

Positionspapier

zur Stärkung der ethischen
Handlungskompetenz in der Pflege

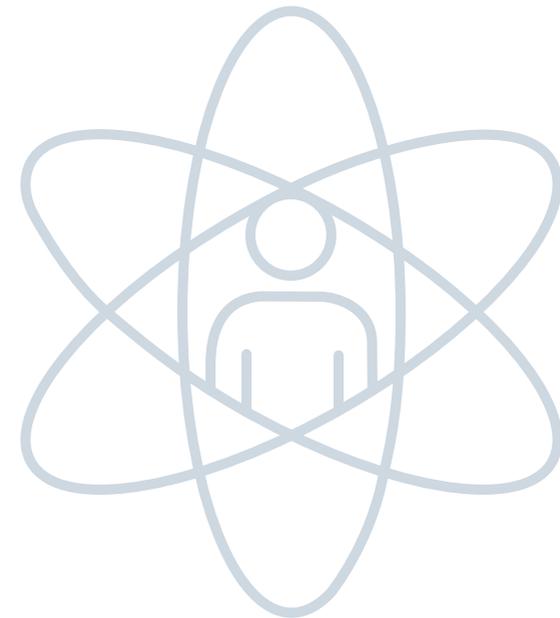
Inhalt

1 Einleitung	3
2 Menschenbild	4
3 Menschenrechte und Pflege	5
4 Ethisch pflegerisches Handeln	9
4.1 Ethische Handlungskompetenz	9
4.2 Hermeneutisches Verstehen in der Pflege	10
5 Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung	12
5.1 Normative Ethik	12
5.2 Die vier ethischen Prinzipien	12
5.2.1 Autonomie-Prinzip	13
5.2.2 Wohltuens-/Fürsorge-Prinzip	13
5.2.3 Nicht-Schadens-Prinzip	13
5.2.4 Prinzip der Gerechtigkeit	14
5.3 Anwendung der vier Prinzipien	14
6 Zusammenfassung	16
7 Glossar	17
8 Literaturverzeichnis	19

1 Einleitung

Ethik dient der werteorientierten Reflexion unseres pflegerischen Handelns in Bezug auf uns selbst, auf unsere Mitwelt und auf unsere Umwelt. Pflegeethik orientiert sich an der Lebenswirklichkeit der Menschen, nicht am naturwissenschaftlichen Paradigma. Denn Pflege ist stets Beziehungsgestaltung, die sich nicht auf einzelne Phänomene beschränkt, sondern den ganzen Menschen in seinem Kontext wahrnimmt, sie kann „als leiblich orientierter Beziehungsberuf aufgefasst werden“ [Moers (2012), 118].

Ausgehend vom leiblichkeitsorientierten Menschenbild verknüpft dieses „Positionspapier zur Stärkung der ethischen Handlungskompetenz in der Pflege“ die allgemeingültigen und als Schutzrechte bestehenden Menschenrechte mit der Pflegeethik. Es zeigt, dass sich ethische Handlungskompetenz sowohl durch hermeneutisches Verstehen normativer Ethik als auch durch die vier Prinzipien (Autonomie-Prinzip, Wohltuens-/Fürsorge-Prinzip, Nicht-Schadens-Prinzip, Prinzip der Gerechtigkeit) in ihrer Anwendung im Pflegealltag auszeichnet. Es soll einen Orientierungs- und Argumentationsrahmen schaffen, um sicherer ethische Fachdiskurse führen zu können.



2 Menschenbild

Menschen sind über ihre Leiblichkeit wesentlich dazu befähigt, auf vielfältige Weise von etwas oder jemandem betroffen zu sein und ergriffen zu werden. Denn Menschen sind nicht nur körperlich beschaffen, sondern primär leiblich. Der Leib jedes Menschen ist dessen absoluter Ort jeder Wahrnehmung und dessen unhintergebares Wahrnehmungsorgan. Er ist vor jedem Dualismus „eine Struktur des gespürten Daseins und des Lebendigseins“ in der Welt [Uzarewicz/Moers (2012), 105]. Mit und durch ihn als Resonanzmedium nehmen wir die Welt, uns und andere in vielschichtigen Situationen über vielfältige Möglichkeiten des Spürens, Empfindens und Affiziert-Werdens wahr. Durch ihn wirkt anderes auf unterschiedlichste Weise auf uns und unser Befinden ein. Der Leib spielt also eine ganz wesentliche Rolle für die Befindlichkeit und die Bedürfnisse des Menschen [ebd., 106]. Als leibliche Wesen in diesem Sinne können wir auf diese Weise durch leibliche Kommunikation vermittelt Spüren, Ergriffen-Werden, Empfinden etc. an der Leiblichkeit anderer Menschen teilhaben, die uns damit etwas angeht, uns ergreift und etwas für uns bedeutet. Pflege und Pflegeethik sollte dieser leiblichen Konstitution des Menschen gerecht werden. Leiblich orientiertes Pflegehandeln geht auf dieser Grundlage deutlich über ein bloß funktionales, rein körperlich-orientiertes Pflegen hinaus. Die leibliche Verfasstheit des Menschen und die gegenseitige Befähigung zur leiblichen Kommunikation verlangen vielmehr ein Pflegen, das geprägt und getragen ist sowohl vom reflektierten eigenleiblichen Spüren der Pflegeperson als auch vom Wahrnehmen der Situationen der zu pflegenden Person. Auf dieser Grundlage kann angemessen auf die persönlichen Bedürfnisse der zu pflegenden Person eingegangen werden. Pflege in diesem Sinne muss ausgerichtet sein an der leiblichen Erfahrung der zu pflegenden Personen [vgl. Moers (2012), 113].

