



Annette Riedel
Anne-Christin Linde *Hrsg.*

Ethische Reflexion in der Pflege

Konzepte – Werte – Phänomene

 Springer

Ethische Reflexion in der Pflege

Annette Riedel
Anne-Christin Linde
Hrsg.

Ethische Reflexion in der Pflege

Konzepte – Werte – Phänomene

Herausgeber
Annette Riedel
Esslingen
Deutschland

Anne-Christin Linde
Esslingen
Deutschland

ISBN 978-3-662-55402-9 ISBN 978-3-662-55403-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-55403-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Adobe Stock/mantinov

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Geleitwort

Effektive Hilfe für kranke Menschen bedarf der gemeinsamen Anstrengungen verschiedener Berufsgruppen. Aufgrund der gleichsam archetypischen Grundkonstellation von Not und Hilfe, die seit jeher die Interaktion zwischen Patienten und ihren professionellen Helfern prägt, sind an das Gesundheitspersonal besondere ethische Anforderungen gestellt. Ein durch Krankheit in Not geratener Mensch sucht einen anderen Menschen auf, der – so die Hoffnung – in der Lage ist, ihm in seiner krankheitsbedingten Notlage zu helfen. Die dabei entstehende Beziehung zwischen Patient und professionell Helfenden ist durch eine charakteristische Asymmetrie gekennzeichnet: Die Patientin/der Patient ist aufgrund ihrer/seiner Erkrankung in hohem Maße hilfsbedürftig und verletzlich, die professionell Helfenden besitzen – zumindest in Grenzen – die Macht, den Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Einschränkungen positiv zu beeinflussen. Ein kranker Mensch wird sich in seiner oft existenziell bedrohlichen Krankheitssituation jedoch nur dann an einen professionell Helfenden wenden, wenn er darauf vertrauen kann, dass dieser alles in seiner Macht Stehende tut, um ihm bei seinen gesundheitlichen Problemen zu helfen. Das Vertrauen kann sich dabei nicht auf den Erfolg der therapeutischen und pflegerischen Bemühungen beziehen (trotz aller Erkenntnisfortschritte bleibt dieser ungewiss), sondern auf die fachliche Kompetenz und die moralische Integrität der Helfenden. Insbesondere müssen sie ihre eigenen Interessen hintanstellen und die Bedürfnisse der Patienten zur obersten Richtschnur ihres Handelns machen. Diese moralische Selbstverpflichtung ist die Quelle des unverzichtbaren Vertrauens der Patienten in die professionell Helfenden.

An die verschiedenen Berufsgruppen sind dabei in der Interaktion mit dem kranken Menschen jeweils unterschiedliche Anforderungen gestellt. Jede Berufsgruppe reagiert auf einen anderen Hilfebedarf, mit jeweils eigenen professionellen Mitteln. Damit verändert sich auch der Umgang mit und die Beziehung zu den Patienten. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass es zunehmende Bemühungen gibt, moralische Grundhaltungen und die ethische Reflexion spezifisch in den verschiedenen Berufsgruppen zu fördern. Das vorliegende Buch „Ethische Reflexion in der Pflege“ stellt hierzu einen wichtigen Beitrag dar. Es soll Pflegenden in ihrem beruflichen Alltag Orientierung im Umgang mit ethischen Fragen bieten. Dabei schlägt der Sammelband einen besonderen Weg ein: Der Praxisteil gliedert sich in pflegerelevante Phänomene und Konzepte als Ausgangspunkte ethischer Reflexion. Dies hat verschiedene Vorteile. Zum einen trägt sie der Tatsache Rechnung, dass sich ethische Fragen nicht nur in den klassischen moralischen Dilemmata manifestieren, sondern bereits in den alltäglichen Phänomenen und Konzepten des Pflegealltags wie beispielsweise Lebensqualität, Vulnerabilität, Leiden, Hoffnung oder Trauer. Nicht nur in moralischen Konfliktkonstellationen, sondern im pflegeberuflichen Alltag ist ethische Reflexion gefordert, um den eingangs erwähnten moralischen Verpflichtungen gegenüber den Patienten gerecht zu werden. Zum anderen verdeutlicht diese Gliederung, wie eng ethische Reflexion und professionelles Pflegehandeln miteinander verwoben sind: Indem Pflegende fachlich angemessen, das heißt „professionell“ auf die Vulnerabilität ihrer Patienten, auf ihr Hoffen, ihr Leiden und ihre Trauer reagieren, erfüllen sie ihre moralischen Verpflichtungen gegenüber den ihnen anvertrauten kranken Menschen. Ethik erschöpft sich damit nicht in der Krisenbewältigung, sondern erhält eine wesentliche Orientierungsfunktion im Pflegealltag, sie wird zu einem integralen Bestandteil professionellen Pflegehandelns. Nicht zuletzt ermöglicht die Gliederung anhand von generischen Phänomenen des Pflegealltags den Transfer über verschiedene Pflegebereiche hinweg. Ob jung oder alt, ob psychisch krank oder intensivme-

dizinisch behandelt: Im Umgang mit diesen Menschen werden Pflegende gleichermaßen mit Phänomenen wie Leiden, Hoffen, Trauer und Vulnerabilität konfrontiert.

Obgleich es aufgrund der unterschiedlichen Handlungsfelder sinnvoll ist, die ethische Reflexion mit berufsgruppenspezifischen Angeboten zu fördern, gibt es keine jeweils spezifische Ethik für Pflegende, Ärzte oder andere Berufsgruppen. So versteht sich auch die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. als ein nicht nur interdisziplinäres, sondern insbesondere auch berufsgruppenübergreifendes Forum für die Reflexion ethischer Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Die grundlegenden medizinethischen Prinzipien gelten gleichermaßen für alle im Gesundheitswesen Tätigen: Diese müssen bestmöglich das Wohlergehen der kranken Menschen fördern (Prinzip des Wohltuns), ihnen nach Möglichkeit keinen Schaden zufügen (Prinzip des Nichtschadens), ihre Selbstbestimmung respektieren (Prinzip Achtung der Autonomie) und die Bedürfnisse verschiedener Patienten und anderer Betroffener in einer fairen Art und Weise berücksichtigen (Prinzip der Gerechtigkeit). Die Pflegeethik ist damit keine Sonderethik (die zum Beispiel von der ärztlichen Ethik abzugrenzen wäre), sondern eine allgemeine Ethik (im Gesundheitswesen), spezifiziert für besondere Handlungssituationen: diejenige des professionellen Pflegehandelns.

