

Pflegeethik – Feigenblatt, Trostpflaster oder Navi?

Ulrich H.J. Körtner

I. Vom Nutzen und Nachteil der Ethik für das Leben

Nun also auch noch Ethik in der Pflege! Als hätte man im Pflegeberuf nicht schon genug mit immer neuen Anforderungen, Qualitätsstandards, Evaluierungsmaßnahmen, Dokumentationspflichten und Digitalisierung zu tun! Der Katalog an Kompetenzen wird auch in der Profession der Pflege immer länger. Genügt es nicht, fachlich kompetent zu sein? Jetzt werden auch noch ethische Kompetenzen verlangt. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe vom 2. Oktober 2018 definiert in der Anlage zu § 7 für die Zwischenprüfung folgende Kompetenzen für ethisch reflektiertes Handeln:

„Die Auszubildenden

- a) respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen,*
- b) erkennen das Prinzip der Autonomie der zu pflegenden Person als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung,*
- c) erkennen ethische Konflikt- und Dilemmasituationen, ermitteln Handlungsalternativen und suchen Argumente zur Entscheidungsfindung.“*

Für die staatliche Abschlussprüfung werden die genannten Kompetenzen in der Anlage zu § 9 nochmals erweitert:

„Die Absolventinnen und Absolventen

- a) setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein,*
- b) fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien,*
- c) tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei.“*

Ethikkodexe, ethische Prinzipien – noch dazu konkurrierende! –, ethische Entscheidungsfindung – wer soll das alles im beruflichen Alltag noch schaffen, wo doch eh schon Zeitmangel und Personalknappheit herrscht.

Ethisches Handeln in der Pflege: Das klingt so wie ethische Produkte im Supermarkt, in der Bekleidungsindustrie oder im Finanzsektor. Das Label Ethik macht sich irgendwie gut, so wie „Öko“ oder „Bio“, aber nicht selten entpuppen sich solche Labels als bloßes Feigenblatt, damit man beim ungehemmten Konsum das eigene schlechte Gewissen beruhigt oder sich vielleicht auch noch denen moralisch überlegen fühlt, die beim Billigdiscounter einkaufen. Und am Ende stellt sich vielleicht heraus, dass die teuren Markenklamotten mit dem Anstrich des ethischen Produkts genauso in einer pakistanischen Fabrik zusammengenäht werden, wo die bei uns üblichen arbeitsrechtlichen Standards und Sicherheitsstandards missachtet werden.

Was kann man tun, damit ethische Leitlinien, Codes of Conduct und Leitbilder in Kliniken und Pflegeeinrichtungen mehr als ein Feigenblatt sind, durch das sie sich von anderen Mitbietern auf dem Gesundheitsmarkt abheben wollen, nämlich als wertebasierte Unternehmungen, denen es nicht ausschließlich um Profit und Dividenden für die Stakeholder geht? Im diakonischen Kontext ist dann gern und schnell von christlichen Werten und einem christlichen Menschenbild die Rede, das dann aber doch recht formelhaft bleibt. Ist der Mehrwert, den die ethischen Werte des Unternehmens und die ethischen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausmachen soll, im Alltag auch wirklich zu spüren? Nicht nur für die Patienten oder Bewohnerinnen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betriebsklima, in der Art, wie eine Einrichtung geführt wird, wie medizinische und pflegerische Entscheidungen, aber auch ökonomische Entscheidungen getroffen werden?

Für den Missbrauch von Ethik als Feigenblatt sind gerade jene Menschen sensibel, die an sich selbst einen hohen moralischen Anspruch stellen. Wer sich für den Beruf der Pflege entscheidet, tut dies doch in der Regel aus einer ethischen Motivation heraus, nämlich Menschen zu helfen, und zwar gerade solchen, die krank und pflegebedürftig sind, die in hohem Maße verletzlich und schutzbedürftig sind. Die Motivation kann eine dezidiert christliche oder eine nicht spezifisch religiöse, aber doch humanitäre Gesinnung sein, die Grundhaltung der Nächstenliebe, gepaart mit Empathie, Fürsorglichkeit und Achtsamkeit. Besteht nicht ohnehin die Gefahr, unter der Kluft zwischen eigenem Anspruch und beruflicher Wirklichkeit zu leiden?

