

# **Teil I**

## **Fundamente**



# 1 Grundlagen der Pflegeethik

Settimio Monteverde

*Professionelle Pflege ist eine Form moralischer Praxis. Sie verwirklicht in ihrem Handeln Vorstellungen des Guten und Richtigen. Diese sind wandelbar und zeigen sich in Ethikkodizes, Leitlinien, Pflegeleitbildern oder in moralischen Intuitionen, die den pflegerischen Umgang mit Menschen, die gesundheitliche Bedürfnisse haben, prägen. Die Gesamtheit dieser Vorstellungen konstituiert die »Moral von Pflege« resp. das Pflegeethos. Als Bereichsethik pflegerischen Handelns untersucht Pflegeethik diese Vorstellungen. Ihre Entwicklung ist eng an die Professionalisierung von Pflege gebunden. Das Kapitel beleuchtet den Mehrwert ethischen Denkens in Grenzsituationen der Moral, die den Pflegealltag prägen. Es erörtert grundlegende Begriffe und*

*ausgewählte Traditions- und Denklinien der philosophischen Ethik, die für das Verständnis von Pflegeethik wichtig sind. Gedanken zum Verhältnis von Pflegeethik, der Ethik der ärztlichen Profession und der Medizinethik schließen das Kapitel ab.*

**Ziele:** Nach dem Lesen des Kapitels sind Sie in der Lage, grundlegende Begriffe wie Moral, Ethik, moralisches Problem, ethisches Dilemma, Pflegeethik, Ethik der ärztlichen Profession, Medizinethik sowie Bereichsethik zu erklären und zueinander in Beziehung zu setzen. Sie beschreiben die wichtigsten Konturierungen der Pflegeethik und ihren Beitrag zum professionsübergreifenden ethischen Diskurs.

## 1.1 Pflege als moralische Praxis und Pflegeethik als kritische Reflexion derselben

Formen familiärer oder nachbarschaftlicher Pflege sind für jede menschliche Gemeinschaft von existentieller Bedeutung und sinnstiftend, sowohl im Umgang mit »natürlicher« Pflegebedürftigkeit (z. B. im Säuglingsalter) als auch mit den Folgen von Behinderung oder Krankheit. Spätestens im Mittelalter wurden sie in Europa ergänzt durch Strukturen klösterlicher oder kommunaler Pflege. Diese hatten den Zweck, Menschen vor den sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Auswirkungen von Krankheit, Krieg oder weiterem Schicksal zu schützen (Seidler

& Leven 2003). Die Ausdifferenzierung der Pflege zur *Profession* aber erfolgte – verglichen mit der Ärzt\*innenschaft oder den Hebammen – erst relativ spät, nämlich im Gefolge der Etablierung der Krankenhausmedizin in der Mitte des 19. Jhdts. (Schweikardt 2008). Professionen verfügen aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung ihrer Dienstleistung über ein soziales Mandat und damit verbundene Privilegien (Geissler 2013, Krampe 2013): Sie definieren Adressat\*innen, Gegenstand und Umfang ihrer Dienstleistung autonom, aber auch die Zulassung, Ausbildung

und Regulierung der Tätigkeit ihrer Mitglieder. Ferner legen sie grundlegende Werte ihres Handelns verbindlich in einem Ethikkodex fest, der als sichtbares Zeichen der Vertrauenswürdigkeit der Professionsangehörigen fungiert (► Kap. 2).

