



Ethische Konflikte

- Lösungsvorschläge aus der Praxis für die Praxis

Inhalt

Einleitung	2
Herausforderungen und Begriffsbestimmungen	3
Moral Distress in der Pflege	5
Das eigene Handeln begründen	6
Dilemmata im Krankenhaus	8
Ansprechpartner/innen für ethische Fragen	9
Fallbeispiele und Analyse	11
Fall 1: Unbemerktter Tod durch Personalmangel	14
Fall 2: Das Problem des Aufhörens	16
Fall 3: Nächtliches Waschen	19
Den Alltag gestalten	21
Ausblick	23
Literatur	24



Ethische Fragestellungen mutig angehen

Prioritäten im Pflegealltag setzen

Ein regelmäßiger Austausch mit Ärzt/innen, Therapeuten/innen und allen beteiligten Berufsgruppen ist hilfreich und unabdingbar. Zum Nutzen der Patienten/innen und der Familien.

Einleitung

Eine Pflegefachperson meldet sich für den anstehenden Spätdienst krank. Es kann kein/e Kollege/in für den Ausfall gefunden werden. Die Schicht muss unterbesetzt laufen. Die verbliebenen Pflegefachpersonen müssen kurzfristig entscheiden, welche Aufgaben zu erledigen sind, wie die Pflege durchgeführt werden kann und was liegen bleiben muss.

Die Herausforderung der verbliebenen Pflegefachpersonen ist es nun, Prioritäten zu setzen und Entscheidungen zum Vor- und Nachrang bei der pflegerischen Versorgung zu treffen. Beispielsweise zu entscheiden, was wichtiger ist: die reguläre Medikamentenbestellung oder eine/n sterbende/n Patienten/in begleiten? Den Sterilgut-Vorrat überprüfen oder Angehörigen Trost zusprechen? Diese Aufzählung lässt sich beliebig verlängern. Dahinter verbirgt sich die Frage, wie Pflegefachpersonen mit personellen Engpässen umgehen. Wie bewältigen sie den Spagat zwischen einer kritischen Situation und der Gewährleistung eines geregelten Stationsablaufes, ohne den Blick für das Wesentliche, nämlich für die Patienten/innen zu verlieren?

Die oben geschilderte Situation ist nichts Außergewöhnliches, sondern der Normalfall in vielen deutschen Krankenhäusern. Personalmangel und kurzfristige Personalausfälle, plötzliche Engpässe, die trotz Personalpool nicht kompensiert werden können, bringen Pflegefachpersonen immer wieder an die Grenzen des Machbaren und Erträglichen. Häufig am Wochenende oder im Spät- und Nachtdienst und ohne Unterstützung von Führungskräften müssen sie Prioritäten setzen und rechtlich vertretbare sowie ethisch begründete Entscheidungen treffen. Nicht immer werden diese Situationen befriedigend gelöst, häufig bleibt ein un gutes „Bauchgefühl“ zurück.

Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Pflege im Krankenhaus“ im DBfK erleben diese Dilemmata häufig im eigenen Alltag. Daher haben sie das Thema aufgegriffen und wollen Hilfe und Impulse zur Reflexion geben, mögliche Lösungsstrategien aufzeigen und Unterstützung anbieten. Neben Informationen und einer Beschreibung und Analyse von praktischen Fällen werden Empfehlungen für den Umgang mit belastenden Situationen gegeben.

Herausforderungen und Begriffsbestimmungen

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegenden üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus...

(aus der Präambel des ICN Ethik-Kodex, 2012)

Im Verlauf der pflegerischen Ausbildung steht das Thema Ethik auf dem Lehrplan. Zukünftige Pflegefachpersonen sollten den Ethikkodex kennen und anwenden lernen. Die definierten und klar formulierten Kriterien bieten in der Praxis Orientierung und sind Beispiel für professionelles Verhalten. Angestrebt ist, die Ideale, Werte und Prinzipien in alltägliche Entscheidungen einzubeziehen und auf das eigene Handeln in die Praxis zu übertragen.

Aber der Alltag in deutschen Krankenhäusern stellt die Pflegefachpersonen häufig vor die Herausforderung, mit begrenzten Ressourcen einerseits die pflegerische Versorgung der Patienten und andererseits die klinischen Abläufe organisieren zu müssen¹. Besonders belastende Situationen entstehen vor allem auch am Anfang und am Ende des Lebens oder bei der Pflege von Menschen mit lebenszeitbegrenzenden Krankheiten. In der Akutversorgung müssen oft Entscheidungen zur Therapiebegrenzung bzw. dem -fortgang mitgetragen werden.

In ihren Entscheidungen orientieren sich Pflegefachpersonen zum einen an Normen wie z.B. den formalen Vorgaben zur Qualitätssicherung, spezifischen Leitlinien und Standards. Zum anderen hat jeder Mensch eigene grundsätzliche Vorstellungen über richtiges oder falsches Handeln, verfügt also über einen eigenen Wertekanon. Werte werden beispielsweise geprägt durch kulturelle und soziale Normen und eigene Erfahrungen, welche sich im Laufe des Lebens verändern können. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff der „guten Sitte“ verwendet. Im Folgenden werden die relevanten Begriffe erklärt.

Moral ist die Gesamtheit von ethisch-sittlichen Normen, Werten, Grundsätzen, die das zwischenmenschliche Verhalten in einer Gesellschaft regeln und die überwiegend als verbindlich akzeptiert oder zumindest hingenommen werden. Moral ist also die Summe der tatsächlich geltenden Normen und Regeln in einer Gesellschaft und ist kultur- und gesellschaftsabhängig. Moral beschreibt, was Menschen faktisch für richtig halten oder was sie tun, gemäß ihren Vorstellungen vom richtigen Handeln. Je nach Akzentsetzung kann Moral entweder das Verhalten im Einklang mit den geltenden Normen und Werten, auch „Sittlichkeit“ genannt, oder die Normen und Werte selber bezeichnen (Schlensog, 2009).

Ethik ist das systematische Reflektieren von Normen und Regeln (Rabe, 2009). Oft wird Ethik von Pflegefachpersonen als etwas Theoretisches gesehen, was fernab der Praxis liegt. Es sollte aber als Bestandteil der pflegerischen Praxis verstanden werden, als Aufgabe der Akteure im Gesundheitswesen. Ethische Reflexionen unterstützen die professionell Pflegenden bei ihrer Rückbesinnung auf die Grundlagen ihrer Moralität und regen zur Kritik herrschender Moral an. Ethische Reflexion wird dort notwendig, wo die tägliche Praxis Fragen und Konflikte aufwirft, und wo durch Grenzsituationen das bisher Selbstverständliche in Frage gestellt wird. Sie dient der Rückbesinnung auf die Grundlagen der moralischen Orientierung und der Klärung wichtiger Begriffe (Rabe, 2009).

¹ Fast alles ist auf andere Versorgungsbereiche übertragbar.

Berufsethik umfasst sowohl die persönlichen Wertsetzungen, die bei der Ausübung des Berufs Beachtung finden, aber auch die Gesamtheit der Werte und Normen eines bestimmten Berufsstandes, die bei der Ausübung des Berufes von den Berufstätigen beachtet werden sollen. Berufsethik spielt in vielen Berufen eine wichtige Rolle, z.B. bei der Feuerwehr, der Polizei, in der sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen. In Deutschland hat sich im Lauf der Jahre eine wissenschaftliche Debatte um eine eigene Pflegeethik entwickelt. Pflegeethik beschäftigt sich mit den Fragen und Problemen, die sich aus dem Aufgabenbereich der Pflege ergeben. Sie fragt, was ein gutes, gerechtes pflegerisches Handeln ausmacht, liefert Hilfestellungen bei Entscheidungen und definiert Ziele für Pflegefachpersonen, die Orientierung bzw. Sicherheit im täglichen Tun geben sollen (Nagel, 2016).

1953 wurde der internationale Ethikkodex für Pflegende vom International Council of Nurses (ICN) verabschiedet. Der Kodex wurde seither mehrmals angepasst und bestätigt und liegt in der letzten Fassung von 2012 vor. In Deutschland gibt es seit etwa 1970 unterschiedliche, beobachtbare Entwicklungsphasen einer Pflegeethik. Während anfänglich bürgerlich-weibliche und caritative Tugenden im Vordergrund standen, folgte dann die Phase der umfassenden

Versorgung des/r Patienten/innen im Sinn einer Ethik des guten Lebens. Die helfende Beziehung zum Patienten/in stellte die zentrale Aufgabe der Pflege dar (Bobbert, 2002; Rabe, 2009). Die derzeitige Fassung des Ethikkodex des ICN wird vom DBfK als Grundlage der Berufstätigkeit aller professionell Pflegenden in Deutschland verstanden.

Die Diskussion um die Ethik in der Pflege ist immer auch geprägt von dem Ringen um Professionalisierung und Akademisierung in Verbindung mit dem beruflichen Selbstverständnis und der Entwicklung der Pflegewissenschaft. Die Bemühungen der Berufsgruppe Pflege, sich gegenüber der Medizin abzugrenzen und zu profilieren, waren angesichts der Hierarchie im Gesundheitswesen und der Bevormundung und Instrumentalisierung durch die Ärzteschaft verständlich und notwendig. Das gilt auch für den Bereich der Ethik. Inzwischen geht jedoch die Diskussion dahin, dass die Abgrenzung auch zu weit gehen kann. Denn Pflegefachpersonen und Ärzte/innen haben eine gemeinsame Aufgabe. Beide Berufsgruppen haben Grund, die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung kritisch zu hinterfragen. Daher wurde angeregt, von einer Ethik in den Gesundheitsberufen zu sprechen (Rabe, 2009), deren gemeinsames Ziel das Wohl der Patienten/innen ist.