Wo die eigenen moralischen Überzeugungen und Werte zu den Routinen des beruflichen Alltags nicht nur gelegentlich, sondern strukturell in Konflikt geraten, entsteht moralischer Stress. Ihm widmet sich ein

von *Colombine Eisele* herausgegebener Sammelband.¹ Hand aufs Herz: „Haben Sie“, fragt *Christoph Mueller* in seiner Buchbesprechung, „als Pflegende(r) einmal moralischen Stress im Alltag erlebt? Wenn Sie dies verneinen, so erscheint dies nicht glaubhaft.“² Moralischer Stress – so die Pflegewissenschaftlerin *Berta Schrems* – entsteht in der Pflege wie überhaupt im Gesundheitswesen, „[w]enn man weiß, was das moralisch Richtige ist, aber die Umsetzung durch interne / externe Faktoren eingeschränkt ist und dies zur Kompromittierung der moralischen Integrität oder der Verletzung der persönlichen Kernwerte führt“.³ Moralischer Stress, so die Pflege-Pädagogin *Silke Doppelfeld* in demselben Band, kann aber auch schon in der Ausbildung entstehen.⁴ Lässt sich der Distress nicht wirksam abbauen, kommt es entweder zum Burnout oder zum Cool-out-Phänomen, bei dem sich das Mitgefühl einfach erschöpft.

Damit stellt sich die kritische Frage an die Ethik in der Pflege wie im Gesundheitswesen insgesamt, ob sie dabei behilflich ist, moralischen Stress abzubauen und die Kluft zwischen moralischem Anspruch und beruflicher, das heißt aber auch institutioneller und organisationaler Wirklichkeit zu verringern – wenn nicht gar zu beseitigen –, oder ob ethische Kompetenzkataloge, Leitlinien und Codexe im Gegenteil sogar noch als Brandbeschleuniger für moralischen Stress, mit der Folge von Burnout oder Cool-out, wirken.

Oder wird Ethik als Beruhigungsmittel und Trostpflaster für die moralisch Sensiblen und Gestressten eingesetzt, gewissermaßen als organisationales Sedativum? Sie ändert dann zwar nichts an bestehenden Sachzwängen, am Zeitmangel und am Arbeitsdruck, der es nicht erlaubt, den eigenen moralischen Ansprüchen, die Pflegende an sich und ihren Beruf stellen, zu genügen, aber sie mildert doch die Stöße des Lebens, weil man sich in seinem moralischen Unbehagen zumindest von den Vorgesetzten und der Führungsebene verstanden fühlen darf. Ethik als Ausdruck für das Unbehagen in der herrschenden Kultur des Gesundheitswesens, das wenigstens nicht auf taube Ohren stößt.

Was also ist nun Ethik in der Pflege: Feigenblatt, Trostpflaster – oder Navi? Man kann ja jede Moral und jedes Ethos mit einem inneren

¹ Vgl C. *Eisele* (Hrsg), *Moralischer Stress in der Pflege – Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen*, Wien 2017.

² *Chr. Mueller*, Rezension zu C. *Eisele* (Hrsg), aaO (FN 1), in: *Pflege Professionell*, 26.6.2019 (<https://pflege-professionell.at/moralischer-stress-in-der-pflege-ausein-andersetzung-mit-ethischen-dilemmasituationen> [letzter Zugriff: 12.2.2020]).

³ *B. Schrems*, *Moralischer Stress im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse im Überblick*, in: C. *Eisele* (Hrsg), aaO (FN 1), 11–27, hier 15.

⁴ Vgl *S. Doppelfeld*, *Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung*, in: C. *Eisele* (Hrsg), aaO (FN 1), 91–105.

