

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Bartmann, Peter/ Hübner, Ingolf (eds.), *Patientenselbstbestimmung*. It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Bobbert, Monika

Achtung des Autonomierechts von Patient(-inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements in: Bartmann, Peter/ Hübner, Ingolf (eds.), *Patientenselbstbestimmung – (Heraus-) Forderung im Gesundheitswesen*, pp. 158–185

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2002

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Vandenhoeck & Ruprecht Verlage: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Bartmann, Peter/ Hübner, Ingolf (Hrsg.), *Patientenselbstbestimmung* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Achtung des Autonomierechts von Patient(-inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements in: Bartmann, Peter/ Hübner, Ingolf (Hrsg.), *Patientenselbstbestimmung – (Heraus-) Forderung im Gesundheitswesen*, S. 158–185

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2002

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy der Vandenhoeck & Ruprecht Verlage publiziert: <https://www.vr-elibrary.de/self-archiving>

Ihr IxTheo-Team

Bobbert, Monika, Möglichkeiten der Achtung des Autonomierechts von Patient(inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements, in: Bartmann, Peter, Hübner, Ingolf (Hg.), Patientenselbstbestimmung – (Heraus-) Forderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, 158–185.

Möglichkeiten der Achtung des Autonomierechts von Patient(inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements

Monika Bobbert

Menschen, die auf berufliche Pflege angewiesen sind, erfahren an Leib und Seele, dass helfendes Können und Wissen anderer sowohl unterstützen und fördern als auch einschränken und bevormunden kann. Deshalb sollten Pflegende dem Autonomierecht ihrer Patient(inn)en hohen Stellenwert einräumen. Das moralische Recht auf Autonomie lässt sich erstens als Recht auf „informierte Zustimmung“, zweitens als Recht auf Bestimmung des Eigenwohls, drittens als Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen und viertens als Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums konkretisieren.

Insofern Pflegemanager(innen) über pflegebezogene institutionelle Abläufe, Strukturen und Regeln entscheiden, gestalten sie die Rahmenbedingungen für das individuelle pflegerische Handeln am Patientenbett und somit auch für die Achtung des Autonomierechts in der Pflege mit. Aus dem Entscheidungsbereich pflegerischen Leitens und Organisierens werden exemplarisch drei praktische Fragestellungen unter dem Aspekt des Patientenrechts auf Autonomie diskutiert: die Frage nach dem Modell der pflegerischen Arbeitsorganisation, die Frage der Mitarbeiter(innen)führung in Bezug auf Kommunikation und Konfliktlösung sowie die Frage nach Entwicklung und Einsatz von Pflegestandards.

1. Vorbemerkungen zur Pflegeethik

1.1. „Moderne“ Pflegeethik als Unterfangen mit rationalem Anspruch

„Moderne“ Pflegeethik bzw. eine „Ethik in der Pflege“, wie sie im angelsächsischen Sprachraum seit Ende der 70er Jahre und im deutschsprachigen Raum seit Anfang der 90er-Jahre betrieben wird, bezieht sich primär auf die berufliche Ausübung von Pflege – genauer auf die pflegerische Versorgung von kranken, behinderten, gebrechlichen oder sehr jungen Menschen. Pflegeethik als eine – relativ neue – Bereichsethik wird hier verstanden als philosophisch begründete Reflexion des beruflichen pflegerischen Handelns vor dem Hintergrund allgemeiner ethischer Begrifflichkeiten, Unterscheidungen und Theorien. Pflegeethik als Reflexion und Argumentation ist zu unterscheiden von der faktisch verbreiteten oder gelebten Moral Pflegender als dem Gegenstand ihrer Analyse. Eine „moderne“ Pflegeethik fragt, welche moralischen Werte und Normen zu Recht den Anspruch auf Gültigkeit erheben, d.h. sich mit vernünftig nachvollziehbaren Argumenten ausweisen lassen.¹

1.2. Referenzpunkte einer ethischen Reflexion

Um der Mehrdimensionalität des Moralischen gerecht zu werden, müssen bei der ethischen Reflexion eines Praxisfelds bestimmte Ebenen und Perspektiven berücksichtigt und miteinander vermittelt werden.