Moral Distress in der Pflege

Im internationalen Sprachgebrauch hat sich der Begriff „Moral Distress“ für die Beschreibung einer moralischen Notlage eingebürgert. Abgeleitet aus dem Wort Stress (Anspannung, Druck) steht „Distress“ für Not, Bedrängnis oder Verzweiflung. „Distress“ wird als unangenehm oder überfordernd empfunden und hat negative Folgen, insbesondere wenn er häufig auftritt. 1984 wurde das Phänomen erstmalig beschrieben: „Moral Distress entsteht, wenn man weiß, was richtigerweise zu tun wäre, jedoch institutionelle Zwänge es beinahe verunmöglichen, den richtigen Handlungsverlauf zu verfolgen“ (nach Jameton in Engi, 2015).

Heute geraten immer mehr und immer häufiger Pflegefachpersonen in moralischen Stress. Hauptursache sind institutionelle Zwänge wie Zeitmangel, Personalknappheit, Arbeitsverdichtung, Hierarchie, ökonomischer Druck etc. Es entsteht ein Wertekonflikt und die Situation erscheint unlösbar. Laut Engi (2015) hat moralischer Distress sowohl Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Pflegefachperson und ihre Handlungen als auch auf den Umgang mit den Patienten/innen und deren Angehörigen.

Moralischer Stress hat für die Betroffenen viele Folgen, wie z.B. Trauer, Wut, Frustration, Schuldgefühle, physische Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Widerwille gegen die Arbeit, emotionaler oder physischer Rückzug (Engi, 2015). Weitere Auswirkungen sind Burn-Out, Berufsflucht, Zynismus und Coolout. Dieses Phänomen wird von Kersting seit 20 Jahren mittels der Coolout-Studien untersucht und veröffentlicht (Kersting, 2017).

Wie halten Pflegefachpersonen den Widerspruch zwischen dem gesetzlich verankerten und pflegefachlichen Anspruch und der Sicherung der funktionalen Arbeitsabläufe innerhalb der ökonomischen Zwänge im Krankenhausalltag aus? Eine häufige und naheliegende Strategie als Fluchtweg aus der unlösbaren Situation sind „Auszeiten“ in Form von Krankheitstagen oder Teilzeitregelungen. Langfristig jedoch lernen laut Kersting die Pflegefachpersonen „sich kalt“ zu machen. Das bedeutet, sie entwickeln gegenüber dem unauflösbaren Widerspruch in den an sie gestellten Anforderungen eine Tendenz der

Gleichgültigkeit. Dieses „Sich-kalt-Machen“ (Coolout) lässt sich als eine moralische Desensibilisierung beschreiben (Kersting, 2017). Die Betroffenen eignen sich Strategien an, um sich zu schützen. Gleichzeitig stabilisieren sie dadurch die bestehenden Zustände. Diese Phänomene treten in allen Bereichen im Gesundheitswesen, aber auch in anderen Berufen (Feuerwehr, Polizei) auf.

Nach Kleinknecht-Dolf (in Eisele, 2017) empfinden Pflegefachpersonen den Zeitmangel als besonders belastend. Hinzu kommen ein hoher Administrations- und Dokumentationsaufwand sowie der zunehmende Kostendruck, der vor allem Abteilungsleitungen belastet. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in klinischen Situationen wird vor allem dann als bedrückend empfunden, wenn pflegerische Fachexpertise, z.B. beim Schmerzmanagement oder bei palliativer Betreuung nicht einbezogen wird und Pflegefachpersonen sich übergeben und machtlos fühlen.

In Deutschland rückt das Thema allmählich stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit. Auch international wird schon länger dazu geforscht. Laut American Association of Critical-Care Nurses (AACN) ist moralischer Stress ein kritisches, häufig ignoriertes Problem in Gesundheitseinrichtungen (McCue, 2010). Er schränkt die Fähigkeit der Pflegefachpersonen, die Patienten/innen optimal zu versorgen und Zufriedenheit in der Arbeit zu finden, stark ein. AACN verweist auf die Verantwortlichkeit der Pflegefachpersonen und der Arbeitgeber, moralischen Stress durch entsprechende Maßnahmen und Programme zu minimieren. Die Richtlinie „The 4 A's to Rise Above Moral Distress“ zur Erkennung, Reflexion und Linderung moralischer Notlagen ermuntert zum Handeln. Vier mal A steht für Ask, Affirm, Assess, Act (frei übersetzt: nimm bewusst wahr und benenne es, sprich es aus, beurteile es, werde aktiv). Anhand der vierschrittigen Leitlinie soll ein zyklisch verlaufender Veränderungsprozess angestoßen werden, um ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen.



Das eigene Handeln begründen

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ Art 1, Abs. 1 GG.
„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ Art. 2 Abs. 2 GG.

Für professionell Pflegende gibt es einige Schriften, die Orientierung geben, um pflegerisches Handeln aus ethischer Perspektive zu begründen. Denn hilfsbedürftige Menschen mit Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit benötigen den besonderen Schutz der Gesellschaft. Das gilt im Krankenhaus genauso wie in der stationären Altenhilfe oder der ambulanten Pflege.

- Laut **Pflegeberufegesetz** (PflBG) ist es das Ziel, die ethische Kompetenz der Auszubildenden zu erhöhen. In §5 Abs. 2 heißt es, „Pflege erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik“. Die Auszubildenden sollen ein „professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickeln und darin gestärkt werden“ (§5 Abs.4 PflBG). Laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sollen die Auszubildenden sowohl in der schriftlichen als auch der mündlichen Prüfung nachweisen, dass sie den Pflegeprozess in kritischen und krisenhaften Pflegesituationen in Verbindung mit (...) ethischen Entscheidungsprozessen steuern können. In der mündlichen Prüfung ist nachzuweisen, dass er/sie

das eigene Handeln auf Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren kann. Ethische Reflexionsfähigkeit ist auch im **Krankenpflegegesetz** (KrPflG) von 2004 implizit angelegt. Dort ist diese allerdings nicht explizit benannt, sondern fällt unter die Bezugswissenschaften.

- Der **Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN)** ist ein Leitfaden, der Grundlagen für ein Handeln nach sozialen Werten und Bedürfnissen darstellt. Soll dieses Ziel erreicht werden, muss der Kodex verstanden, verinnerlicht und von den Pflegefachpersonen in allen Bereichen ihrer Arbeit angewandt werden. Dort heißt es: *„Die Pflegenden strebt danach, in der beruflichen Praxis eine Kultur ethischen Verhaltens und offenen Dialoges zu fördern und zu bewahren. (...) Die Pflegenden trägt zu einem ethisch verantwortlichen Arbeitsumfeld bei und engagiert sich gegen unethisches Handeln und unethische Rahmenbedingungen“* (ICN Ethikkodex, 2012).
- Die **ICN Definition von Pflege** benennt professionelle Pflege als eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und der Bedürfnisse der Patienten/innen (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung (ICN Definition von Pflege).
- Die **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen** stärkt die Rechte der betroffenen Menschen und strebt eine Verbesserung der Lebenssituation der Menschen an. Die acht Artikel der Charta beschreiben sehr konkret das Recht auf Selbstbestimmung, auf Privatheit, auf Teilhabe am sozialen Leben und auf ein Sterben in Würde (BMFSFJ, 2019).
- Die **Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen** setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Darüber hinaus ist es ein Anliegen der Charta, Sterben, Tod und Trauer im gesellschaftlichen Bewusstsein zu verankern und allen Menschen in Deutschland ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend einen gerechten Zugang zu einer würdevollen Begleitung und Versorgung am Lebensende zu ermöglichen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al., 2015)².

² Die DBfK-Bundesarbeitsgemeinschaft Palliative Care hat „Impulse zu den Handlungsempfehlungen der Charta Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ erarbeitet. Es steht als Download unter www.dbfk.de zur Verfügung.

