegesschulen, Wiesbaden 2018.
- STEINHARDT, I., Unterschiede zwischen Fokusgruppe und Gruppendiskussion, 2018, in: <https://sozmethode.hypotheses.org/552> (05.11.2020).
- STEINKAMP, N., GORDIJN, B., Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch, Köln ³2010.
- THIEME (HG), I care. Pflege, Stuttgart 2015.
- TREIBEL, A., Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart, Wiesbaden ⁷2006.
- TRONTO, J. C., Moral boundaries: A political argument for an ethic of care, New York 1993.
- TRONTO, J. C., Demokratie als fürsorgliche Praxis. Feministische Studien. Extraheft: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit 18 (2000), 25–42.
- TRONTO, J. C., Caring democracy: Markets, equality, and justice, New York 2013.

TRONTO, J. C., Democratic Caring and Global Responsibilities for Care: A Paper prepared for Presentation at the Annual Meeting of the Western Political Science Association, Hollywood, CA, 28-30 March 2013, in: <http://wpsa.research.pdx.edu/papers/docs/Tronto%20WPSA%20paper%202013.pdf> (14.06.2021).

VAN DER AREND, A., Pflegeethik, Wiesbaden 1998.

WÆRNESS, K., Fürsorgerationalität: Zur Karriere eines Begriffes, in: Feministische Studien. Extraheft: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit 18 (2000), 54–66.

WEINERT, F. E., Lernübertragung, in: Weinert, F. E., Graumann, C. F., Heckhausen, H., Hofer, M. (HG), Pädagogische Psychologie, Band 2, Frankfurt 1974.

WEINERT, F. E., Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit, in: Weinert, F.E. (HG), Leistungsmessungen in Schulen, Weinheim–Basel³2014, 17-31.

WERNER, M. H., Verantwortung, in: M. Düwell, Hübenthal, C., Werner, M.H. (HG), Handbuch Ethik, Stuttgart–Weimar³2011, 541–548.

WIESING, U., Prinzipienethik in der Pädagogik? in: REPORT. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1 (2014), 29–38.

WOLF, H., Gerechtigkeitsansprüche an Erwerbsarbeit in der „Vielfachkrise“, in: Arbeits- und Industriesoziologische Studien, 5 (2012), 68–79.

Rechtsvorschriften

GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), StF: BGBl. I Nr. 108/1997, in: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (14.03.2021).

GuKG-Novelle 2016: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepfprüfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden. BGBl. I Nr. 75/2016. Abgerufen am 14. März von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf (14.03.2021).

PA-PFA-AV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Ausbildung und Qualifikationsprofile der Pflegeassistentenberufe (Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV), StF: BGBl. II Nr. 301/2016, in: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009672> (14.03.2021).

8 Anhang

Anhang A: Überblick über das Sample und das Untersuchungsdesign

Die folgende Tabelle spiegelt das Untersuchungsdesign, die Erhebungs- und Auswertungsmethoden, die wesentlichsten Daten zur Anzahl an Praktikumsreflexionen und Interviews sowie zu den Bereichen und Funktionen der Interviewpartner:innen, in denen sich Überlegungen zu deren Kompetenzstufen spiegeln.

<p><i>Praktikums-reflexionen</i> (N = 14)</p>	<p><i>Praktikumsreflexionen aus Praktikumserfahrungen der AZB</i> Erhebungszeitraum 01.2021- 03.2021</p>
<p><i>Anzahl Interviews</i> (N = 16)</p>	<p><i>Gruppeninterviews mit AZB und Absolvent:innen</i> n = 8 (Durchführungszeitraum 03.2021-04.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Auszubildende (AZB) (3 weiblich, 1 männlich; unter den Pseudonymen Mara Mahagoni, Patti Persimone, Wiebke Weide sowie Pepe Pappel) - 4 Absolvent:innen (4 weiblich unter den Pseudonymen Bella Buchfink, Karla Kleiber, Stella Sperling und Zora Zeisig) <p><i>Episodisches Interview mit Absolventin</i> n = 1 (Durchführungszeitraum 04.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Absolventin (weiblich, mit dem Pseudonym Seffi Stieglitz) <p><i>Episodische Interviews (mit Expert:innen)</i> n = 7 (Durchführungszeitraum 02.2021-04.2021): in alphabetischer Reihung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amethyst, DGKP, weiblich, aktuell: Lehrende und Kommissionsmitglied; Erfahrungen v.a. im Akut- und Intensivbereich; Ethik⁴⁰⁵; - Bernstein, DGKP, männlich, aktuell: Akutpflege mit Leitungsfunktion; Erfahrungen im Intensivbereich; Ethik; - Lava, DGKP, weiblich; aktuell: akut stationäre Pflege (u.a. Onkologie); Erfahrungen im Akut- und Langzeitbereich, Ethik - Malachit, DGKP, weiblich; aktuell: Langzeitpflege; Erfahrungen in der Akut- (z.B. Onkologie) und Intensivpflege; - Opal, DGKP, männlich; aktuell: Langzeitpflege im mobilen Bereich mit Leitungsfunktion; - Rubin, DGKP, weiblich; aktuell: akut stationäre Pflege; Erfahrungen in der Akut- und Langzeitpflege sowie mit Leitungsfunktionen; - Smaragd, DGKP, weiblich; aktuell: Lehrende; Erfahrungen im Akut- und Langzeitbereich;
<p><i>Auswahlverfahren</i></p>	<p>Personenauswahl nach <i>theoretischem Sampling</i> auf Basis inhaltlicher Überlegungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswahl nach Überlegungen entlang der Kompetenzstufen nach P. Benner: - Anfänger:innen = Auszubildende - Fortgeschrittene Anfänger:innen = junge Absolvent:innen - Expert:innen = längerjährig in einem Pflegebereich tätige Pflegenden - In verschiedenen Settings: Akut- und Langzeitpflege, stationär und mobil
<p><i>Erhebungsmethoden</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Praktikumsreflexionen (PR) - Gruppeninterviews (GI) - Episodische Interviews (el, mit Expert:innen im Sinne der Kompetenzstufen)
<p><i>Auswertungsmethode</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentarische Methode (Praktikumsreflexionen, Gruppeninterviews und Episodische Interviews)