Interessant ist, dass bestimmte Ethikansätze wie beispielsweise die sogenannte Care-Ethik oder die narrative Ethik insbesondere für den Pflegebereich fruchtbar gemacht werden. Diese Ethikansätze fokussieren in besonderer Weise die Beziehungen zwischen Menschen und den angemessenen Umgang mit dem subjektiven Erleben in existenziellen Krisensituationen. In ihnen wird einmal mehr deutlich, dass Ethik mehr ist als die begründete Abwägung moralischer Konflikte: Mindestens ebenso wichtig ist die richtige moralische „Grundstimmung“ im Alltag, der einfühlsame, wertschätzende und respektvolle Umgang mit dem vulnerablen Gegenüber. Dass diese Dimensionen im Pflegehandeln oft im Vordergrund stehen (und nicht die moralischen Dilemmata) liegt daran, dass Pflegende in der Regel einen länger andauernden und intensiveren Kontakt mit den kranken Menschen haben – und deshalb auch in diesen beziehungsethischen, existenziellen Fragen besonders gefordert sind. Dennoch gelten die gleichen ethischen Anforderungen für alle Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, insbesondere auch für Ärzte. Als aktueller Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin liegt mir deshalb der Austausch zu ethischen Fragen im Gesundheitswesen über die Berufsgruppen hinweg besonders am Herzen, im Einzelfall (zum Beispiel in der klinischen Ethikberatung oder bei ethischen Visiten, vgl. den dritten Teil des vorliegenden Praxisbuchs) und bei grundsätzlichen ethischen Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Dem vorliegenden Praxisbuch Ethik in der Pflege wünsche ich zahlreiche Leser, die sich dann kompetenter in ihrem Pflegealltag orientieren und am berufsgruppenübergreifenden Diskurs zu ethischen Fragen beteiligen können.

Georg Marckmann

München im April 2017

Vorwort

Die aktuellen, vielfältigen Entwicklungen in der professionellen Pflegepraxis, die immanenten Entscheidungserfordernisse und -anforderungen in Bezug auf das jeweils situative professionelle Pflegehandeln stellen Pflegenden kontinuierlich vor komplexe ethische Herausforderungen. Aufgrund der Vulnerabilität der pflegebedürftigen Menschen, einer zunehmenden Wertpluralität in der Gesellschaft, angesichts des demographischen Wandels und in Anbetracht der zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass sich ethisch reflexionswürdige Situationen in ihrer Bedeutsamkeit und Komplexität in Zukunft noch weiter verschärfen. Evident ist der Bedarf an ethischer Reflexion, an ethischen Abwägungsprozessen und an ethisch begründeten Entscheidungen in Bezug auf das (ein-)geforderte Pflegehandeln.

Diese Forderungen werden an die professionelle Pflege und an das professionelle Pflegehandeln an unterschiedlichen Stellen explizit formuliert und auch eingefordert. Im pflegeberuflichen Kontext ist an dieser Stelle auf den ICN-Ethikkodex (Stand 2012) zu verweisen, der konkrete Forderungen an das ethische Verhalten Pflegenden formuliert: „Die Pflegenden trägt zu einem ethisch verantwortlichen Arbeitsumfeld bei und engagiert sich gegen unethisches Handeln und unethische Rahmenbedingungen“ (DBfK 2014). Auf diesen leitenden, verantwortungs- und anspruchsvollen professionellen Auftrag sind Pflegenden in der Regel weder angemessen noch handlungsleitend vorbereitet. Ethische Entscheidungen in der Pflegepraxis erfolgen aktuell vielfach informell und zumeist unsystematisch. Das daraus resultierende Pflegehandeln ist in der Folge nicht per se unethisch, vielfach indes allerdings nicht ethisch reflektiert und demnach ethisch nicht begründbar. Gerade aber die gewissenhafte Kombination – aus einem einerseits evidenzbasiertem, fachlich fundiertem Handeln, das auf einem situativ-verstehenden Zugang basiert, und andererseits einem ethisch begründetem Handeln, das auf einem ethisch-reflexiven Zugang basiert – sichert die Pflege- und Versorgungsqualität ab. Träger und Einrichtungen etablieren gegenwärtig sukzessive Strukturen und Angebote der Ethikberatung. Hierunter fallen zum Beispiel die systematisierte Durchführung ethischer Fallbesprechungen (prospektiv, präventiv und retrospektiv), die Etablierung von Ethikvisiten oder auch die Entwicklung von Ethik-Leitlinien. Hiermit wird die zentrale institutionelle Verantwortung realisiert, einen angemessenen Rahmen für ethisch begründete Entscheidungen zu schaffen.

Diese institutionalisierte Form ethischer Entscheidungsfindung entbindet die einzelne Pflegekraft indes nicht, um die Bedeutsamkeit ethischer Entscheidungsfindungsprozesse zu wissen, grundlegende Kompetenzen im Umgang mit konkreten, situativen ethischen Konflikten im pflegeprofessionellen Alltag zu verdichten beziehungsweise diese Kompetenzen situativ neu zu erwerben. Es ist folglich ein Zusammenwirken von individueller Sensibilität und Reflexionsfähigkeit und einer institutionellen Verantwortung und Ethikkultur notwendig, um dem pflegeberuflichen Auftrag der gesundheitlichen Versorgung gerecht zu werden.

Vor diesem Hintergrund stehen in dem vorliegenden Buch folgende praxisrelevanten und praxisbezogenen Fragestellungen im Mittelpunkt:

- Welche ethischen Konflikte und Fragestellungen sind den pflegeberuflichen Entscheidungen inhärent? Nachfolgend werden diese Fragen nicht aus einer problematischen und schwierigen Situation her abgeleitet, sondern aus der Konturierung zentraler pflegebezogener Phänomene und Konzepte heraus konkretisiert. Diese Darlegung verfolgt den

Paralleleffekt, dass professionell Pflegende für ethische Fragestellungen sensibel werden und ethisch begründete Entscheidungen zugleich als genuinen Gegenstand professionellen Pflegehandelns erfassen.

- Wie können Pflegende mit ethischen Fragestellungen professionell umgehen und vorhandene Strukturen zur ethischen Entscheidungsfindung nutzen oder einfordern? Nachfolgend wird diese Frage exemplarisch im Kontext einzelner Phänomene oder Konzepte beantwortet, indem für die Pflege und im pflegebezogenen Kontext bedeutsame Zugänge ethischer Reflexion und der Ethikberatung praxis- und situationsbezogen konturiert werden. Diesen Ausführungen liegt die Intention zugrunde, professionell Pflegende zur aktiven Teilnahme an diesen systematisierten Formen der Analyse und der ethischen Reflexion zu ermuntern, sodass die pflegeethische Perspektive in interdisziplinären, ethisch begründeten Entscheidungen zukünftig ein größeres Gewicht erlangt.
- Welche Bedeutsamkeit haben ethische Kompetenzen für professionell Pflegende und das professionelle Pflegehandeln in allen pflegebezogenen Settings und Handlungsfeldern? Die Antwort auf diese übergreifende Fragestellung liegt allen Kapiteln des Buches zugrunde. Wenngleich der Erwerb und die Verdichtung von zentralen Ethikkompetenzen (vgl. Riedel et al. 2017) nicht alleine durch die theoretische Auseinandersetzung gelingen – mag diese auch noch so praxisbezogen sein – so können grundlegende Ethikkompetenzen in der Auseinandersetzung mit den nachfolgend ausgeführten ethischen Implikationen und ethisch reflexionswürdigen Situationen, Themen und Kontexten angebahnt und weiter vertieft werden.