Die *Professionalisierung* von Pflege wurde in exemplarischer Weise durch das Wirken von Florence Nightingale (1820–1910) vollzogen. Pflege sollte – so Nightingale – auf ihre Wirksamkeit und bestmögliche Evidenz geprüft werden, aber auch mit der richtigen Haltung erbracht werden (Nightingale 2016). Die Professionalisierung von Pflege legte dadurch den Grundstein für die *Pflegeforschung*, die *Pflegewissenschaft* und die *Akademisierung von Pflege* (Lademann 2018, Büker 2018). Ferner führte sie zur Explikation (d. h. zur Artikulation und Sichtbarmachung) des *Pflegeethos*, d. h. jenes Kanons an Haltungen und Werten, welche professionelle Pflege als im ethischen Sinne »gute« Pflege qualifizieren (Fry 2004b). Spuren dieses Pflegeethos reichen bis in die »vorprofessionelle Zeit« der Pflege zurück und sind in allen Kulturen sichtbar. Sie zeigen sich z. B. im frühchristlichen Begriff der Caritas, der tätigen Nächstenliebe, im jüdischen und islamischen Begriff der Barmherzigkeit und im buddhistischen Begriff des Mitgeföhls. Erst die wissenschaftliche Aufbereitung des Pflegeethos mit Methoden und Instrumenten der Moralphilosophie und der Sozialwissenschaften ist es, die den Begriff der *Pflegeethik* – verstanden als wissenschaftliche Reflexion des Pflegeethos – in Erscheinung treten lässt (Monteverde 2016). Auch Pflegeethik ist im deutschsprachigen Raum ein relativ junger Begriff, dessen Legitimität noch bis vor wenigen Jahren umstritten war: Pflege, so die Argumente, könne keine *eigene* Ethik haben, weil sie keine eigene Moralthorie besitze, weil es im klinischen Alltag immer um

»die Patient\*in« gehe, die von unterschiedlichen Professionen betreut werde und Tendenzen der »Abschottung« durch Sonderethiken entgegenzuwirken sei (zur Debatte vgl. Rehbock 2000, Pfabigan 2007, Monteverde 2015).

Begriffe wie *Ethik in der Pflege* oder *Ethik im Pflegealltag* wurden deshalb favorisiert, um die Dimension resp. den »Ort« der Anwendung hervorzuheben. Die Anliegen der Kritik, »sektionaristischen« Tendenzen innerhalb der Ethik im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, sind ernstzunehmen. Ebenso ist der Fokus auf die gemeinsamen philosophischen Grundlagen und die Patient\*innenorientierung vielversprechend für die Ausarbeitung einer Ethik der interprofessionellen Zusammenarbeit. Doch zeigt die Ethikforschung der letzten 20 Jahre auf, dass sich Professionen und ihre Mitglieder aufgrund ihres Wissens-, Zuständigkeits- und Erfahrungsspektrums immer auch an spezifischen Werten orientieren. Die daraus entstehende Vielfalt an moralischen Wahrnehmungen und Intuitionen muss entdeckt, begriffen und gewürdigt werden, wenn dort, wo sich im klinischen Alltag Wertedifferenzen oder -divergenzen zeigen, eine ethische Verständigung gelingen soll. Wie das professionelle Handeln von Ärzt\*innen, Physiotherapeut\*innen oder Hebammen ist auch dasjenige einer Pflegefachperson hinreichend klar bestimmbar. Es beruht auf normativen Grundannahmen, die Pflege als *Form moralischer Praxis* ausweisen, was Bishop und Daly mit Bezug auf Florence Nightingale mit dem Begriff der *self-defining moral practice* wiedergeben (Bishop & Daly 2004, S. 1908). Weil sich Pflege als moralische Praxis versteht, macht es Sinn, von Pflegeethik als kritischer Reflexion dieser Praxis und der ihr zugrunde gelegten Werte zu sprechen, was sich am Fallbeispiel mit Herrn Schmitt (► Kap. 1.2) besonders gut aufzeigen lässt.

Aufgrund der reichen Theoriebildung pflegerischen Handelns durch die Pflegewissenschaft (vgl. Masters 2015) erscheint eine Konzeption der Pflegeethik (sowie anderer Ethiken der Gesundheitsprofessionen) als *Bereichsethik* angemessener als diejenige der (weitgehend

synonym gebrauchten) »angewandten Ethik« (Düwell 2008). Der Begriff der Bereichsethik vermag die theoretische resp. wissenschaftliche Fundierung des jeweiligen Bereichs und seiner moralischen Grundannahmen besser aufzuzeigen als der Begriff der »angewandten Ethik« (vgl. Schweidler 2018 sowie Nida-Rümelin 2005). Denn die Dimension der Praxis ist mehr als eine unidirektionale »Anwendung« von Theorie. In der Praxis wird Theorie auch getestet und weiterentwickelt. Besonders erhellend für das Verständnis dieser Interaktion von Theorie und Praxis für die Bereichsethiken im Gesundheitswesen ist der klinische Pragmatismus (► Kap. 1.2.1, ► Kap. 1.4.5).

