

DORIS FÖLSCH

# Ethik in der Pflegepraxis



**Anwendung moralischer Prinzipien  
auf den Pflegealltag**

Über 60 Fallbeispiele

4., überarbeitete Auflage

Doris Fölsch  
Ethik in der Pflegepraxis

Doris Fölsch

## **Ethik in der Pflegepraxis**

Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag

4., überarbeitete Auflage

**facultas**

**Mag. Doris Fölsch,**

geb. 1970. Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin in Salzburg, Studium der Philosophie an der Universität Salzburg, Beraterin für Ethik im Gesundheitswesen. Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester arbeitete die Autorin in den Fachbereichen Chirurgie, Interne, Intensivstation (Kardiologie), in der Hauskrankenpflege und im Seniorenbereich. Sowohl als Pflegekraft als auch im Management und in der Projektausführung engagierte sie sich in verschiedenen Auslandsprojekten in Rumänien, Albanien, Kroatien, Afghanistan und im Iran. Seit 2011 ist die Autorin freiberuflich tätig in Lehre, Training und Beratung mit den Schwerpunkten: Ethik im Gesundheitswesen, Organisationsethik, Pflegeethik und Ethik für Führungskräfte sowie Teamentwicklung.

E-Mail: [doris@foelsch-ethik.at](mailto:doris@foelsch-ethik.at)

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Autorin oder des Verlages ist ausgeschlossen.

4. Auflage 2021

Copyright © 2008 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

facultas Universitätsverlag, Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagfoto: © kaca rasic, [istockphoto.com](https://www.istockphoto.com)

Satz: Wandl Multimedia-Agentur

Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN [978-3-7089-2105-1](#)  
E-ISBN 978-3-99111-334-8

Dieses Buch ist allen Pflegekräften  
in Wertschätzung, Respekt und Dank gewidmet.

## **Vorwort**

Dieses Buch versucht eine Brücke zwischen philosophischer Theorie und pflegerischer Praxis zu bauen. Es ist nicht immer möglich, allgemeingültige Antworten auf moralische Fragen zu finden. Dennoch ist die Beschäftigung mit Pflegeethik eine Hilfestellung auf der Suche nach Antworten und dient auch der Sensibilisierung und der Reflexion des pflegerischen Handelns. Das eigene Handeln daraufhin zu überprüfen, ob es ethischen Kriterien entspricht, sowie Werte als Grundsatz festzulegen, sind wesentliche Elemente einer eigenständigen Profession.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches im Jahre 2008 hat sich im Bereich der Ethik im Gesundheitswesen viel getan. Die Pflegeethik entwickelt sich jedoch noch immer langsam. Die deutschsprachige Literatur zur Pflegeethik ist überschaubar, und auch Fortbildungen zur Aneignung von ethischem Wissen und ethischen Kompetenzen werden in noch sehr geringer Zahl angeboten oder genutzt. Die Entwicklung der Ethikberatung in den letzten Jahren (z. B. Ethikkomitees, ethische Fallbesprechungen) fordert jedoch umso mehr, dass Pflegekräfte als professionelle Gesprächspartner mit ethischer Kompetenz zu einem Dialog beitragen. Dieses Buch verfolgt das Ziel, ethisches Wissen für den pflegerischen Alltag und für aktiv Beteiligte im ethischen Diskurs anzubieten und zu fördern. Mit diesem Wissen können ethische Fragen erkannt, analysiert und Antworten gesucht werden.

In meiner aktiven Arbeit im Bereich Ethik hat sich für mich in den letzten Jahren eines immer mehr gezeigt: Ethisches Wissen ist notwendig, hilfreich, wichtig und

grundlegend. Jedoch reicht dieses Wissen noch lange nicht, um Antworten und Erkenntnisse auch umzusetzen. In der Umsetzung bedarf es der Fähigkeit, sich selbst und das eigene Handeln reflektieren zu können, es bedarf einer gefestigten Persönlichkeit, es bedarf guter Kommunikationsfähigkeiten und auch Mut, sich für Ethik ein- und manchmal auch durchzusetzen. Es bedarf einer den Menschen und dem Gegenüber wohlwollenden Haltung und des ehrlichen Strebens nach dem Wohl aller Beteiligten.

Dieses Buch richtet den Fokus auf ethisches Wissen als Grundlage und bietet zahlreiche Fallbeispiele, in denen die theoretischen Überlegungen in der Pflegepraxis zur Geltung kommen. Pflege ist professionelles Handeln. Mitglieder dieser Berufsgruppe sollten sich nicht selbst zuschreiben, sie seien „nur“ Pflegekräfte in einem System. **Kein Mensch sollte sich selbst oder anderen ein „nur“ voranstellen.**

Ethik ist die Offenheit für verschiedene Perspektiven und Standpunkte, jedoch mit dem Anspruch, nicht nur zu meinen, sondern durch kritisches Nachdenken zu bedachten Urteilen zu kommen, und dies unabhängig von der Stellung in einem System und im Gesundheitswesen, mit dem Anspruch der Professionalität.

Alle schauen es von einer anderen Seite an –  
und in der Summe des Ansehens haben wir vielleicht eine Ahnung, was die  
Wirklichkeit ist –  
und das ist, was wir heute brauchen.

Diese Offenheit, im anderen die Möglichkeit zu sehen,  
einen anderen Einblick in dieselbe Wirklichkeit zu haben als meine –  
und sie als Bereicherung zu empfinden.