Bewusst orientiert sich das Buch an Phänomenen und Konzepten als „Anlass professioneller Eingriffe“ bzw. als Anlass professionellen Handelns bzw. professioneller Interaktion. Denn Phänomene „drücken die individuelle Reaktion eines Menschen auf Erfahrungen mit dem veränderten Allgemein- bzw. Gesundheitszustand aus“ (Remmers 2016, S. 50). Ziel ist es, ein ganzheitliches Pflegeverständnis zu vermitteln und das ethische Reflexionsspektrum um die Perspektive auf die Phänomene und Konzepte zu erweitern. Durch das Aufzeigen der jeweiligen ethischen Dimension soll ferner die Anschlussfähigkeit an ein zukunftsorientiertes Pflegeverständnis gesichert werden. Mit Blick auf eine gemeinsame Pflegeausbildung wird eine innere pflegerische Logik grundgelegt, die weniger an äußeren Kriterien wie Altersgruppen, Settings oder Diagnosen festzumachen ist (vgl. hierzu Fichtmüller u. Walter 2007; Walter 2015). Die hiermit angestrebte Kombination von Phänomen- oder Konzeptbezug, Setting und potenziellen ethischen Konfliktpotenzialen konkretisiert den Zusammenhang von pflegefachlichen Handlungsoptionen und der inhärenten Bedeutsamkeit ethisch begründeter Entscheidungen.

■ Zielsetzung und Konzept des Buches

Das Praxisbuch bietet eine Grundlegung und Konturierung in Bezug auf ethisch reflexionswürdige Implikationen und exemplarische ethische Konfliktsituationen im pflegeberuflichen Alltag. Angesprochen sind hier insbesondere examinierte Pflegefachkräfte, Pflegestudierende, Leitungsverantwortliche wie auch Lehrende in der Pflege. Bisherige Buchpublikationen bieten eine Einführung in die Ethik der Pflege beziehungsweise in die Pflegeethik. Zunehmend werden in der Pflegewissenschaft Studien publiziert, die ethische Konfliktfelder identifizieren und die Bedeutung ethischer Reflexion darlegen. Das vorliegende Praxisbuch will Praxisbedarf und pflegewissenschaftliche Evidenz verknüpfen.

Abschnitt I des Buches führt übergreifend in die ethischen Grundlagen ein und eröffnet somit die Möglichkeit, sich übergreifend in das Thema einzufinden, das eigene Wissen zu verdichten und sich entsprechend dem jeweils individuellen Interesse und gemäß der eigenen Zielsetzungen als Leser zu verorten.

Ausgehend von pflegerelevanten Phänomenen und Konzepten sowie den damit verbundenen konkreten ethischen Entscheidungssituationen will der **Abschnitt II** den professionell Pflegenden – in den unterschiedlichen pflegebezogenen Handlungsfeldern – eine praxisbezogene Orientierung für exemplarische pflegeethische Reflexion und Abwägung und den darauf beruhenden Entscheidungen geben. Die Autoren sind für die jeweiligen Beiträge und ihre jeweils genuine Ausrichtung besonders ausgewiesen. Sie stellen das jeweilige Phänomen oder Konzept in den Kontext einer konkreten ethischen Entscheidungssituation aus dem pflegeprofessionellen Alltag. Demzufolge ergibt sich hieraus die Verknüpfung aus der ethisch fundierten Auseinandersetzung mit einem pflegerelevanten Phänomen oder Konzept und der dazugehörigen ethischen Reflexion im Kontext eines jeweils exemplarischen Pflegesettings.

Praxisorientiert und phänomenbezogen zeigen die Autoren das ethische Dilemma/den ethischen Konflikt beziehungsweise inhärente ethische Konfliktpotenziale auf und eröffnen eine praxisorientierte Perspektive, wie in dieser Situation eine ethisch gut begründete Entscheidung getroffen werden kann. Die Exemplarität soll anregen, die ethischen Bezugspunkte nicht nur für das ausgewählte Setting zu denken, sondern auch Anlass sein, für andere Settings und Zielgruppen weiter zu denken. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Brisanz, Häufigkeit und/oder Anschaulichkeit im jeweiligen Setting. Hoffnung wurde beispielsweise für das Setting Hospiz exemplarisch aufgegriffen, es lässt sich aber in seiner Bedeutsamkeit auch für den Umgang mit chronischen Erkrankungen in der Langzeitpflege übertragen. Vulnerabilität fordert in der Pflege und Begleitung von Kindern eine besondere Aufmerksamkeit, sie steht an dieser Stelle exemplarisch für Personen mit einer eingeschränkten oder begrenzten Einwilligungsfähigkeit. Unserer Ansicht nach sind alle in dem vorliegenden Buch aufgegriffenen Phänomene und Konzepte für Pflegenden unterschiedlich stark bedeutsam. Sie bilden in der Summe nicht die Gesamtheit pflegerelevanter Phänomene ab, sie repräsentieren aber exemplarisch die Vielfalt und die Bedeutsamkeit für diese perspektivische Ausrichtung.

In **Abschnitt III** des Buches liegt der Fokus nochmals auf ausgewählten Verfahren die grundlegend dafür sind, systematisierte Entscheidungsfindungsprozesse zu etablieren und zu implementieren. Die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen aus organisationaler und berufspolitischer Perspektive runden das Buch ab.

Es handelt sich bei diesem Buch um kein Lehrbuch über oder zur Ethik in der Pflege – wenn gleich einleitend nochmals eine theoretische und kontextbezogene Fundierung und Einordnung erfolgt –, vielmehr ist es ein genuines Praxisbuch. Als Praxisbuch will es prospektiv eine praxisnahe ethische Orientierung absichern wie auch retrospektiv einen Reflexionsraum im pflegeberuflichen Handeln für Pflegenden eröffnen und anregen. Das Buch kann somit in der konkreten Praxis wie auch im Rahmen des Studiums und der Fort- und Weiterbildung zur praxisbezogenen und an der Praxis orientierten Vertiefung von Ethikkompetenzen genutzt werden.