## 1.2 Der Bezugsrahmen

### Fallbeispiel

Herr Schmitt, ein 82-jähriger Bewohner, der an Demenz leidet, lebt schon seit fünf Jahren im Alters- und Pflegeheim »Landfrieden«. Die Pflegefachfrau Susanne Fröhlich arbeitet seit kurzem in der Einrichtung und ist heute Bezugspflegende von Herrn Schmitt. Als sie am Morgen zu ihm gehen möchte, kommt ihr Herr Schmitt, noch im Schlafanzug und mit einer Aktentasche in der Hand, im Flur entgegen. Er wirkt ganz aufgewühlt und äußert, er müsse »sofort ins Büro gehen, um die Bestellungen aufzugeben«. Das beruhigende Zureden von Frau Fröhlich zeigt keine Wirkung auf den Bewohner. Vor vier Jahren wurde im Garten des Heims, der sich im Innenhof befindet, eine »Phantom-Bushaltestelle« gebaut. Susanne Fröhlich fragt sich: »Was soll ich tun? Darf ich auf die Äußerungen von Herrn Schmitt eingehen, ihm beim Anziehen helfen, ihn an die Bushaltestelle begleiten und hoffen, dass er zur Ruhe kommt?«

### 1.2.1 Pflegeethik und philosophische Ethik

#### Was sollen wir tun?

Sie werden es gemerkt haben: Auf die Frage von Frau Fröhlich ist mehr als eine Antwort möglich. Diese hängt erstens davon ab, wie die in der Situation vorgefundenen Fakten gewichtet werden. Zweitens sind Werte (z. B. Aufrichtigkeit, Empathie) und Normen (z. B. »Du sollst nicht lügen.«) entscheidend, die aus der Sicht der Beteiligten in der Situation orientierend sind. Ihre Frage zielt auf das *Gute* und *Richtige* ab, das die Pflegefachperson dem Bewohner in dieser Situation gewähren will. Genau um die Klärung des Guten und Richtigen geht es in der philosophischen Ethik. Aus dem Grund ist die Frage auch eine *ethische* Frage. Als praktische Philosophie versucht die Ethik, menschliches Handeln mit vernünftigen, d. h. allgemein einsichtigen Argumenten zu begründen. Welche Möglichkeiten der Begründung hat nun Frau Fröhlich, wenn sie abwägt, ob sie den Bewohner zur »Bushaltestelle« begleiten soll? Im Folgenden werden – beispielhaft und stellvertretend für weitere – drei Ansätze philosophischer Ethik vorgestellt, die in der Pflegeethik, aber auch in der Ethik der ärztlichen Profession breit rezipiert worden sind, nämlich die Pflicht-, Folgen- und

Tugendethik, gegen Ende des Kapitels auch die Care-Ethik und der sog. Principlism. Sie können durchaus unterschiedliche Antworten geben auf die Frage, ob es ethisch zulässig ist, Herrn Schmitt zur »Phantom-Bushaltestelle« zu begleiten.