So unterscheidet die moderne Ethik erstens zwei Ebenen ethischer Reflexion. Die *Strebsethik* ist auf das gute Leben einzelner und auf ein gutes Zusammenleben in einer Gesellschaft ausgerichtet. Indem sie unter anderem nach Vorbildern und Modellen menschlicher Erfahrung fragt, gilt sie als Ethik im weiteren Sinne und hat empfehlenden Charakter. Die *Sollsethik*, auch normative Ethik genannt, bringt die Interessen und Rechte anderer Menschen ins Spiel. Weil sie

das Handeln mit Blick auf berechnigte Ansprüche anderer Menschen erörtert, gilt sie als Ethik im engeren Sinn. Die Sollensethik fragt nach der moralischen Richtigkeit individueller Handlungen und nach der Richtigkeit von Institutionen, deren Strukturen und Regeln. Diejenigen Ansprüche, oft als Rechte und Pflichten gefasst, die sich als begründet ausweisen lassen, gelten für alle Menschen in gleicher Weise und müssen unbedingt befolgt werden. Die Sollensethik hat also vorschreibenden Charakter.

Bei einer individualethischen Perspektive stehen einzelne Menschen mit ihrem Handeln und ihren Lebensplänen im Vordergrund. Die *Individuelethik* klärt über moralisch richtiges Handeln oder über Vorstellungen vom „guten Leben“ auf, d.h. zum einen darüber, welche Rechte Einzelnen zukommen und von den anderen zu respektieren sind und zum anderen darüber, was eine „gute“ Lebensführung ausmacht. Die *Sozialethik* richtet sich auf Institutionen mit ihren Strukturen und Regeln, in denen das Handeln und Leben von Individuen stattfindet. Die institutionellen Rahmenbedingungen bestimmen und gestalten das individuelle und gesellschaftliche Leben und Handeln. Diesbezüglich stehen neben Fragen der Gerechtigkeit Fragen nach den Bedingungen, die für gutes Zusammenleben förderlich sind, im Vordergrund.

Diese skizzierten vier Referenzpunkte ethischer Reflexion sind aufeinander verwiesen, sodass selbst bei Schwerpunktsetzungen keine Ebene bzw. Perspektive gänzlich unabhängig von den anderen thematisiert werden kann. Deshalb werden am Schluss dieses Beitrags die jeweiligen Teildiskussionen im Rückgriff auf die vier Referenzpunkte nochmals verortet.

2. Professionelle Pflege und das Autonomierecht von Patient(inn)en

2.1. Vorbemerkung

Auf die Frage „Was ist ‚gute‘ Pflege?“ lassen sich Urteile in unterschiedlicher, etwa in pflegfachlicher, medizinischer oder arbeitsorganisatorischer Hinsicht abgeben. Doch letztlich muss das Pflegen in ethischer Hinsicht beurteilt werden. Dies umso mehr, als die Grundbeziehung zwischen professionellen Helfer(inne)n und Hilfebedürftigen unweigerlich asymmetrisch ist. Zum einen ist ein kranker oder pflegebedürftiger Mensch meist geschwächt und auf Hilfe angewiesen, zum anderen braucht er als Laie Informationen von den Expert(inn)en. Aufgrund dieser doppelten Abhängigkeit bedarf der Umgang mit dem Hilfesuchenden seitens der Pflegenden besonderer Rücksicht, um der Gefahr unerlaubter Übergriffe, der Bevormundung, der Instrumentalisierung des Hilfebedürftigen für Fremdinteressen und der Unterordnung seiner „Bedürfnisse“ unter institutionelle Zwänge zu entgehen. Insofern ist bei pflegerischen Zielsetzungen und Handlungen neben dem Schutz und der Förderung des physischen und psychischen Wohls der Betroffenen die Achtung des Autonomierechts besonders bedeutsam. Obwohl im Folgenden nur das Autonomierecht von Patient(inn)en zur Debatte steht, heißt dies keineswegs, dass das Pflegen nicht noch unter anderen ethischen Gesichtspunkten, z.B. Schutz, Fürsorge oder Respekt, betrachtet werden sollte.

2.2. Erläuterungen zum Begriff der individuellen Autonomie²

Der philosophische Begriff der Autonomie ist komplex und lässt sich auf vielerlei Arten fassen. Die nachstehenden Ausführungen orientieren sich an den praktischen Problemen der Krankenversorgung. Außerdem wird davon ausgegangen, dass Patient(inn)en „theoretisch“ in der Lage sind, ihren Willen und ihre Wünsche zu äußern - obwohl sie den Institutionen des Gesundheitswesens häufig verschüchtert und zudem von Krankheit geschwächt gegenüberstehen. In diesem Rahmen können jedoch die mit der Findung, Artikulation und Durchsetzung des Willens verbundenen praktischen Probleme, soweit sie primär in der Person des Patienten lokalisiert sind, nicht diskutiert werden. Vielmehr wird im Folgenden die Seite der Pflegenden fokussiert und erörtert, inwiefern professionell Pflegende das Autonomierecht ihrer Patient(inn)en achten und fördern können. Im Mittelpunkt steht also die Frage, auf welche Weise