Denn mit der Kategorie der Leiblichkeit wird zugleich die Vulnerabilität/Verletzbarkeit des Menschen zum gemeinsamen anthropologischen sowie ethisch relevanten Fundament krank-/gesundheitspflegerischer Beziehungsarbeit.¹

Die menschliche Verletzbarkeit ist eine je nach Lebenslage unterschiedlich ausgeprägte Abhängigkeit aller Menschen voneinander und eine Angewiesenheit aller

¹ Diese Verletzbarkeit ist also zugleich leiblich, relational, sozial und politisch zu betrachten und ist eine Beziehungskategorie. Vgl. Kohlen (2016), 119, die die Zusammenhänge von Leiblichkeit, Relationalität und Verletzbarkeit aus care-ethischer Perspektive hervorhebt [Hervorhebungen im Original]: „Bis heute gilt die Sorgeethik als eine relationale Ethik, die darauf verweist, dass Menschen existenziell aufeinander angewiesen sind. Ohne Anerkennung dieser anthropologischen Tatsache kann menschliche Autonomie lediglich als ein fiktionales Leitbild moderner Gesellschaften verstanden werden. Die theoretischen Ansätze einer Ethik der Sorge rücken Fragen der Beziehung, deren Güte und daraus erwachsende Verantwortlichkeiten ins Zentrum. Des Weiteren [wird] die Bedeutung von Achtsamkeit, Leiblichkeit und Verletzlichkeit fokussiert. Mit unterschiedlicher Gewichtung wird in den sorgeethischen Theorien auch die Notwendigkeit der Selbstsorge thematisiert.“ Zur politischen Dimension siehe ebd. 124, 127; Timmerman/Baart (2016) 204; Heier (2016), 380-382 sowie Stensöta Olofsdotter (2016) 410 und 420-421.

aufeinander. Sie macht uns alle wesentlich zur Person, die in und durch Beziehungen und wechselseitige Verbundenheiten verschiedenster Art zueinander existiert. So kommt Vulnerabilität einerseits allen Menschen zu, denn alle menschliche, leibliche Lebenswirklichkeit ist fundamental geprägt von Relationalität und relationaler Verantwortung. Andererseits verlangt die menschliche Verletzbarkeit in besonderen Ausprägungen spezifische Formen unterstützenden und fördernden Handelns.

Dabei gestaltet sich das pflegerische Ausgerichtet-Sein auf andere professionell in Form einer fürsorglichen sowie assistierenden Haltung. Diese Haltung verlangt es, „den universellen Bedarf nach helfend-versorgenden Tätigkeiten („care“) mit dem in Einklang zu bringen, was im Einzelfall die beste Form der Zuwendung und Unterstützung zu sein scheint“ [Laugier (2016), 305]. Dieses spezielle Aushandeln kann aufgrund der leiblichen Verfasstheit der Beteiligten nur durch aktive Teilnahme der Pflegenden in einer verstehenden, wertschätzenden und empathischen gemeinsamen Situation mit den zu Pflegenden² gelingen: Der/die Pflegendende „stellt nicht die Frage: ‚Was ist Ihr Problem?‘, sondern: ‚Was ist wichtig für Sie?‘ [...] In diesem engagierten Sehen [...] wird die pflegebedürftige Person als einzigartiges Individuum respektiert und nicht auf eine Sammlung ihrer Bedarfe reduziert.“ [Vanlaere/Timmermann/Grypdonck (2016), 235]. Konkret umgesetzt findet sich dies z.B. in der „Strukturierten Informationssammlung der Entbürokratisierten Dokumentation“ (SIS, 2016), welche mit der Frage startet: „Was ist wichtig für Sie?“ Somit beginnt der Pflegeprozess mit der Selbstaussage der Person, mit der und für die der Pflegeprozess gesteuert wird. Dieses Vorgehen unterstreicht die Wichtigkeit der Subjektbeziehung in der Pflege. Der Zugang zur anderen Person und ihrer Leiblichkeit über die sog. leibliche Kommunikation macht es möglich, die zu pflegende Person als Person zu bewahren. Über leibliche Kommunikation können wir nämlich „entdecken, was für den anderen auf dem Spiel steht“ [Vanlaere/Timmermann/Grypdonck (2016), 235].

3 Menschenrechte und Pflege

Vor diesem anthropologischen Hintergrund wird ebenfalls die systematische Verflechtung pflegerischer Praxis mit den Menschenrechten unmittelbar einsichtig:

Alle Menschen sind in ihrer leiblichen Verfasstheit immer dadurch auf andere verwiesen, dass sie auf der leiblichen Ebene einerseits auf andere einwirken, andererseits aber auch von anderen in vielfältiger Weise betroffen werden und Einwirkungen erfahren. Dies kann, wie gezeigt, die Form von Angewiesen-Sein und Abhängigkeiten annehmen. Menschen, die in dieser Form auf andere angewiesen

² Und/oder An-/Zugehörigen.

sind, sind diesen gegenüber besonders verletzlich/vulnerabel. Aufgrund der umfassenden sowie spezifischen Abhängigkeiten der zu pflegenden Menschen ist die krank-/gesundheitspflegerische Beziehungspraxis eine grundsätzlich asymmetrische Sorge- und Achtsamkeitsbeziehung, die aufgrund ihrer Asymmetrie eine besondere ethische Handlungskompetenz einfordert: Pflegerisches Handeln muss nämlich in diesem besonderen situativen Zusammenhang den Menschenrechten sowie den Werten der Verantwortlichkeit³, der Selbstbestimmung, der Fürsorge und der personalen Würde verpflichtet sein, damit es nicht zu einem Missbrauch dieser Macht- und Abhängigkeitsasymmetrie kommt und damit die zu pflegenden Menschen bestmöglich personorientiert versorgt und begleitet werden können.

Hier spielen die Menschenrechte als universale, in der Menschenwürde und der Leiblichkeit gegründete Freiheits-, Gleichheits- und Anspruchsrechte⁴ eine zentrale Rolle. Sie gelten für jeden Menschen allein auf Grund seines Menschseins. Wegen ihrer umfassenden Bedeutung obliegen dem Staat besondere Gewährleistungspflichten, die Umsetzung und Beachtung dieser Rechte auch in der alltäglichen Praxis und im alltäglichen Umgang miteinander sicher zu stellen.

Der Universalismus der Menschenrechte und ihr grundsätzlicher Bezug zur unverlierbaren Menschenwürde bilden daher auch die Grundlage für die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (2015¹²):

→ „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.“ [Präambel der Charta]

Auch der ICN-Ethikkodex für Pflegenden beruft sich u. a. in §1 „Pflegenden und ihre Mitmenschen“ auf die Menschenrechte:

→ „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. (S. 1, Präambel) [...]

3 „[I]n responsibility ethics, the relationship with others is the starting point. According to Tronto (1993), the ethic of care involves developing a ‚habit of care‘(p. 127). The nurse would ask himself or herself how best meet the caring responsibility.“[Lachmann, V. D. (2012): Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice].