Dilemmata im Krankenhaus

Der Alltag im Krankenhaus ist für die Pflegefachpersonen durch Zwangslagen gekennzeichnet. Es müssen Entscheidungen getroffen und Leistungen priorisiert und rationiert werden. Das Resultat ist immer unbefriedigend. Die professionell Pflegenden haben das Gefühl, keiner der gestellten Anforderungen gerecht zu werden. Im Gegenteil: Ein Übel wird gegen ein noch Schlimmeres eingetauscht. Das bezeichnet man als Zwickmühle oder Dilemma: Die Befolgung des einen Gebots führt zum Verstoß gegen das andere. Die Pflegefachpersonen geraten in einen Wertekonflikt, empfinden ihre Arbeit als unbefriedigend und belastend. Ursachen für diese Zwangslagen sind u.a.:

- Leistungsorientierte Vergütung durch DRGs:** Durch Abschaffung der „tagesgleichen“ Pflegesätze und Einführung der diagnosebezogenen, leistungsorientierten Vergütung nach Fallpauschalen (DRG: diagnosis related groups) entsteht ein starker Druck zum wirtschaftlichen Handeln. Gewinn und Verlust eines Krankenhauses hängen davon ab, ob es gelingt, effizienter zu wirtschaften als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung berechnet (Deutscher Ethikrat, 2016).
 - Ökonomisierung im Gesundheitswesen:** Die Ökonomie hat im Gesundheitswesen die Aufgabe, die Ziele der Medizin und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung bei begrenzten Ressourcen zu unterstützen. Damit dient die Ökonomie der Medizin – vorausgesetzt ökonomische Handlungsmaßstäbe dominieren nicht die medizinischen Entscheidungen. In den letzten Jahren hatten die Reformbestrebungen der Politik jedoch überwiegend finanzierungsbezogene und damit wirtschaftlich orientierte Ziele, konstatiert die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina in ihrem Thesenpapier zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie (Leopoldina Akademie, 2016). Laut Deutschem Ethikrat hat sich die „Primärorientierung“ im Gesundheitswesen vom Patientenwohl zu ökonomischen Kriterien verschoben (Schumm-Draeger et al., 2017).
 - Pflege-Stellenabbau im Krankenhausbereich:** In den Jahren 1997 bis 2007 wurden fast 50.000 Stellen in der Pflege abgebaut. Zwar hat es ab 2008 wieder einen leichten Zuwachs an Personal gegeben, dennoch aber lag die Zahl der Vollkräfte
- in allgemeinen Krankenhäusern 2013 immer noch um ca. 35.000 unter dem Wert des Jahres 1996. Der Stellenabbau erfolgte, obwohl Leistungsanforderungen an die Pflege kontinuierlich stiegen (Simon, 2015).
- Steigende Arbeitsbelastung:** Die Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten steigt seit Jahren. Es werden vermehrt Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen und diagnostische Maßnahmen durchgeführt, und auch der Anteil älterer und somit unterstützungsbedürftigerer Patienten/innen hat deutlich zugenommen. Die trotz steigender Leistungsanforderungen sinkende Personalbesetzung hat zu einer zunehmenden Arbeitsbelastung und bereits zu einer chronischen Arbeitsüberlastung geführt. In der Folge ist die Zahl der Frühverrentungen älterer Pflegefachpersonen gestiegen und mehrere Zehntausend sind in andere Bereiche des Gesundheitswesens abgewandert (Simon, 2015). Die Pflegefachperson muss sich den ökonomisierten Rahmenbedingungen unterwerfen und kann den ethischen Grundsätzen, die von einer Sorge für Patienten/innen und Gesellschaft sowie Achtsamkeit diesen gegenüber geprägt sind, nicht mehr gerecht werden.
 - Mangelnde Kommunikation der Professionen:** Vor dem Hintergrund des hohen Zeitdrucks finden z.B. interdisziplinäre Fallbesprechungen – gerade bei anstehenden Therapieentscheidungen – gemeinsame gründliche Visiten, eine gemeinsame Suche nach guten und patientenorientierten Entscheidungen und anderes kaum noch statt.





Ansprechpartner/innen für ethische Fragen

Aufgrund der eben beschriebenen Herausforderungen gilt es Lösungsansätze zu entwickeln, die über eine vordergründige Symptombekämpfung hinausgehen und zumindest einen Ansatz für eine Lösung darstellen könnten. Hilfe und Unterstützung für Mitarbeitende, Patienten/innen und Angehörige im Krankenhaus zu ethischen Fragestellungen bieten verschiedene Institutionen. Nachfolgend werden einige vorgestellt:

- Das klinische **Ethik-Komitee** ist ein interdisziplinäres Team, das dazu beiträgt, Verantwortung, Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als moralische Werte in die Entscheidungen und den Umgang mit den Menschen mit einzubringen. Patienten/innen,

Angehörige, Pflegefachpersonen, Ärzteschaft, aber auch alle anderen Mitarbeitenden im Krankenhaus sollen kompetent dabei unterstützt werden, Entscheidungen ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten (Simon, 2019). Dazu werden z.B. ethische Fallbesprechungen durchgeführt, also ein/e Patient/in wird mit seiner/ihrer Problematik ausführlich erörtert. Das Ethik-Komitee spricht eine ethisch begründete Empfehlung aus. Wichtig bei der ethischen Fallbesprechung sind eine professionelle Moderation, die Einhaltung fester Regeln im Gespräch und die Erstellung eines Protokolls. Wissenswert ist, dass auch Pflegefachpersonen das Ethik-Komitee einberufen können. Ein gutes Beispiel für gelingende ethische Reflektion ist die

- Abteilung „Klinische Ethik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf“. Auf „kurzem Dienstweg“ können Informationen eingeholt, Fallberatungen oder ethische Fallbesprechungen initiiert und durchgeführt werden³.
- Nicht zu verwechseln mit dem Ethik-Komitee ist die **Ethik-Kommission**. Das ist ein von Universitäten, berufsständischen Vereinigungen oder Länderregierungen eingerichtete Kommission, die wissenschaftliche Forschungsvorhaben und Studien in ethischer und rechtlicher Hinsicht berät, kontrolliert und beaufsichtigt.
 - **Patientenfürsprecher/innen** sind unabhängige und meist ehrenamtlich tätige Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses. Sie stehen allen Patient/innen zur Seite und setzen sich für deren Interessen ein. Sie hören auf mögliche Wünsche, nehmen Kritik und Lob entgegen und versuchen, bei der Krankenhausleitung eine Lösung zu finden. Patientenfürsprecher sind weisungsunabhängig und keine Mitarbeitenden des Krankenhauses. Sie unterliegen der Schweigepflicht. In den meisten Bundesländern ist die Berufung im Krankenhausgesetz geregelt.
 - Für die Beschäftigten im Krankenhaus gibt es unterschiedliche Anlaufstellen zu ethischen Fragestellungen. Das können beispielsweise **Ethik-Cafes** oder **Ethiktreffs** sein. Diese finden in der Regel zu festen Zeiten und regelmäßig statt und bieten eine Austauschplattform für Interessierte. Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe DBfK bietet Seminare⁴ zu Theorie und Praxis von ethischen Fallbesprechungen an.
 - **Ethikbeauftragte** sind feste Ansprechpartner in den Einrichtungen für Mitarbeitende mit ethischen Fragestellungen. Sie sollen bei ethisch bedenklichen Aktivitäten oder Arbeitsbereichen beratend wirken und Aufsicht führen.
 - **Betriebs- oder Personalrat**, Mitarbeitervertretung (MAV): Sie alle vertreten die Arbeitnehmer/innen und deren Interessen innerhalb des Unternehmens; gerade bei strukturellen Mängeln können sie hilfreich sein.
 - Das Amt des **Patientenbeauftragten** wurde 2004 von der Bundesregierung eingeführt. Es gibt ihn auf Länder- wie auch auf Bundesebene. Aufgabe des Beauftragten ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patient/innen besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Patientenbeauftragte arbeiten ehrenamtlich und sind meist zu festen Sprechzeiten erreichbar.
 - Das **Amt des Pflegebevollmächtigten** der Bundesregierung wurde 2014 eingeführt. Derzeit (Stand August 2018) wird es von Staatssekretär Andreas Westerfellhaus wahrgenommen. Er setzt sich für die Belange der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen, der **Pflegfachpersonen** sowie aller in der Pflege Beschäftigten ein. Dabei geht es auch um die Qualitätssicherung in der Pflege, sowie um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um die Teilhabe Pflegebedürftiger sowie die Unterstützung pflegender Angehöriger. Die Bundesministerien beteiligen den Pflegebevollmächtigten bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie einen Pflegebezug haben (BMG, 2018).

³ www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/klinische-ethik-am-uke/vorstandsbeauftragte-f%C3%BCr-klinische-ethik/index.html

⁴ siehe: www.dbfk.de/bildungsangebote

Fallbeispiele und Analyse

Auf den nachfolgenden Seiten wird anhand praktischer Alltagssituationen dargestellt, in welches Dilemma Pflegefachpersonen geraten können. Alle Fallbeispiele werden anhand identischer Fragestellungen analysiert und bewertet. Folgende Leitfragen wurden zur Reflexion der Situation gewählt:

1. Was sind limitierende Faktoren und welche gibt es?
2. Welche handlungsleitenden Maximen werden in den beschriebenen Fällen missachtet?
3. Welche Ethikprinzipien nach Beauchamp werden in den beschriebenen Fällen verletzt?
4. Was wären Handlungsoptionen gewesen?

Die Leitfragen werden an dieser Stelle ausführlich erörtert. Bei den Fallbeispielen werden nur die Aspekte aufgegriffen, die durch das Fallbeispiel verdeutlicht werden. Wiederholungen werden so vermieden.

1. Was sind limitierende Faktoren?

Für die Pflege gibt es limitierende Faktoren, die das Pflegehandeln beeinflussen. Sie wurden in dieser Broschüre bereits erwähnt, dennoch sollen sie an dieser Stelle noch einmal gebündelt dargestellt werden:

1.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Pflege findet in verschiedenen Institutionen statt: im Krankenhaus, in Altenpflegeeinrichtungen oder durch ambulante Dienste in der Häuslichkeit des/der Pflegebedürftigen. Jeder dieser Institutionen liegt ein Regelsystem zugrunde, das Verhalten und Handeln von Pflegefachpersonen prägt. Dies führt unter anderem dazu, dass auch Dritte klare Erwartungen an die jeweilige Institution haben. Beispielsweise fühlen sich Pflegefachpersonen im Krankenhaus als „Ausübende des Hausrechts“, wohingegen Pflegefachpersonen in der Häuslichkeit des Kunden als Gäste betrachtet werden. Dies führt dazu, dass die Pflegesituation sehr unterschiedlich gestaltet werden kann: Im Krankenhaus werden fast alle Patientinnen und Patienten morgens gewaschen (wenn sie es nicht selber können). Häufig ist im Krankenhaus eine Orientierung an den klinischen

Abläufen üblich. Zu Hause bestimmt der/die Kunde/in eines ambulanten Pflegedienstes, wann die Leistung erbracht werden soll. Individuelle Wünsche werden weitgehend berücksichtigt. Jedoch gibt es kaum Beschwerden von Patienten/innen im Krankenhaus darüber, dass ihre Gewohnheiten missachtet werden, im Gegenteil: Sie akzeptieren dieses Vorgehen, weil es „im Krankenhaus eben so ist“ und sie dies erwarten.