### **Pflicht-, Folgen- und Tugendethik**

Die Pflegefachperson kann erstens nach dem *Richtigen* fragen, das es in dieser Situation zu tun gilt. Die sog. *Sollensethik* leitet das Richtige aus übergeordneten *moralischen Prinzipien* ab, aus denen sich dann schlüssig ergibt, was zu tun moralisch richtig ist. Die Sollensethik lässt sich weiter aufteilen in die Pflicht- und Folgenethik:

1. Die *Pflichtethik* oder die Deontologie (to deon = griech., die Pflicht) ermittelt das Richtige aus Pflichten und Rechten. Ihr prominenter Vertreter ist Immanuel Kant (1724–1804). Sein Anliegen war, mit dem kategorischen Imperativ eine rationale Grundlage der Moral herzustellen (vgl. Pauer-Studer 2010, S. 35 ff.). Der kategorische Imperativ fordert, persönliche Grundsätze des Handelns (»Maximen«) einem Test der Verallgemeinerbarkeit zu unterziehen. Stark vereinfacht lautet in Bezug auf die »Phantom-Busstation« die Testfrage: »Kann ich wollen, dass Menschen immer dann, wenn sie unruhig und weglaufgefährdet sind, eine Wirklichkeit vorgetäuscht wird, die sie beruhigen und am Weglaufen hindern soll?« Für Kant ist nur der Wille, der der jeweiligen Handlung zugrunde liegt, für deren Bewertung ausschlaggebend, nicht aber mögliche Folgen der Handlung. Solch ein allgemeines Gesetz kann niemand wollen, da sich niemand mehr sicher sein könnte, selbst Opfer einer Täuschung zu werden. Was aber vernünftigerweise nicht gewollt werden kann, so Kant, ist moralisch verboten. Die Pflegenden hätte also gemäß dieser Argumentation die

Pflicht, nach anderen Möglichkeiten zu suchen. Nach Kant sind Menschen aufgrund ihrer Autonomiefähigkeit immer auch Träger unveräußerlicher Rechte. Sie haben eine Würde, die nicht Gegenstand einer Güterabwägung werden kann. Durch die Orientierung am »Kern« des Humanen, an der Autonomiefähigkeit und Würde des Menschen, hat die Pflichtethik eine grosse Bedeutung gewonnen in nahezu allen Feldern der Gesundheitsversorgung gewonnen, speziell aber im Bereich der Patient\*innenrechte, im Kontext von Forschung und Einwilligung zu medizinischer und pflegerischer Behandlung.

2. Die *Folgenethik* oder der Utilitarismus (utilis = lat., nützlich) hingegen, ermittelt das Richtige einzig aus den Folgen resp. dem Nutzen der Handlung für alle Beteiligten. Ihre prominentesten Vertreter sind der Jurist und Philosoph Jeremy Bentham (1748–1832) sowie der Philosoph und Ökonom John Stuart Mill (1806–1867), die den Nutzen einer Handlung resp. die Mehrung des Glücks und die Minderung des Leidens, zum moralischen Bewertungsmaßstab erheben (vgl. Pauer-Studer 2010, S. 59 ff.). Anders als bei der Pflichtethik könnten gemäß der Folgenethik durchaus Begründungen vorgebracht werden, wieso eine »Phantom-Busstation« allen Beteiligten zum Nutzen gereicht (z. B. Ergebnisse aus Interventionsstudien zum Konzept der Validation® nach Naomi Feil, Wohlbefinden des Bewohners, Verhinderung freiheitseinschränkender Maßnahmen, Erhalt der Tagesstruktur, etc.). Stimmen die prognostizierten Folgen, wäre die Täuschung von Herrn Schmitt nicht nur moralisch erlaubt, sondern sogar geboten. Die Folgenethik lässt also Güterabwägungen durchaus zu. In aktuellen Ethikdiskussionen kommt sie oft dann zur Anwendung, wenn knappe Güter zu verteilen sind, wie etwa Organe, Beatmungsplätze oder Betreuungsressourcen in der Langzeitpflege. Da aber für die ethische Bewer-

tung einer Handlung alleine die Orientierung am Nutzen resp. am »Glück der größten Zahl« und an der Minderung des Leidens maßgeblich sind, können bei gegebener »positiver Bilanz« für die Mehrheit der Betroffenen auch Nachteile für eine Minderheit in Kauf genommen werden.

Neben der Sollensethik, die das Handeln an übergeordneten Prinzipien orientiert, kann die Pflegenden auch bei sich selbst ansetzen und nach der *Haltung* resp. der *Tugend* oder Charakterdisposition fragen, die für die ethische Klärung der Situation angemessen ist (vgl. Pauer-Studer 2010, S. 89 ff).