Eine Besonderheit des Buches ist der Einbezug der pflegeethischen Perspektive und Expertise aus drei deutschsprachigen Ländern: Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Noch ein Wort zur Schreibweise: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Buch überwiegend das generische Maskulinum. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

Wir wünschen den Lesern des Buches eine Vielzahl an wichtigen und neuen Erkenntnissen, vielfältige Bezugspunkte zum eigenen pflegeprofessionellen Handeln und pflegeethischen

Entscheiden sowie eine umfassende Basis für einen ethischen Reflexionsrahmen wie auch bereichernde, möglichst interdisziplinäre, ethische Diskussionsprozesse.

■ Dank

Unser größter Dank gilt an erster Stelle den Autorinnen und Autoren, die das Buch in der vorliegenden Form erst möglich machten. Wir sind dankbar für die gemeinsam geführten Gespräche und wichtigen Schleifen im Rahmen des Entstehens der einzelnen Beiträge. Wir danken für das uns entgegengebrachte Vertrauen und die für uns persönlich sehr bereichernde Zusammenarbeit.

Besonders dankbar sind wir für das Geleitwort zu dem Buch von Prof. Georg Marckmann als Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), einer Fachgesellschaft, die seit Jahren mit einem hohen Maß an Offenheit und Engagement auch die Interessen der Pflege vertritt und deren spezifische Fragen aufgreift.

Unseren beiden Mitarbeiterinnen, Frau Rita Kiemel (M.A.) und Frau Johanna Göpfert (M.A.) gilt unser ganz besonderer Dank für ihre sorgfältige und umfassende Unterstützung bei der formalen und strukturellen Bearbeitung der einzelnen Beiträge. Das war uns nicht nur eine große Hilfe und eine wertvolle Unterstützung, sondern für uns in den Begegnungen und in den Gesprächen insbesondere eine persönliche Bereicherung und Erweiterung unserer Perspektive.

Frau Busch vom Springer Verlag danken wir für ihr Vertrauen in uns, für ihre umfassende Beratung die Konzeption und Umsetzung des Buches betreffend. Eine weitere große Unterstützung und wichtige Begleitung auf dem Weg zum endgültigen Druck des Buches war für uns Frau Schmitt, ebenfalls vom Springer Verlag. Auch ihr gilt ein Dankeschön für all ihren wertvollen und hilfreichen Support.

Literatur

-
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2014) ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Originaltext (ICN Code of Ethics for Nurses) – Stand 2012. Eigenverlag, Berlin
- Fichtmüller F, Walter A (2007) Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. VR Unipress, Göttingen
- Remmers H (2016) Die Rolle von Erzählungen in der Pflege. In: Hofheinz M, Coors M (Hrsg) Die Moral von der Geschichte' ... Ethik und Erzählung in Medizin und Pflege. Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, S 49–64
- Riedel A, Behrens J, Giese C, Geiselhart M, Fuchs G, Kohlen H, Pasch W, Rabe M, Schütze L (2017) Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege. Ethik in der Medizin 29(2):161–165
- Walter A (2015) Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik online. (Bwp Spezial 10). http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf. Zugriffen: 11.04.2017

Inhaltsverzeichnis

I Diskussion ethischer Bezugspunkte professionellen Pflegehandelns

1	Ethik in der Pflege	3
	<i>Hartmut Remmers</i>	
1.1	Einleitung	4
1.2	Situationen pflegerischen Handelns – Ausschnitt aus einer Fallbeschreibung.	4
1.3	Wodurch zeichnet sich pflegerisches Handeln aus?	5
1.4	Worauf richtet sich die Aufmerksamkeit?	5
1.5	Was ist für die Medizin von vorrangigem Interesse?	6
1.6	Welche ethisch relevanten Fragen stellen sich aus Sicht der Medizin?	6
1.7	Welche ethisch relevanten Fragen stellen sich aus Sicht der Pflege?	7
1.8	Welches grundlegende Bild des Menschen ist maßgebend für die Formulierung und Beantwortung ethisch relevanter Fragen?	8
1.9	Was bedeutet Verletzlichkeit?	8
1.10	In welcher Weise sind bestimmte Einstellungen und Haltungen eine motivationale Grundlage für ethisch akzeptables berufliches Handeln?	9
1.11	Beschluss: Elemente einer Ethics of Care	10
	Literatur	10
2	Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik	13
	<i>Rouven Porz</i>	
2.1	Einleitung	14
2.2	Pflegeethik und Care Ethics	14
2.3	Ein Beispielfall: Das erste Sterben	16
2.4	Eine Care-Ethics-Perspektive	17
2.5	Fazit	19
	Literatur	19
3	Professionelles Selbstverständnis und Ethik	21
	<i>Constanze Giese</i>	
3.1	Einleitung	22
3.2	Ethisch entscheiden und handeln in der Praxis: Die ethische Relevanz der Umstände und die Pflicht, sie zu kennen.	23
3.3	Geschlechtsbezogene Charakterisierungen und Prägungen der Pflegeberufe	24
3.4	Historische Perspektiven auf Beruf, Berufung und Professionalität	25
3.5	Chancen und Potenzial der Pflege als Profession	27
3.6	Fazit	28
	Literatur	28
4	Ethische Entscheidungen strukturieren und begründen	31
	<i>Ruth Baumann-Hölzle, Annette Riedel und Stefan Dinges</i>	
4.1	Ethikbedarf angesichts komplexer Entscheidungssituationen und Handlungsoptionen	32

4.2	Die Suche nach stimmigen und nachhaltigen Entscheidungen	32
4.3	Exemplarische ethische Konfliktfelder und Fragestellungen im Gesundheitswesen	34
4.4	Systematisierte ethische Reflexion praktizieren – Relevanz einer Systematik	35
4.5	Systematisierte ethische Reflexion – professionelle Voraussetzungen und Kompetenzen.	38
4.6	Zusammenfassende Thesen	39
	Literatur.	39

5 Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag

Sabine Wöhlke

5.1	Einleitung	42
5.2	Moralischer Stress – eine Annäherung	42
5.3	Ursachen für das Auftreten von moralischem Stress im Pflegealltag	43
5.4	Reaktionen Pflegender auf moralischen Stress	44
5.5	Fazit.	45
	Literatur.	45

6 Achtsam und ethisch sensibel pflegen.

Viola Straubenmüller

6.1	Einführung	48
6.2	Begriffliche Annäherung	49
6.3	Chancen der Pflege	51
6.4	Schlussbetrachtung	51
	Literatur.	52

7 Ethik in alltäglichen pflegerischen Situationen erkennen

Anne-Christin Linde

7.1	Skizzierung der Relevanz von Ethik in der Pflege	56
7.2	Ethisch reflexionswürdige Situationen erkennen	57
7.3	Ethisch reflexionswürdige Situationen benennen	57
7.4	Identität in ethisch reflexionswürdigen Situationen entwickeln	59
	Literatur.	60