Zu diesen Aspekten, die die Haltung von Pflegefachpersonen und den zu pflegenden Menschen betreffen, kommen umgebungsbedingte Faktoren, die Pflegesituationen erleichtern oder erschweren können. So spielen die räumliche Umgebung oder beispielsweise das Vorhandensein von Materialien in den Pflegesituationen eine entscheidende Rolle. In der Häuslichkeit kämpfen Pflegefachpersonen häufig damit, dass benötigte Materialien nicht oder nur begrenzt verfügbar sind oder dass Räume nicht für eine Pflegesituation konzipiert sind. Zu kleine Bäder, nicht rollstuhlgerechte Duschen, zu hohe Türschwellen behindern in manchen Fällen eine gelingende Pflegesituation. Auch in Krankenhäusern oder Altenpflegeeinrichtungen treten diese Erschwernisfaktoren auf, jedoch ist zumeist das benötigte Material vorhanden oder zumindest auf anderen Stationen zu finden.

In allen Einrichtungen spielt der Personaleinsatz im Schichtdienst eine herausragende Rolle. In allen Sektoren arbeiten Pflegefachpersonen im Schichtbetrieb. Dass dies sowohl körperlich als auch psychisch belastet, ist bekannt und arbeitsmedizinisch belegt. Dennoch ist es unabdingbar in der Pflege Wechselschichtdienste zu leisten. Übermüdung und Reizbarkeit als Folge von kurzen Schichtwechseln können zu erhöhter Fehleranfälligkeit führen und zusätzlicher Personalausfall belastet die Pflegesituation. Möglichkeiten, den Dienstplan dem Biorhythmus des Mitarbeiters anzupassen existieren und sollten bekannt sein. Trotzdem werden sie oft nicht umgesetzt, sei es aus Gründen des Personalmangels, aus Unwissenheit oder weil eine bestimmte Fachkraftquote pro Schicht erfüllt werden muss.

1.2 Finanzielle Rahmenbedingungen

Die finanziellen Rahmenbedingungen, in denen sich Pflege im Gesundheitssystem bewegen muss, sind bereits genannt: das DRG-System. Dieses System ist ein einheitliches, an Diagnosen geknüpftes Fallpauschalen-System im Gesundheitswesen, anhand dessen die Berechnung der Krankenhauskosten für die Versorgung der Patienten vorgenommen wird. Maßgeblich dafür sind die Einweisungsdiagnose, ggf. vorhandene Nebendiagnosen und durchgeführte Operationen und Prozeduren. Grundsätzlich wird anhand der Kostenmatrix des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) für jede DRG klar ausgewiesen, wie viel Geld für Sach- und Personalkosten (sowohl pflegerische als auch ärztliche) hinter einem Fall stehen.

Die festgelegten Pauschalen pro DRG können durch bestimmte Faktoren deutlich gesteigert werden, unter anderem beispielsweise durch Beatmungstunden auf Intensivstationen oder diagnostische Maßnahmen. Diese Tatsache hat in den vergangenen Jahren zu einem Anstieg der ärztlichen Mitarbeiter/innen im Krankenhaus geführt, andererseits jedoch zu einem Stellenabbau im Bereich der Pflege (dip, 2010).

1.3 Fachkräftemangel und Arbeitsverdichtung

Der steigenden Anzahl der zu versorgenden Menschen in den unterschiedlichen Sektoren stehen zu wenige Pflegefachpersonen gegenüber. Die Zahl der behandelten Fälle im Krankenhaus steigt von Jahr zu Jahr, ebenso nimmt die Fallschwere stetig zu. Auch steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Altenpflegeeinrichtungen oder durch ambulante Dienste pflegerisch versorgt werden, seit Jahren kontinuierlich an. Die Bevölkerung wird älter – und damit einhergehend – unterstützungs- und pflegebedürftiger.

Nicht nur die Gesellschaft altert, sondern auch die Pflegefachpersonen. Dadurch, dass jahrelang Schülerinnen und Schüler nach Beendigung der Ausbildung nicht übernommen wurden, fehlt es an Nachwuchs in dem Beruf (dip, 2010). Ein zusätzliches Problem „droht“ durch den sogenannten Skill-Mix, wenn dieser nicht sorgfältig abgewogen und durchdacht etabliert wird. Natürlich können bestimmte Aufgaben, die aktuell durch Pflegefachpersonen ausgeführt werden, auch an andere Berufsgruppen delegiert werden: So können medizinische Fachangestellte (MFA) eventuell die Terminkoordination einer Station oder das Auffüllen von Materialien übernehmen, jedoch müssen Pflegefachpersonen in ausreichender

Anzahl vorhanden sein, um die originär pflegerischen Tätigkeiten auszuführen. Die Praxis zeigt jedoch nur allzu häufig, dass andere Berufsgruppen, z.B. Stationsassistent/innen über den Stellenplan der Pflege abgerechnet werden. Das führt zu einer zusätzlichen Verknappung von Pflegefachpersonen.

1.4 Hierarchie

Das tradierte Bild vom „Halbgott in Weiß“, dem die Pflegefachperson jeden Wunsch von den Lippen abliest, wird abgelöst von einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb des therapeutischen Teams. Dies wird durch die Akademisierung und Spezialisierung im Pflegeberuf gefördert. Die Ärzteschaft hat jedoch weiterhin die Therapiehoheit und Anordnungsbefugnis, Pflegefachpersonen sind für die ordnungsgemäße Ausführung verantwortlich. Diese Tatsache ist nicht zu verwechseln mit der dienstlichen Hierarchie: Der Chefarzt ist gegenüber seinen angestellten Ärzten weisungsbefugt, Pflegefachpersonen sind der Pflegedirektion unterstellt. Nur in Einzelfällen hat der Chefarzt auch die arbeitsrechtliche Weisungsbefugnis gegenüber Pflegefachpersonen. Ob dies der Fall ist, sollten die Pflegefachpersonen grundsätzlich wissen und sich diesbezüglich informieren. Dennoch kommt es häufig zu Irritationen und Reibungen im Klinikalltag, da die geltenden arbeitsrechtlichen Weisungsbefugnisse nicht allen gleichermaßen präsent sind und berücksichtigt werden.

2. Welche handlungsleitenden Maximen werden in den beschriebenen Fällen missachtet?

Pflegefachpersonen haben für sich ein klares Bild davon, was „gute“ Pflege bedeutet. Es handelt sich um eine Mischung aus eigenen Wertvorstellungen und dem Wissen um professionelles Pflegehandeln, welches ihnen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt wurde und im Zuge der Berufserfahrung wächst.

Jeder Mensch hat Wertvorstellungen, die sein Handeln und seine Empfindungen prägen. Eine Überzeugung kann lauten, dass Pflege nur wertschätzend und auf Augenhöhe mit den Patienten geschehen kann. Aspekte wie Partizipation, Ganzheitlichkeit, Ressourcenförderung, die Unantastbarkeit der Menschenwürde und Gewaltfreiheit sind weitere Werte, die eine Pflegefachperson für sich als handlungsleitend erachten kann. Die Liste ist beliebig erweiterbar und

kann hier nur angerissen werden. Einige dieser Maxime sind bereits durch die Ausbildung geprägt, andere entwickeln und verfestigen sich im Berufsleben. Eines ist ihnen jedoch gemein: Muss eine Pflegefachperson gegen ihre eigenen Maximen verstoßen, belastet das schwer. Abstumpfung, Resignation und Burnout sind nur drei Beispiele dafür, wie sich dauerhaft belastende Situationen für Pflegefachpersonen auswirken können.

3. Welche Ethikprinzipien nach Beauchamp/Childress werden in den beschriebenen Fällen verletzt?

Beauchamp und Childress formulierten 1977 vier ethische Prinzipien, an denen sich heilberufliches Handeln orientieren kann (Beauchamp und Childress, 2009). Diese vier Prinzipien gelten heute als klassische Prinzipien der Medizinethik und haben auch Gültigkeit für die pflegerische Versorgung. Sie werden nachfolgend kurz skizziert:

Autonomie: Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person die Möglichkeit zu, sich frei zu entscheiden. Ein Patient muss sein informiertes Einverständnis vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen geben können. Die Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des/r Patient/innen müssen berücksichtigt werden.

Schadensvermeidung: Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, schädigende Eingriffe zu unterlassen.

Fürsorge: Das Prinzip der Fürsorge⁵ verpflichtet den Behandelnden zu aktivem Handeln, welches das Wohl der Patienten fördert und ihm nützt.

Gerechtigkeit: Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen.

Grundsätzlich sind alle vier Prinzipien gleichwertig, keines ist höherwertiger als das andere. Welches Prinzip im Einzelfall allerdings priorisiert wird, ist einzig und allein von dem/der Patient/in und seiner/ihrer

Situation abhängig. Manchmal stehen die Prinzipien in Konflikt zueinander und es gilt abzuwägen: Bei einer unheilbaren Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium kann sich beispielsweise die Frage stellen, ob eine weitere Chemotherapie einem/r Patient/in nicht eher schadet als nützt und damit unterlassen werden sollte. So können scheinbar die Prinzipien der Fürsorge und der Schadensvermeidung in Konflikt miteinander stehen. Lösung kann an dieser Stelle nur das Autonomieprinzip liefern: der/die Patient/in entscheidet.