3. Für die *Tugendethik* fallen das Gute und das Richtige in *der handelnden Person selbst* zusammen. Wenn Frau Fröhlich erwägt, ob sie Herrn Schmitt zur »Phantom-Busstation« begleiten möchte, wird sie aus tugendethischer Sicht keine Pflichten ermitteln oder Folgen abwägen, sondern sich zunächst fragen, welche persönliche Haltung der Situation angemessen ist: Ist es der Gehorsam gegenüber Vorgesetzten oder die Hilfsbereitschaft, die Gewissenhaftigkeit, die Aufrichtigkeit, die Wahrhaftigkeit resp. das Mitgefühl gegenüber Herrn Schmitt? Zurückgeführt wird die Tugendethik auf den griechischen Philosophen *Aristoteles* (384–347 v. Chr.). Er sieht im Streben des Menschen nach einem gelingenden Leben die Quelle der Bewertung des *Guten* und der persönlichen Entwicklung. Die Tugendethik wird deshalb auch der sog. *Strebensethik* zugeordnet. Pfliegerische Berufsethik hat sich lange Zeit als Tugendethik artikuliert, die diejenigen Charakterdispositionen beschreibt, welche eine gute Pflegeperson auszeichnen. Diese sind gleichzeitig Ausdruck der Erwartungen, die sowohl das gesellschaftliche Umfeld als auch die Profession selbst an die Pflegenden stellen. Enge Bezüge zur Tugendethik weist auch

das Konzept des *Caring* und die *Care-Ethik* auf, welche in der Pflegewissenschaft und Pflegeethik breit rezipiert wurden. Dabei reflektiert Care die Haltung der Fürsorge als Gestaltungsmerkmal pfliegerischer Beziehung (► Kap. 1.4.2; ► Kap. 4; ► Kap. 8; Armstrong 2007, Müller 2018).

## Der klinische Pragmatismus

Der Vergleich von Pflicht-, Folgen- und Tugendethik ergibt, dass es durchaus unterschiedliche Antworten auf die Frage gibt, wie Frau Fröhlich in der schwierigen Situation ihr Handeln ethisch begründen kann. Doch so aufschlussreich der Vergleich ist – Ethiktheorien sind selten in der Lage, direkte Lösungen auf oftmals komplexe ethische Fragen des klinischen Alltags zu liefern. Aus der Sicht des *klinischen Pragmatismus* (Fins et al. 2003; ► Kap. 22; ► Kap. 23), der auf die pragmatische Philosophie des US-amerikanischen Philosophen und Pädagogen John Dewey (1859–1952) zurückgeht, sind Ethiktheorien dennoch wichtig, denn sie tragen dazu bei, *Hypothesen* aufzustellen, wie eine ethisch schwierige Situation verstanden und angegangen werden kann. Zur »Lösung« des Problems reicht aber die ethische Theorie nicht, vielmehr bedarf es »[...] eines kontinuierlichen Prozesses des ethischen Nachfragens, des kritischen Denkens, des empirischen Forschens und des Experiments, um das ethische Wissen zu gewinnen und wiederherzustellen, welches für die Lösung moralischer Probleme in der heutigen Zeit erforderlich ist« (Miller et al. 1996, S. 41; Übersetzung S.M.). Diese Hypothesen müssen also im klinischen Alltag erst geprüft werden. Die »richtige« Lösung ergibt sich dabei weniger aus der Vollständigkeit oder Widerspruchsfreiheit einer einzelnen Theorie als vielmehr aus ihrer Kompatibilität mit den vorhandenen medizinischen und pfliegerischen Fakten, der klinischen Erfahrung, professionellem Expert\*innenwissen und Intuitionen guter

ärztlicher, pflegerischer, etc. Praxis, die das Alltagshandeln leiten (Fins et al. 2003). Der bevorzugte Ort, an dem diese Hypothesen zu Tragen kommen, ist die *ethische Fallbesprechung*, und zwar dort, wo der Leitfaden die Erörterung und Prüfung der Argumente aus dem Blickwinkel ethischer Theorien vorsieht (► Kap. 22; ► Kap. 23).