II Phänomene und Konzepte als Ausgangspunkte ethischer Reflexion

8 Lebensqualität

Anne-Christin Linde

8.1	Lebensqualität als Zieldimension im Gesundheitssystem	66
8.2	Lebensqualität im Alter – grundlegendes Verständnis	66
8.3	Gestaltung und Ermöglichung von Lebensqualität – pflegerische Relevanz.	68
8.4	Fallvorstellung – „Andere Dinge werden wichtiger“	69
8.5	Ethische Dimension der Fallsituation und exemplarische Falldiskussion	69
	Literatur.	73

9	Vulnerabilität	75
	<i>Sonja Lehmeyer</i>	
9.1	Vulnerabilität als Grundkonstante des menschlichen Seins	76
9.2	Vulnerabilität – eine begriffliche Konturierung	77
9.3	Vulnerabilität und ihre Bedeutung für das pflegeprofessionelle Handeln	79
9.4	Vulnerabilität von Kindern – Grundlegungen und Herausforderungen für das professionelle Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	81
9.5	Forderungen an die ethische Kompetenz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Vulnerabilität	84
9.6	Bedeutung für die Pflegepraxis	84
	Literatur	85
10	Leiden	89
	<i>Annette Riedel</i>	
10.1	Einleitung	90
10.2	Leiden als individuelles Phänomen	90
10.3	Linderung von Leiden als (pflege-)professioneller Auftrag	91
10.4	Leiden lindern fordert ethische Reflexion	93
10.5	Leiden lindern fordert ethisch begründete Entscheidungen	94
10.6	Zusammenfassende Bedeutung für die pflegeberufliche Praxis	96
	Literatur	96
11	Hoffnung	99
	<i>Susanne Kränzle</i>	
11.1	Das Pflegephänomen Hoffnung	100
11.2	Hoffnung in der Palliativphase	102
11.3	Die sich verändernde Hoffnung im stationären Hospiz	103
11.4	Ethische Fragestellungen und Reflexionen im Zusammenhang mit dem Phänomen Hoffnung	105
11.5	Bedeutung für die pflegeberufliche Praxis	109
	Literatur	110
12	Selbstvernachlässigung	111
	<i>Rita Kiemel und Johanna Göpfert</i>	
12.1	Bedeutsamkeit des Phänomens Selbstvernachlässigung	112
12.2	Das Phänomen Selbstvernachlässigung	112
12.3	Ethische Implikationen im Kontext Selbstvernachlässigung	115
12.4	Integration in eine praktische Bedeutung	121
	Literatur	122
13	Unruhe	125
	<i>Ulrike Geiger</i>	
13.1	Erläuterung des Pflegephänomens Unruhe	126
13.2	Pflege und Begleitung im Hospiz – in Beziehung gehen mit den Menschen	127
13.3	Bewusste und unbewusste ethische Reflexion in der Pflege und Begleitung der Betroffenen im Hospiz	128

13.4	Unruhe als existenzielles Leid am Lebensende im Kontext „Leiden lindern versus Warten können“	129
13.5	Das Streben nach einer methodischen Entscheidungsfindung im Sinne des Guten für die Betroffenen	131
	Literatur	134
14	Herausforderndes Verhalten	137
	<i>Anne-Christin Linde und Annette Riedel</i>	
14.1	Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus	138
14.2	Würde wahrende Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus	141
14.3	Würde wahren bei herausforderndem Verhalten im Krankenhaus	145
	Literatur	147
15	Trauer	151
	<i>Angelika Daiker</i>	
15.1	Erläuterung des Phänomens	152
15.2	Ethische Implikationen und ethische Konflikte im Kontext des Phänomens	154
15.3	Aufgreifen einer exemplarischen ethischen Fragestellung	155
15.4	Bedeutung für die pflegeberufliche Praxis	156
	Literatur	159
16	Nachhaltigkeit	161
	<i>Annette Riedel und Norma Huss</i>	
16.1	Relevanz	162
16.2	Nachhaltigkeit im Kontext der Pflege	162
16.3	Nachhaltigkeit als Bezugspunkt ethischer Reflexion und Entscheidungsfindung	164
16.4	Zusammenfassung	165
	Literatur	166

III Verfahren zur Unterstützung ethischer Entscheidungsfindung

17	Exemplarische ethische Dimensionen und Konfliktfelder in der Umsetzung gesundheitlicher Vorausplanungen	169
	<i>Annette Riedel, Nadine Treff und Juliane Spank</i>	
17.1	Einleitung	170
17.2	ACP – die Validität, Aussagekraft und Verlässlichkeit im Blick	170
17.3	Ethische Dimensionen und mögliche Konfliktfelder	174
17.4	Die (weitere) Bedeutung systematisierter ethischer Reflexion	175
	Literatur	177
18	Ethik-Leitlinien-Entwicklung – als Prozess der Ethikkompetenzentwicklung erfassen	181
	<i>Annette Riedel und Anne-Christin Linde</i>	
18.1	Einleitung	182
18.2	Entwicklung einer Ethik-Leitlinie	182

18.3	Ziele im Prozess der Ethik-Leitlinien-Entwicklung und ethische Kompetenzentwicklung	184
	Literatur	186
19	Resilienz durch Ethikvisiten stärken	189
	<i>Susanne Hirsmüller und Margit Schröer</i>	
19.1	Einleitung	190
19.2	Resilienz als Konstrukt	190
19.3	Resilienz, Selbstsorge und ethische Konfliktsituationen	192
19.4	Beispiel: Pflegerische Ethikvisite auf einer Intensivstation	194
19.5	Zusammenfassung	196
	Literatur	197
20	Pflegeethik organisieren und implementieren	199
	<i>Stefan Dinges</i>	
20.1	Pflegeethische Reflexion in Organisationen	200
20.2	Organisationsethische Überlegungen in der Pflegepraxis	200
20.3	Exemplarische, retrospektive Analyse von Fallgeschichten und Organisationskultur	201
20.4	Wie Leitung (pflege-)ethische Reflexion glaubwürdig unterstützt	201
20.5	Pflegeethik als integraler Bestandteil einer interprofessionellen und transdisziplinären Gesundheitsethik	202
	Literatur	202
21	Pflegeethik – ein Mandat der Berufspolitik?	205
	<i>Andrea Kuhn</i>	
21.1	Einleitung	206
21.2	Pflegeethik und Berufsethik – Teilbereiche oder gemeinsamer Lösungsansatz?	206
21.3	Pflegeethik: Wurzeln im 19. Jahrhundert – Nachwirkungen in unsere Zeit	207
21.4	Der ICN-Ethikkodex – Möglichkeiten und Grenzen	207
21.5	Ethisches Mandat der Berufsverbände – traditionelle Pflicht oder moderne Unterstützung?	208
21.6	Unterstützung der Pflegepraxis - Empfehlungen	210
	Literatur	210
	Serviceteil	213
	Stichwortverzeichnis	214

Autorenverzeichnis

Ruth, Baumann-Hölzle, Dr. theol.