Diese Prinzipien sind vielleicht nicht ständig präsent und bewusst. Dennoch haben die Pflegefachpersonen ein Gespür dafür entwickelt, wann dagegen verstoßen wird. Auch wenn es sich nicht auf die Ursache und/oder den Verursacher zurückführen lässt, so können sie dennoch die Situation klar zuordnen und beschreiben, was sie stört.

4. Was wären Handlungsoptionen gewesen?

Welche Handlungsoptionen gibt es? Im Anschluss an jedes Fallbeispiel werden fallbezogen Überlegungen angestellt und Lösungswege aufgezeigt, die die Situation „entschärfen“ oder die dazu beitragen können, dass zukünftig solche Situationen gar nicht mehr entstehen. Dies kann nicht allgemeingültig vorab getan werden, da jedes Fallbeispiel individuell betrachtet werden muss und es keine „Universallösung“ gibt.

⁵ Im Original Beauchamp und Childress wird der Begriff „Beneficence“ verwendet. Er steht auch für „Gutes tun“ oder „Wohltätigkeit“. Der Begriff „Fürsorge“ ist nicht unumstritten, das Fürsorgeprinzip steht häufig im Konflikt mit dem Autonomieprinzip und dem Prinzip der Schadensvermeidung.

Fall 1: Unbemerker Tod durch Personalmangel

Auf einer Überwachungsstation liegen zwölf schwerstkranke Patienten. Alle Patienten benötigen Atmungsunterstützung durch CPAP, eine nicht-invasive Form der Beatmung; einige sind zusätzlich dialysepflichtig. Zwei Patienten leiden an einem Delir und vier Patienten sind wegen multiresistenten Keimen in Einzelzimmern untergebracht und isoliert. Aufgrund von Krankheitsausfällen ist das Pflegeteam auf zwei Pflegefachpersonen reduziert.

Einer der isolierten Patienten hatte ein Ösophagus-Carzinom. Nach einem langen, komplikationsreichen Krankheitsverlauf über mehrere Monate mit einer Peritonitis und Sepsis kommt es schließlich zum Multiorganversagen. Dem Patienten geht es sehr schlecht, er ist nicht mehr ansprechbar und es gibt keine Chance mehr auf Besserung, geschweige denn Heilung. Daher wird er nur noch mit schmerz- und symptomlindernden Medikamenten palliativ behandelt. Es ist erkennbar, dass es dem Ende zugeht, aber vom Pflegefachpersonal hat keiner Zeit, ihn im Sterbeprozess zu begleiten. Von den Angehörigen kann niemand bei ihm sein. Er liegt in einem Einzelzimmer und wird weiterhin an Monitoren überwacht, die aufgrund der Kreislaufschwankungen häufig Alarm geben. Schließlich stellt eine Pflegefachperson den Alarm ab, denn alle Anwesenden werden dadurch in der Arbeit unterbrochen. Aufgrund der Therapiezieländerung ziehen die wiederkehrenden Alarme ja auch keine Interventionen nach sich.

Nach drei Stunden bemerkt zufällig eine Pflegefachperson die Nulllinie auf dem Monitor in der zentralen Überwachungseinheit. Der Patient ist verstorben und keiner hat den Tod bemerkt. Nur anhand der EDV-Aufzeichnungen lässt sich der Todeszeitpunkt noch ermitteln.

1. Was sind limitierende Faktoren?

In diesem Fallbeispiel stellt die Belastung der Pflegenden durch die äußerst knappe Personalbesetzung ein Problem dar. Es sind zwölf schwerstkranke Patienten einer Überwachungsstation zu versorgen, davon vier im Isolierzimmer – von nur zwei Pflegefachpersonen. Das ist weit von dem entfernt, was für eine angemessene Patientenversorgung erforderlich gewesen wäre. In diesem konkreten Fall konnte kein Ersatz für den Krankheitsausfall eines/r Kollegen/in gefunden werden. Dies führt zu einer enormen Arbeitsbelastung. Nicht alles, was hätte getan werden müssen, konnte durchgeführt werden.

2. Was sind die handlungsleitenden Maximen?

Der unbemerkte und unbegleitete Tod eines Patienten ist für alle Pflegefachpersonen ein sehr belastendes Ereignis. Die Begleitung im Sterbeprozess gehört zu den Kernthemen pflegerischer Arbeit. Bereits die Schülerinnen und Schüler werden an das Thema Sterbebegleitung herangeführt und lernen, dass es ein wichtiger Teil der ganzheitlichen Pflege und Versorgung eines Menschen ist.

3. Die vier Ethikprinzipien nach Beauchamp/Childress

In diesem Fallbeispiel stehen die Prinzipien der Fürsorge für den Patienten und das Prinzip der Gerechtigkeit im Konflikt: Es müssen auf der Station zwölf schwerstkranke Patienten/innen gepflegt werden, deren Versorgung viel Zeit in Anspruch nimmt. Bei einem Patienten wird das Therapieziel geändert, er soll keine lebensverlängernden Maßnahmen erhalten, er „darf“ sterben. Alle Patienten/innen haben einen Anspruch auf gute Versorgung, aber die Pflegefachpersonen sind gezwungen zu rationieren, welcher Patient wie viel der knappen Ressource Zeit bekommt. Die Pflegefachpersonen triagieren und wenden sich

den Patienten zu, bei denen lebenserhaltende Maßnahmen vorzunehmen sind, was aus der Perspektive der Pflegefachpersonen das Prinzip der Schadensvermeidung widerspiegelt. Jedoch führt diese Entscheidung zu einer Missempfindung, da sie ihrer Kernaufgabe, der Begleitung Sterbender, nicht einmal im Ansatz nachkommen können. Das Prinzip der Autonomie kann in diesem Fallbeispiel nur schwer auf den Patienten übertragen werden, allerdings kann man an dieser Stelle wieder die Perspektive der Pflegefachpersonen einblenden: Die Pflegefachperson handelt autonom, als sie sich entschieden hat, die Alarmer auszustellen. Allerdings muss an dieser Stelle deutlich hervorgehoben werden, dass sie zu dieser Entscheidung rechtlich nicht befugt war.



4. Was wären Handlungsoptionen gewesen?

An erster Stelle muss die Personalausstattung grundlegend verbessert werden (vgl. dazu DBfK, 2009). Das könnte durch die Etablierung eines „Springerpoools“ geschehen. Ein solcher Pool besteht aus Pflegefachpersonen, die situativ dort eingesetzt werden können, wo ein Personalengpass auftritt. Dadurch kann der Überlastung der Mitarbeiter/innen in solchen Situationen entgegengewirkt werden.

Eine weitere Option wären Bettensperrungen. Darauf sollten die verantwortlichen Pflegefachpersonen bzw. die Stationsleitung hinwirken. Auch die Verlegung von Patienten von dieser Station hätte situativ Entlastung schaffen können.

Der Einsatz von Sitzwachen, „grünen Damen“ oder ärztlichem Personal bei einem Patienten, der sich in der Sterbephase befindet, sollte ebenfalls immer als Option gedacht werden. Mit Hilfe von Kollegen/innen kann eine Sterbebegleitung organisiert werden, damit der Mensch in der Sterbephase nicht alleine ist.

Eine Überprüfung der technischen Möglichkeiten ist im Vorfeld ratsam: An manchen Geräten ist es möglich, die Alarmer so einzustellen, dass sie nur bei Asystolien Alarm geben. Wenn diese Funktion vorhanden wäre, hätte die oben beschriebene Fallsituation bereits im Vorfeld deeskaliert werden können.

Auch gibt es in manchen Einrichtungen Standardverfahren, in den klar und eindeutig mit allen Beteiligten im VORFELD geklärt und schriftlich fest-

gehalten wurde, welche Tätigkeiten, die im Regelfall in den Aufgabenbereich der Pflege fallen, bei Personalmangel entfallen dürfen. In diesen Standards sind auch die „besonderen Situationen“, in denen sie Anwendung finden, klar definiert. Es kann beispielsweise festgehalten werden, dass Tätigkeiten wie Blutabnahmen, Venenverweilkanülen (Viggos) legen oder die Assistenz bei Untersuchungen nicht mehr durch Pflegefachpersonen übernommen werden, sondern wieder in den Tätigkeitsbereich der Ärzteschaft zurück fallen.

Weiterhin sollte den Beschäftigten die Möglichkeit gegeben werden, solche Vorkommnisse in Supervisions-sitzungen aufzuarbeiten (vgl. DBfK, 2014). Um die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen, ist es sinnvoll, Raum zu schaffen, um schwierige Situationen aufzuarbeiten.

Fall 2: Das Problem des Aufhörens

Ein 46-jähriger Patient liegt auf der Intensivstation und wird wegen einer schweren Sepsis durch eine Pneumonie infolge von Aids behandelt. Bisher wurden alle intensivmedizinischen Möglichkeiten genutzt, um eine Besserung zu erreichen. Aber viele Komplikationen kommen hinzu. Er liegt bereits 60 Tage auf der Station, ist abgemagert, hat eine fahle Gesichtsfarbe und ist nicht ansprechbar. Beatmung und Dialyse laufen rund um die Uhr. Der Lebensgefährte schildert, dass er sich nie um eine HIV-Therapie bemüht hat. Er hat immer wieder geäußert, dass sein Leben nicht künstlich verlängert werden soll und er niemals von Maschinen abhängig sein möchte. „So möchte ich nicht enden“ war seine Redensart. Schriftlich hat er das aber nicht hinterlassen. Seine Zeit hat er mit Reisen genossen.