*Hans-Peter Dürr, Quantenphysiker*

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei all denjenigen Menschen bedanken, die durch ihr Engagement, ihre Unterstützung, ihre fachliche Kritik, ihre Fragen und Anregungen ein Stück zu diesem Buch beigetragen haben. Dies sind meine Kolleginnen und Kollegen aus meiner aktiven Zeit im Pflegeberuf, die mir in vieler Hinsicht Vorbild und Lehrmeister waren. Es sind viele Studierende an verschiedenen Einrichtungen, die in den Lehrveranstaltungen neue Perspektiven, Anregungen und Berichte aus ihrer Praxis einbringen. Hemma Schnöll und Pflegeexpertin Nina Leiber haben die Erstfassung dieses Werkes auf Basis ihrer praktischen Erfahrung kritisch gelesen und waren damit eine große Unterstützung.

Vielen Dank all diesen Menschen und dem Facultas Verlag Wien, der dieses Buch erst möglich gemacht hat, namentlich Frau Mag. Russ für die wertvolle Zusammenarbeit und Fr. Müller-Posch für ihr Lektorat.

# **Inhaltsverzeichnis**

## **Einleitung**

Formale Erläuterungen

## **Erster Teil**

### **Pflegeethik als eigenständige Bereichsethik**

#### **1 Definition**

#### **2 Geschichtliche Entwicklung**

Pflege heute

#### **3 Ethik als Grundlage der Profession Pflege**

3.1 Unterschiede in Pflege und Medizin

3.2 Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung  
medizinischer Diagnostik und Therapie

3.3 Eigenverantwortlicher Kompetenzbereich

## **Zweiter Teil**

### **Die prinzipienorientierte Pflegeethik**

#### **1 Das Recht auf Achtung der Autonomie**

1.1 Das Recht auf Achtung der Autonomie bei Monika  
Bobbert

1.2 Unterstützung, Förderung und Achtung des  
Rechtes auf Autonomie

1.3 Das Recht auf Achtung der Autonomie im  
Pflegeprozess

1.4 Grenzen der Autonomie

1.5 Autonome Patient\*innen?

1.6 Zusammenfassende Schlussbemerkungen

## 1.7 Ergänzende Fallbeispiele

## **2 Das Prinzip des Wohltuns - Fürsorge in der Pflege**

- 2.1 Anforderungen im Rahmen des Fürsorgeprinzips
- 2.2 Fürsorge als asymmetrische Beziehung - Fürsorgepaternalismus
- 2.3 Reflexion eigener Wertvorstellungen und Annahmen
- 2.4 Grenzen der Fürsorge
- 2.5 Kriterien der Pflegequalität
- 2.6 Fürsorge am Beispiel aktivierender Pflege
- 2.7 Die Pflege als Fürsprecherin der Patient\*innen
- 2.8 Wahrhaftigkeit und Fürsorge
- 2.9 Zusammenfassende Schlussbemerkungen
- 2.10 Ergänzende Fallbeispiele

## **3 Das Prinzip des Nichtschadens**

- 3.1 Schädigende Handlungen in der Pflege
- 3.2 Gewalt in der Pflege
- 3.3 Zusammenfassende Schlussbetrachtungen
- 3.4 Ergänzende Fallbeispiele

## **4 Das Prinzip der Gerechtigkeit**

- 4.1 Definition des Prinzips der Gerechtigkeit
- 4.2 Interessenkonflikte der betroffenen Personen
- 4.3 Gerechte Verteilung der Ressourcen
- 4.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit am konkreten Fall
- 4.5 Ergänzende Fallbeispiele

## **Dritter Teil Fallbeispiele**

- 1** Der eigenverantwortliche Kompetenzbereich und Mitwirkung bei medizinischer Therapie

- 2 Die Pflege als Fürsprecherin und Förderin der Autonomie der Patient\*innen
- 3 Der interdisziplinäre Bereich
- 4 Organisatorische Rahmenbedingungen
- 5 Autonomie
- 6 Integrität der Pflegekräfte
- 7 Der Blickwinkel eines Patienten

## **Vierter Teil**

- 1 Zusammenfassung und Ausblick
- 2 Was kann Pflegeethik leisten?

## **Glossar**

## **Literaturverzeichnis**

## Einleitung

Moralische Fragen und Situationen sind Alltag und Teil der Pflege. Nicht selten führen diese Situationen zu einem Gefühl von moralischer Unsicherheit: Was ist das Richtige? Was sollte ich tun?

In einer immer komplexeren Welt, die auch den Pflegealltag betrifft, aber auch angesichts der zunehmenden Professionalisierung der Pflege bedarf es kompetenten Handelns und Nachdenkens auf dieser Suche nach „dem Richtigen“ und „dem Guten“.

Naive, instinktive und allgemeine Urteile, die nicht mehr sind als ungeprüfte Vorurteile oder Annahmen, können keine Antwort für Pflegefachkräfte sein, um sich ethisch bewusst und angemessen zu verhalten (Pattison, 2001, S. 11). Um moralische Probleme lösen zu können, bedarf es daher einer systematischen ethischen Reflexion. Dieses Buch dient dem Ziel, Pflegekräfte als eigenständige Profession durch das Anbieten von ethischem Wissen in ihrer Verantwortung zu unterstützen.

Der erste Teil dieses Buches widmet sich der grundlegenden Frage, warum Pflegeethik an sich und als eigenständige Bereichsethik notwendig und sinnvoll ist. Ein geschichtlicher Rückblick zur Krankenpflege zeigt auf, wie wichtig es ist, dass Pflegende ihr Handeln und ihre Rolle im Behandlungssystem unter ethischen Aspekten betrachten. Unterschiede zwischen Medizin- und Pflegeethik werden verdeutlicht und es wird für eine eigenständige Pflegeethik plädiert. Pflegen ist ein an sich moralisches Handeln; eine ethische Reflexion ist daher unumgänglich.

