

# Pflegeethik

## TEASER

In vielen Krankenhäusern, Altenheimen und Pflegediensten sind in den letzten Jahren Ethikzirkel und Ethikkomitees entstanden, wurden ethische Leitbilder entworfen und Mitarbeitende weiter gebildet. Bislang hat Pflegeethik jedoch nur wenig Einzug gehalten in die alltäglichen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Für viele Pflegepersonen ist der Begriff „Ethik“ eher abstrakt und nur schwer mit der eigenen Wirklichkeit und dem eigenen Erleben in Verbindung zu bringen. Dabei sind Pflegerinnen und Pfleger immer wieder mit Grenzsituation konfrontiert, in denen sich die Frage stellt, ob ihr Handeln richtig erscheint. Dabei geht es vor allem um die Reflexion des eigenen Tuns vor dem Hintergrund der Situation des pflegerisch abhängigen Menschen. Die Autorin des Beitrags erläutert die Entwicklung vom Verhaltenskodex bis zur Pflegeethik, geht auf die Konfliktsituationen im Berufsalltag der Pflegenden ein und zeigt die Grenzen von Pflegeethik auf.

## Definition und Geschichte

Pflege versteht sich als fürsorgliche Betreuung und Versorgung hilfsbedürftiger Menschen. Seit Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts etablierte sich in Deutschland Pflege als ‚Pflebewissenschaft‘. Damit stellte sich auch wissenschaftlich die Frage, was eine gute Pflegekraft auszeichnet und wie es mit der Ethik in diesem Berufsfeld steht. Der International Council of Nurses (ICN), der Weltbund der professionell Pflegenden, hat bereits 1953 erstmals einen internationalen Ethik-Kodex für Pflegenden angenommen. Er wurde mehrfach überarbeitet, zuletzt im Jahr 2000. Auf den Vorläufer, das Florence Nightingale-Gelübde wird in dem Absatz „Vom Verhaltenskodex zur Pflegeethik“ eingegangen. Der ICN-Kodex liegt seit 2001 in einer deutschen Fassung des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege (DBfK) vor.

Pflegeethik gehört in das Gebiet der angewandten Ethik, die in den letzten Jahren einen starken Aufschwung genommen hat. Fragen der Lebensführung und des ethisch verantwortlichen Handelns sind in der modernen, funktional ausdifferenzierten Gesellschaft derart komplex geworden, dass in den zurück liegenden Jahrzehnten eine ganze Reihe verschiedener Berufsethiken entstanden ist. Beispiele hierfür sind die Medizinethik, die Wirtschaftsethik und die Umweltethik. Es entspricht dieser Entwicklung, wenn auch für die Pflege eine eigene Form der Bereichsethik entwickelt wird (vgl. Körtner, 2004, 28).

Pflegeethik ist eine Berufsethik, die sich mit den Fragen und Problemen beschäftigt, die sich aus dem Aufgabenbereich der Pflege ergeben. Sie fragt danach, was ein gutes, gerechtes pflegerisches Handeln ausmacht, liefert Hilfestellungen bei Entscheidungen und definiert Ziele für Pflegepersonen, die Orientierung bzw. Sicherheit im täglichen Tun geben sollen (vgl. Glaser 2009, 8). Bei ihrer täglichen Arbeit mit Patienten und anderen Berufsgruppen tragen Pflegepersonen gewisse Grundüberzeugungen, den so genannten Berufsethos in sich, mit dem sie oftmals ihr Handeln rechtfertigen und legitimieren. Mit diesem Ethos lässt sich nicht nur immer wiederkehrendes „normales“ berufsspezifisches Handeln rechtfertigen, vielmehr beinhaltet dieser Ethos auch Einstellungen, die für das angemessene Verhalten gegenüber dem Patienten von der Allgemeinheit als notwendig und für diese Berufsgruppe typisch erachtet werden.

Wenn Pflegepersonen in Situationen geraten, in denen sie ihr Handeln nicht mehr mit ihrem Ethos, also mit ihren beruflichen Grundüberzeugungen in Einklang bringen können, ergibt sich ein moralisches Problem. An dieser Stelle kommt Pflegeethik zum Tragen (vgl. Glaser 2009, 8). Arend definiert Pflegeethik *„als ein Nachdenken über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden“* (Arend 1998, 24).