Es zeigt sich schon jetzt, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten nicht verbessern wird und er keine Eigenständigkeit mehr erlangen wird. Er müsste, wenn alles gut läuft, in einem Pflegeheim betreut werden. Leider kann er nicht zu seinem aktuellen Willen befragt werden.

Durch die Gespräche mit dem Lebensgefährten verstärkt sich bei den Pflegefachpersonen der Eindruck, dass der Patient ein Leben mit Beatmung, Dialyse und künstlicher Ernährung abgelehnt hätte. Der Sinn einer weiteren Behandlung wird von den professionell Pflegenden in Zweifel gezogen, die Frage nach dem Therapieziel wird gestellt. Nach weiteren zwei Wochen wird von den behandelnden Ärzten angekündigt, dass keine Therapieerweiterung eingeleitet werden soll, wenn z.B. eine erneute Sepsis eintritt. Die Pflegefachpersonen haben das Gefühl, dass das Sterben des Patienten mit der laufenden Therapie verlängert wird. Das erzeugt dringenden Gesprächsbedarf. Bei der

Besprechung erklären die Ärztinnen und Ärzte, dass jede einzelne Diagnose eigentlich (gut) zu therapieren, dass der Patient mit 46 Jahren noch sehr jung sei und man in der Vergangenheit schon „so manches Mal“ Erfolg gehabt hat. Die Pflegefachpersonen entgegnen, dass nicht „einzelne Diagnosen“ zu therapieren sind, sondern der **Mensch** ganzheitlich betrachtet werden muss. Und dieser Patient hier sei in einem sehr schlechten Allgemeinzustand ohne körperliche Reserven.

Die Meinung der Pflegefachpersonen wird ernst genommen und es wird angekündigt, dass die kreislauf-unterstützende Therapie (in diesem Fall die Gabe von Katecholaminen) nicht weiter ausgedehnt werden soll. Aber zwei Tage später – im Nachtdienst – verschlechtert sich der Zustand des Patienten. Es werden wieder Katecholamine in hohen Dosen verabreicht. Jetzt ist der Punkt erreicht, an dem die Pflegefachpersonen nochmals ernsthafte ethische Probleme anzeigen. Sie können die Therapie nicht einmal mehr ansatzweise nachvollziehen und fordern eine Ethikbesprechung. Die Ärzte/innen sind aufgebracht, da sie der Meinung sind, dass ein zusätzliches Gremium lediglich mehr Schreibaufwand und wenig Nutzen bringt. Aber sie führen erneut ein Gespräch mit dem Lebensgefährten. Dieser teilt die Einschätzung der Pflegefachpersonen. Daraufhin werden die Medikamente reduziert und die Dialyse beendet. Der Patient verstirbt friedlich ohne Atemnot und Schmerzen im Beisein seines Lebensgefährten und den Pflegefachpersonen. Eine sachgerechte Nachbereitung des Problems findet nicht statt, da sich kein Termin mit den behandelnden Ärzten finden lässt.



1. Was sind limitierende Faktoren?

In diesem Fallbeispiel stellt die Hierarchie und die mangelnde Kommunikation der Berufsgruppen miteinander ein Problem dar. Obwohl eindeutige Absprachen getroffen worden waren, wurden diese in dem (personell schlechter besetzten) Nachtdienst nicht eingehalten. Die im Vorfeld gemeinsam getroffene Entscheidung zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten/innen, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, wird außer Kraft gesetzt und entgegen der Vereinbarung weiter lebensverlängernde Medikamente verabreicht.

2. Was sind die handlungsleitenden Maximen?

Die Pflegefachpersonen haben sich, basierend auf den Schilderungen des Lebensgefährten, ein umfas-

sendes Bild von dem Patienten machen können. Der Patient war ein lebensfroher Mensch, der seinen Lebensschwerpunkt auf das Reisen gelegt hat und sich den medizinischen Möglichkeiten entzogen hat. Sie sehen den Patienten in seiner Ganzheitlichkeit und nicht nur als die Summe seiner Diagnosen. Die Einschätzung der Ärzte/innen zur Therapierbarkeit der einzelnen Erkrankungen und Symptome liegt konträr dazu und führt zu Konflikten.

3. Die vier Ethikprinzipien nach Beauchamp/Childress

In diesem Fall stehen die Prinzipien der **Autonomie** des Patienten und die **Fürsorge** für den Patienten im Konflikt: Der Patient hat in der Vergangenheit – seinem Willen entsprechend – auf eine medizinische Therapie bewusst verzichtet. Er hat seine Autonomie realisiert. Die Pflegefachpersonen akzeptieren, dass bei diesem

Patienten Autonomie auch bedeutet, dass keine weitere Therapie stattfinden sollte. Das Prinzip der **Fürsorge** bedeutet jedoch auch, dass der Patient eine Therapie erhält, wenn die Chance auf Heilung – beziehungsweise wie in diesem Fallbeispiel – Besserung besteht. Dieses Prinzip wird von der Ärzteschaft verfolgt.

Das Prinzip der **Schadensvermeidung** bedeutet in diesem Fall, dass der Patient Maßnahmen zur Symptomlinderung erhält, jedoch keine Interventionen mehr durchgeführt werden, die das Leben verlängern.

Das Prinzip der **Gerechtigkeit** findet in diesem Fall weder aus der Perspektive des Patienten noch aus der der Pflegefachpersonen Anwendung.

4. Was wären Handlungsoptionen gewesen?

Die getroffene erste Absprache zwischen Lebensgefährten, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten hätte schriftlich fixiert werden sollen, beispielsweise als erweiterte DNR/DNI/AND-Anordnung⁶ in der Kurve. Damit wäre für alle beteiligten Akteure zu jedem Zeitpunkt Handlungssicherheit vorhanden gewesen. Möglichen Unsicherheiten im Nachtdienst hätte auf diese Weise begegnet werden können. Eine frühzeitig durchgeführte ethische Fallbesprechung

hätte ebenfalls die Handlungssicherheit erhöhen können und ist aus Sicht der Bundesarbeitsgruppe ein Instrument, das etabliert werden sollte. Auch konkretere Vorgaben bezogen auf die medizinische Versorgung bei Zustandsveränderungen, beispielsweise keine Verabreichung von Antibiotika oder Katecholaminen, hätten in diesem Fall die Behandlungssicherheit des Personals erhöht. Eine Evaluation und Bestätigung der (weiteren Notwendigkeit) hinsichtlich der erforderlichen, leidensvermindernden Maßnahmen ist alle 24 Stunden erforderlich. Die differenzierte Darstellung der medizinischen Behandlung ist in Patientenverfügungen von besonderer Bedeutung, da so gezielt Maßnahmen (nicht) durchgeführt werden, wie es dem Wunsch des Patienten entspricht.

Grundsätzlich hätte auch eine offen kommunizierte Therapiezieländerung in Richtung Palliativversorgung Klarheit schaffen können. Diese Information sollte für alle Akteure im Behandlungs- und Pflegeteam zugänglich sein sollen und hätte auf diese Art Transparenz schaffen können.

Empfehlenswert wäre auch eine Nachbesprechung der Situation gewesen. In einem Gespräch hätte reflektiert werden können, welche Umstände zum Handeln der einzelnen Akteure geführt haben, warum von Absprachen abgewichen wurde und was an dieser Situation als besonders belastend empfunden wurde.

⁶ DNR: "Do Not Resuscitate" bedeutet "Verzicht auf Wiederbelebung";
DNI: "Do Not Intubate" bedeutet "Verzicht auf Intubation";
AND: "Allow Natural Death" bedeutet "den natürlichen Sterbeprozess nicht zu stören".

Fall 3: Nächtliches Waschen

Auf einer Normalstation ist die Personaldecke stark ausgedünnt. Vor einigen Jahren gab es Pflegefachpersonen, die die Patient/innen vormittags pflegerisch versorgten und insbesondere auch gewaschen haben. Diese Dienste wurden aber abgeschafft.

Innerhalb des Teams hat sich mit der Zeit die Praxis des nächtlichen Waschens eingeschlichen. Nun heißt es des Öfteren: „Gewaschen wird schon ab Mitternacht oder gegen frühen Morgen. Sonst ist das im Frühdienst mit den Verlegungen, Neuaufnahmen, Diagnostik und Therapie nicht zu schaffen“. Also wird zu Beginn der Nachtschicht abgesprochen, welche Patient/innen nachts gewaschen werden. Da es im Mehrbettzimmer keine individuelle Platzbeleuchtung gibt, muss das Zimmer hell erleuchtet werden. Auch desorientierte Patienten/innen werden dadurch nachts wach. Gerade für diese sensible Patientengruppe ist ein geregelter Tag-Nacht-Rhythmus elementar.

Eine Pflegefachperson widersetzt sich dieser „kollektiv“ getroffenen Regelung. Daraufhin wird sie morgens von den Kollegen/innen der Frühschicht angesprochen, dass sie als einzige nicht zur Arbeitsentlastung des Dienstes beitrage und nur „zu faul“ sei, nachts zu waschen.