Die in der Biomedizin geltenden Prinzipien können auch in der Pflege als hilfreiches Werkzeug für ethische

Fragestellungen dienen. Im zweiten Teil des Buches werden die vier medizinethischen Prinzipien – Recht auf Autonomie, das Prinzip der Fürsorge, das Prinzip des Nichtschadens und das Prinzip der Gerechtigkeit – aus pflegeethischer Perspektive beleuchtet. Die von Beauchamp und Childress (2019) entwickelten sogenannten *mittleren Prinzipien* sind in der Praxis anwendbar und entsprechen dem Wesen der Pflege. Anhand von Fallbeispielen werden die theoretischen Ausführungen deutlich gemacht.

Im dritten Teil wird anhand von Fallbeispielen die Anwendung der Prinzipienethik im Pflegealltag noch einmal veranschaulicht. Konflikte zwischen den Prinzipien werden erläutert, Fragestellungen angeführt und Lösungsansätze gesucht. Offene Fragen erfüllen die Aufgabe, eigene Gedanken anzuregen und ethische Reflexion in der Praxis zu üben. Die Fallbeispiele (mit dem Schwerpunkt Krankenhaus) wurden aus dem alltäglichen Pflegegeschehen gegriffen. In medizinethischer wie zum Teil auch in pflegeethischer Literatur werden meist spektakuläre Fälle aus dem Alltag herangezogen, die zwar philosophisch anschaulich aufbereitet werden können, in der Praxis jedoch nur eine kleine Personengruppe betreffen. Bewusst wurden Gentechnologie, Sterbehilfe, Abtreibung und die Transplantationsmedizin aus diesen Gründen in diesem Buch nicht berücksichtigt. Der Fokus liegt auf dem alltäglichen pflegerischen Handeln.

Zum Schluss werden die wesentlichen Aspekte des Buches noch einmal zusammengefasst. Fachspezifische Begriffe werden am Ende in einem Glossar erläutert.

#### Formale Erläuterungen

Personengruppen werden nach Möglichkeit gendergerecht bezeichnet, wenn möglich, werden geschlechtsneutrale Begriffe verwendet. Begriffe wie *Bewohner\*innen*,

*Klient\*innen*, pflegebedürftige und hilfsbedürftige Menschen und *Patient\*in* werden nicht strikt getrennt. Je nach Fachbereich und Pflegephilosophie wird in der Praxis einem dieser Begriffe der Vorzug gegeben. Für alle Personen, die Pflege professionell in Einrichtungen oder Organisationen ausführen, werden die Begriffe Pflegekraft, Pflegefachkraft, Pflegeperson oder Pflegende wahlweise verwendet.

Da sich rechtliche Grundlagen in den verschiedenen deutschsprachigen Ländern unterscheiden, wird auf konkrete rechtliche Referenzen hier verzichtet. Diese sind in der Praxis je nach Rechtslage im jeweiligen Land zu beachten. Bei Hinweisen auf Leitlinien, Stellungnahmen und Dokumente werden aktuelle Entwicklungen in der Schweiz, Deutschland und Österreich angeführt.

Alle direkten Zitate aus der englischsprachigen Literatur wurden von der Autorin selbst übersetzt.

## **Erster Teil**

### **Pflegeethik als eigenständige Bereichsethik**

Ethik in der Pflege sowie Ethik in der Medizin sind seit dem Tage, an dem Pflege und Medizin betrieben werden, von Bedeutung. Berufliche Tätigkeiten, bei denen es um das Wohl anderer geht, die hilfsbedürftig sind, implizieren moralisches Handeln. Als wissenschaftliche Auseinandersetzung und auch als bewusste Reflexion von Mediziner\*innen und Pflegenden ist Ethik jedoch erst in den letzten Jahrzehnten aktuell geworden. Im deutschsprachigen Raum zeigt sich anhand einer überschaubaren Literatur zu der Thematik, dass Ethik in der Pflege noch immer am Beginn einer professionellen Entwicklung steht. Eine qualitativ hochwertige ethische Grundausbildung in Medizin und Pflege ist noch nicht ausreichend vorhanden.

Im ersten Teil dieses Buches wird der Begriff der Pflegeethik bzw. Ethik in der Pflege definiert, die historische Entwicklung der Pflege und die Bedeutung für Ethik beleuchtet und Ethik als Grundlage einer professionellen Pflege sowie als eigenständige Teildisziplin der Angewandten Ethik begründet.

## **1 Definition**

Pflegeethik wird [...] als philosophisch begründete Reflexion des Handlungsfelds beruflicher Pflege verstanden, die mit Hilfe philosophischer Begriffe, Methoden und Theorien sowie analytischer und hermeneutischer Kompetenzen unter Einbeziehung pflegerischen Fach- und Praxiswissens erfolgt (Bobbert, 2002, S. 15).

Ethik in der Pflege ist die Reflexion moralischer Aspekte in den Handlungsfeldern der Disziplin Pflege: Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft (Lay, 2014, S. 82).

Ethik in der Pflege beinhaltet die begründete Reflexion des beruflichen Handelns auf der Basis allgemeiner philosophischer Begrifflichkeiten und

Theorien. Es handelt sich um eine Teildisziplin der Ethik, und als solche unterscheidet sie sich von der faktischen Moral Pflegender als Gegenstand ihrer Analyse. In der Pflege sind moralische Überlegungen genuin angelegt, sodass es in besonderer Weise Aufgabe der Pflegenden ist, ihre Berufspraxis, Ausbildungs- und Forschungsaktivitäten zu reflektieren (Birnbacher, 2011, S. 403).

Ethik in der Pflege ist die Reflexion der alltäglichen moralischen Überlegungen und Handlungen mit dem Ziel, fachliches Handeln auch ethisch zu begründen und zu fundieren. Zu dieser Begründung dienen Begriffe, Methoden und Theorien der philosophischen Ethik. In dem Zusammenwirken von Fachwissen, praktischer Realität und Philosophie wird das Handlungsfeld der Pflege hilfreich reflektiert und analysiert.