Pflegende durch ihr Handeln, ihre Art der Kommunikation, durch Verfahrensweisen und Strukturen Patient(inn)en die Artikulation ihres Willens und ihrer Wünsche erleichtern können. Zunächst nun einige Erläuterungen zu Autonomie als aktueller Fähigkeit, da in der medizinischen und pflegerischen Praxis die Fähigkeit zur Autonomie in Bezug auf Handlungen und Entscheidungen vorausgesetzt werden muss.³

Damit man von einer autonomen, d.h. selbst bestimmten Handlung oder Entscheidung sprechen kann, müssen zwei Mindestbedingungen erfüllt sein: Zum ersten muss ein Mensch eine Handlung, mit der er ein selbst gesetztes Ziel verfolgt, bewusst und absichtlich vollziehen. Dazu gehört unter anderem, dass er in gewissem Ausmaß die Bedeutung seines Tuns und dessen für ihn wesentlichen Folgen, Chancen und Risiken überschaut. Zum Zweiten muss seine Handlung zu einem gewissen Grad frei von äußeren kontrollierenden Einflüssen sein: Wenn ein Mensch keine Handlungsalternativen hat oder bestimmte Vorgänge durch sein Handeln überhaupt nicht beeinflussen kann, liegt in dieser Situation keine Handlungsfreiheit vor. Ebenso kann die Handlungsfreiheit durch Zwang oder Drohungen anderer oder durch subtilere Manipulationen beeinträchtigt sein.

Natürlich variiert die aktuelle Autonomie im Handeln bzw. Entscheiden graduell, doch lassen sich empirische Kriterien für das „Maß“ und die Grenzen nur in Extremfällen unstrittig angeben. Denn selbst bei Menschen, die nicht mehr in der Lage sind über sämtliche Handlungsbereiche ihres Lebens zu urteilen, kann das Autonomierecht unter Umständen noch Anwendung finden – so etwa bei nur zeitweilig verwirrten Menschen oder bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, die sich häufig sehr wohl zu Pflegehandlungen, die ihren Leib unmittelbar betreffen, verbal oder auch nonverbal verhalten können.

Die bisher beschriebene Fähigkeit zur Autonomie stellt zwar eine wesentliche Voraussetzung dar, um das moralische Recht auf Autonomie wahrzunehmen, begründet aber in keiner Weise bereits ein moralisches Recht darauf, dass andere Menschen die Wünsche und Ziele eines autonomen Individuums respektieren. Ebenso wenig ist damit bereits gegeben, dass ein selbst bestimmender Mensch einen moralischen Standpunkt einnimmt, indem er die Interessen anderer ebenso wie seine eigenen berücksichtigt und auf ihre Moralität hin überprüft.

Ein moralisches Recht auf Autonomie ist auf der moralisch-normativen Ebene angesiedelt und müsste eigens begründet und inhaltlich gefüllt werden. Da die Begründung des Rechts auf Autonomie und seine Begrenzung durch die Rechte anderer den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde, wird hier ein individuelles moralisches Recht auf Autonomie eingeführt und auf den Ausweis dieses unbedingten moralisch-normativen Anspruchs verzichtet. Ein solches Ansetzen auf der „mittleren“ Ebene ist jedoch nicht durch eine relativistische oder skeptizistische metaethische Position motiviert, sondern überspringt lediglich die detaillierte Ausarbeitung eines moralphilosophischen Begründungsansatzes auf diese Frage hin. Die Begründung dieses moralischen Rechts ist z.B. über den Ansatz von Gewirth⁴ mit seinem „Prinzip der Menschenrechte“ möglich. Im Rahmen dieses Beitrags wird nun von der plausiblen Annahme ausgegangen, dass in der Krankenversorgung ein individuelles Recht auf Autonomie gilt.⁵

Zu erwähnen ist an dieser Stelle noch, dass das Recht auf Autonomie dann, wenn es mit anderen begründeten Individualrechten in Konflikt gerät, unter Umständen eingeschränkt werden darf. Etwa, wenn das Autonomierecht mit dem Recht anderer auf Leben, auf physische und psychische Integrität oder auf Schutz der Gesundheit kollidiert. Auch ist bei Abwägungen bedeutsam, auf welches „Gut“ sich das Recht auf Autonomie bezieht. So „wiegt“ das individuelle Recht auf Autonomie über den eigenen Körper um ein Vielfaches mehr als das Recht zu bestimmen, welche Art von Nahrung jemand zu welchem Zeitpunkt zu sich nimmt oder welche Kleidung er trägt.

2.3. Inhaltliche Konkretisierungen des moralischen Rechts auf Autonomie

Die nun folgenden vier normativen Forderungen beanspruchen, das Autonomierecht für den Bereich der Krankenversorgung angemessen zu konkretisieren. Und zwar erstens als Recht auf „informierte Zustimmung“ eines Menschen zu Handlungen anderer, welche in dessen physische

und psychische Integrität eingreifen,⁶ zweitens als Recht, das eigene Wohl selbst festzulegen, drittens als Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen und viertens als Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums.