4 Menschenrechte als Anspruchsrechte zu verstehen bedeutet, dass alle Menschen bezüglich der Einhaltung und Umsetzung der Menschenrechte den Anspruch haben und geltend machen können, dass der Staat die Ausübung der Menschenrechte durch pos. Leistungen ermöglicht, z.B. indem der Staat in Ländern ohne ausgebautes Gesundheits- und Bildungssystem eine ausreichende Zahl an Krankenhäusern und Schulen schafft, damit der einzelne Mensch seine Rechte auf Gesundheit und Bildung nutzen kann. Oder indem der Staat Maßnahmen zur Bekämpfung von Hungersnöten, Seuchen etc. ergreift; siehe Krennerich (2005) <http://www.ifeho.de/menschenrechte.pdf> (21.06.2018).

Die grundlegende professionelle Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer professionellen Tätigkeit fördert die Pflege ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“ [S. 2, § 1]

Dieser universale Anspruch der Menschenrechte lässt sich pflegeethisch konkretisieren:

Auf der Basis des Menschenbildes der Leiblichkeit ist die leiblich empfundene Würde der zu pflegenden Person im Sinne des sense of dignity von zentraler Bedeutung. Die „Entwicklung [dieser Würdeempfindung/dieses Spürens von Würde] hängt nämlich wesentlich von den konkreten, empirischen (d.h. „lebensweltlich-leiblichen“) Lebensumständen eines Menschen ab.“ [Bielefeldt (2016), 29]⁵

Mit Blick auf die Wahrung eines derart konzipierten sense of dignity in der Pflege bekommen folgende, in Deutschland gültige Menschenrechtsverträge eine besondere Bedeutung: der internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt, ICCPR), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt, ICESCR) und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Im Einzelnen geht es um die adäquate pflegerische Umsetzung und Beachtung u.a. folgender Rechte:

- Recht auf Leben (UN-Zivilpakt)
- Recht, nicht der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung unterworfen zu werden (UN-Zivilpakt)
- Recht auf Privatheit und Familienleben (UN-Zivilpakt)
- Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (UN-Sozialpakt)
- Recht auf einen angemessenen Lebensstandard für sich und seine Familie (UN-Sozialpakt)
- Abbau von Barrieren (UN-BRK)
- Recht zur Selbstbestimmung (UN-BRK)
- Recht auf Leben in der Gesellschaft (UN-BRK)

[Deutsches Institut für Menschenrechte (September 2016): Position Nr. 3. Menschenrechte in Pflegeheimen. Wie Menschenrechte in der Altenpflege verankert werden können, S. 2]

5 Vgl. ebd., 30: „Mit dem Begriff ‚sense of dignity‘ schlägt die Behindertenrechtskonvention[, die von Deutschland ratifiziert wurde und damit bindend ist] eine Brücke zwischen dem Bekenntnis zur Menschenwürde als axiomatischem Prinzip einerseits und der konkreten Lebenswelt der Menschen andererseits, [die eben leiblich konstituiert ist und] die so gestaltet sein muss, dass diese tatsächlich die Möglichkeit haben, ein Bewusstsein ihrer eigenen Würde und der Würde anderer entwickeln zu können.“ Möglichkeit eines konkreten Bsp.: Uzarewicz (2014:3), 211-216 zum Unterschied zwischen Betruhe und Bettfärgigkeit in Anwendung auf ein würdevolles Sterben [in: Becker, H. (Hrsg.) (2014:3): Zugang zu Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern].

MENSCHENRECHTE SIND FREIHEITS-, SCHUTZ- UND GEWÄHRLEISTUNGSRECHTE!

Es ist damit wesentlich, „Menschenrechte als Gestaltungsinstrument für gute Pflege“ anzuwenden,⁶ die natürlich die Rechte der Pflegenden ausdrücklich einschließt. Um dieses pflegeethische Ziel zu erreichen, müssen Menschenrechte ein Teil der Ausbildung aller im Bereich der Pflege tätigen Personen werden:⁷ Nur so kann der „Paradigmenwechsel – weg vom Fürsorgeobjekt hin zum Rechtssubjekt“,⁸ der einer personorientierten Pflege komplementär zuarbeitet, nachhaltig in der Pflegepraxis und der Pflege als eigenständiger(!) Praxis verankert werden.

Die Umsetzung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes („Human Rights Based Approach“) in der Pflege kann sich an folgenden Prinzipien orientieren (sog. PANEL-principles):⁹

- Participation (Einbezug/Beteiligung) der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen
- Accountability (Verantwortlichkeit) derer, die die Aufgabe haben, diesen Ansatz zu verwirklichen und umzusetzen
- Non-discrimination and equality/equity (Nicht-Diskriminierung und Fairness) u. a. für besonders vulnerable Personengruppen
- Empowerment (Befähigung, Stärkung) aller Beteiligten und Betroffenen hinsichtlich ihrer Rechte und (der Möglichkeiten) der Wahrnehmung dieser Rechte
- Legality (Rechtlicher Rahmen), damit die entsprechenden Menschenrechte auf jeder Ebene vollständig respektiert, geschützt und erfüllt werden.

6 Deutsches Institut für Menschenrechte (September 2016): Position Nr. 3. Menschenrechte in Pflegeheimen. Wie Menschenrechte in der Altenpflege verankert werden können, S. 3.

7 D.h., dass die Menschenrechte Inhalt der Ausbildung aller in der Versorgung, Begleitung und Betreuung tätigen Personen sein sollen.

8 Ebd., 4.

9 Siehe World Health Organisation (WHO) (2015): Ensuring a Human Rights-Based Approach for People Living with Dementia, Online: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf (letzter Zugriff: 17.01.2018).

4 Ethisch pflegerisches Handeln

Professionelles pflegerisches Handeln zeichnet sich durch Reflexion aus. Bereits auf leiblicher Ebene zeigt sich bei den Pflegenden vor, während oder auch nach dem Handeln eine Resonanz. Es stellt sich z. B. ein gutes oder auch weniger gutes Bauchgefühl ein. Nach der Wahrnehmung gilt es, dieses Gefühl zu benennen und bezogen auf das professionelle Handeln zu reflektieren. Hierbei sollten die verschiedenen Perspektiven und Werte aller Beteiligten berücksichtigt werden. In einem kollegialen ethischen Dialog oder einer Fallbesprechung können das Handeln nachvollzogen und alternative Strategien angedacht werden.

4.1 Ethische Handlungskompetenz

Ethische Handlungskompetenz befähigt in diesem Kontext zum zielgerichteten, bewussten und aktiven Handeln bei Wertekonflikten. Sie entwickelt sich während der gesamten beruflichen Laufbahn und ist zentral bei der Erörterung und Beurteilung kritischer Situationen, der Entscheidungsfindung und der Übernahme von Verantwortung. Ethische Handlungskompetenz ist lernbar und setzt sich aus Fach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenz zusammen. Diese vier Teilkompetenzen wirken durch ihr Zusammenspiel.