Institut Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zürich

Angelika, Daiker, Dr.

Hospiz St. Martin
Jahnstraße 44-46
70597 Stuttgart

Stefan, Dinges, Dr.

Zentrum für Ethikberatung und
Patientensicherheit am Institut für Ethik und
Recht in der Medizin
Universität Wien
Spitalgasse 2-4, Hof 2.8
1090 Wien

Ulrike, Geiger MAS Palliative Care

Bergstraße 80
70771 Leinfelden-Echterdingen

Constanze, Giese, Prof. Dr.

Katholische Stiftungsfachhochschule München
Preysingstraße 83
81667 München

Johanna, Göpfert, B.A., M.A.

B.A. Pflegepädagogik M.A. Pflegewissenschaft
Hohlgasse 11
71720 Oberstenfeld

Susanne, Hirsmüller, Dr. med., Msc.

MSc Palliative Care
Hospiz am EVK
Kirchfeldstraße 35
40217 Düsseldorf

Norma, Huss, Prof. Dr. rer. Medic. Master of Nursing

Hochschule Esslingen
Flandernerstraße 101
73732 Esslingen

Rita, Kiemel, B.A., M.A.

B.A. Pflegepädagogik M.A. Pflegewissenschaft
Ringstraße 5
74232 Abstatt

Susanne, Kränzle MAS Palliative Care

Hospiz Esslingen
Keplerstraße 40
73730 Esslingen

Andrea, Kuhn, B.A., M.A.

Hochschule Ludwigshafen am Rhein
Ernst-Boehe-Straße 4
67059 Ludwigshafen am Rhein

Sonja, Lehmeier, B.A., M.A.

Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Anne-Christin, Linde, B.A., M.A.

Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Georg, Marckmann, MPH Univ.-Prof. Dr. med.

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der
Medizin
Lessingstraße 2
80336 München

Rouven, Porz, PD Dr.

Inselspital Universitätsspital Bern Ärztliche
Direktion
Personalhaus 4, Stock B 108
3010 Bern

Hartmut, Remmers, Prof. Dr. phil. habil.

Universität Osnabrück
Barbarastraße 22c
49069 Osnabrück

Annette, Riedel, Prof. Dr. phil., M.Sc.

Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Margit, Schröer, Dipl.-Psych.

Medizinethikteam
Am Grossen Dern 52
40625 Düsseldorf

Juliane, Spank, B.A., M.A.

Walchenseestraße 45
70378 Stuttgart

Viola, Straubenmüller, B.A., M.A.

Mitterfeldstraße 20/219
80689 München

Nadine, Treff, B.A., M.A.

Hochschule Esslingen
Flandernstraße 101
73732 Esslingen

Sabine, Wöhlke, Dr. phil.

Universitätsmedizin Göttingen Institut für Ethik
und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Diskussion ethischer Bezugspunkte profes- sionellen Pflege- handelns

- Kapitel 1** **Ethik in der Pflege – 3**
Hartmut Remmers
- Kapitel 2** **Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik – 13**
Rouven Porz
- Kapitel 3** **Professionelles Selbstverständnis und Ethik – 21**
Constanze Giese
- Kapitel 4** **Ethische Entscheidungen strukturieren und
begründen – 31**
Ruth Baumann-Hölzle, Annette Riedel und Stefan Dinges
- Kapitel 5** **Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem
Stress im pflegerischen Alltag – 41**
Sabine Wühlke
- Kapitel 6** **Achtsam und ethisch sensibel pflegen – 47**
Viola Straubenmüller
- Kapitel 7** **Ethik in alltäglichen pflegerischen Situationen
erkennen – 55**
Anne-Christin Linde

Ethik in der Pflege

Hartmut Remmers

- 1.1 Einleitung – 4
- 1.2 Situationen pflegerischen Handelns – Ausschnitt aus einer Fallbeschreibung – 4
- 1.3 Wodurch zeichnet sich pflegerisches Handeln aus? – 5
- 1.4 Worauf richtet sich die Aufmerksamkeit? – 5
- 1.5 Was ist für die Medizin von vorrangigem Interesse? – 6
- 1.6 Welche ethisch relevanten Fragen stellen sich aus Sicht der Medizin? – 6
- 1.7 Welche ethisch relevanten Fragen stellen sich aus Sicht der Pflege? – 7
- 1.8 Welches grundlegende Bild des Menschen ist maßgebend für die Formulierung und Beantwortung ethisch relevanter Fragen? – 8
- 1.9 Was bedeutet Verletzlichkeit? – 8
- 1.10 In welcher Weise sind bestimmte Einstellungen und Haltungen eine motivationale Grundlage für ethisch akzeptables berufliches Handeln? – 9
- 1.11 Beschluss: Elemente einer Ethics of Care – 10
- Literatur – 10

1.1 Einleitung

In diesem Beitrag wird der Versuch unternommen, einige charakteristische Merkmale einer auf pflegerisches Handeln bezogenen Ethik zu umreißen und dabei zugleich Abgrenzungskriterien gegenüber Standardanforderungen an eine Medizinethik zu begründen. Die nachstehende Fallbeschreibung dient der Illustration bestimmter Prozesseigenschaften pflegerischen Handelns, anhand derer sich die ethische Bedeutsamkeit spezifischer Wahrnehmungs- und Urteilsperspektiven entfalten lässt. Dabei erweisen sich beispielsweise Erfahrungen der durch Krankheit, Behinderung oder Altersprozesse hervorgerufenen besonderen Verletzlichkeit anvertrauter Personen als bildsam insofern, als ihre bewusste Verarbeitung zur Entwicklung persönlicher Einstellungen und Werthaltungen beiträgt, welche ethisch-normativ gebotenes Handeln erst ermöglichen (Riedel et al. 2017).