Das *Recht auf „informierte Zustimmung“*⁷ besteht zum einen aus dem Recht auf Einwilligung in oder aber Ablehnung von Handlungen anderer, welche den Leib oder intime psychische Belange⁸ berühren. Zum anderen besteht es aus dem Recht auf Übermittlung ausreichender und verständlicher Informationen. In Sachen Gesundheit, Krankheit und professioneller Pflege besteht ein großes Informationsgefälle zwischen den professionellen Helfer(inne)n und den pflegebedürftigen Laien. Deshalb braucht ein Pflegebedürftiger Informationen über diejenigen Handlungen, die Pflegenden an ihm ausführen möchten. Um in eine Pflegemaßnahme „informiert“ einwilligen zu können, muss der Betroffene unter anderem wissen, mit welchen kurz- und langfristigen Vor- und Nachteilen er zu rechnen hat.

Das Autonomierecht in der Krankenversorgung beinhaltet zweitens, dass ein Mensch im Letzten selbst festlegt, was er für gut erachtet und was er möchte, d.h. welche Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen er verfolgen, wie er seinen Alltag und sein Leben gestalten will. Diesem *Recht auf Bestimmung des Eigenwohls* entspricht es, dass ein Mensch über pflegerische Ziele und Mittel gemäß seinen individuellen Präferenzen entscheiden kann, da Pflegehandlungen die Lebensqualität – mehr oder weniger stark – betreffen.

Weil jeder das Recht hat, sein individuelles Wohl selbst festzulegen, besteht zusätzlich zum bloßen Recht auf „informierte Zustimmung“ zu einem unterbreiteten Pflegevorschlag drittens das *Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen*. Nicht immer, jedoch in zahlreichen Fällen existieren bei pflegerischen Handlungen fachliche Alternativen. „Mögliche“ Alternativen müssen diskursiv bestimmt werden und lassen sich jeweils nur vorläufig festschreiben, denn einerseits bilden der gegenwärtige medizinisch-technische Stand sowie das pflegerische Fachwissen über Pflegediagnosen und pflegerische Maßnahmen die „sachliche“ Grundlage. Andererseits geben die institutionellen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, z.B. die Arbeitsorganisation einer Einrichtung, die Angebotsstruktur sozialer Dienste und die Leistungen der gesetzlichen Versicherungen das „Machbare“ vor. Die Forderung, „mögliche“ Alternativen darzulegen, schließt im Übrigen nicht aus, dass eine Handlungsoption vom Fachpersonal unter Nennung von Gründen empfohlen wird.

Viertens hat der Patient ein *Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums*. Zwar bringt der Aufenthalt in einer Institution der Krankenversorgung bzw. -pflege notwendig Einschränkungen des bisherigen Handlungsspielraums mit sich. Sei es, dass Patient(inn)en sich an Vorschriften halten müssen, sei es, dass institutionelle Abläufe nicht ihren Gewohnheiten und Vorhaben entsprechen. Doch wie lassen sich nun erforderliche und moralisch zu rechtfertigende von nicht mehr vertretbaren Einschränkungen unterscheiden?

Sinn und Zweck jeder Regelung, jedes standardisierten Arbeitsablaufs muss es sein, eine qualitativ gute und zugleich effiziente medizinische Versorgung und Pflege aller Patient(inn)en zu gewährleisten. Trotz vieler Sachzwänge und noch so komplexer Arbeitsabläufe unterliegen die institutionellen Strukturen und Regelungen gleichzeitig dem grundsätzlichen Anspruch, diejenigen Mittel und Wege zu sein, die nicht nur zweckrational sind, sondern die außerdem den Handlungsspielraum der Betroffenen möglichst wenig einschränken. Zusätzlich unterliegen einschränkende Regelungen dem Anspruch, sehr grundlegende moralische Interessen bzw. Individualrechte aller Beteiligten, also auch der Mitpatient(inn)en oder Mitarbeiter(innen) einer Institution zu schützen. Allerdings, dies sei hinzugefügt, unterliegen nicht alle einschränkenden Regelungen in gleicher Weise dem Anspruch auf Rechtfertigung. Denn die Notwendigkeit einer Rechtfertigung hängt unter anderem davon ab, hinsichtlich welchen „Guts“ und in welchem Ausmaß der Handlungsspielraum eingeschränkt wird. Dass beispielsweise jemand entgegen seiner Gewohnheit sehr früh geweckt wird, bedarf weniger starker Gründe als streng reglementierte Besuchszeiten.