## **Situation im Berufsalltag**

Im Medizin-System wird Verantwortung für notleidende Menschen getragen. Dort steht die Situation des Einzelnen im Mittelpunkt, es geht um Rettung, Hilfe und Heilung. Neben den Ärzten stehen die Pflegenden in ständigem Einsatz für Menschlichkeit und Würde. Darauf werden junge Ärzte wie Pflegenden in der Ausbildung vorbereitet, darum ergreifen viele überhaupt erst den Beruf – aber das ist das „Sonntags-Ethos“. Die Außendarstellung des Pflegealltags jedoch passt nicht immer zu dem, was in Ausbildung und Theorie vermittelt wird. Das Medizin-geprägte Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine spannungsvolle Diskrepanz zwischen „Sonntags-Ethos“ und unausgesprochen, aber letztlich „vor Ort“ entscheidendem „Alltags-Ethos“ aus.

Pflegende wie Ärzte geraten unvorbereitet in ein moralisch hoch aufgeladenes, in sich geschlossenes, nicht reflektierendes Handlungssystem, das eine Thematisierung der ethischen Dimension strategisch verhindert (vgl. Wettreck 2001, 131). De facto sind die ethischen Einflussmöglichkeiten häufig nicht definiert. Der klinische Alltag enthält jedoch durchaus Ansatzstellen – „ethische“ Lücken – für offene pflege-ethische Interventionen. Allerdings muss hier Verantwortung persönlich riskiert werden. Eine pflege-ethische Verantwortungsübernahme in einem in sich geschlossenen Medizin-System und als Teil einer Berufsgruppe mit unterschiedlichen Selbstverständnissen wird schnell zur individuellen Überforderung, die die Sanktionen eines ganzen Systems nach sich zieht.

Dauerhaft funktioniert Ethik nicht durch „Heldentum“, sondern im Diskurs unterschiedlicher Perspektiven und Berufsgruppen. Pflege ist als Berufsstand gefordert, ihr Ethos in die Ausgestaltung der Institution mit ihrer Macht einzubringen. Notwendig wäre – nach innen – eine pflegerische Reflexionskultur, die auch das eigene pflegerische Handeln zu bestimmten, eingeplanten Zeitpunkten regelmäßig unterbricht und hinterfragt. Pflegerische Beziehung ereignet sich in einem Kontext von Vulnerabilität (Verletzlichkeit), die durch die physische und psychische Intimität, in der sie stattfindet, zusätzlich verstärkt wird (vgl. Pohlmann in Monteverde 2009, 52). Sowohl die Asymmetrie als auch die Nähe der Beziehung sind für das pflegerische Handeln wesentlich. Sie bergen vielfältiges moralisches Konfliktpotential.

Die ethische Reflexion versucht, ein Handeln, das unter diesen Bedingungen stattfindet, vom ethischen Standpunkt aus zu untersuchen und zu begründen. Dadurch kommt der Pflegeethik eine doppelte Funktion zu: Sie zeigt einerseits auf, dass pflegerisches Handeln angesichts der Vulnerabilität der Patienten und der physisch-psychischen Unmittelbarkeit der Beziehung begründungspflichtig ist. Sie weist andererseits auch nach, dass dieses Handeln unter Zuhilfenahme moralischer Traditionen und Werte der Pflegeberufe begründungsfähig ist.

Pflegeethik als Begründungswissenschaft moralischen Handelns in der Pflege setzt an der Gleichzeitigkeit von Asymmetrie und Nähe als Grundgegebenheit der pflegerischen Beziehung an. Darin unterscheidet sie sich sowohl von der ärztlichen Ethik als auch der Ethik weiterer therapeutischer Berufe: Aufgrund des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs sowie des zeitlich-räumlichen Patientenkontakts sind die Aspekte der Asymmetrie als auch der Intimität der Pflege ausgeprägter als bei anderen therapeutischen Berufen erfahren (vgl. Monteverde 2009, 52).