1. Was sind limitierende Faktoren?

In diesem Fallbeispiel stellt die ausgedünnte Personaldecke und die damit einhergehende Arbeitsverdichtung ein Problem dar. Kernaufgaben der Pflege können kaum noch wahrgenommen werden, da von den Pflegefachpersonen die Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Frühdienst/Tagdienst vordergründig erwartet wird.

Zusätzlich herrscht offenbar innerhalb des Teams eine Dynamik, dass es kaum möglich ist, sich der Routine des nächtlichen Waschens zu entziehen.

Es wird erwartet, dass möglichst viele Patient/innen nachts gewaschen werden, damit diese Aufgabe nicht auch noch im Tagdienst erledigt werden muss. Diese Erwartungshaltung wird auch kommuniziert und den Kollegen/innen, die sich widersetzen, wird ein schlechtes Gewissen gemacht. Dadurch geraten die sich verweigernden Kollegen/innen unter moralischen Stress.

2. Was sind die handlungsleitenden Maximen?

Die Pflegefachpersonen handeln dem zuwider, was sie in ihrer Ausbildung gelernt haben. Mit der Pflege untrennbar verbunden ist die Achtung der Menschenrechte (vgl. DBfK, 2018). Nächtliches Waschen ist unwürdig und durch nichts zu rechtfertigen. Gerade desorientierte Patient/innen brauchen einen klaren Tag-Nacht-Rhythmus. Wenn er nicht eingehalten wird, verstärken sich die Symptome der Desorientierung und das kann dazu führen, dass Situationen eskalieren. Gewaltfreie und stressreduzierende, geschweige denn aktivierende oder ressourcenfördernde Pflege ist so in keinem Fall möglich.

3. Die vier Ethikprinzipien nach Beauchamp/Childress

In diesem Fallbeispiel steht aus Sicht der Pflegefachperson das Prinzip der Schadensvermeidung im Vordergrund. Die Pflegefachperson möchte zusätzlichen Schaden bei den Patientinnen und Patienten vermeiden, der durch die Intervention verursacht werden könnte. Dazu widersetzt sie sich der stationsinternen Routine des nächtlichen Waschens. Leider wird diese Sicht nicht durch das Team der Station geteilt, die anderen wollen eine Arbeitsverteilung, die arbeitsintensive Zeiten entlastet. Die Kollegen argumentieren aus der Perspektive der Fürsorge: Damit die Patienten überhaupt vollständig gewaschen werden können und eine Krankenbeobachtung stattfinden kann, müssen die Patient/innen nachts gewaschen werden. Jede „Partei“ in dieser Situation argumentiert für sich nach seinem eigenen Autonomieprinzip,



vermeintliche Absprachen werden nicht eingehalten. Der Wunsch des Patienten, also die Berücksichtigung seiner Autonomie, wird in dieser Fallbeschreibung nicht beachtet. Das Prinzip der Gerechtigkeit findet in diesem Fall keine Anwendung, weil sich niemand die Frage stellt, ob alle Mitpatienten im Zimmer durch das nächtliche Waschen gestört werden.

4. Was wären Handlungsoptionen gewesen?

Professionell pflegen heißt, dass Pflegefachpersonen im Sinne von Advocacy die Interessen der Patientinnen und Patienten vertreten. Die Einrichtung muss eine angemessene Anzahl von Pflegepersonal bereitstellen. Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die Patientinnen und Patienten gut versorgt werden können. Wenn das nicht möglich ist und keine ausreichende Sicherheit bzw. adäquate Pflege gewährleistet werden kann, müssen Maßnahmen eingeleitet werden. Das kann das Anfordern zusätzlicher Pflegefachpersonen aus einem Springerpool sein oder die Einbindung des Personal- oder Betriebsrats, wenn ein Aufnahmestopp oder Bettensperrung erreicht werden soll. Eventuell ist eine Gefährdungsanzeige ein probates Mittel, um

Arbeitsbedingungen überprüfen zu lassen und sich gegen unverantwortliche Zustände am Arbeitsplatz zu wehren. Solche beschriebenen Ausnahmesituationen dürfen nicht zur Routine werden, da ethische Konflikte verstärkt entstehen, wenn sich Ausnahmesituationen etablieren.

In der aktuellen Situation ist es wichtig, die vorhandenen Zeitfenster umstrukturieren: Vielleicht ist es möglich, den Patienten eine Teilkörperpflege im Tagesverlauf anzubieten, wenn sich beispielsweise die Dienstzeiten des Früh- und Spätdienstes überlappen und mehr Personal auf der Station ist. Denkbar wäre auch, den Patienten eine pflegerische Unterstützung zum Abend hin anzubieten, wenn die meisten Routineuntersuchungen vorbei sind.

Zu entscheiden, ob es zielführender ist, die Körperpflege inklusive der Krankenbeobachtung durchzuführen oder ob die Delirprophylaxe im Vordergrund steht, kann an dieser Stelle nicht autonom durch die einzelnen Mitarbeiter/innen im Team entschieden werden. Es bedarf einer für alle Teammitglieder verbindlichen Einschätzung, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, mit einhergehender Regelung durch die direkt vorgesetzte Führungskraft. Dies ist ein klares Thema der Personalführung.

Eventuell sollte über einen geeigneten Skill-Mix nachgedacht werden: Medizinische Fachangestellte können bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unterstützen (z.B. Blutentnahmen vornehmen oder EKGs schreiben), so dass die Pflege Zeit für ihre eigentlich originäre Tätigkeit, nämlich die Pflege und Krankenbeobachtung hat.

Das Team sollte sich im Grundsatz sachlich mit der Situation auseinandersetzen. Auf Station sollte ein Klima geschaffen werden, das unterschiedliche Positionen zulässt und den offenen Diskurs untereinander fördert. Situationen, wie die hier beschriebene, die an Mobbing grenzen, bedürfen der dringenden Klärung. Auch das ist ganz klar ein Thema der Personalführung.



Den Alltag gestalten

Die ethischen Fragestellungen von Medizin und Pflege, aber auch der anderen Professionen im Krankenhaus, sind ähnlich. Ein regelmäßiger Austausch der beteiligten Disziplinen auf allen Ebenen ist unabdingbar. Ferner ist eine größere Beteiligung der Pflegefachpersonen an strategischer Gestaltung, Steuerungsprozessen und Leitungsentscheidungen im Krankenhaus nötig. Aber auch z.B. bei der Konzeptionierung von Stationen und/oder Neubauprojekten ergibt sich deutliches Optimierungspotenzial wenn die Expertise der Pflegenden einbezogen wird. Durch flexible Arbeitszeitmodelle, die strikte Beachtung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse und die Möglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten die Arbeitsbedingungen bestmöglich gestaltet werden.

Die Klinischen Ethikkomitees in den Krankenhäusern müssen mit qualifizierten Fachpersonen der verschie-

denen Disziplinen besetzt sein. Bei Fallbesprechungen muss selbstverständlich die pflegerische Perspektive mit einbezogen werden. Wichtig ist, dass Pflegefachpersonen an allen patientenbezogenen Entscheidungen beteiligt sind und sich aktiv mit ihrer Expertise einbringen können. Sie sind häufig näher am Patienten und wissen gut über die Lebenssituation und die Wünsche der Patienten/innen Bescheid.

Pflegefachpersonen sind bei den täglichen Anforderungen einer Vielzahl von Konflikten ausgesetzt: Pflege soll die Advocacy-Funktion für die Patienten/innen übernehmen. Diese kann aber nur eingeschränkt ausgeübt werden. Immer wieder erleben professionell Pflegenden, wie Entscheidungen ohne informierte Beteiligung und über den Kopf der Patienten/innen hinweg getroffen werden.

Pflege trägt Fachverantwortung: Mit der Ausübung des Berufes übernehmen die professionell Pflegenden die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Das ist unter den derzeit herrschenden Bedingungen nur eingeschränkt möglich.

Pflege soll dem Arbeitgeber, der Einrichtung und den Kollegen gegenüber loyal sein: Das ist nicht immer möglich. Situationen, in denen Pflegefachpersonen Missstände erleben und die das Krankenhaus im Organisationsverschulden mitträgt, können das Verhältnis zwischen Pflegefachpersonal und Arbeitgeber stören. Häufig spielen Personalknappheit, plötzliche Personalausfälle oder ungenügend qualifiziertes Personal eine Rolle. Mangelnde Wertschätzung und misslingende Kommunikation können das Entstehen und Erleben von Dilemmata, moralischem Stress und ethisch belastenden Situationen befördern.

Wie gehen Pflegefachpersonen mit moralischem Stress um und welche Bewältigungsstrategien sind hilfreich? Grundsätzlich unterscheiden sich die Lösungsansätze je nach Ursache und Charakteristik der Situation. Handelt es sich um belastende Situationen, die durch Personalmangel entstehen, dann ist anders damit umzugehen als bei ethischen Fragestellungen wie beispielsweise zu Beginn oder am Ende des Lebens. Zu unterscheiden ist zwischen individuellen Lösungsansätzen (Coping, Resilienz) und systemischen Lösungsansätzen (z.B. Einführung von ethischen Fallbesprechungen, Veränderungen im Personaleinsatz).