Kompass vergleichen, der einem in der persönlichen Lebensführung und im beruflichen Alltag die Richtung weist, wenn es darum geht, zwischen Gut und Böse abzuwägen, zwischen dem, was Recht und Unrecht ist – wobei wir nicht selten in die schwierige Lage geraten, zwischen dem Schlechten und dem weniger Schlechten entscheiden zu müssen. Ein Navi hingegen zeigt einem nicht nur den direkten Weg von A nach B, sondern es zeigt einem die ganze Landkarte der Gegend, durch die man gerade fährt. Es bietet möglicherweise alternative Routen an, zum Beispiel, wenn es wegen einer Baustelle oder eines Unfalls auf der eingeschlagenen Route zu zeitlichen Verzögerungen kommen kann. Das Navi reagiert auch darauf, wenn wir aus irgendeinem Grund von der vorgeschlagenen Route abweichen, und es passt, satellitengesteuert, die Informationen, die es gibt, fortlaufend an.

Wer ein Navi benutzt, ist aber damit nicht von seiner Eigenverantwortung entbunden. Es genügt eben nicht nur, auf die Stimme des Navis zu hören, sondern man muss auch selber schauen, ob die Angaben des Navis mit der tatsächlichen Umgebung, in der man sich gerade befindet, übereinstimmen. Vielleicht fehlt dem Navi ein Update, und man wird im Kreis herumgeführt oder landet irgendwo, wo man gar nicht hin wollte. So ist es auch in der Ethik. Die Ethik ist eine Anleitung zur kritischen Reflexion unseres Handelns unter moralischen Gesichtspunkten, aber moralisches Handeln und Urteilen verlangt immer den eigenen Verstand. Und statt nur stur der Stimme eines Ethik-Navis zu folgen – also einer bestimmten Ethiktheorie und ihren Prinzipien –, gilt es, auf die Stimme des eigenen Gewissens zu hören. Und das auch nicht nur in einsamen Entscheidungen, sondern in einem Prozess der Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Dazu braucht es geeignete Instrumente der Ethikberatung, und Ethikberatung ist ein Prozess, nicht das sture Abarbeiten eines Algorithmus oder einer Checkliste. In diesem Sinne möchte ich heute das Bild des Navis für Aufgabe und Gegenstand der Pflegeethik verwenden.

II. Grundfragen der Pflegeethik

Nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Pflege und in der Altenhilfe treten ethische Fragestellungen, bisweilen auch Konflikte auf, deren Lösung nicht nur ein intensives Nachdenken und eine bestimmte Kommunikationskultur, sondern auch ein gewisses ethisches Fachwissen verlangen. So ist neben der Medizinethik in jüngerer Zeit auch eine eigenständige Pflegeethik entstanden.

In unserer Alltagssprache werden die Begriffe „Ethik“ und „Moral“ häufig synonym verwendet. Firmen und Banken beklagen die schlechte „Zahlungsmoral“ ihrer Kunden. Militärische Vorgesetzte kritisieren die

„schlechte Moral“ ihrer Truppe. Trainer und Fans sind von der „Spieler-moral“ ihres Vereins enttäuscht. Ein „unmoralisches Angebot“ kann aber ebenso gut als „unethisch“ zurückgewiesen werden. Gesundheits- und umweltbewusste Kunden oder auch Menschen mit einer Sensibilität für die Probleme der Dritten Welt verlangen nach „ethischen Produkten“.

Die Wörter „Moral“ und „Ethik“ stehen in den genannten Beispielen für Einsatzbereitschaft, Ehrlichkeit und Fairness, für Umweltbewusstsein und Gerechtigkeitssinn. Mit alledem haben es Moral und Ethik auch tatsächlich zu tun. Wir müssen aber begrifflich zwischen Moral und Ethik unterscheiden.

Ethik ist die kritische Theorie der Moral, dh die Reflexion, welche menschliches Handeln und Verhalten sowie die beiden zugrundeliegenden Einstellungen und Haltungen anhand der Beurteilungsalternative von Gut und Böse bzw Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin überprüft. Ethik fragt, wie sich moralische Normen, Prinzipien und Werte begründen lassen. Sie fragt nach Gründen für moralische Urteile und sie unterzieht vermeintlich fraglose moralische Normen der Kritik. Ethik untersucht die Ambivalenzen jeglicher Moral und ihren Wertungen, die immer auch Werturteile über Menschen fällen. Aufgabe der Ethik ist es, vor dem Missbrauch von Moral, vor Moralisierung und einem Zuviel an Moral zu warnen. Ethik muss aber immer auch ihre eigene Rolle selbstkritisch durchleuchten, damit sie sich nicht ihrerseits als Feigenblatt oder Trostpflaster instrumentalisieren lässt.