## **Vom Verhaltenskodex zur Pflegeethik**

Am Wirken von Florence Nightingale (1820-1910) wird die enge Verknüpfung pflegerischer Berufsethik mit der Professionalisierung der Pflegeberufe deutlich. 1860 eröffnet die Engländerin die erste „Training school for Nurses“. Diese markiert einen wesentlichen Schritt in der Etablierung des Pflegeberufs. Das auf Nightingale berufene Gelübde (Wortlaut siehe Anhang) hat Generationen von Krankenschwestern geprägt. Es gilt als Prototyp eines Berufskodexes für Pflegepersonen und beschreitet erstmals den Weg vom implizierten Berufsethos zur expliziten Berufsethik. Das „Florence Nightingales-Gelübde“ fand inner- und außerhalb

der Vereinigten Staaten eine große Verbreitung. Nightingale trug wesentlich dazu bei, dass die Krankenpflege sich zu einem gesellschaftlich geachteten und anerkannten Berufsweg für Frauen entwickelte und sie legte Ausbildungsstandards fest.

Im 20. Jahrhundert folgten zahlreiche nationale Standesorganisationen, Berufsverbände sowie der 1899 gegründete „International Council of Nurses“ mit der Entwicklung von Berufskodizes. Berufskodizes enthalten neben normativen, das heißt berufliches Verhalten normierenden Elementen, immer auch deskriptive, die Aufgabe der Pflege beschreibende Anteile. Im Prozess der „Externalisierung“, also der Sichtbarmachung des impliziten Gehalts professioneller Pflege, spielen sie eine entscheidende Rolle. An den Prozess der Professionalisierung und Akademisierung ist die Entstehung der Pflegeethik gebunden (vgl. Monteverde 2009, 52-55).

Phase	Inhalte	Hintergrund
I. bis 1950	Verhaltenskodex für Krankenschwestern	Professionalisierung
II. bis 1980	Ethischer Berufskodex im Spiegel des gesellschaftlichen Auftrags von Pflege und des Pflege-Selbstverständnisses	Moralische Implikationen von Theorien pflegerischen Handelns; Beginn der Akademisierung
III. bis heute	Pflegeethik im engeren Sinne, d.h. Begründungswissenschaft moralischen Denkens und Handelns der Pflegeberufe	Angewandte Ethik; Pflegeethik als Postulat der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung; Weiterführung der Akademisierung

(Monteverde 2009, 55)

### Die wichtigsten Ethik-Kodizes für die Pflege:

- 1893 Gelübde von Florence Nightingale
- 1950 Nationaler Kodex der American Nurses Association (ANA)
- 1953 Internationaler Kodex des International Council of Nursing (ICN)
- 1954 Internationaler Kodex des Comité Intern. Catholique des Infirmières et Assistentes Medico Sociales (CICIAMS)
- 1983 Nationaler Kodex der United Kingdom Central Council of Nurses, Midwives and Health Visitors (UKKC) (vgl. Glaser 2009, 14).

Der 1953 vom ICN veröffentlichte Kodex für die Krankenpflege hat sich bis heute im deutschen Raum gehalten. Er wurde seit seiner Veröffentlichung einige Male überprüft und bestätigt – seit 2001 liegt eine deutsche Fassung des ICN-Kodex vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) vor. Er kann somit als Ethikkodex für die Krankenpflege in Deutschland gesehen werden.<sup>1</sup> Das Problem ist, dass im Pflegealltag bis heute dieser Kodex noch nicht gelebt wird. Die implizite Zuständigkeit für „Ethik“ im Pflegealltag ist bisher eine weitgehend regulatorische, impulsive, emotionale (vgl. Wettreck 2001, 212).

### Ethische Fragen

<sup>1</sup> [www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf](http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf)

Eine Arbeit von Devrient (2007) hat sich mit den ethischen Themen im Pflegealltag beschäftigt. Sie analysierte, welche Themen in Fachzeitschriften behandelt werden. Dabei ging sie von der These aus, dass der ethische Diskurs in der Pflege sich allein auf die „große“ Ethik beschränken würde. Entgegen der Vermutung zeigten sich viele alltägliche Bereiche der Pflege grundsätzlich berücksichtigt. Nur Art, Umfang und Intensität der Bearbeitung wurden erweiterungsbedürftig angesehen. Häufig wird die ethische Dimension der Probleme im Alltag nicht erkannt oder benannt. Sie drückt sich vielmehr in einem diffusen moralischen Unwohlsein aus.