Aus pragmatistischer Sicht kann die Wahl des ethischen Begründungsansatzes (wie z. B. der Pflicht-, Folgen-, Tugendethik oder weiterer Ansätze) 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 und des Umgangs mit kognitiv vulnerablen Menschen eher tugend- oder care-ethische, bei Fragen der »Wahrheit am Krankenbett« oder der Selbstbestimmung eher pflichtethische. Diese Ansätze bringen also unterschiedliche Perspektiven zur Sprache, welche zu einem besseren Verständnis oder gar »Lösung« einer als ethisch schwierig empfundenen Situation führen können. Die Ansätze lassen sich in der Situation auch kombinieren, wie die Analyse des Beispiels mit Herrn Schmitt ergeben wird.

Ethiktheorien stellen »gedankliche Tools« (vgl. Porz 2016) dar, die uns keine Entscheidungen *abnehmen* (was ein häufiges Missverständnis darstellt), sondern zu gelingenden Entscheidungen *anregen*. Sie tragen dazu bei, das volle Potential kritischen Denkens (s. o.) für ethische Fragen fruchtbar zu machen, d. h. Situationen zu *verstehen*, Hypothesen zu *formulieren* und Entscheidungen in ethischer Hinsicht zu *begründen*. Von zentraler Bedeutung ist es, diese Entscheidungen auch zu *evaluieren* und zu ermitteln, welche Hypothese den »Test« der praktischen Erfahrung besteht, weil sie in der Lage ist, konsensfähige Vorstellungen des Guten (resp. guter Pflege, wie in der Situation mit Herrn Schmitt) zu verwirklichen.

Obwohl es verschiedene Möglichkeiten ethischer Begründung gibt, bedeutet dies keineswegs, dass Ethik eine relative Angelegenheit oder nur eine Frage des persönlichen Geschmacks ist: Im Umgang mit der Situation von Herrn Schmitt könnten wir zweifelsohne Optionen benennen, die sowohl intuitiv als auch objektiv falsch sind (z. B. die Verabreichung eines sedierenden Medikaments oder das Einsperren im Zimmer), aber auch solche, die intuitiv und objektiv richtig sind (Ernstnehmen des Bewohners, Eingehen auf seine Not). Aus der Beobachtung, dass es *verschiedene* Vorstellungen des Guten gibt, folgert also nicht – so eine spezielle Form des sog. ethischen Relativismus – 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 (zum ethischen Relativismus vgl. Irlenborn 2016).

Was bedeutet dies nun für die Situation mit Herrn Schmitt? Frau Fröhlich könnte seine Sorgen aufnehmen, ohne sie zu »korrigieren« versuchen. Sie könnte ihn an die »Phantom-Bushaltestelle« begleiten, ihm mitteilen, dass es sich um eine solche handelt und mit ihm im Gespräch bleiben, bis Herr Schmitt bereit ist, mit Frau Fröhlich in den Frühstücksraum zu gehen. Eine solche Vorgehensweise kombiniert sowohl Aspekte einer pflichtethischen (Recht auf Wissen über die »Art« der Bushaltestelle), tugendethischen (wahrhaftig sein), folgenethischen (Ernstnehmen der Sorgen von Herrn Schmitt und Absicht, diese zu lindern) sowie care-ethischen Begründung (In-Beziehung-Bleiben mit dem Bewohner; ► Kap. 1.4.2; ► Kap. 4). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Situation als *Dilemma* zwischen zwei gleichwertigen Prinzipien zu



sehen (z. B. Gutes tun versus nicht schaden), die es abzuwägen. Dieser sog. *Principlism* wird in ► Kap. 1.2.2 und ► Kap. 1.4.5 erörtert).