Ist Ethik allgemein eine kritische Theorie der Moral, so sind Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik die kritische Reflexion pflegerischen Handelns und Planens unter sittlichen Gesichtspunkten.⁵ Es geht nicht allein um die Frage, ob sich das pflegerische Handeln und das Verhalten von Pflegepersonen im Allgemeinen wie im konkreten Einzelfall ethisch begründen oder im Nachhinein ethisch rechtfertigen lassen. Ethisch zu prüfen sind auch die institutionellen und organisationalen Rahmenbedingungen, unter denen pflegerisches Handeln stattfindet. Ob Pflege in einem Krankenhaus der Maximalversorgung oder in einer Pflegeeinrichtung stattfindet, ob es sich um einen mobilen Pflegedienst handelt, ob stationär oder zu Hause gepflegt wird, all das macht einen Unterschied. Es macht auch einen erheblichen Unterschied, ob ich eine Person nur für kurze Zeit pflege oder ob ich im Bereich der Langzeitpflege zu der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen im Laufe der Zeit eine engere persönliche Beziehung aufbaue.

Die Organisationsstrukturen und die vorhandenen oder eingeschränkten Ressourcen haben erheblichen Einfluss auf das Pflegegeschehen, auf die alltäglichen und routinierten Abläufe. Gleiches gilt für die baulichen

⁵ Vgl U. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, Wien ³2017.

Voraussetzungen, von der Größe der Zimmer bis zur Gesamtarchitektur einer Einrichtung einschließlich ihrer Außenanlagen und ihrer Lage innerhalb einer Ortschaft oder eines Stadtviertels. Pflegeethik als ethische Theorie des pflegerischen Ethos befasst sich außerdem mit den Einstellungen und Haltungen von Pflegepersonen und ihrer Einbettung in die ethische Kultur von Einrichtungen oder Organisationen, in denen Pflege stattfindet.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflussen nicht nur das Handeln der pflegenden Personen oder sonstiger Professionen, die in Einrichtungen der Pflege und der Altenhilfe tätig sind. Sie bestimmen auch die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung oder von Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Die Freiheitsgrade in der persönlichen Lebensführung oder bei den Aktivitäten des täglichen Lebens werden durch die räumlichen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe erheblich beeinflusst. Die Selbstbestimmung kann durch sie unter Umständen erheblich eingeschränkt werden. Zu bedenken ist auch, dass sich pflegebedürftige Menschen oftmals nicht langfristig und freiwillig zur Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung oder ein Altenwohnheim entschließen, sondern aufgrund einer dramatischen Veränderung ihrer Lebenssituation ihre gewohnte häusliche Umgebung verlassen müssen. Bei Menschen, für die ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter bestellt ist, kann die Entscheidung über den Aufenthaltsort dem Betroffenen überhaupt entzogen sein. Pflegeethik hat all diese genannten Aspekte mitzubedenken, welche die Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern mit beeinflussen.

Neben den Pflegepersonen, den Bewohnerinnen und Bewohnern, fallweise auch den Ärztinnen und Ärzten, sind aber auch noch andere Akteure in die ethische Reflexion einzubeziehen. Da sind zum einen die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer. Da sind aber auch noch die übrigen Berufsgruppen, die in Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe tätig sind: Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, ehrenamtliche Kräfte, die Besuchsdienste leisten, Seelsorger und Seelsorgerinnen.

Wie in der Medizinethik lassen sich auch in der Pflegeethik generell drei Ebenen⁶ unterscheiden: 1. die *personale Ebene: Ebene der interaktionellen Beziehungen* (Bereich des direkten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Kontaktes); 2. die *strukturelle Ebene: Ebene der Institutionen* (Gesundheitswesen und seine Einrichtungen, Gesundheitspolitik, soziale Faktoren von Gesundheit und Krankheit, Medizinökonomie/Gesundheitsökonomie), 3. die *kulturelle Ebene: Ebene*

⁶ Vgl. E. Amelung (Hrsg), Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch, Berlin ua 1992.

der *Einstellungen und Werthaltungen* (individuelles und allgemeines Verständnis von Gesundheit und Krankheit, tatsächliches Gesundheitsverhalten).