⁴⁰⁵ Um die Anonymität der Interviewpartner:innen besser zu gewährleisten wird ihre Tätigkeit im Bereich der Ethik nicht näher ausgeführt: Ethik soll daher allgemeiner für spezifische Ethikkenntnisse stehen, die von Ethikberatung über die Mitarbeit in einem KEK bis hin zur Ethiklehre reichen können.

Anhang B: Transkriptionsregeln nach Bohnsack

(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
.	stark sinkende Intonation
;	schwach sinkende Intonation
?	stark steigende Intonation
,	schwach steigende Intonation
viellei-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit von : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerung
(unv., 3)	unverständliche Äußerung; die Zahl gibt über die Dauer in Sekunden Auskunft
((stöhnt))	Kommentare bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen
@nein@	lachend gesprochen
[mhm]	Ausdrücke der Interviewerin, sofern das [mhm] nicht überlappend ist.
*	Hinweis auf Anonymisierung, Pseudonymisierung
...	unvollständiger Satz (weil z. B. von Interviewpartner:in unterbrochen worden)

Groß- und Kleinschreibung: Hauptwörter werden groß geschrieben, und bei Neuansetzen eines Sprechers/einer Sprecherin am Beginn eines ‚Häkchens‘ wird das erste Wort mit Großbuchstaben begonnen. Nach Satzzeichen wird klein weitergeschrieben, um deutlich zu machen, dass Satzzeichen die Intonation anzeigen und nicht grammatikalisch gesetzt werden (Bohnsack 2010).

Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft

Wirtschaftliche Liberalisierung und Globalisierung sowie gesellschaftliche Pluralisierung und Segmentierung sind die zunehmend prägenden Faktoren des individuellen und gesellschaftlichen Lebens. Als „Zeichen der Zeit“ sind sie eine große Herausforderung für die sozialen und politischen Kräfte und stellen einen bedeutenden Kontext theologischer, philosophischer und ethischer Reflexion dar.

Der Schwerpunkt Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft (WiEGe) an der Katholisch Privat-Universität Linz bezeichnet daher ein dreifaches Interesse, an dem sich die „Linzer WiEGe Reihe“ orientiert:

- a) Die spezifische Fragestellung: Ökonomische und gesellschaftliche Entwicklungen sollen im Blick auf Leitvorstellungen gelingenden Lebens gedeutet und interpretiert werden.
- b) Der besondere ethische, philosophische bzw. theologische Blickwinkel: Handlungsmöglichkeiten werden einer philosophisch-ethischen Analyse unterzogen bzw. es wird das kritische und motivierende Potenzial des Glaubens an einen Gott erschlossen, der vor allem auf die Schwachen und Benachteiligten schaut.
- c) Die interdisziplinäre Ausrichtung: Die Zusammenarbeit mit den sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen will die Fragestellungen und Erkenntnisse einzelner Fächer durch deren Vernetzung fruchtbar machen und weiterentwickeln.

Die „Linzer WiEGe Reihe“ versteht sich auch als eine Plattform, die Ergebnisse des Studien- und Forschungsschwerpunkts WiEGe zu dokumentieren und einem breiteren Publikum zugänglich zu machen.

Band 1: Ansgar Kreutzer (2008): Mehr als ein Gefühl vagen Mitleids. Christliche Beiträge zu Begriff und Praxis heutiger Solidarität.

Band 2: Michael Rosenberger (2011): „Es sollte genügen“ (RB 39,1; 40,3; 55,4). Elemente eines nachhaltigen Lebensstils in der Regel Benedikts.

Band 3: Hanjo Sauer (2012): Das liebe Geld. Ein theologischer Essay.

Band 4: Peter Heintel (2013): Macht und Beratung. Eine theoretische Reflexion praktischer Erfahrung.

Band 5: Edeltraud Koller / Michael Rosenberger / Anita Schwantner (Hg.) (2013): Werke der Barmherzigkeit. Mittel zur Gewissensberuhigung oder Motor zur Strukturveränderung? Dokumentation des WiEGe-Symposiums 2013. Mit Beiträgen von Michael Rosenberger, Franz Küberl, Eric Ottenheim, Martin Hochleitner, Klaus Baumann, Karin Scherschel, Ansgar Kreutzer, Edeltraud Koller.

Band 6: Guido Meyer/ Christiane Helene Heinrich (2013): Das ICEF-Projekt der Unternehmensführer: Ein aktuelles Beispiel ethischer Reflektion der Leitung kleiner und mittlerer Unternehmen.

Band 7: Michael Rosenberger / Georg Winkler (Hg.) (2014): Jedem Tier (s)einen Namen geben? Die Individualität des Tieres und ihre Relevanz für die Wissenschaften.

Band 8: Andreas Lienkamp (2016): Die Sorge für unser gemeinsames Haus! Herausforderungen der bahnbrechenden Enzyklika Laudato si' von Papst Franziskus.

Band 9: Michael Leiblfinger / Veronika Prieler (2018): Elf Jahre 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Eine Policy- und Regime-Analyse.

Band 10: Edeltraud Koller (2020): Die Kirche im Dialog mit der Welt: Die Bedeutung der Wissenschaften für die kirchliche Morallehre.