Die Handlungsfelder der Pflege sind direktes Pflegehandeln am Menschen, Aufgaben in der Führung und Organisation, in der Lehre und Ausbildung sowie in der Forschung. Dieses Buch widmet sich vorrangig der Reflexion der Pflegepraxis und der direkten Pflege. Pflegekräfte tätigen jeden Tag viele Handlungen und treffen Entscheidungen, in denen es wichtig ist, darüber nachzudenken, welche moralischen Perspektiven zu beachten sind.

Das folgende Fallbeispiel zeigt, wie bedeutend ethische Reflexion in der alltäglichen Pflege ist.

### **Patient will sein Bett trotz Verletzungsgefahr verlassen**

---

Hr. L. arbeitete 45 Jahre als Pharmareferent und erkrankte sechs Jahre nach seiner Pensionierung an einem Prostatakarzinom. Jetzt, mit 72 Jahren, wird er wieder im Krankenhaus aufgenommen. Er ist sehr geschwächt, und es haben sich Metastasen in den Knochen gebildet. Es kommt auch immer wieder zu starkem Blutdruckabfall. Durch seine allgemeine Schwäche und die starke Schmerzmedikation ist Hr. L. sehr angeschlagen. Trotz allem wünscht der Patient, aufstehen zu können und das Zimmer verlassen zu dürfen, um „frische Luft“ zu bekommen. Erschwerend kommt eine leichte Lähmung des linken Beines (seit 15 Jahren) aufgrund eines Bandscheibenvorfalles hinzu. Das Pflegepersonal ist besorgt, dass Hr. L. bei dem Versuch, das Bett zu verlassen, stürzt und sich verletzt. Hr. L. wird in ein Zimmer gegenüber dem Stützpunkt

verlegt, die Türe wird leicht offengelassen, sodass der Nachtdienst Bewegungen im Zimmer hören kann, und die Betthöhe wird auf die niedrigste Stufe eingestellt. Es werden regelmäßig Kontrollgänge bei Hrn. L. durchgeführt und er wird aufgefordert, nach dem Pflegepersonal zu läuten, wenn er aufstehen will. Trotz dieser Vorkehrungen findet das Pflegepersonal Hrn. L. mehrmals am Boden liegend vor, so z. **B.** auch einmal um 1:00 Uhr in der Nacht. Er ist unverletzt. Er rutschte beim Versuch aufzustehen aus. Tagsüber ist Hr. L. orientiert, in der Nacht scheint dem Nachtdienst jedoch, dass Hr. L., wenn er aufwacht, leicht desorientiert ist. Der Nachtdienst kann nicht dauerhaft bei Hrn. L. bleiben, dieser steht aber immer wieder gegen den Rat der Pflegenden alleine auf und kommt zu Sturz. Hr. L. will das Angebot, in Begleitung mit dem Nachtdienst am Gang etwas spazieren zu gehen oder sich in den Lehnstuhl in das Dienstzimmer zu setzen, nicht annehmen. Der Nachtdienst überlegt, ob Bettseitenteile oder eine medikamentöse Sedierung notwendig oder gerechtfertigt sind. Sturz- und Sensormatten stehen auf der Station nicht zur Verfügung. Der Nachtdienst hat noch viele weitere Arbeiten zu erledigen, ebenso wie auch andere Patient\*innen die Fürsorge der Pflege brauchen.

Die Pflegekraft steht vor der Frage, welche Handlungen und Maßnahmen zum Schutz vor Verletzungen berechtigt, angemessen oder verhältnismäßig sind. Hinzu kommt ihre Verpflichtung gegenüber anderen Patient\*innen sowie gegenüber der Organisation bzw. dem Arbeitsablauf.

Das Beispiel zeigt, wie wesentlich es ist, dass sich Pflegende mit moralischen Fragen, die sich aus dem Alltag am Krankenbett ergeben, selbstverantwortlich auseinandersetzen und diesen *pflegerelevanten* Fragen als Professionist\*innen mit fachlicher und ethischer Kompetenz begegnen.

Die Pflegepraxis fordert eine spezifische Pflegeethik ein, da auftretende Probleme im Berufsalltag mit dem medizinischen Blick als institutionalisierter Leitdisziplin nicht wahrgenommen oder thematisiert werden. [...] Die Pflege bedarf einer eigenen Pflegeethik, in der es um die Reflexion des pflegerischen Berufsethos, um professionelles Handeln in ethisch relevanten Situationen sowie um die Vorbereitung einer systematischen Entscheidungsfindung geht. Letzteres erweist sich als besonders dringlich. Im Berufsalltag der Pflege fallen häufig Entscheidungen mit ethischem Hintergrund an. Problemsituationen lassen sich oft intuitiv bewältigen, führen aber zu Unsicherheiten und Schuldgefühlen. Kenntnisse der systematischen Entscheidungsfindung sind deshalb für die Pflege als Profession unabdingbar, denn über einen methodisch gesicherten Weg vom Problem bis zur Lösung werden die

eigenen Denkschritte reflektiert und für andere an der Situation Beteiligte nachvollziehbar (Großklaus-Seidel, 2002, S. 112).

## 2 Geschichtliche Entwicklung

Im frühen 20. Jahrhundert bedeutete moralisches Verhalten in der Pflege hauptsächlich das Befolgen der Regeln der Etikette sowie die Ausführung der vorgeschriebenen Aufgaben und Pflichten. Die Regeln der Etikette beinhalteten Formen höflichen Verhaltens, wie Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Höflichkeit und die unauffällige Begleitung und Unterstützung des Arztes. Sie beinhaltete ebenso die Achtung gegenüber Autoritätspersonen, insbesondere gegenüber dem Arzt. Die Pflichtausübung erforderte eine strenge Einhaltung der Krankenhausregeln und eine selbstaufopfernde Einstellung. Die Krankenschwester bewies ihr moralisches Pflichtbewusstsein, indem sie Loyalität gegenüber dem Arzt, der Pflegedienstleitung, der Ausbildungs- und Arbeitsstätte zeigte. Unhinterfragte Gehorsamkeit und der Vorsatz, sich in nichts einzumischen, waren weitere Einstellungen, mit denen die Krankenschwester die Akzeptanz ihrer moralischen Pflichten unter Beweis stellen konnte (Fry, 1995, S. 52).