Teilkompetenzen ethischer Handlungskompetenz	Mögliche Inhalte der Teilkompetenzen ethischer Handlungskompetenz
Fachkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Über ethisches Wissen verfügen • Ethisches Wissen mit dem Pflegehandeln „state of the art“ verknüpfen können
Methodenkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden zum Umgang mit ethischen Fragestellungen beherrschen und anwenden können (z.B. Fallreflexion durch Fallbesprechungen) • Methoden der Entscheidungsfindungen gezielt einsetzen können
Selbstkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsbereitschaft • Reflexionsvermögen • Entscheidungsstärke • Leibliche Sensibilität/reflektiertes leibliches Bewusstsein
Soziale Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Perspektivwechsel vornehmen können • Anderssein anderer zugestehen können • Dialogfähigkeit • Sensibilität/ethisch informierte Offenheit

4.2 Hermeneutisches Verstehen in der Pflege

In der Pflege ergeben sich zahlreiche Situationen, in denen es nicht um ein objektiv richtiges oder falsches Handeln geht. In diesen Situationen stehen kaum verlässliche Messdaten zur Verfügung, da sich der Mensch als Person nicht ausschließlich durch Messwerte erfassen lässt. Nur durch ein annäherndes Verstehen gelingt es, situativ passgenau zu handeln. Dieses annähernde Verstehen ermöglicht die auch leiblich fundierte Hermeneutik. Mit diesem hermeneutischen Verständnis genügen Pflegenden ihrer relationalen Verantwortung, die sich, wie bereits ausgeführt, aus der vulnerablen leiblichen Lebenswirklichkeit jedes Menschen ergibt.

Das griechische Wort Hermeneutik (hermeneúein= aussagen, auslegen, übersetzen) steht zunächst ganz allgemein für die Kunst der Auslegung und der Deutung. Sie ist eine Technik des Verstehens und Verstehen-Könnens. Laut der Pflegewissenschaftlerin Ertl-Schmuck ist das Handeln in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit im hermeneutischen Verständnis keine Anwendung von Regeln,

→ „sondern eine Fähigkeit des Verstehens, der Interpretation der Lebenswirklichkeit in der Zeit. (Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft) Dabei wird die Erfassung der Lebenswelt, über das Erleben, den Ausdruck und das Verstehen vermittelt“ (nach Dilthey). Diese Vermittlung geschieht [unter normalen Umständen zwar] in erster Linie über die Sprache als Ausdruck des Erlebens und des objektiven Geistes. (Tschamler 1983:33)“. [Ertl- Schmuck (2015), S. 62]

Hermeneutisches Verstehen in der Pflege aber berücksichtigt die Person ebenfalls und zusätzlich in ihrem leiblichen Kontext, sodass der Leib der Pflegenden und der zu Pflegenden als wechselseitige hermeneutische Resonanzmedien in den Fokus rücken. Es gilt daher nicht nur, der Person und ihren An- und Zugehörigen genau zuzuhören (sofern sie sich sprachlich noch äußern kann bzw. können). Vielmehr gilt es darüber hinaus, das subjektive Erleben der zu Pflegenden sensibel über möglichst viele Kanäle der leiblichen Kommunikation (Berührung, Spüren, Blick, Einleibung¹⁰, Wahrnehmung von Atmosphären etc.) zuzulassen, aufzunehmen, im Anschluss zu reflektieren und handlungsrelevant werden zu lassen. Nur so kann umfassend und angemessen die individuelle Lebenswelt der vulnerablen zu pflegenden Person erkannt und im Handeln maßgeblich berücksichtigt werden. Um dies zu können, ist es notwendig, die eigene Lebenswelt mit den eigenen Werten als nur eine Möglichkeit von Lebenswelt zu begreifen und neugierig für mögliche andere

Lebenswelten mit anderen Werten zu bleiben. Hierdurch ergeben sich Deutungsspielräume (d. h. hermeneutische Differenzen), die nur durch ein annäherndes Verstehen deutbar sind. Beispielsweise bedeutet Lebensqualität für jeden Menschen etwas anderes. Für einen Menschen in existentieller Bedrohung durch Kälte und Hunger ist eine heiße Suppe mit einem Stück Brot möglicherweise lebensrettendes Highlight. Wird die heiße Suppe mit einem Stück Brot einer Person angeboten, die gerade gefrühstückt hat, so wird die Person die Suppe eher ablehnen. Die Hermeneutik betont die Geschichtlichkeit sowie die situative Verfasstheit des Menschen in seiner Lebenswelt und analysiert die Bedingungen von (Lebens-)Äußerungen des Menschen (z. B. Kultur, Werte) im Ganzen seiner Welt. Es geht hierbei nicht darum, diese Welt im Sinne eines rein empirischen Ursachen-Wirkungsprinzips erklärbar zu machen, sondern als etwas zu verstehen, das von anderen (und uns selbst) situationspezifisch erlebt und erfahren wird. Es geht darum, den enthaltenen Sinn bzw. die Bedeutung für die Person zu erfassen, um die es uns gerade geht, deren Bedürfnisse wir wahrnehmen und deren Rechte und Würde wir achten wollen. Dieser Sinn soll aus dem zu Verstehenden leiblich erspürt und herausgelesen werden und nicht in das zu Verstehende hineingeschrieben werden. Hermeneutisches Verstehen berücksichtigt folgende vier Fragen:

- Was verbindet den „Sender“ und den „Empfänger“?
- Was soll das Verhalten oder das Gesagte ausdrücken?
- Wofür steht es?
- Was soll durch dieses Verhalten oder Gesagte erreicht werden?

Der Neurowissenschaftler und Psychotherapeut H.-G. Petzold gliedert das hermeneutische Verstehen spiralförmig in vier Schritte. (vgl. Petzold, H.G. (2005p) Diese vier Schritte stammen aus dem tieferen Verstehen im therapeutischen Kontext, sind aber auch hilfreich im bewussten Verstehen in Alltagssituationen. Im ersten Schritt wird das Phänomen wahrgenommen, dann wird dieses erfasst. Im dritten Schritt wird das Phänomen verstanden und im vierten Schritt erklärt. Diese viergliedrige Vorgehensweise schützt vor übereilten Urteilen und geht davon aus, dass das beobachtete Phänomen eine eigene Lebensäußerung der Person ist und damit einer individuellen Deutung bedarf.