Auf der *personalen* Ebene ist ua der Zusammenhang von Gesundheit bzw Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und Lebensgeschichte des Patienten oder der Patientin zu beachten.⁷ Es ist also auch zu fragen, welche Bedeutung, dh welchen Sinn zB medizinische Maßnahmen oder der Verzicht auf solche im Zusammenhang mit der Biografie des oder der Betroffenen haben.

Auf der *strukturellen* Ebene zeigt sich, dass Gesundheit und Krankheit, Heilung und Krankheitslinderung sowie unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit abhängig vom System des Gesundheitswesens sind. Ein zentrales ethisches Problem ist die Verteilungsgerechtigkeit (Problem der Allokation auf der Mikro- und Makroebene) und die zwangsweise (!) Beteiligung am (Ver-)Sicherheitssystem im Sinne der Solidar- und Gefahrengemeinschaft. Gesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein soziales Zukunftsgut. Systembedingte Aporien (unlösbare Fragen) bestehen ua im Missverhältnis zwischen Rationalität von Einzelentscheidungen und Irrationalitäten des Gesamtsystems.

Auf der *kulturellen* Ebene sind allgemeine Grundwerte und Normen zu beachten, die in einer Gesellschaft akzeptiert werden. Fragen des Menschenbildes, der religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen beschränken sich nicht auf die persönliche Einstellung derer, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Altenhilfe tätig sind, sowie die Überzeugungen der Patienten, Bewohner oder Klienten. Sie erstrecken sich auch auf die Grundeinstellungen und das Ethos der gesamten Einrichtung, des Unternehmens oder einer Holding, wie zB ein Krankenhaus- oder Pflegeheimträger. Es geht also auch um Unternehmensleitbilder und die Frage, in welcher Weise sie die alltägliche Praxis vor Ort prägen und inwiefern sie für Entscheidungen auf den unterschiedlichen Führungsebenen, aber auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Orientierung bieten oder gar verbindlich sind. Wie soll zB eine diakonische Einrichtung mit dem weltanschaulichen und religiösen Pluralismus umgehen, der unsere heutige Gesellschaft kennzeichnet? Wie kann das Angebot an Seelsorge und Spiritualität in einem Haus mit christlicher Prägung ausschauen, das Menschen mit anderen Überzeugungen und religiöser Orientierung respektiert? Wie will man mit ethischen Konflikten umgehen, die zwischen der ethischen Grundori-

⁷ Vgl. D. Rischl, Das „story“-Konzept in der medizinischen Ethik, in: ders, Konzepte. Gesammelte Aufsätze, München 1986, 201–212; ders, Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen, Neukirchen-Vluyn 2004.

entierung einer Einrichtung und der persönlichen Überzeugungen von Patienten oder Bewohnern aufbrechen können, etwa wenn es um Fragen der Sterbehilfe oder des Suizids geht?

Auf der kulturellen Ebene sind auch die Fragen der interkulturellen und transkulturellen Pflege angesiedelt. Unter den transkulturellen Werten steht in der abendländischen Tradition an vorderster Stelle die Idee der Menschenrechte, welche den Gedanken der Menschenwürde zur Voraussetzung haben. Die Geltung von Menschenwürde und Menschenrechten wird heute universal behauptet (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948). Im Judentum und im Christentum wird der Gedanke der Menschenwürde aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen abgeleitet, die ihm *bedingungslos*, dh unabhängig von seiner körperlichen und geistigen Verfassung, zukommt. Auch der Islam bekennt sich zu den Menschenrechten, interpretiert sie aber im Rahmen der Scharia (islamisches Recht), woraus Konflikte mit dem westlichen Menschenrechtsverständnis entstehen können.