Traditionelle Wertvorstellungen für Angehörige der Pflegeberufe waren Eigenschaften wie Selbstdisziplin, Gehorsam, Barmherzigkeit, „häubchentragende Verfügbarkeit“, „zurückhaltende Genügsamkeit“ und „emsige Präsenz“ (Wagner (Hg.), 1994, S. 20). Diese Eigenschaften wurden vorrangig Frauen zugeschrieben. Der Pflegeberuf wurde in erster Linie als Hilfsdisziplin der Medizin betrachtet und war an deren Weisung gebunden. Moralische Regeln waren durch Gesellschaft und Hierarchie vorgegeben und wurden unreflektiert befolgt.

Nicht zuletzt deshalb konnte es während der Zeit des Nationalsozialismus auch im Bereich der Krankenpflege zu Verbrechen kommen: Krankenpflegepersonal wirkte bereitwillig mit, das Programm der Rassenhygiene des Nationalsozialismus umzusetzen. Pflegekräfte ließen Patient\*innen verhungern, führten Tötungen durch, gaben nötige Informationen weiter, bereiteten Patient\*innen und

Menschen mit Behinderung für den Abtransport vor und begleiteten sie auch bis zur „Endstation“.

Viele der Beteiligten fühlten sich auch während der Nachkriegsprozesse nicht schuldig, sondern beriefen sich auf ihre Pflicht, den ärztlichen Anordnungen zu folgen. Die Pflege war noch weit davon entfernt, ihre Handlungen eigenverantwortlich ethisch zu betrachten und zu reflektieren. Dies wurde von der Öffentlichkeit auch akzeptiert, wie in dem bezeichnenden Urteilspruch der Nachkriegsprozesse deutlich wird:<sup>1</sup>

Dabei ist das Schwurgericht zu der Überzeugung gelangt, dass den Angeklagten kein Vorwurf daraus zu machen ist, dass sie sich auf die Auskünfte der Ärzte über ein die Tötungen anordnendes Gesetz einfach verlassen haben [...]. Gleichwohl aber darf nicht übersehen werden, dass es sich bei den Angeklagten um Menschen handelt, die auf Grund ihrer Ausbildung und Tätigkeit ein grenzenloses Vertrauen zu ihren Ärzten gewonnen hatten und die auch wegen ihrer geistigen Unbeweglichkeit nur mit einem unterdurchschnittlichen Kritikvermögen ausgestattet sind. (Obrawald-Prozess, Blatt 1539ff., zit. nach Steppe (Hg.), 2013, S. 168f.)

Allen von den Gerichten schuldig gesprochenen Pflegepersonen war gemeinsam, dass sie nach Erhalt der „Tötungsaufträge“ den Schritt zur Tötung ohne zu zögern gingen und ebenso wie ihre vorgesetzten Ärzte keine Gnade und Milde für ihre Opfer kannten. Auch im Nachhinein hatten sie keinerlei Mitleid, außer mit sich selbst. [...] Auf Gehorsam, Unterordnung und blinde Autoritätsgläubigkeit hin erzogen, waren viele der angeklagten Pflegepersonen nicht im Stande, sich den Ärztinnen und Ärzten zu widersetzen. Manche von ihnen liefen andererseits aber auch Gefahr, selbst eine ähnlich große Macht zu begehren und ausüben zu wollen.

Nach Analyse der vorliegenden Gerichtsakte muss festgestellt werden, dass diese Schwestern und Pfleger sehr wohl hätten erkennen können, dass es sich bei dem, was sie getan oder wobei sie mitgewirkt hatten, um schwerstes Unrecht handelte. [...] und sie hätten durchaus auch wissen können, dass ihre bereitwillig oder fügsam geleistete „pflegerische Vor-, Zu-, und Nachbereitung“ die Verbrechen dieser Art erst ermöglicht hatte. [...] Alle diese Schwestern und Pfleger führten in der Verantwortung ihrer Taten jedoch lediglich den aus anderen NS-Prozessen bekannten „Befehlsnotstand“ ins Treffen und versuchten, ihr Tun mit der in derartigen und vergleichbaren Fällen üblich gewordenen Antwort „Ich habe nur im Auftrag gehandelt“ zu entlasten (Fürstler & Malina, 2004, S. 31).

Widerstand gegen derartige Aktionen ist kaum bekannt. Die Salzburger Ordensfrau Anna Bertha von Königsegg verbot jenen Barmherzigen Schwestern, die in von ihr verantworteten Anstalten arbeiteten, sowohl die Mithilfe bei Zwangssterilisationen als auch Aktivitäten im Zusammenhang mit Informationsbeschaffung, Abholung oder Transport der Schützlinge (Fürstler & Malina, 2004, S. 27). Solches Verhalten blieb jedoch leider eine Ausnahmeerscheinung.

Der Blick in die Vergangenheit zeigt die Abgabe der eigenen Verantwortung in die Hände hierarchischer Strukturen. Wie die richterlichen Texte dokumentieren, war es nicht nur Angst um das eigene Leben, sondern ein fehlendes Bewusstsein über die eigene berufliche Verantwortung.

## **Pflege heute**

Mit der Distanzierung vom medizinischen Delegations- und Hilfsberuf zu einer eigenständigen Unterstützungsform ging ein neues moralisches Verantwortungsbewusstsein einher, das sich auch am gewandelten Inhalt des Ethik-Kodex des International Council of Nurses (ICN) ablesen lässt. Stellte 1953 die Loyalität gegenüber dem Arzt noch eine zentrale Berufsnorm dar, gilt in der aktuellen Version die „grundlegende berufliche Verantwortung“ dem pflegebedürftigen Menschen (ICN 2006) (Birnbacher, 2011, S. 403).