Wahrnehmen	Erfassen	Verstehen	Erklären
Bewohner/ Patient verhält sich am Ende der Mahlzeiten stets sehr geheimnisvoll.	Bewohner/ Patient steckt sich unauffällig eine Notreserve ein.	Vorwissen: Bewohner/ Patient ist Kriegskind und hat Hunger erlebt.	Bewohner/ Patient sorgt vor, um nie wieder in eine Hungersituation zu kommen.

¹⁰ Siehe World Health Organisation (WHO) (2015): Ensuring a Human Rights-Based Approach for People Living with Dementia, Online: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf (letzter Zugriff: 17.01.2018).

5 Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung

Vor dem Hintergrund einer derart fundierten Hermeneutik erweisen sich zahlreiche Entscheidungen im pflegerischen wie auch medizinischen Alltag als sehr komplex und können u. a. deshalb schwierig sein, weil sie kein eindeutiges Richtig oder Falsch erkennen lassen. Um derart herausfordernde ethische Entscheidungssituationen bewältigen zu können, bedürfen wir zusätzlich zu hermeneutischen Kompetenzen (s. u. zur „komplexen Achtsamkeit“) der normativen Ethik als Orientierung, um auf der Grundlage des Verstandenen zu ermessen, was für wen wie erreicht werden soll und warum.

5.1 Normative Ethik

Normative Ethik zielt auf allgemein verbindliche Aussagen und Prinzipien/Werte, die helfen, zwischen „richtig“ und „falsch“, „gut“ und „böse“ begründungsfähig zu unterscheiden, und die zum Vorteil des zu betreuenden Menschen eingesetzt werden. Da jede Kultur und Gruppe eigene Normen und Werte lebt, ergeben sich auch je nach ethnischer Zugehörigkeit zunächst verschiedene Dimensionen der Ethik und Moral. Im besten Fall allerdings – und die leiblich orientierten Menschenrechte liefern dafür eine relativ verlässliche Basis – entsprechen diese Moralprinzipien weithin anerkannten Überzeugungen und Verhaltensregeln. Bestimmte Werte sind also international und ethisch gleich oder ähnlich, andere signifikant verschieden wie z. B. Familienbild, Bedeutung von Erkrankungen, Frauenbilder etc. Derartige Normen und Prinzipien sind eine vom Menschen entworfene Richtschnur, die das soziale Handeln sowie Zusammenleben erleichtern und kalkulierbar machen soll. In seiner sozialen Wesenheit richtet sich der Mensch stets nach seinen verschiedenen Normen und ethischen Grundhaltungen. Er selektiert sie situationsgerecht, um nachvollziehbar handeln zu können. Je nach Kontext nehmen wir dabei allerdings verschiedene Rollen und Bezüge ein.

5.2 Die vier ethische Prinzipien

Im Bereich der medizinischen und pflegerischen Praxis spielen die sog. vier Prinzipien der Medizinethik von Beauchamp/Childress (2009) eine wesentliche Rolle mit dem Anspruch, weithin geteilt zu werden und in vielen verschiedenen Gesellschaften anwendbar zu sein. Ethische Herausforderungen in der Praxis lassen sich Beauchamp/Childress zufolge durch die Anwendung folgender Prinzipien lösen:

5.2.1 Autonomie-Prinzip

Autonomie-Prinzip (respect for autonomy):

das Selbstbestimmungsrecht der zu betreuenden Person fördern, respektieren und im eigenen Handeln (für die zu betreuende Person) umsetzen.

Die Beachtung des Autonomie-Prinzips beinhaltet dementsprechend, die zu betreuende Person als Selbstzweck zu achten und ihre Selbstbestimmungsrechte anzuerkennen sowie in jeder Lage/jedem Zustand bestmöglich zu fördern. Z. B. bei eingetretener Einwilligung- und Entscheidungsunfähigkeit einer Person bedeutet dies, eventuell vorliegende Vollmachten und Patientenverfügungen zu beachten und in Zusammenarbeit mit den Stellvertreter*innen/Betreuer*innen angemessen umzusetzen, falls nötig zusammen mit den Stellvertreter*innen/Betreuer*innen weitere Willensäußerungen in Erfahrung zu bringen und zu deuten und so den mutmaßlichen Willen der zu betreuenden Person herauszufinden und entsprechend zu achten.

5.2.2 Wohltuens- / Fürsorge-Prinzip

Wohltuens- / Fürsorge-Prinzip (beneficence):

das Wohl(ergehen) und die Würde der zu betreuenden Person als Person fördern

Die Beachtung des Fürsorge-Prinzips beinhaltet die Verpflichtung auf das Wohltun und den bestmöglichen Nutzen durch eine therapeutische Maßnahme für die betroffene Person, d. h. Benachteiligungen oder Krankheiten bestmöglich aufzufangen, zu behandeln bzw. präventiv zu vermeiden und die Einschränkungen bzw. Beschwerden der zu betreuenden Person zu lindern. Die Beachtung dieses Prinzips ist dabei eng mit der Beachtung des Autonomie-Prinzips wie mit der des Nicht-Schadens-Prinzips verknüpft und muss sich daran ausrichten.

5.2.3 Nicht-Schadens-Prinzip

Nicht-Schadens-Prinzip (nonmaleficence):

der zu betreuenden Person keinen Schaden und kein unnötiges Leid zufügen; häufig in Form der Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme für diese Person

Das Nicht-Schadens-Prinzip bedeutet das absichtsvolle/bewusste und umfänglich reflektierte und damit begründungsfähige Unterlassen von Handlungen, die für eine zu betreuende Person unnötiges Leid und unangemessenen Schaden bedeuten. In Verbindung mit dem Prinzip des Wohltuns/der Fürsorge strukturiert das Nicht-Schadens-Prinzip folglich die Abwägung zwischen den positiven Effekten einer Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahme und ihren negativen Effekten, also den durch sie verursachten Belastungen für die zu betreuende Person (und ihre An-/Zugehörigen). Dabei ist zu beachten, und das gilt ebenso wie für das Nicht-Schadens-Prinzip auch für das Fürsorge-Prinzip, dass die Kategorien des

Wohls und des Leids, die hier für eine Beurteilung und Abwägung herangezogen werden müssen, mehr umfassen als rein formale Parameter. Hier wird also die Binnenperspektive der unmittelbar Betroffenen mit einbezogen.