3. Drei praktische Fragestellungen des Pflegemanagements aus der Sicht des Autonomierechts von Patient(inn)en

Die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche des relativ neuen Berufs Pflegemanager(in) sind sehr vielfältig und variieren in Abhängigkeit von der Art der Institution, den dort etablierten hierarchischen Ebenen und praktizierten Arbeitsteilungen. Insofern Pflegemanager(innen) über pflegebezogene institutionelle Abläufe, Strukturen und Regeln entscheiden, gestalten sie die Rahmenbedingungen für das individuelle pflegerische Handeln am Patientenbett und somit auch für die Achtung des Autonomierechts in der Pflege mit. Die im Folgenden exemplarisch ausgewählten drei Fragestellungen fallen in den Entscheidungsbereich pflegerischen Leitens und Organisierens. Durch welche Maßnahmen, Strukturen und Regeln, die im Entscheidungsbereich des Pflegemanagements liegen, kann nun das Autonomierecht von Patient(inn)en in seinen oben erläuterten Konkretisierungen geschützt und möglicherweise sogar gefördert werden?

3.1. Die Arbeitsorganisationsmodelle Funktionspflege, Zimmer- bzw. Bereichs- bzw. Gruppenpflege und Bezugspflege

Seit mehr als zwei Jahrzehnten wird in der beruflichen Pflege eine intensive Debatte über die Arbeitsorganisationsmodelle Funktionspflege versus Zimmer- bzw. Bereichs- bzw. Gruppenpflege versus Bezugspflege geführt. Die Modelle unterscheiden sich hauptsächlich durch die Anzahl der Pflegenden, die während einer Arbeitsschicht an einen Patienten herantreten, um Pflegehandlungen an ihm ausführen. Sie können auf Stationsebene, auf Pflegebereichsebene oder sogar für eine ganze Einrichtung eingeführt bzw. verändert werden. Insofern handelt es sich um eine Strukturfrage, mit der sich auch Pflegemanager(innen) beschäftigen müssen.

Die Funktionspflege ist durch eine stark ausdifferenzierte Arbeitsteilung gekennzeichnet und ermöglicht die Zuteilung „einfacher“ Arbeiten an ungelernete Kräfte und pflegerisch anspruchsvoller oder verantwortungsvoller Aufgaben an ausgebildetes Pflegepersonal: So geht z.B. eine Krankenpflegeschülerin bei allen Patient(inn)en vorbei, um Fieber zu messen, zwei Praktikant(inn)en folgen, um die Betten zu machen, später geht eine examinierte Pflegeperson durch und verteilt die Medikamente oder zeigt bettlägerigen Patient(inn)en Atemübungen zur Vorbeugung einer Lungenentzündung usw. Es liegt nahe, dass die Funktionspflege unter anderem beim ökonomisch denkenden Verwaltungspersonal beliebt ist, weil sich die Pflege je nach Grad des erforderlichen Pflegewissens zwischen teuren Fachkräften und kostengünstigen ungelerten Kräften aufteilen lässt. Andererseits bringt diese Form der Arbeitsteilung mit sich, dass die Kontakte zwischen Pflegeperson und Patient(inn)en meist durch die Verrichtung einer einzelnen Pflegehandlung motiviert sind, daher eher kurz ausfallen und dass ein Patient im Verlauf des Tages sehr vielen Pflegenden begegnet.

Im Zuge einer Zeit sparenden Arbeitsteilung, die qualifiziertes Personal zielgerichtet einsetzen wollte, wurde die Funktionspflege in den 60er-Jahren zum vorherrschenden Arbeitsorganisationsmodell. Obwohl engagierte Pflegenden in Verbindung mit dem Anliegen einer individuellen und ganzheitlichen bzw. humanen Pflege seit den 70er-Jahren vehement für die Gruppen- oder gar Bezugspflege eintraten, dauern die Diskussionen in Theorie und Praxis bis heute an. In der Praxis findet man mittlerweile meist eine Mischung aus Gruppen- und Funktionspflege vor, d.h. eine Pflegeperson versorgt die Patient(inn)en mehrerer Zimmer und darüber hinaus gibt es noch Tätigkeiten, die über sämtliche Zimmer bzw. Gruppen bzw. Bereiche hinweg ausgeführt werden. Die Bezugspflege, bei der jeder Patient einer Bezugsperson mit den Aufgaben Kontaktaufbau, Kommunikation und Pflegeplanung zugeordnet wird, ist im deutschsprachigen Raum wenig verbreitet.