Dieses Bild der fürsorglichen, aufopfernden und dem Arzt gehorchenden Krankenschwester reichte weit in das 20. Jahrhundert hinein. Insbesondere im angloamerikanischen Bereich hat sich jedoch die Pflege in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr zu einem eigenständigen und professionellen Beruf entwickelt, und auch in Mitteleuropa hat sich das Bild der Pflege zunehmend verändert: Pflegewissenschaft und Pflegeforschung haben Einzug gehalten, und die Pflegepraxis gewinnt an Professionalität und Eigenständigkeit. Diese Entwicklung zeigt sich auch in

veränderten gesetzlichen Regelungen, in denen eigenverantwortliche Tätigkeiten definiert werden, und in vielen hochqualifizierten Grund- und Zusatzausbildungen.

Darüber hinaus kam es zur Akademisierung der Krankenpflege. Pflegepraxis, Pflegeforschung, Pflegepädagogik und Pflegemanagement werden an Hochschulen und Universitäten unterrichtet. Pflegefachkräfte übernehmen zunehmend Aufgaben in Organisation und Management gesundheitspolitischer Einrichtungen. Die Krankenpflege entwickelte sich somit in den letzten Jahren zu einer eigenständigen Profession mit eigenständigen Aufgabenbereichen und Handlungsräumen, mit zunehmendem Bewusstsein für die damit einhergehende Verantwortung und dem Ziel qualitativ hochwertiger Leistungen.

### **3 Ethik als Grundlage der Profession Pflege**

1953 wurde erstmals ein internationaler Ethikkodex für Pflegende vom International Council of Nurses (ICN, 2014)<sup>2</sup> verabschiedet, der sowohl von den österreichischen und schweizerischen als auch von den deutschen Berufsverbänden anerkannt wird.

In der angewandten Ethik geht es darum, moralphilosophische Theorien und die sich daraus ergebenden Handlungsanleitungen am konkreten Fall anzuwenden. Verschiedene Bereiche des Lebens stellen uns vor spezielle ethische Probleme, denen die Bereichsethiken gerecht zu werden versuchen. Pflegeethische Fragen betreffen z. B. die gerechte Verteilung geringer Personalressourcen, Fragen der Fürsorge und der Autonomie oder ethische Fragen bei der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Pflege hat an sich moralische Bedeutung, weil es hier direkt um das Gut des Lebens, um Gesundheit wie auch um Leid und Krankheit

sowie um Sterben und Tod geht (Arndt, 2002, S. 28). Daher sind es immer auch moralische Aspekte, die mit Pflege einhergehen und der Pflege zugrunde liegen. Die Profession erfordert es, das eigene Handeln ethisch und verantwortlich zu reflektieren und bei medizinethischen Fragen wertvolle Perspektiven beizutragen.

In diesem Zusammenhang gibt es drei grundsätzliche Schwierigkeiten, von denen die Pflege betroffen ist: Das Fehlen einer Ethiktradition, auf die die Pflege zurückgreifen könnte, die „Sprachlosigkeit“<sup>3</sup> der Pflege sowie die unterschiedlichen Positionen, die Pflegenden gegenüber Ärzt\*innen zu ethischen Problemen einnehmen. Die Aufgabe der Pflegeethik ist es daher, spezifische pflegerische Problemsituationen zu untersuchen und Positionen zu erarbeiten. Eine eigenständige Pflegeethik kann zudem auch sinnvolle Beiträge zur medizinischen Ethik leisten und ermöglicht es, pflegeethische Probleme in einen gemeinsamen ethischen Diskurs einzubringen (Großklaus-Seidel, 2002, S. 14f.):

Sofern die Pflegenden die Ärzte und Ärztinnen bei ihrer Arbeit unterstützen, ist auch ihr Handeln durch den therapeutischen Imperativ bestimmt. [...] Das Ziel der Pflege und die Ziele der Medizin sind nicht in jedem Fall identisch. Der therapeutische Imperativ des Heilens und der pflegerische Imperativ der Fürsorge sind zu unterscheiden (Körtner, 2012, S. 35).

Die Notwendigkeit der Etablierung einer eigenständigen Pflegeethik ergibt sich aus folgenden Gründen:

- Der eigenverantwortliche Bereich der Pflege überträgt den Pflegefachkräften Weisungs- und Handlungsfreiheit, für die sie sowohl fachlich, rechtlich wie auch moralisch verantwortlich sind. Je nach Fachbereichen ist das Ausmaß eigenständiger pflegerischer Handlungen unterschiedlich gestaltet. Im Bereich Krankenhaus ist Pflege ein wichtiger Baustein im Kontext medizinischer Versorgung. In der häuslichen Pflege und in der

Langzeitpflege steht das pflegerische Handeln bei der Betreuung im Vordergrund.