5.2.4 Prinzip der Gerechtigkeit

Prinzip der Gerechtigkeit (justice):

verantwortungsvoller, transparenter und reflektierter Umgang mit knappen Ressourcen sowie Gewährleistung von Fairness und Freiheit von Diskriminierung für alle Betroffenengruppen

Das Prinzip der Gerechtigkeit verpflichtet zum einen zum verantwortungsvollen, möglichst umfassend abgewogenen und diskriminierungsfreien Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel („Verteilungsgerechtigkeit im Sinne einer angemessenen Prioritätensetzung“). Zum anderen verpflichtet es sowohl einzelne Akteure wie auch gesellschaftliche Institutionen dazu, allen Menschen ihrer Diversität und ihren Möglichkeiten entsprechend fairen Zugang zu Förderung, Hilfe und Unterstützung, auf die sie ein Anrecht haben, sicherzustellen.

5.3 Anwendung der vier Prinzipien

Sowohl der ICN-Ethikkodex für Pflegenden als auch z. B. die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ berufen sich auf diese vier Prinzipien, bzw. legen sie ihren Ausführungen zugrunde. So werden z. B. in der Präambel des Ethikkodex die Achtung des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit als Prinzipien der Pflege genannt, die „zum Wohle des Einzelnen“ ausgeübt werden sollen. In den Ausführungen zur Ausbildung werden die Prinzipien Beneficence und Nonmaleficence ausdrücklich genannt, das des Respekts vor der Autonomie im Rahmen der „informierten Zustimmung (informed consent)“ konkretisiert. Die bereits in der Präambel geforderte Diskriminierungsfreiheit ist als Abbildung des Prinzips der Gerechtigkeit zu lesen.

In der Charta werden wiederholt Selbstbestimmung, Fürsorge und der Schutz vor unsachgemäßer medizinischer und pflegerischer Behandlung als verpflichtende Prinzipien thematisiert, auf deren Umsetzung zu Pflegenden einen uneingeschränkten Anspruch haben. Hier ist zudem bereits der erste Absatz der Präambel als Ausdruck des Prinzips der Gerechtigkeit zu verstehen:

→ „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden.“

Man kann die vier Prinzipien also auch als Werte ansehen, deren Beachtung und Umsetzung dazu beitragen kann und soll, einen würdevollen Umgang mit

zu pflegenden hilfebedürftigen Menschen sicherzustellen. Auch wenn die vier Prinzipien der Medizinethik somit fest in pflegeethischen Grundsätzen verankert sind, müssen sie dennoch bei schwierigen Entscheidungen jeweils personorientiert und in der jeweiligen, individuellen Pflege- und Behandlungssituation konkret ausgedeutet und dann miteinander abgewogen werden. Aus pflegeethischer Perspektive bedeutet dies, ihre Bedeutung für die jeweilige Würdeempfindung – den „sense of dignity“ – festzustellen und in den multidisziplinären Dialog einzubringen. Dabei sollte die Leibnähe der Pflege als „Beziehungs- und Berührungsberuf“ [Uzarewicz/Uzarewicz (2005), 177] eine zentrale und konstituierende Rolle spielen. Die Potenziale der pflegetyptischen Leibnähe treten denen der empirisch-naturwissenschaftlich geprägten Medizin in ethischen Entscheidungssituationen komplementär zur Seite und sollten die entsprechende Beachtung finden. Hier spielen Wissensinhalte – z. B. über die leiblichen Aspekte der Anthropologie und über die Prinzipien sowie deren Anwendungsformen – eine wichtige Rolle wie auch pflegespezifische, ethisch-hermeneutische Kompetenzen. Ein Beispiel für eine derartige, vielschichtige Kompetenz ist die „komplexe Achtsamkeit“ [Straubenmüller (2018), 50-51], zu der Pflegenden aufgrund der verschiedenen Formen leiblicher Kommunikation besonders befähigt sind. Diese Achtsamkeit „ermöglicht eine Pflege, die aufspürt, worum es gerade wirklich geht, und nicht starr daran festhält, geplante Maßnahmen abzuarbeiten.“ (ebd.) Straubenmüller führt ebd. weiter aus:

→ „Insbesondere durch ihre hohe leibliche Anwesenheit im Alltag der zu pflegenden Personen (Weidert 2007) haben Pflegenden die Möglichkeit, in Resonanz zu treten (Rosa 2016c) mit besonderen Lebenslagen und diese tiefer zu verstehen als viele Außenstehende. Die Situationswahrnehmung Pflegenden ist durch ihr spezielles in Beziehung stehen ein essenzieller Anhaltspunkt in Entscheidungsfindungsprozessen (Gilligan in Kohlen u. Kummbruck 2008, S. 4). Das Wissen, das aus der Gestaltung (scheinbar) banaler Geschehnisse wie der täglichen Körperpflege und dem nebenbei geführten Gespräch hervorgeht, weist vielfach eine besondere Qualität auf (Friesacher 2015). Das Wahrnehmen [und Explizieren] „vielsagender Eindrücke“ (Schmitz 2014, S. 48) ist denen vorbehalten, die da sind.“

Im Gesundheitswesen sind es vor allem die Angehörigen der Pflegeberufe, die stets präsent sind und professionelle Verantwortung übernehmen.

6 Zusammenfassung

Eine menschenrechtlich informierte ethische Handlungskompetenz in der Pflege zeigt sich wesentlich u. a. in einem umfassenden hermeneutischen Verstehen der in Frage stehenden persönlichen Situation der zu Pflegenden und in der darauf aufbauenden, konkreten Anwendung der vier ethischen Prinzipien (dem Autonomie-Prinzip, dem Wohltuens-/Fürsorge-Prinzip, dem Nicht-Schadens-Prinzip, dem Prinzip der Gerechtigkeit) der normativen Medizinethik. Die für alle Menschen grundlegende Verletzbarkeit und Angewiesenheit auf andere kommt den zu pflegenden Menschen in besonderer Weise und in höherem Maße zu: Denn aufgrund der umfassenderen Abhängigkeiten der zu pflegenden Menschen ist die kranken-/gesundheitspflegerische Beziehungspraxis eine grundsätzlich asymmetrische Sorge- und Achtsamkeitsbeziehung. Damit es nicht zu einem missbräuchlichen Ausnutzen dieser Macht- und Abhängigkeitsasymmetrie und der sich daraus ergebenden Verletzbarkeiten auf Seiten der Patient*innen und Bewohner*innen kommt, sollte pflegerisches Handeln den Menschenrechten sowie den Werten der Verantwortlichkeit,¹¹ der Selbstbestimmung, der Fürsorge und der personalen Würde verpflichtet sein. Um diesen Werten in der Praxis zu genügen, müssen diejenigen, die gefördert und begleitet oder gepflegt werden sollen, in ihrer leiblichen Befindlichkeit wahrgenommen und verstanden werden. Die Arbeit gemeinsam mit ihnen sollte dementsprechend der Personorientierung genügen: Sie sollte sich – auf der Grundlage der verstehenden leiblichen Kommunikation – an den Bedürfnissen und den Anforderungen der komplexen Situation der einzelnen Person ausrichten und dabei von Empathie, Verständnis und Wertschätzung getragen sein. Denn nur so ist es möglich, sich adäquat auf die andere Person einzustimmen oder mit ihrer Befindlichkeit mitschwingen zu können.¹²