Legt man Wert auf eine „humane“ oder am christlichen Menschenbild orientierte Versorgung der Patient(inn)en, oder folgt man solchen Pflege-theorien, die neben der somatischen auch die psychische und soziale Dimension der Pflege hervorheben und Pflege als „Beziehungsprozess“ verstehen, spricht vieles für die Gruppenpflege und die Bezugspflege. Für die meisten Befürworter(innen) sind zwei Argumente zentral geblieben: Erstens, dass die Gruppen- oder Bezugspflege eine notwendige, wenngleich keine hinreichende Bedingungen für den Aufbau einer

vertrauensvollen oder gar therapeutisch wirksamen Beziehung sei und zweitens, dass berufliche Pflege den Menschen nicht nur auf die somatische Dimension reduzieren dürfe, was bei einer Funktionspflege jedoch nahe liege.⁹

Welche Argumente im Streit um diese Arbeitsformen können denn nun vom Autonomierecht aus geltend gemacht werden? Konkret lässt sich als erstes folgende Frage stellen: Wie kann eine kontinuierliche Informierung des Patienten erfolgen, so dass dieser weiß, warum aktuell etwas an ihm „gemacht“ wird und welche pflegerischen Interventionen er in naher Zukunft zu erwarten hat? Das *Recht auf „informierte Zustimmung“ zu pflegerischen Handlungen* fordert zum einen, dass Pflegende ihr jeweiliges Tun erläutern und darauf achten, ob der Patient damit einverstanden ist. Dies kann sowohl im Rahmen einer Funktionspflege als auch einer Gruppen- oder Bezugspflege geschehen. Allerdings scheint zumindest im Krankenhaus häufig das Problem zu bestehen, dass Patient(inn)en dazu ermutigt werden müssen, Fragen zu stellen oder Vorbehalte zu äußern. Offensichtlich sollten Pflegende gezielt auf nonverbale Reaktionen von Patient(inn)en achten, um deren Informationsbedarf einzuschätzen. Bei Pflegehandlungen, die routinemäßig wiederkehren und von denen anzunehmen ist, dass die Patient(inn)en Ablauf und Zweck kennen, können die Pflegenden eine stillschweigende Zustimmung voraussetzen. Doch in diesen Fällen sollten sie besonders sensibel auf mögliche Signale des Widerstands achten – zumal bereits die Art und Weise der Ausführung einer pflegerischen Handlung dazu führen kann, dass Patient(inn)en plötzlich nicht mehr einverstanden sind – etwa, weil eine neue Pflegeperson die Körperpflege sehr hastig und grob durchführt.

Für diese Informierungen, das Sicherstellen der Zustimmung oder die Annahme einer stillschweigenden Zustimmung scheinen eine gewisse Interaktionsdauer sowie eine gewisse Vertrautheit mit den Reaktionen eines Patienten vorteilhaft, was eher für eine Gruppen- oder Bezugspflege spricht. Allerdings geht es primär um ein Gesprächs- bzw. Interaktionsverhalten, das selbst im Rahmen einer Funktionspflege praktikierbar ist: nämlich häufiges Nachfragen, die Beachtung nonverbaler Signale des Patienten vor oder während einer Pflegehandlung und ein gewohnheitsmäßiges Erklären dessen, was man pflegerisch machen möchte. Allerdings wenden die Kritiker(innen) gegen die Funktionspflege ein, dass sie den Aufbau einer Beziehung zum Patienten nahezu unmöglich mache. Gerade die „einfachen“ Pflegehandlungen wie z.B. Betten, Waschen oder bei Bewegungen behilflich zu sein, böten Gelegenheit zum Beziehungsaufbau und schafften Vertrauen, so dass der Patient sich mitteile und selbst Fragen und Bedenken zu äußern wage. Dies ist aus psychologischer Sicht sicher zutreffend und spricht wiederum eher für eine Gruppen- oder Bezugspflege.

Umfassendere Ansprüche an Pflege und Pflegemanagement ergeben sich aus dem *Recht auf Bestimmung des Eigenwohls* und dem *Recht auf die Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen*. Wie kann gesichert werden, dass Patient(inn)en an der Pflegeplanung, d.h. an der Festlegung der Pflegeziele und der dazu erforderlichen Maßnahmen teilhaben und zwischen Pflegealternativen wählen können, falls mehrere Mittel und Wege existieren? Man denke etwa an die verschiedenen Möglichkeiten, auf Inkontinenz zu reagieren: Vorlagen, ein Inkontinenztraining, ein Dauerkatheter oder etwa an die verschiedenen Möglichkeiten der Thromboseprophylaxe: Gummistrümpfe, Mobilisationen oder Heparinspritzen. Zweifellos ist für das Darlegen mehrerer Möglichkeiten samt ihrer Vor- und Nachteile eine Pflegefachkraft erforderlich, die den „state of the art“ kennt und in der Lage ist, Pflegealternativen sowie deren Ziele und Folgen verständlich zu beschreiben und fachlich zu begründen. Denn nur auf dieser Grundlage kann der Patient aus seiner Alltagsperspektive und vor dem Hintergrund seiner individuellen Präferenzen eine „gute“ Wahl treffen.