Um Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik genauer bestimmen zu können, ist zunächst der Begriff der Pflege zu klären. *Silvia Kühne-Ponesch* definiert Pflege als „eine Praxisdisziplin“, deren Aufgabe es ist, „einzelne Menschen und Gruppen von Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters und kultureller Prägung in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern“.⁸ Es handelt sich um „eine Disziplin, bestehend aus Elementen der Forschung, der Philosophie, der Praxis und der Theorie“⁹. Sie entwickelt sich international immer mehr von einer erfahrungsbezogenen zu einer wissenschaftsbauierten Disziplin.¹⁰

Nun ist freilich zwischen einem engeren und einem weiteren Begriff der Pflege zu unterscheiden. Der weitere Begriff bezieht sich auf Pflege als allgemeine menschliche Fähigkeit, Bedingungen für das Überleben oder Wohlbefinden von Menschen zu sichern (care/caring). Der engere Begriff bezeichnet Pflege als Beruf bzw als professionelles Handeln (nursing). Pflegeethik im Sinne von „nursing ethics“ setzt den engeren Begriff der Pflege voraus. Ihre Aufgabe ist die ethische Reflexion nicht nur des pflegerischen Handelns, sondern auch des Verhaltens von Pflegenden und ihrer Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Pflegeethik befasst sich nicht nur mit Einzel-

⁸ *S. Kühne-Ponesch*, Modelle und Theorien in der Pflege (UTB 2467), Wien 2004, 11.

⁹ *S. Kühne-Ponesch*, aaO (FN 8), 14.

¹⁰ Vgl *H. Mayer*, Einführung in die Pflegeforschung (UTB 2328), Wien 2002.

fragen oder Einzelkonflikten im Alltag des Pflegeberufs, sondern reflektiert auch die ethischen Grundlagen und Prinzipien von Pflege und Pflegeberufen. Entsprechend der verschiedenen Handlungsfelder der Pflege reflektiert Pflegeethik im Einzelnen ethische Probleme in Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Die Pflegeethik ist nicht nur eine Professionsethik, sondern sie gehört auch zu den sogenannten Bereichsethiken. Weitere Beispiele für Bereichsethiken sind Wirtschaftsethik, Rechtsethik, Politische Ethik, Medienethik und natürlich auch die Medizin- und Bioethik. Zwischen Pflegeethik und anderen Bereichsethiken besteht eine Reihe von Verbindungen oder Nahstellen.¹¹ Ethik in der Pflegepraxis überschneidet sich nicht nur mit Ethik in der Medizin, sondern auch mit Ethik in der sozialen Arbeit. Ethik im Pflegemanagement hat gemeinsame Schnittmengen mit Wirtschaftsethik, Sozialethik und politischer Ethik. Ethik in der Pflegepädagogik steht im Austausch mit einer allgemeinen Pädagogischen Ethik. Ethik in der Pflegewissenschaft ist ein Teilbereich von Wissenschaftsethik und Forschungsethik. Letztlich ist die Pflegeethik wie die Medizinethik in eine Ethik des Gesundheitswesens eingebettet. In der Altenhilfe aber bestehen wiederum Schnittmengen zwischen Gesundheitswesen und anderen Bereichen der sozialen Hilfe.

Pflegeethik kann letztlich nur von einem systemischen Ansatz aus betrieben werden. Das bedeutet nun allerdings nicht, dass sich alle Fragen der Ethik in diesem Bereich auf die Ebene der *Organisations- oder der Sozialethik* verschieben lassen. Das würde nämlich bedeuten, die persönliche Verantwortung, die jeder und jede von uns hat, an die Institutionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen zu delegieren. So gewiss mein persönliches Handeln, Tun und Lassen immer auch von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen mitbestimmt wird, habe ich doch für meine Lebensführung und meinen Umgang mit anderen Menschen eine persönliche Verantwortung. So wichtig die sozialethische und organisationsethische Dimension in Medizin, Pflege und Altenhilfe auch ist, so unaufgebar bleiben doch daneben die individual- und die personaethische Dimension. Unter *Individualethik* verstehe ich die ethische Reflexion meines Umgangs mit mir selbst. Wie gehe ich zB mit meiner eigenen Gesundheit und mit meinem Körper um. Wie ist es um meine Selbstpflege und Selbstachtung bestellt, ohne die ich wohl kaum in der Lage sein werde, auch anderen Menschen die nötige Achtung und Empathie entgegenzubringen? Unter *Personaethik* verstehe ich ethische Reflexion, die sich auf alle Ich-Du-Beziehungen richtet, also zB auf die direkte Interaktion zwischen Pflegepersonen und Bewohnern.

¹¹ Vgl R. Lay, Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover ²2012, 85 ff.