- Die Beziehung von Patient\*innen zu Ärzt\*innen oder zur Pflege zeigt im Alltag große Unterschiede. Ärzt\*innen und Pflegende nehmen zum Teil unterschiedliche Perspektiven in ihrem Handeln ein. Jede dieser Disziplinen steht vor unterschiedlichen Anforderungen.
- Handlungen im mitverantwortlichen Bereich betreffen Anordnungen von Arzt oder Ärztin, wobei es hier zu unterschiedlichen moralischen Einschätzungen von Situationen kommen kann – was problematisch ist, da die Pflege die Verantwortung für die Durchführung der Anordnungen trägt.
- Fortschritt und neue technische Möglichkeiten bringen auch neue Herausforderungen in der Pflege (z. B. Intensivmedizin, Neonatologie, Pflegeroboter, technische Assistenzsysteme, Digitalisierung u. v. m.); dadurch entstehen neue ethische Fragestellungen.
- Zunehmende Aufgaben der Pflege in Management und Organisation
- Veränderungen in der Pflegephilosophie allgemein, hin zu einer patientenorientierten Pflege
- Zunehmendes ökonomisches Denken und ökonomischer Druck, der sich auch auf die Pflege auswirkt

### **3.1 Unterschiede in Pflege und Medizin**

Der deutsche Pflegeethiker Remmers unterscheidet Ethikkonzepte anhand der ihnen zugrundeliegenden Deutungsperspektiven. So spricht er Mediziner\*innen ein methodologisch naturwissenschaftliches Vorgehen zu. Der Einzelfall ist weniger um seiner selbst willen von Interesse, sondern das Krankheitsbild steht als wissenschaftliche Herausforderung im Vordergrund.<sup>4</sup> Er unterscheidet die ärztliche Perspektive, in der naturwissenschaftlich

objektivierbare Symptomkomplexe im Zentrum stehen, anhand derer Diagnose- bzw. Therapieprogramme ausgearbeitet werden, von der Perspektive des Pflegepersonals, aus der eher subjektive Wahrnehmungen, Sinneswelten und Verarbeitungsweisen den Vorrang haben (Remmers, 2003, S. 51). Das pflegerische Handeln ist charakterisiert durch ein Eingebundensein in die psychische und physische Erlebniswelt der Patient\*innen.

Patienten bauen zu Ärzten häufig eine Beziehung wie zu fachlich-technischen Behandlungsexperten auf, zu Pflegekräften hingegen häufiger eine Beziehung des **Vertrauens**, mehr noch, der persönlichen **Vertraulichkeit** (Lay, 2014, S. 118).

Die Anforderungen an die Berufsgruppe der Pflegenden und jene der Mediziner\*innen gestalten sich in der Praxis sehr unterschiedlich. Mediziner\*innen versuchen die Ursache für Symptome zu finden, Diagnosen zu stellen, durch medizinische oder chirurgische Maßnahmen Patient\*innen Heilung zu verschaffen und sie über ihren Gesundheitszustand aufzuklären. Die Zeit, die der Arzt mit oder bei der Patientin verbringt, ist meist sehr begrenzt und beschränkt sich oft auf fachlich-medizinische Gespräche.

Pflegende verbringen sehr viel mehr Zeit mit Patient\*innen. Zu ihren Aufgaben gehört es unter anderem, Patient\*innen in ihrer jeweiligen Krankheit und beim Bewältigen ihres Krankenhausalltags zu unterstützen. Maßnahmen der Pflege überschreiten sehr oft die Schamgrenzen von Patient\*innen. Insbesondere wenn eine weitere medizinische Behandlung nicht mehr zur Genesung beitragen kann, ist die Pflege gefordert, den pflegebedürftigen oder sterbenden Menschen sowie seine Angehörigen zu begleiten. In der Langzeitbetreuung von pflegebedürftigen und alten Menschen übernimmt die Pflege einen Großteil der Fürsorge.

Das Pflegepersonal ist sowohl verantwortlich für viele organisatorische Abläufe wie auch dafür, in den vorgegebenen Strukturen auf die Bedürfnisse und Sorgen der Patient\*innen einzugehen. Je nach Fachbereich gestalten sich die Anforderungen an die Pflege im Verhältnis zur Medizin unterschiedlich.

## **Pflege und Medizin**

---

Ein 80-jähriger Mann erleidet einen Schlaganfall und wird auf eine interne Station eingeliefert. Der Schlaganfall führt zu einer Hemiplegie rechts.

In diesem Fall sind Mediziner\*innen gefordert, die Diagnose zu stellen, das betroffene Areal zu lokalisieren und die medizinisch notwendige Therapie einzuleiten. Die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen über Diagnose, Verlauf der Therapie und Prognose wird von der Ärztin durchgeführt. Während des Aufenthaltes im Krankenhaus wird die medizinische Therapie von der Ärztin überprüft und der Entwicklung der Krankheit angepasst. Gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen wird entschieden, wie eine Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen kann. (Dies wird jedoch auch häufig an das Pflegepersonal delegiert.) Gefordert sind medizinisches Fachwissen und die Fähigkeit zur Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen sowie die Fähigkeit, die medizinische Behandlung ethisch reflektieren und argumentieren zu können.

Die Pflege führt die angeordnete medizinische Therapie aus. Sie ist verantwortlich für die tägliche Körperpflege des Patienten sowie dessen Lagerung und Mobilisierung, um den Patienten vor weiteren Schäden zu schützen und ihm so viel Selbstständigkeit wie möglich zurückzugeben. Sie begleitet den Patienten wie auch die Angehörigen im Umgang mit der neuen Situation und organisiert die weiteren Schritte für das Leben nach dem Aufenthalt im

Krankenhaus. Gefordert ist hier pflegerisches Fachwissen über Lagerung und Mobilisation von Schlaganfallpatienten sowie Wissen über die Durchführung von Therapien. Bei der täglichen Körperpflege wie auch bei der Unterstützung der Ausscheidung dringt die Pflege in die Intimsphäre des Patienten ein. Pflegende müssen daher Besonderheiten, die durch diese Nähe entstehen, beachten. Grundlegend in diesem Fall ist auch die Begleitung des Patienten und der Angehörigen im Umgang mit seiner Erkrankung. Die durch die Krankheit entstehende Abhängigkeit und die Einschränkung aller Lebensbereiche führt zu Ängsten und Unsicherheiten. Das erfordert sehr viel Sensibilität und Aufmerksamkeit in der Arbeit mit diesem Patienten. Die Pflege muss ihr fachliches Handeln sowie auch ihre persönliche Zuwendung ethisch reflektieren und argumentieren können.