Bei der Funktionspflege scheint die Gefahr zu bestehen, dass der Informationsbedarf, die individuellen Wünsche, Bedenken und Ziele eines Patienten entweder nicht wahrgenommen werden oder entsprechende Informationen aus informellen Gesprächen verloren gehen. Den mit der Funktionspflege einhergehenden Mangel an kontinuierlichen Interaktionen und einem entsprechenden Informationsfluss könnte man unter Umständen durch die Einführung spezieller Strukturen, so z.B. kleiner mündlicher Fallbesprechungen oder Pflegeübergaben oder auch

ausführlicher Dokumentationen kompensieren. Allerdings müsste sich erst zeigen, ob diese Ersatzstrukturen „funktionieren“ und zur Sicherung des Autonomierechts ausreichen.

Weiterhin kann bei einer Gruppen- oder Bezugspflege dem Recht auf eine möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums vermutlich besser Rechnung getragen werden als bei einer Funktionspflege. Denn die Gruppen- und die Bezugspflege zeichnen sich häufig durch eine geringere Einschränkung des Handlungsspielraums der Pflegenden aus, was wiederum den Patient(inn)en zugute kommen kann. Bei einer Gruppenpflege können sich Pflegenden ihre Arbeit am Patienten individueller einteilen, d.h. sich flexibler an dessen Wünschen und Gewohnheiten orientieren. So können z.B. pflegerische Handlungen zu den Zeiten vorgenommen werden, die den Tagesrhythmen der jeweiligen Patient(inn)en eher entsprechen, und diese haben möglicherweise mehr Ruhezeiten, weil viele Pflegehandlungen am Stück erledigt werden. Für eine Gruppenpflege spricht außerdem, dass sich die aus dem Autonomierecht ergebenden Pflichten eindeutiger zuordnen ließen und sich die Pflegenden deshalb vermutlich direkt verantwortlich für „ihre“ Patient(inn)en fühlen würden.

Dass sich Funktionspflege und Gruppen- oder Bezugspflege nicht notwendig ausschließen, sondern durchaus sinnvoll ergänzen können, zeigt sich dann, wenn sehr spezielles Pflegefachwissen erforderlich wird. So ist manchmal die Rundumversorgung von Patient(inn)en durch einige wenige Pflegepersonen deshalb nicht möglich, weil bestimmte Tätigkeiten, wie z.B. die Stomapflege nach Anlegung eines künstlichen Darmausgangs oder die Anleitung von Diabetiker(innen) nur von speziell geschulten Pflegekräften durchgeführt werden können, die nicht in jedem Stationsteam oder in jeder Schicht verfügbar sind. Offensichtlich kann eine gezielt eingesetzte Funktionspflege, versteht man diese als Hinzuziehung einer Spezialkraft, zur Erhöhung der Pflegequalität dienen. Diese Pflegekräfte sind dann sicher auch am besten geeignet, den Patient(inn)en die spezielle Pflegeplanung und etwaige Alternativentwürfe darzulegen. Denkbar wäre also durchaus ein Modell, in dem Gruppen- und Bezugspflege vorherrschen und fachlich begründet funktionsorientierte Bestandteile integriert werden.

Zweifelsohne für alle Arbeitsmodelle von Vorteil, betrachtet man das Autonomierecht, wäre die Einführung einer „Pflegevisite“, wie sie bei Heering u.a.¹⁰ beschrieben wird. Hier legen Pflegenden zusammen mit den Patient(inn)en die Pflegeplanung, d.h. die Erhebung des Pflegebedarfs, die Festlegung der Ziele und der einzelnen Schritte sowie die Kriterien der Evaluation fest.¹¹ Mit der Etablierung einer Struktur wie der der „Pflegevisite“ könnte vermutlich selbst eine stärker funktionspflegerisch organisierte Station die Wahrung der oben genannten konkreten Autonomierechte leisten. Ebenso könnten gut geführte Pflegedokumentationen oder mündliche „Fall“-bezogene Pflegeübergaben, in denen die vom Patienten formulierten Wünsche, Vorbehalte und individuellen Besonderheiten in Bezug auf Pflegemaßnahmen zuverlässig an Kolleg(inn)en weitergegeben würden, für die konkrete Umsetzung des Patient(inn)enrechts auf Autonomie von Nutzen sein.