1.2 Situationen pflegerischen Handelns – Ausschnitt aus einer Fallbeschreibung

Eine 65-jährige, mit ihrem Ehemann zusammenlebende Patientin wird im eigenen Haus aufgrund einer neuromuskulären Erkrankung, die eine Eigenatmung unmöglich gemacht hat, kontinuierlich maschinell beatmet. Es sind zusätzlich eine PEG-Sonde (PEG = perkutane endoskopische Gastrostomie) sowie ein Blasendauerkatheter angelegt worden. Aufgrund der Heimbeatmung wird die Patientin 24-stündig von sich abwechselnden Pflegefachkräften versorgt. Aufgrund des Tracheostomas wird mithilfe einer Buchstabentafel, welche die Patientin und die sie betreuenden Personen auswendig gelernt haben, kommuniziert. Eine elektronische Sprachhilfe (Sprachcomputer, der mittels Augensteuerung bedient werden kann und durch dessen Nutzung ein vollständiges, kontinuierliches Gespräch eher möglich wäre) wurde von der Patientin abgelehnt. Die durchnummerierte Buchstabentafel wurde von beiden Seiten auswendig gelernt. Auf dieser Basis findet die Kommunikation zwischen der Klientin und den Akteuren statt. Sehr selten kann die Patientin einzelne Wörter sprechen.

Das Wohnzimmer, in dem sich das elektrisch motorisierte Pflegebett der Patientin befindet, ist wie ein stationäres Krankenzimmer mit einer Sondenpumpe, einem Absauggerät, einem Befeuchter für die Beatmungsluft, einem Pulsoxymeter zur ständigen Überwachung der Vitalfunktionen sowie dem Beatmungsgerät ausgestattet. Ansonsten wurde der wohnliche Charakter erhalten.

Jeder wie auch der heutige Tag beginnt mit der Mundpflege, welche die betreuende Pflegefachkraft E. bei gleichzeitiger kontinuierlicher Ansprache behutsam durchführt. Dabei wird so weit wie möglich auch Blickkontakt zur Patientin hergestellt. Für das Absaugen von Sekreten muss die mechanische Beatmung kurzfristig unterbrochen werden. Die dafür notwendige Einschaltung eines *cough assistant* erfolgt mit zwei Kommandos („Ein“ – „Aus“). Danach kann der Beatmungsschlauch rasch wieder mit der Trachealkanüle verbunden werden. Vor Durchführung der Morgenwäsche erkundigt sich E., ob die Patientin Musik hören möchte, was sie mit einer leichten Kopfbewegung verneint. Bei der schrittweisen, gut einstündigen Waschung teilt E. der Patientin mit, dass sich Besuch von einer ehemaligen Mitpatientin im Krankenhaus angekündigt hat. Auch über Essenswünsche wird anschließend kommuniziert. Für die dialogische Kommunikation hat sich folgendes System etabliert: Alle Vokale und alle Konsonanten wurden jeweils in ihrer alphabetischen Reihenfolge nummeriert. Die Pflegerin sagt die jeweiligen Konsonanten entsprechend ihrer Reihenfolge im Alphabet an. Die Vokale werden ebenfalls entsprechend ihrer Reihenfolge (a, e, i, o, u) genannt. Dabei wird auf die Augenlidreaktion der Patientin geachtet und die Reihenfolge des Konsonanten laut genannt (zum Beispiel 3. Konsonant – kurze Pause – D).

Bei der Lagerung der Patientin wird die Hilfe des Ehemannes regelmäßig in Anspruch genommen. Es erfolgen je nach mimischem Ausdrucksverhalten der Patientin kleine Korrekturen. In diesem Zuge wird zugleich die Belüftung der Lungenareale per Stethoskop geprüft. Die Reinhaltung der Hautareale an der PEG-Austrittsstelle sowie des Tracheostomas wird allein von E. sorgfältig durchgeführt. Ebenso werden Maßnahmen der Kontrakturenprophylaxe an den Extremitäten durch vorsichtige Bewegungsübungen ergriffen. Alle Maßnahmen werden ausführlich von der Pflegekraft kommentiert. In einer wiederum

1.4 · Worauf richtet sich die Aufmerksamkeit?

längeren Prozedur wird die Patientin dem momentanen Bedarf entsprechend umgekleidet. Dies macht wiederum eine kurzfristige Ablösung von der Beatmungsmaschine erforderlich. Über den Tag verteilt signalisiert die Patientin mehrmalig den Wunsch nach erneutem Absaugen.

Vor jeder Gabe der Sondenkost, die meist vormittags erfolgt, wird das Sondensystem mit Leitungswasser durchspült. Der Patientin wird der Wunsch erfüllt, mittags auf oralem Wege kleine Mahlzeiten einzunehmen. Dafür benötigt sie durchschnittlich anderthalb bis zwei Stunden. Sie wurde über das Aspirationsrisiko aufgeklärt und hat sich damit einverstanden erklärt.

Über dem Kopfteil des Bettes hängt ein großformatiger Kalender, dessen Tagesblätter Sinnsprüche enthalten, die vorgelesen werden, worüber sich die Patientin freut. Während kleiner Pausen in der Küche füllt E. die wichtigsten Dokumentationsblätter aus. Soweit Zeit bleibt, werden Aufräumarbeiten im Wohnzimmer erledigt.

Fehlalarme der installierten Geräte sind nicht selten und ziehen verstärkt Aufmerksamkeit auf sich. Wohnzimmer und Küche sind die zentralen Arbeitsplätze, die die jeweils tätige Pflegefachkraft der Kontrolle wegen nicht verlassen darf. Es kam vor, dass ein Beatmungsschlauch aus unerfindlichen Gründen in Abwesenheit absprang. Durch eine geöffnete Tür konnte der ausgelöste Alarm vernommen und rasch eingegriffen werden. Bei geöffneter Tür ist es einer erfahrenen Pflegefachkraft möglich, Veränderungen der Beatmungsgeräusche wahrnehmen, deuten und entsprechend eingreifen zu können. Zwischen Ehemann und Pflegepersonal entzündeten sich gelegentlich Dispute über die Reihenfolge der zu ergreifenden Unterstützungsmaßnahmen, die seine Hilfe erforderlich machen.

1.3 Wodurch zeichnet sich pflegerisches Handeln aus?

Mit unserem Fallbeispiel wird die Lage einer Patientin dargestellt, deren Fähigkeit spontaner Atmung völlig erloschen ist. Dem Übergang zu maschineller Beatmung im häuslichen Kontext liegt eine ethisch hoch anspruchsvolle Entscheidung zugrunde: Die Bejahung, dass die Aufrechterhaltung des Lebens