Die Vulnerabilität der kranken und pflegebedürftigen Situation verlangt aus sich heraus eine moralisch angemessene Antwort auf die mit der Verletzlichkeit verbundenen Bedürfnisse und Bedarfe. Sie hat in diesem Sinne einen speziellen Appellcharakter. Denn auch – und grundlegend – auf dieser Ebene lebensweltlicher Wirklichkeit gilt es, der Würde und dem Würdeempfinden (sense of dignity, s. o.) der zu pflegenden Person gerecht zu werden.

11 „[I]n responsibility ethics, the relationship with others is the starting point. According to Tronto (1993), the ethic of care involves developing a ‚habit of care‘ (p. 127). The nurse would ask himself or herself how best meet the caring responsibility.“ [Lachmann, V. D. (2012): Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice].

12 Vgl. auch Timmerman/Baart (2016), 205.

7 Glossar

Affiziert-Werden:

Als spürende und empfängliche Menschen, die mit ihrer Um- und Mitwelt (siehe auch „Mitwelt“) über den eigenen Leib (siehe auch „Leib/Leiblichkeit“) als resonantes Medium verbunden sind, können wir von äußeren Eindrücken mehr oder weniger intensiv ergriffen und durch das Spüren der Ergriffenheit in unserem Befinden beeinflusst werden. Wenn dies geschieht und wir so von etwas betroffen sind und uns etwas auf diese Weise angeht, spricht man davon, dass wir „affiziert werden“.

Hermeneutik:

Im Mittelpunkt der Hermeneutik steht das Verstehen und Deuten der konkreten Situation, in der eine ethische Frage auftaucht oder eine ethische Entscheidung nötig ist. Das pflegerische Verstehen richtet sich dabei auf die Besonderheiten der kranken Person als Person und ihrer Lebenslage sowie Lebensgeschichte: So fließt die Wirklichkeit aller Beteiligten als gedeutete Wirklichkeit in den Entscheidungsprozess ein. Gerade Pflegende können ihre leiblichen Wahrnehmungen (siehe auch Leib/Leiblichkeit) in diesen Verstehens- und Deutungsprozess einbringen, um dessen zwischenmenschliche Anteile aus einer offenen Haltung des Gewährenlassens zu wahren (vgl. Maio, G. [2017]: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2. Auflage. Stuttgart, S. 175-184 und den Abschnitt 4.2. „Hermeneutisches Verstehen in der Pflege“ dieses Positionspapiers).

Leib und Leiblichkeit:

Wenn Pflegende in der Begegnung und Beziehung mit den zu Pflegenden oder auch mit Angehörigen oder Kolleg*innen achtsam gegenüber Stimmungslagen und Befindlichkeiten sind, wenn sie „da und präsent sind“ und „dabei bleiben“, wenn sie spüren, was in einer bestimmten Situation angemessen ist und was die Betroffenen wirklich etwas angeht, ohne dies anfänglich näher bestimmen zu können, wenn sie augenblicklich erfassen oder empfinden, „was los ist“, dann können sie all' dies, weil sie aufgrund ihrer Nähe zu den Betroffenen leiblich agieren. So können Pflegende zunächst unwillkürlichen Eindrücken und Erkenntnissen Raum geben, sie gelten lassen und sich später darum bemühen, diese persönlichen Tatsachen zu reflektieren und in ihr Handeln einzubeziehen.

Denn dieses Spüren, Erfassen und Erleben, diese Formen komplexer Achtsamkeit, die mehr und Anderes sind, als die reine Beobachtung medizinischer Parameter, all' dies sind Formen leiblicher Wahrnehmung. Das, womit und wodurch Menschen dies alles gelingt, ist der spürbare Leib. Der Leib ist der Träger dieser Empfindungen. Durch ihn als Resonanzmedium stehen wir ganzheitlich in Verbindung mit unserer Umwelt. Als umfassende Wahrnehmungssphäre ermöglicht unser Leib uns ein Spüren, Erleben und Wahrnehmen, das uns unmittelbar angeht und wi-

derfährt (wie z. B. das Erschrecken oder die eigene Scham). Im Unterschied zum Körper mit seinen fünf Sinnen, der eine distanzierte Sicht auf die Welt erlaubt, ist das leibliche Welterleben direkt und schwerer auszudrücken. Auch können wir uns zum eigenen Leib viel schwerer in Distanz setzen als zum Körper, der in seinem Funktionieren entlang naturwissenschaftlicher Parameter ge- und vermessen werden kann. Um den Körper und seine Funktionen zu verstehen, benötigen wir die Sinne und Apparate; unser Leib versteht sich im Spüren quasi unmittelbar selbst. Seine Skala spürbarer Zustände kann mit den klassischen fünf Sinnen des Körpers (Sehen, Tasten, Hören, Riechen, Schmecken) nicht wahrgenommen werden.

So geht der Leiblichkeitsbezug der Pflege weit über das empirisch-wissenschaftlich orientierte „Verständnis der klassischen Medizin hinaus und [...] verweist auf die Eigenständigkeit der Pflege als Profession“ (vgl. Uzarewicz/Uzarewicz [2005], S. 175-176).