Ein wesentliches Merkmal der Pflege ist die körperliche Nähe zu Patient\*innen und die häufig daraus entstehende therapeutische Beziehung. Es ist der Pflege eigen, oft weit in die Intimsphäre der Patient\*innen einzugreifen, und Pflegetätigkeiten führen freiwillig oder unfreiwillig zu emotionaler und körperlicher Nähe zwischen Patient\*innen und Pflegekraft.

Konflikte im medizinethischen Bereich betreffen hingegen meist die Wahl der Therapie und die Aufklärung der Patient\*innen. Unterschiede im Patientenkontakt in Medizin und Pflege werden von Hofmann so beschrieben:

Pflegerische Tätigkeiten sind also meist regelmäßiger, zeitaufwändiger und körpernäher als diagnostische und therapeutische Maßnahmen und die Verrichtungen, und auch die damit verbundene Sprache ist den Patienten vertrauter. Entsprechende Unterschiede ergeben sich im Gesprächsverhalten der Betroffenen, es ergibt sich leichter eine „symmetrische“ Kommunikationsebene. Mit größerer körperlicher Nähe entsteht oftmals auch eine verstärkte emotionale Nähe, beziehungsweise wird zumindest von vielen Patienten gewünscht. Dies ist nicht unproblematisch, weil der Grat zwischen respektvoller Zugewandtheit und gedankenlosen emotionalen Übergriffen oft schmal ist. Der Umgang mit

Nähe und Distanz wird in der Pflege als schwieriger Balanceakt erlebt. Emotionale Zuwendung ist ein wesentlicher Bestandteil beruflicher Pflegearbeit, die aber im konkreten Fall immer wieder mühsam zwischen professioneller Nähe und Distanz austariert werden muss. Während sich Ärzte im Zweifelsfall emotional hinter ihrer Autorität als Experten „verstecken“ können und dies von den Patienten in der Regel eher akzeptiert wird, wird ähnliches Verhalten von Pflegenden viel schneller als verletzend beschrieben (Hofmann, 1999, S. 51).

Die unterschiedlichen Perspektiven von Pflegenden und Mediziner\*innen zeigt sich auch in der unterschiedlichen Wahrnehmung ethischer Fragestellungen (Sauer, 2015, S. 123).

Dies begründet an sich keine eigenständige Bereichsethik (Pflegeethik), die einer anderen Bereichsethik (Medizinethik) gegenübersteht. Medizinethik ist jedoch auf das Handeln von Ärzt\*innen ausgerichtet. Pflegeethik beachtet die Besonderheiten der Pflege.

### **3.2 Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung medizinischer Diagnostik und Therapie**

Eines der Kompetenzfelder der Pflege ist die Mitwirkung bei medizinischdiagnostischen und medizinthérapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung eigenverantwortlich durchgeführt werden. Hier stehen Pflegenden vor ethischen Fragen, wenn sie angeordnete Maßnahmen für nicht sinnvoll oder nicht angemessen erachten, diese Maßnahmen jedoch durchführen sollten.

An einem weiteren Beispiel aus der Pflegepraxis wird deutlich, welche ethischen Probleme bei der Mitwirkung an medizinischen Entscheidungen gelöst werden müssen:

#### **Pflegende erhält telefonische Anordnung**

---

Um 3:00 Uhr morgens wird vom Nachtdienst eine ärztlich angeordnete Blutgasanalyse bei einem Beatmungspatienten durchgeführt. Die Werte haben sich verschlechtert und die Beatmung läuft nicht ideal. Die Pflegefachkraft

informiert den diensthabenden Anästhesisten telefonisch. Dieser ordnet daraufhin eine Umstellung der Beatmungsmaschine an. Die Situation ist für den Patienten nicht lebensbedrohlich, doch ist die Beatmung nicht optimal. Es besteht zwischen der Pflegedienstleitung und der Leitung der Überwachungsstation das Übereinkommen, dass Pflegende keine ärztlichen Tätigkeiten in Bezug auf die Beatmung eines Patienten übernehmen. Hinzu kommt, dass die diensthabende Pflegekraft ihre Ausbildung zur Intensivpflege noch nicht abgeschlossen hat.

Die Umstellung der Beatmung fällt grundsätzlich nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflegenden. Aufgrund der Ausbildung obliegt die Einstellung der Beatmungsmaschine Arzt oder Ärztin. Insbesondere telefonische Anordnungen beinhalten die Gefahr eines Missverständnisses. Jegliche ärztliche Anordnung muss im Vorfeld (ausgenommen Notfälle) schriftlich erfolgen. Dies führt für die Pflegekraft zu folgendem Dilemma:

Die Pflegefachkraft führt die Anordnung aus:

- Oftmals besteht in der Praxis Unsicherheit darüber, was gesetzlich erlaubt oder verboten ist. Hausintern gibt es eine Vereinbarung, dass Umstellung bei der Beatmungsmaschine ärztliche Tätigkeit ist. In diesem Fall hat die Pflegekraft die intensivmedizinische Sonderausbildung noch nicht absolviert und die Anordnung ist telefonisch erfolgt. Wird die Anordnung befolgt, verstößt die Pflegekraft gegen hausinterne Vereinbarungen und ist durch gesetzliche Unklarheiten verunsichert (telefonische Anordnung und Kompetenzbereich).
- Sollte die Umstellung der Beatmung nicht den gewünschten Erfolg haben, gibt es keine schriftliche Anordnung des Arztes und die Pflegekraft kann zur Verantwortung gezogen werden (was in dieser Arzt-Pflege-Beziehung schon einmal der Fall war).
- Führt sie die Handlung durch, kommt es zu Konflikten im Team, wenn andere Kolleg\*innen ein solches Handeln ablehnen. Es kommt zur Ausübung von Druck: „Ihre