Inzwischen mehren sich die Stimmen – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Berufsgruppe der Pflege – die das Diktat der Ökonomie im Gesundheitswesen nicht mehr als gegeben hinnehmen. So stellt der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab im Krankenhaus“ die vorherrschende Ökonomisierung im Gesundheitswesen in Frage und plädiert für eine konsequente Orientierung der Krankenversorgung am Patientenwohl (Deutscher Ethikrat, 2016). Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wendet sich mit dem Codex „Medizin vor Ökonomie“ an Ärzteschaft, Klinikbetreiber und Politik (Schumm-Draeger et al., 2017). Sie weisen auf den wachsenden Konflikt zwischen Patientenwohl und ökonomischen Anforderungen hin. Auf lange Sicht wird so auch die ärztliche Profession gefährdet, denn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird getrübt. Eine Befragung auf Intensivstationen (Isfort, 2017) zeigte, dass aufgrund der angespannten Personalsituation die Pflegefachpersonen ständig

„am Limit“ arbeiten und kaum Freiräume haben, um innezuhalten und das Handeln zu reflektieren. Ein Großteil der Intensivpflegefachpersonen sieht die Patientensicherheit nicht gewährleistet. Die Studie zeigt, dass es aufgrund von mangelnder Personalausstattung zu vermeidbaren Zwischenfällen kommt, wie z.B. dem Entfernen von Wundverband, ZVK, geblocktem Blasenkatheter und Drainagen. Aber auch Betreuungsmängel wie z.B. der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen, fehlende Mobilisierung und mangelnde Überwachung bei Delir und Demenz treten laut der Studie sehr oft auf.

Daher muss die Rolle der Pflege im Prozess reflektiert werden. Die Berufsgruppe der professionell Pflegenden als größte Gruppe im Gesundheitswesen muss verstärkt Einfluss auf Abläufe und Strukturen nehmen. Das gilt z.B. für das Belegungsmanagement oder bei der Einberufung von Ethik-Komitees. Wie können die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass eine ausreichende Versorgung möglich wird? Wenn das nicht möglich ist, also keine ausreichende Sicherheit für die Patienten/innen gewährleistet ist, sollten konkrete Maßnahmen ergriffen werden, z.B. ein Aufnahmestopp für Patienten/innen. Zentrale Fragen für die Reflexion der Situationen lauten:

- Was passiert hier eigentlich gerade?
- Was stört mich an der Situation?
- Kann ich das, was ich in der Situation tun muss, noch mit meiner professionellen Verantwortung vereinbaren?
- Was muss passieren, damit ich mich wohler fühle?

Patientensicherheit und -wohl stehen im Fokus der Pflege und sind maßgebliche Kriterien für die Gesundheitsversorgung. Daran sollte sich der gesamte Prozess der Leistungserbringung ausrichten. Daher gilt es immer wieder zu überprüfen, welche Strukturen und Prozesse wie verändert werden müssen, damit sich ungute Situationen für Patienten/innen und Pflegefachpersonen nicht wiederholen.

Ausblick

Der DBfK als Interessensvertretung der professionell Pflegenden greift das Thema „Moralischen Stress“ und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Berufsgruppe der Pflegenden auf. Die Mitglieder BAG Pflege im Krankenhaus möchten sensibilisieren um, ...

- Situationen zu entschärfen und handhabbar zu machen,
- Entscheidungskonflikte aufzuarbeiten (z.B. durch Ethikkomitees)
- ein Bewusstsein zu schaffen über die Ursachen
- Allianzen zu bilden, um sich gegen die fortschreitende Ökonomisierung im Gesundheitswesen einzusetzen
- das Patientenwohl in den Vordergrund zu rücken
- Netzwerke zu entwickeln und zusammen mit der Ärzteschaft sowie anderen Berufsgruppen die Problematik konstruktiv zu bearbeiten
- pflegerische Führungspersonen in ihrer Rolle und Professionalität zu stärken und die Profession Pflege weiter zu entwickeln.

Im DBfK wird seit langem eine Debatte zum Spannungsfeld von Ökonomisierung im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf pflegerisches Handeln geführt. Missstände, basierend auf ökonomischen Zwängen,

aber auch Respektlosigkeit, unreflektiertem Gehorsam und Intoleranz sind immer noch in Krankenhäusern, aber auch in anderen Pflegeeinrichtungen wie beispielsweise Pflegeheimen, anzutreffen. In manchen Bundesländern, zum Beispiel in Hessen, ist die Bestellung eines Ethikbeauftragten für jedes Krankenhaus seit 2011 gesetzlich vorgeschrieben. Denn gerade zur Lebensendzeit und in Krisensituationen sind Fragen zu schwerwiegenden therapeutischen Entscheidungen hochrelevant und werden zu oft falsch beantwortet.

Die Professionalisierung in der Pflege gerät angesichts der vorherrschenden Bedingungen in Gefahr. Das fachliche Niveau in der Pflege darf aufgrund ökonomischer Zwänge nicht gesenkt werden.

Zeitmangel und Arbeitsverdichtung in der Pflege nehmen zu. Es ist absehbar, dass sich der bestehende Pflegepersonalmangel weiter verstärkt und auf lange Sicht manifestiert. Daher ist es besonders wichtig, jetzt für bessere Rahmenbedingungen einzutreten. Im DBfK gibt es engagierte Mitglieder, die sich mit ethischen Fragestellungen beschäftigen und in entsprechenden Arbeitsgruppen und -foren aktiv sind. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte per Mail an dbfk@dbfk.de

Literatur

- American Association of Critical Care-Nurses (AACN). <https://www.aacn.org/clinical-resources/ethics-moral-distress> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.
- Bobbert, Monika (2002): Patientenautonomie und berufliche Pflege – Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt/New York: Campus.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ) (2019): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. <https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit (2018): Staatssekretär Andreas Westerfellhaus zum neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ernannt - Pressemitteilung des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/2-quartal/pflegebevollmaechtigter-westerfellhaus-ernannt.html> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussion Nr. 7. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2009): Mehr Pflege im Krankenhaus? Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation der Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Mehr-Pflege-im-Krankenhaus_2009.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2014): Balance halten im Pflegealltag - Was Sie selbst tun können, um bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Balance-halten-im-Pflegealltag_ueberarb2014-08-13.pdf#page=8&zoom=100,0,629 (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK): Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2018): Impulse zu den Handlungsempfehlungen der Charta „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“. Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Palliative Care im DBfK. <https://www.dbfk.de/media/docs/expertengruppen/onkologische-pflege/Faltblatt-Handlungsempf-2018-03-13.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2018): Pressemitteilung Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte. <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2018/2115148961.php> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus – Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2015). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2010): Pflege-Thermometer 2009 - Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Eisele, Colombine (2017): Moralischer Stress im Pflegeberuf. Österreichische Pflegezeitschrift, 70 Jg., 5/2017, 12f.
- Engi, Kathrin (2015): Strategien zur Bewältigung von Moral Distress. Bachelorarbeit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/992/1/Engi_Katrin_PF13Dipl_BA.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- International Council of Nurses (ICN) (2010): ICN-Ethikkodex für Pflegende. <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Isfort, Michael (2017): Permanent „am Limit“. PflegenIntensiv 4/2017, 22-27. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/artikel/PI_04_2017_Isfort_Permanent_am_Limit_22-27.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Kersting, Karin (2017): Fachlicher Anspruch versus Praxisrealität. Dr. med. Mabuse, 42 Jg., Nr. 227, 26-28.
- Kleinknecht-Dolf, Michael; Haubner, Sandra; Staudacher, Diana; Spirig, Rebecca (2012): Berufsethik unter Druck: Moralischer Stress bei Pflegefachpersonen als mögliche Konsequenz des Spardrucks unter DRG. Care Management, 2012, 5: Nr. 1, 16-19.
- Kleinknecht-Dolf, Michael; Haubner, Sandra; Wild, Verina; Spirig, Rebecca (2015): Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? Pflege & Gesellschaft, 20 Jg., H. 2, 115-133.
- McCue, Carole (2010): "Using the AACH Framework to Alleviate Moral Distress". OJIN The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 16 No.1. <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Nagel, Roland (2016): Pflegeethik – Werteorientierung als Voraussetzung und Kraftquelle einer erfolgreichen, pflegerischen Dienstleistung – Zeichen setzen an meinem Platz.“ Pflegekongress 2016 – Austria Center Wien. <http://docplayer.org/35700219-Pflegeethik-werteorientierung-als-voraussetzung-und-kraftquelle-einer-erfolgreichen-pflegerischen-dienstleistung-zeichen-setzen-an-meinem-platz.html> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Rabe, Marianne (2009): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schumm-Draeger, Petra; Kapitza, Thomas; Mann, Klaus; Fölsch, Ulrich; Müller-Wieland, Dirk (2017): Rückhalt für ärztliches Handeln. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 49, 2338-2340.
- Simon, Alfred (2019): AG Ethikberatung innerhalb der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. <http://www.ethikkomitee.de/index.html> (letzter Zugriff am 02.04.2019)
- Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser – Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hochschule Hannover. https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2._Auflage_.pdf (letzter Zugriff am 02.04.2019)

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- DBfK Bundesverband e.V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Redaktionelle Bearbeitung: Andrea Weskamm

Autor/innen: BAG Pflege im Krankenhaus

Rosi Ernst, Susanne Fieberg, Johannes Grimm, Nadine Joisten,
Inken Kaiser, Patrick Sittner, Monika Zirkelbach, Tobias Melms

Bildnachweis:

S. 4, 6, 8, 9, 15, 17, 20: Jürgen Georg

Titel, S. 1, 21: Adobe Stock

© 2019. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.



**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- DBfK Bundesverband e.V.**

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570
Telefax: +49 (0)30-21915777
E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de
www.facebook.com/dbfk.de
[@DBfK_Pflege](https://www.instagram.com/DBfK_Pflege)