Folgende Themen<sup>2</sup> wurden in Artikeln von Pflegefachzeitschriften der Jahrgänge 2004 und 2005 gefunden:

- Schmerzen
- Tabus in der Pflege
- Theorie-Praxis-Transfer der Ethik
- Klinische Ethikberatung und Ethikkomitee
- Machtverhältnisse in der Pflege
- Gewalt in der Pflege
- Würde
- Sprache als ethische Aufgabe
- Scham und Ekel
- Liebe und Sexualität

Bollig beschreibt für den Altenheimbereich folgende alltäglichen ethischen Probleme:

- Verweigerung, sich zu waschen oder zu essen
- Ressourcenmangel
- Wahrung der Privatsphäre
- Konflikte mit Angehörigen
- Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten/Bewohnern
- Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen
- Anwendung von Zwang

### **Umgang mit ethischen Konfrontationen**

Pflegepersonen erleben in ihrem Berufsalltag tagtäglich ethische Dilemmata – Situationen, in denen nicht eindeutig ist, was „gutes“ Handeln ist. Sie erleben Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod. Normalerweise berührt dies in einem ursprünglichen mit-menschlichen Erleben – es geht unter die Haut. Die Konfrontation mit existentiellen Erfahrungen kann Schrecken auslösen, überfordern, Flucht auslösen oder sie kann zu „besonderen“, sinnstiftenden Erfahrungen führen. „Ethik berücksichtigt die Einsicht, dass Gefühle eine Quelle der Erkenntnis sind. Betroffensein und Betroffenheit auszudrücken ist keine Schwäche, sondern bildet eine zu reflektierende Basis für eine gute Entscheidung.“ (Heller 2010, 645).

In den letzten Jahren ist eine paradoxe Entwicklung zu beobachten. Die „Professionalisierung“ der Pflege wird im letzten Jahrzehnt von Pflegepersonen als Argument benutzt, um emotionales, soziales und ethisches Engagement am Krankenbett für „unprofessionell“ und „überholt“ zu erklären. Das „neue“, „wissenschaftlich fundierte“ Selbstbewusstsein – verbunden mit dem „Kunden-Paradigma“ aus dem Dienstleistungsverständnis – wird zur Legitimation verwendet, sich innerlich „herauszuhalten“. Legitim erscheint dann eine bewusste Begrenzung auf eine standardisierte Pflege (vgl. Wettreck 2001, 21).

---

<sup>2</sup> vgl. Devrient in Städtler-Mach 2007, 14-49

## **Grenzen von Pflegeethik – Bedarf an Organisationsethik**

Die Grenzen von Medizin- und Pflegeethik sind trotz der Selbständigkeit beider Ethikbereiche häufig fließend, da medizinethische Fragestellungen oftmals pflegeethische Fragestellungen einschließen und umgekehrt genauso. Die gegenseitige Vernetzung ist zum Wohl des Patienten dringend geboten. In „Sorgebeziehungen“ benötigen wir eine deutliche Überschneidung berufsethischer Denkausrichtungen. Medizin- und Pflegeethik greifen für sich allein zu kurz und stehen in der Gefahr die Ethik der eigenen Profession als verallgemeinerungsfähig zu sehen. Organisationsethik sorgt hingegen für die Partizipation möglichst aller Betroffenen, ohne die es keine nachhaltige Entscheidung gibt.

Die berufsethische Zugangsweise ist *eine* relevante Blickrichtung in der multiperspektivischen Reflexion moralisch bedeutsamer Fragen im Gesamtkontext einer Organisation oder Einrichtung. Ihre dominierende Stellung ist jedoch unter der Frage der Machtverteilung, der Kompetenzmobilisierung und der Partizipation an Entscheidungsprozessen organisationsethisch zu relativieren. Organisationsethik im Versorgungsbereich übersteigt zudem die vorwiegend individuelle ethische Ausrichtung der berufsethischen Ansätze. So lässt sich beobachten, dass Fragen des pflegerischen Alltags an Schnittstellen auftreten – und zwar in Überschneidungszonen zwischen den mitwirkenden Professionen, Segmenten und Organisationen. (vgl. Kroboth; Heller 2010, 427-450). Es bedarf noch vielfältiger Schritte, um Pflegeethik in den Strukturen und Prozessen der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen einen festen Platz einzuräumen.