## 1.2.2 Ethik als Reflexion von Grenzsituationen der Moral

Anhand des Beispiels von Herrn Schmitt haben wir gesehen, welche Klärung eine Auseinandersetzung mit der philosophischen Ethik, insbesondere mit ethischen Theorien, bringen kann, wenn das ethisch richtige Handeln nicht unmittelbar auf der Hand liegt. Die Frage, was das allgemeine Merkmal solcher Situationen ist, führt uns zu einer zentralen begrifflichen Unterscheidung der philosophischen Ethik, nämlich derjenigen zwischen Moral und Ethik.

Obwohl die Adjektive »moralisch« und »ethisch« in der Alltagssprache weitgehend synonym verwendet werden, ist die Bedeutung der Substantive Moral und Ethik nicht deckungsgleich. Moral bezeichnet die Summe aller faktisch vorhandenen resp. gelebten Überzeugungen, Werte und daraus abgeleiteten Verhaltensregeln. Sie gelten so lange, wie das Individuum oder die Gemeinschaft (z. B. Familie, Schule, Station, Pflegeheim, Staat, etc.) diese effektiv auch beachten. Regeln im Umgang mit Patient\*innen auf Station, Tischsitten und Verhalten im Straßenverkehr gehören dazu, ebenso wie Gebote des Anstands innerhalb intergenerationaler Beziehungen. Unter Ethik hingegen wird die kritische Reflexion von Moral verstanden. Düwell et al. (2011) definieren Ethik als diejenige Disziplin der Philosophie, »[...] welche diese faktischen Überzeugungen und Handlungen einer philosophischen Reflexion unterzieht« (S. 2).

Wann aber ist in der Pflegepraxis eine solche Reflexion von Moral, die als zentrale Aufgabe der Ethik beschrieben wurde, überhaupt von

Bedeutung? Ein exzellentes klinisches Umfeld mit gut etablierten ethischen »Spielregeln« würde uns vermutlich keinen dringenden Anlass dazu geben – so etwa eine Klinik, die eine vorbildliche Sicherheits- und Kommunikationskultur im Umgang mit Behandlungsfehlern implementiert hat. Hier kann eine solche Reflexion natürlich bestätigen, dass diese Regeln auch auf soliden ethischen Grundlagen beruhen und die hohen Standards deswegen zu pflegen, erhalten und zu vermitteln sind. Von noch grösserer Wichtigkeit ist diese Reflexion aber dort, wo die Moral in ihrer orientierenden Funktion versagt oder zumindest unklar erscheint, wie eben in der Situation mit Herrn Schmitt. Solche Situationen stellen Grenzsituationen der Moral dar. In Anlehnung an die Philosophin Susanne Boshammer (2016) können diese Situationen entweder als *moralische Probleme* oder als *moralische Dilemmas* verstanden werden. Für solche Grenzsituationen ist charakteristisch, dass die ethisch korrekte Vorgehensweise nicht auf der Hand liegt. Ethiktheorien und die in ihnen enthaltenen Prinzipien – so ein erstes Fazit – liefern in solchen Grenzsituationen *Hypothesen*, die in den Prozess der ethischen Klärung und Entscheidungsfindung miteinfließen (► Kap. 22).

Die folgenden drei Beispiele stehen jeweils für einen Typus von Grenzsituation der Moral. Überlegen Sie sich bei jedem Fallbeispiel, ob Ihre »innere Ampel«, die das Maß Ihrer wahrgenommenen ethischen Belastung angibt, jeweils »auf rot«, »auf orange« oder »auf grün« stehen würde:

- a) Verschweigen des Medikationsfehlers:  
Sie sind Studierende im 4. Semester und haben mit Ihrer Praxisanleiterin<sup>5</sup>

5 In der Schweiz entspricht die Praxisanleitung der Rolle der Berufsbildnerin, die über eine pädagogische Zusatzausbildung verfügt und sog. klinischen Unterricht inkl. der praktischen Qualifikation bis zum praktischen Examen begleitet.