mit erheblichen Einschränkungen (zum Beispiel Kommunikation) und auch Verlusten (zum Beispiel Mobilität, eigenständige Nahrungsaufnahme) verbunden ist. Die in unserem Fallbeispiel dargestellten Handlungsvollzüge sind keine eingeschlifften Alltagsroutinen, sondern durch variierenden Improvisationsaufwand (zum Beispiel Aushandlung) gekennzeichnet. Eine umfassende Versorgung der Patientin kann nur durch Aufrechterhalten intensiver sozialer sowie pflegefachlich gesteuerter Beziehungen geleistet werden. Kontinuierliche körperliche, auch emotionale Nähe sind unverzichtbare Voraussetzungen einer hochgradig medizintechnisch unterstützten Versorgung. Ständig ist die Aufmerksamkeit zu richten auf objektive Handlungserfordernisse ebenso wie auf subjektive, für die betroffene Person höchst relevante, durch das Krankheitsleiden mitbedingte Bedürfnisse. Über die dyadische Struktur hinaus stellt sich die Frage, welche Interessen aller Beteiligten in welcher Weise eine maßgebende Rolle spielen. Welches Gewicht und welche subjektive und welche objektive Bedeutsamkeit kann diesen Interessen zugeschrieben werden? In welcher Weise kann Handlungen ein persönlicher Sinn (seitens der erkrankten Person, des Angehörigen, des professionellen Akteurs) zugeschrieben werden? Und welche Konflikte sind in welcher Vielschichtigkeit gegeben? Allein diese wenigen Sichtweisen und damit verbundenen Fragen kennzeichnen eine hochkomplexe Versorgungssituation mit ethisch anspruchsvoller Begründungslast pflegerischer Eingriffe und viel Geduld.

1.4 Worauf richtet sich die Aufmerksamkeit?

Alles berufliche Handeln, so könnte man sagen, ist durch Problemlösen gekennzeichnet. Das Erkennen und Bestimmen von Problemen verlangt eine spezifische Aufmerksamkeit, welche die Vieldeutigkeit von Problemlagen grundsätzlich einschließen muss. Konzentrierte Wahrnehmung heißt deswegen nicht Fokussierung, sondern Öffnung aller Sinne. Im Zusammenhang pflegerischen Handelns bedeutet dies auch, sich persönlich, emotional vom Verhalten ebenso wie vom (verbalsprachlich, gestisch, mimisch) vielschichtigen Ausdruck einer Person

ansprechen zu lassen. Bekundungen oder Gesten sind als Handlungsaufforderungen zu verstehen, welche Achtsamkeit verlangen: eine kognitiv-emotionale Disposition, die sich nicht allein in bloßem Respekt, sondern in menschlichem Interesse an Personen stets in ihrer Einzigartigkeit äußert. Einerlei, welche sympathischen oder abstoßenden Eigenschaften mit diesen Personen attribuiert werden – ihre darin zum Ausdruck gebrachten Bewertungen sind häufig solche auch der eigenen Person selbst.

Die Priorisierung bestimmter Richtungen und Intensitäten von Aufmerksamkeit kann einer ethischen Bewertung unterzogen werden, beispielsweise am Leitfaden des Überlebensinteresses konkreter Menschen bzw. notwendiger Voraussetzungen ihres physischen Überlebens. Eine Erweiterung von Bewertungsmaßstäben verlangt eine konsequente Erweiterung des Spektrums von Aufmerksamkeit etwa in Richtung auf **geistig-seelisches Befinden** von Personen. Der ethisch bedeutsame Maßstab personaler Integrität verlangt eine Perspektivenerweiterung auf den Leib als nicht physikalische Entität, als eine Sphäre sensorisch-expressiven Lebens, die in dem von uns beschriebenen Fall besonders zu beachten ist. Bei ethischen Anforderungen an pflegerisches Handeln im Sinne einer „interessierten“ Aufmerksamkeit sind Phänomene jenes unvermeidbar eigenen leiblichen Beteiligtseins zu beachten.

1.5 Was ist für die Medizin von vorrangigem Interesse?

Kehren wir noch einmal zu unserer Beschreibung der häuslichen Pflegesituation zurück, zu jener Patientin, welche von lauter Apparaten umgeben ist, von denen ihr Leben substanziell abhängt. Sie markieren gewissermaßen den vorläufigen Endpunkt vielfältiger Entwicklungen medizinischer Überlebentechnologien.

Zunächst stellt sich die Medizin als ein eigenes, normativ strukturiertes Handlungssystem dar. In historischer Rückschau haben sich seit der frühen Neuzeit mit Vesalius anatomischen Studien grundlegende Wandlungen vollzogen. Zunächst ist ein Trend der „Vernaturwissenschaftlichung“ einer medizinischen Wissensbasis zu verzeichnen, der sich mit dem Übergang zu Großkliniken und zur Labormedizin verschärft. Es etablierten sich nicht nur Vorstellungen

des menschlichen Organismus als Maschine, denen zufolge sich alle menschlichen Körperfunktionsbereiche „prothetisieren“ lassen (Berr 1992). Die Technisierung der Medizin hatte schließlich auch zur Folge, dass sich der menschliche Organismus zunehmend in einer Datenmatrix diagnostischer Befunde präsentiert. Das konkrete, medizinisch relevante Wissen verengt sich auf die Gewinnung, den Austausch und die Verarbeitung von Dateninformationen. Kritisiert wird, dass die Medizin auf diese Weise „Objekt-los“ wird, dass der Mensch, reduziert auf seine körperlichen Funktionen, zu einem „Zeichenproduktionssystem“ herabsinkt. Anschaulich wird dieser Trend in der Reproduktions- und der Transplantationsmedizin mit entsprechender Neudefinition von Todesfeststellungskriterien.

Ethisch bedeutsam ist nicht dieser Trend der Industrialisierung und Digitalisierung der Medizin an sich. Ethisch bedeutsam ist vielmehr die Tatsache, dass sich mit diesen Übergängen erstens das Selbstverständnis der ärztlichen Profession verändert, und zwar in Richtung einer „Datenproduktions- und Datenkombinationsprofession“ (Berr 1992), und dass zweitens in einer fundamentalen Weise die Aufmerksamkeit neu ausgerichtet und neu strukturiert wird. Je mehr das Wissen aus dem lebensweltlichen Erfahrungs- und Deutungshorizont von Patienten herausgelöst wird, je mehr es sich hochgradig spezialisiert und autonomisiert, desto mehr bildet sich eine „komplett neue Mentalität“ (Göckenjan 1985). Es schwindet mehr und mehr das Bewusstsein, dass sich aus einem gesetzeswissenschaftlichen Regelwissen nur sehr eingeschränkt Handlungsmaximen und dass sich aus einer Vielzahl von Datenkombinationsmöglichkeiten und daraus ableitbaren Befunden allenfalls Anwendungsschemata, aber keine ethischen Maximen der subjektiven Angemessenheit, der Bedeutsamkeit und der Zumutbarkeit ärztlicher Handlungen ableiten lassen.

1.6 Welche ethisch relevanten Fragen stellen sich aus Sicht der Medizin?

Bezogen auf unsere Fallbeschreibung könnten sich aus ärztlicher Sicht Fragen stellen, für deren Beantwortung medizinethische Beurteilungsinstrumente