Mitwelt:

Ganz allgemein bezeichnet der Begriff „Mitwelt“ zunächst die Gemeinschaft der Mitmenschen, die in der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Universal Declaration of Human Rights) als „human family“ bezeichnet wird und der ein Mensch nicht gegenüber steht, sondern deren Teil jeder Mensch ist. Zugleich werden mit dem Begriff „Mitwelt“ die Beziehungen, die Menschen zueinander haben, als zentrale Momente menschlichen Lebens in ihren Auswirkungen auf das Erleben des Menschen berücksichtigt. Allerdings ist der Umfang der Mitwelt nicht starr festgelegt auf die „human family“ – wer oder was Teil der Gemeinschaft und der in ihr ausgeprägten und sich ausprägenden Beziehungen wird und werden kann, ist ein offener Prozess. So kann z. B. auch die Natur zur Mitwelt werden, sodass sich der Mensch nicht als Gegenüber der Natur begreift, sondern als einen Teil von ihr, der in die Beziehungsnetze der Natur eingewoben ist wie in die Beziehungsgeflechte der menschlichen Gesellschaften und Kulturen.

Vulnerabilität / Verletzbarkeit:

Als wesentliche Eigenschaft menschlichen Daseins gehört Vulnerabilität zunächst zur leiblichen Verfasstheit (siehe auch „Leib/Leiblichkeit“) des Menschen, durch die er sich in vielerlei Hinsicht als offen zu seiner Umwelt, als angreifbar, hilfsbedürftig, abhängig und verwundbar erweist. Diesem grundsätzlichen Verständnis ist jedoch zugleich eine weitere Perspektive auf Vulnerabilität an die Seite zu stellen, die die Verletzbarkeit des Menschen in den unterschiedlichen Beziehungen erfasst, in denen er sich befindet. Dazu zählen auch gesellschaftliche Strukturen – etwa Machtasymmetrien, einseitige Abhängigkeiten, Ungerechtigkeiten etc. –, durch die Menschen erhöhten Risiken von Missbrauch, Ausbeutung oder Entwürdigung ausgesetzt sind. Unter dieser Perspektive lassen sich Missstände, Verantwortlichkeiten und Pflichten besser erfassen, die den besonders vulnerablen/verletzbaren Personenkreisen in ihrer Mitwelt (siehe auch „Mitwelt“) geschuldet werden.

8 Literaturverzeichnis

- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford, New York, Oxford University Press.
- Becker, H. (Hrsg.) (2014): Zugang zu Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Berufsfeldern. 3. Auflage. Freiburg, München, Verlag Karl Alber.
- Bielefeldt, H. (2016): Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen. Einige Grundsatzüberlegungen. In: Frewer/Bielefeldt (2016), S. 19-56.
- Conradi, E., Vosman, F. (Hrsg.) (2016): Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt, New York, Campus Verlag.
- Ertl-Schmuck, R., Unger, A., Mibs, M., Lang, Ch. (2015): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. UVK-Verlagsgesellschaft Konstanz.
- Fischer, P. (2003): Einführung in die Ethik. München, Wilhelm Fink Verlag.
- Fölsch, D. (2017): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. 3. Überarbeitete Auflage. Wien, Facultas Verlag.
- Frewer, A., Bielefeldt, H. (Hrsg.) (2016): Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Bielefeld, transcript Verlag.
- Großklaus-Seidel (2002): Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegenden ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag.
- Heier, J. (2016): Relationale Verantwortung – Vergangenheitszugewandte und zukunftsbezogene Sorge. In: Conradi/Vosman (2016), S. 369-387.
- Helmchen, H., Kanowski, S., Lauter, S. (2006): Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag.
- Kohlen, H. (2016): Sorge als Arbeit und Ethik der Sorge – Zwei wissenschaftliche Diskurse. In: Conradi/Vosman (2016), S. 115-127.
- Lachmann, V. D. (2012): Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.682.9082&rep=rep1&type=pdf> (abgerufen am 31.08.2018).
- Laugier, S. (2016): Verletzlichkeit und Verantwortung – Über das Alltägliche der Ethik. In: Conradi/Vosman (2016), S. 297-318.
- Miller, M. A., Babcock, D. E. (2000): Kritisches Denken in der Pflege. Deutschsprachige Übersetzung von A. Abt-Zegelin und F. Wagner. Bern, Hans Huber-Verlag.
- Moers, M. (2012): Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln. In: Pflege und Gesellschaft 17. Jg, Heft 2 (2012). <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/12/PG-2-2012.pdf> (abgerufen am 04.10.2018).
- Petzold, H.G. (2005p): „Vernetzendes Denken“. Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie. In: memoria Paul Ricoeur 27.02.1913 -20.05.2005. FPI-Publikationen, Verlag Petzold +Sieper Hückeswagen, Ausgabe 10/2013.
- Riedel, A., Linde, A.-C. (Hrsg.) (2018): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte–Werte–Phänomene. Berlin, Springer.
- Schmitz, H. (1998): Der Leib, der Raum und die Gefühle. Ostfildern.
- Stensöta Olofsdotter, H. (2016): Achtsames Verwaltungshandeln – Plädoyer für eine Care-Ethik des öffentlichen Dienstes. In: Conradi/Vosman (2016), S. 409-427.
- Strukturierte Informationssammlung (SIS 2016): <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklaerung/strukturierte-informationssammlung-sis-als-element-des-strukturmodells/> (abgerufen am 24.06.2018).
- Steinkamp, N., Gordijn, B. (2003): Ethik in der Klinik – Ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. München, Luchterhand.
- Stevens Barnum, B. (2002): Spiritualität in der Pflege. Bern, Hans Huber-Verlag.
- Straubenmüller, V. (2018): Achtsam und ethisch sensibel pflegen. In: Riedel/Linde (2018), S. 47-53.
- Timmerman, G., Baart, A. (2016): Plädoyer für eine empirisch begründete Ethik der Achtsamkeit, Präsenz und Sorge. In: Conradi/Vosman (2016), S. 189-208.
- Tschudin, V. (1988): Ethik in der Krankenpflege. Basel, Recom.
- Uzarewicz, C. (2014): Über die Räumlichkeit des Sterbens. In: Becker (2014), S. 201-223.
- Uzarewicz, C./Moers, M. (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. In: Pflege und Gesellschaft 17. Jahrgang, Heft 2. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/12/PG-2-2012.pdf> (abgerufen am 31.08.2018).
- Uzarewicz, C., Uzarewicz, M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Stuttgart, Lucius und Lucius.
- Vanloere, L., Timmermann, M., Grypdonck, M. (2016): Pflegehandeln am eigenen Körper erfahren – ‚Ausgesetztsein‘ in simulierten Situationen. In: Conradi/Vosman (2016), S. 231-247.

Arbeitsgruppe Ethik im DBfK Südwest e.V.

Eduard-Steinle Straße 9

70 619 Stuttgart

Kontakt: suedwest@dbfk.de

Telefon: 0711/47 50 61

Stuttgart, im November 2018