## **Diakonische Perspektiven**

Es ist ein elementares Wesensmerkmal des christlichen Glaubens, dass Leid, Hilflosigkeit, Widersprüche und das Sterben Facetten des menschlichen Lebens sind, die nicht verdrängt und ausgegrenzt werden. Die Begleitung und Beratung in diesen Situationen und ihren ethischen Konflikten ist ein originäres diakonisches Arbeitsfeld. Dieses Feld im Bereich der Pflege strukturiert zu bearbeiten, kann einen wesentlichen Beitrag zur Profilierung diakonischer Einrichtungen und ihrer Pflege leisten. Es bedarf Fort- und Weiterbildungen sowie gestaltete Strukturen und Prozesse, damit Pflegenden kompetent mit den existenziellen Erfahrungen der Patientinnen und Heimbewohner sowie den daraus resultierenden ethischen Konflikten umgehen können.

## **Fazit und notwendige Schritte**

Pflegeethik benötigt einen zentralen und fest verankerten Platz im pflegerischen Alltag,

- um eine angemessene und professionelle Pflege zu sichern,
- um Orientierung im Alltag zu stiften.

Pflegeethik kann einen Beitrag dazu leisten, dass Pflegenden ihre Arbeit als wesentlich und sinnvoll erleben. Es bedarf einer Sensibilisierung für „Pflegeethik“ durch Fort- und Weiterbildungen. Hierbei sollten die Pflegenden zum einen ermutigt werden, Gefühle der eigenen Betroffenheit und Hilflosigkeit in bestimmten Situationen als wichtigen Indikator für ethische Konfliktsituationen ernst zu nehmen. Zum anderen sollten sie ermutigt werden, Verantwortung zu übernehmen, indem sie ihre Bedenken äußern und sich für die Anliegen der Patienten einsetzen. Um hiermit die einzelnen Pflegepersonen nicht zu überfordern, bedarf es Strukturen und Prozesse, die die Übernahme dieser Verantwortung erleichtern.

## **Literatur**

Arend, Arie (1998): Pflegeethik. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlag.  
Devrient, Heike (2007) in Städtler-Mach, B. (2007): Ethik gestalten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.  
Körtner, U.H.J. (2004): Grundkurs Ethik. Wien: UTB-Verlag.  
Monteverde, Settimio (2009) in Arn, C.; Weidmann-Hüggle, T. (2009): Ethikwissen für Fachpersonen. Basel: Schwabe.  
Pfabigan, D. (2008): Pflegeethik – Interdisziplinäre Grundlagen. Münster: LIT-Verlag.  
Städtler-Mach, B. (2007): Ethik gestalten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.  
Glaser, S. (2009): Entstehung, Elemente und Möglichkeiten pflegeethischer Urteilsbildung – ein Kurzüberblick. Pflegeethik. Grin-Verlag.  
Arn, C.; Weidmann-Hüggle, T. (2009): Ethikwissen für Fachpersonen. Basel: Schwabe.  
Wettreck, R. (2001): „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: LIT-Verlag.  
Krobath, T./ Heller, A. (2010): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

## **Anhang**

### **Gelöbnis**

Ich gelobe feierlich vor Gott und  
in Gegenwart dieser Versammlung,  
dass ich ein reines Leben führen und  
meinen Beruf in Treue ausüben will.  
Ich will mich alles Verderblichen  
und Bösen enthalten und will  
wissentlich keine schädlichen Arzneien  
nehmen und verabreichen  
Ich will alles tun, was in meiner  
Macht steht, um den Stand meines  
Berufes hochzuhalten und zu fördern,  
und will über alle persönlichen  
Dinge, die mir anvertraut werden,  
Schweigen bewahren; ebenso  
über alle Familienangelegenheiten,  
von denen ich in der Ausübung  
meines Berufes Kenntnis hatte.  
In Treue will ich danach streben,  
dem Arzte in seiner Arbeit zu helfen,  
und mich ganz einsetzen für das  
Wohl derer, die meiner Pflege  
anvertraut sind

[Florence Nightingale](#)