Spätdienst. Sie merken, wie diese aus versehen einem Bewohner das falsche Medikament verabreicht und den Fehler auch sofort realisiert. Der Bewohner ist am nächsten Tag stark schläfrig, die Angehörigen sind besorgt. Weil die Qualifikation des Praktikums ansteht, wagen Sie es nicht, die Praxisanleiterin darauf hinzuweisen, dass der Medikationsfehler dokumentiert sowie Bewohner und Angehörige informiert werden sollten.

- b) Streit über die »Wahrheit am Krankenbett«:

Sie betreuen ein 10-jähriges Mädchen auf der pädiatrisch-onkologischen Station. Im Stationszimmer entsteht ein heftiger Streit: Darf man dem Wunsch der Eltern nachkommen, der jungen Patientin die Wahrheit über die Schwere der Situation vorzuenthalten? Die Kollegin, welche sich gegen die »Bevormundung« der Patientin äußert, verlässt wutentbrannt das Stationszimmer.

- c) Schwierigkeiten in der Ermittlung des mutmaßlichen Willens:

Frau S. leidet an einer stark fortgeschrittenen Demenz. In ihrer Patient\*innenverfügung lesen Sie, dass bei unheilbarer Erkrankung keine Antibiotikatherapie erfolgen soll. Am interprofessionellen Rapport diskutieren Sie mit der ärztlichen Kollegin, dass in der aktuellen Situation ein Antibiotikum höchstwahrscheinlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Gemeinsam beschließen Sie, die Situation noch am selben Tag mit der gesetzlichen Vertretungsperson zu besprechen.

Problemtyp ist durch das Paradox gekennzeichnet, dass die ethische Beurteilung eigentlich *klar* ist (Recht auf Information, Schadensvermeidung, Aufrichtigkeit, etc.), die Vorgehensweise aber aufgrund erfahrener Machtlosigkeit völlig unklar erscheint. Aus diesem Grund würde die Ampel der wahrgenommenen ethischen Belastung bei den meisten vermutlich »auf Rot« stehen.

Die Klarheit der Normverletzung und die Unklarheit, wie dagegen vorzugehen ist, bewirkt eine psychische Belastung, die der Philosoph Andrew Jameton (1984) erstmals mit dem Begriff des *moralischen Stresses* umschrieben hat. Mit der Wahrnehmung von moralischem Stress verbunden ist immer ein äußerer Zwang (z. B. ein Verbot, Verordnungen und Weisungen zu hinterfragen) oder ein innerer Zwang (z. B. das Praktikum zu bestehen, den Job nicht zu verlieren, die vorgesetzte Person nicht erzürnen zu wollen, etc.; vgl. Jameton 1984). Eine umfangreiche empirische Forschung zu diesem Phänomen besteht heutzutage, die nebst der hohen Prävalenz des Phänomens auch die gravierenden Folgen von moralischem Stress aufzeigt. Sie reichen von der Verschlechterung der Pflegequalität, der inneren Kündigung, dem moralischen Burnout bis zum sog. moralischen Residuum der Betroffenen (Austin et al. 2017). Weitere Beispiele von Situationen, die moralischen Stress bewirken, reichen von der manifesten Missachtung des Patient\*innenwillens, der gewaltsamen Nahrungsverabreichung in der Langzeitpflege, dauerhafter Nichteinhaltung von Sicherheitsstandards aufgrund Personalmangels bis zur ökonomisch motivierten Übertherapie am Lebensende. Entscheidend für die Entstehung von moralischem Stress ist die *Gewissheit*, dass etablierte ethische Standards verletzt sind. Die Erfahrung der Unmöglichkeit, das eigene moralische Handlungsvermögen umzusetzen, ist verbunden mit einem Gefühl von Versagen und Ohnmacht, weil an der Situation nichts geändert werden kann (Musto & Rodney 2018, Monteverde 2019). Strategien im Umgang mit moralischem

### Grenzsituation 1: Probleme mit der Moral und moralischer Stress

Situation a (Verschweigen des Medikationsfehlers) lässt sich als Problem *mit* der Moral (Boshammer 2016, S. 23) verstehen. Dieser