3.3. Mitarbeiter(innen)führung in Bezug auf Kommunikation und Konfliktlösung

Es war die Rede davon, dass Patient(inn)en über die pflegerischen Ziele, Mittel und Wege zu informieren seien, dass ihnen die Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen zu eröffnen sei und dass pflegerische Zielsetzungen und Maßnahmen der Zustimmung bedürften. Um dies zu gewährleisten, ist eine offene Kommunikation mit den Patient(inn)en erforderlich, bei der Pflegenden nicht nur über ihr geplantes Vorgehen informieren, sondern fachliche Gründe angeben und in Erfahrung bringen, ob ein solches Vorgehen im Sinne des Patienten ist (statt dass dieser aus Angst vor sozialen Sanktionen etwas notgedrungen über sich ergehen lässt). Diese Form der Kommunikation soll zum einen das Verständnis der Patient(inn)en bezüglich der Pflegemaßnahmen gewährleisten, ist aber zum anderen darauf angelegt, Patient(inn)en zum Fragen und Hinterfragen zu ermutigen, und gegebenenfalls ihre Abneigung gegen eine beabsichtigte Pflegehandlung zu artikulieren. Pflegenden müssen also bei dieser Art der Gesprächsführung, die dem anderen Wahl-, Änderungs- und Verweigerungsmöglichkeiten eröffnet, bereit sein, selbst für gut befundene und fachlich naheliegende Vorgehensweisen zu

modifizieren oder zu revidieren. Zudem reicht es für den Fall, dass ein Patient etwas anderes als die geplante und empfohlene Pflegemaßnahme möchte, meist nicht aus, ihn einfach in Ruhe zu lassen. Vielmehr müssen die Pflegenden mit dieser „Kritik“ umgehen und sie brauchen Kompetenzen zur Konfliktdanalyse und Konfliktlösung, was beispielsweise beinhaltet, zwischen sachbezogenen Anteilen, eigenen persönlichen Anteilen (z.B. der Enttäuschung oder Empörung über Undankbarkeit und Uneinsichtigkeit) und den Anteilen des Patienten zu unterscheiden:¹² Verweigert ein Patient aus dem Grund seine Zustimmung, weil die Pflegemaßnahme nicht zu seinen Lebens- und Alltagszielen passt? Gibt es krankheitsbedingte Beschwerden, die zusätzlich eine Rolle spielen? Ist die Ablehnung vielleicht durch die angespannte „Beziehung“ zur Pflegeperson bedingt, liegen ihre Ursachen vielleicht im institutionellen Umfeld oder befürchtet der Patient Schmerzen und Verletzungen? Man denke beispielsweise an die vielfältigen Ursachen einer Nahrungsverweigerung im Alter: Will ein alter Mensch wirklich nicht mehr essen, weil er sein Leben gelebt hat und nun gehen möchte? Will er vielleicht lediglich nicht von solchen Pflegenden die Nahrung gereicht bekommen, die immer unter großem Zeitdruck und ohne persönliche Wertschätzung an ihn herantreten und ihm das Gefühl vermitteln, lästig zu sein? Schmeckt dem alten Menschen die im Heim gereichte Kost einfach nicht oder bereiten ihm Kauen und Schlucken Schmerzen, so dass er deshalb lieber darauf verzichtet?

Um über Pflegefachliches zu informieren und Alternativen so zu schildern, dass sie von den Patient(inn)en auf Präferenzen und Lebensziele bezogen werden können, empfiehlt sich mit Blick auf die psychologische Forschung sicher ein Kommunikationsstil mit den Haltungen der Wertschätzung, Echtheit und Offenheit für den anderen, ein Kommunikationsstil, der zudem sowohl sach- als auch beziehungsorientiert ist und sich nicht lediglich auf Autoritäten beruft.¹³ Zu den Aufgaben des Pflegemanagements gehört es folglich, Pflegenden die Ausbildung dieser Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen durch entsprechende Fortbildungsangebote nahezubringen. Zudem haben Pflegemanager(innen) auf der mittleren und oberen Führungsebene mit den von ihnen praktizierten Kommunikations- und Konfliktlösungsstilen eine nicht zu vernachlässigende Vorbildfunktion. Wenn die Mitarbeiter(innen) aller Ebenen der Institution ein konstruktiv-kritisches und offenes Gesprächsklima kultivieren, wird den Pflegenden die Etablierung eines solchen Klimas im Mikrokosmos der Beziehung zum Patienten leichter fallen. (Damit ist allerdings nicht gemeint, dass die Pflegemanager(innen) im Rahmen ihrer Leitungsfunktion nicht noch andere Kommunikationsstrategien – beispielsweise in Weisungs- oder Verhandlungssituationen – anwenden sollten.)

3.3. Entwicklung und Einsatz von Pflegestandards zur „direkten“ Pflege von Patient(inn)en

Für immer wiederkehrende pflegerische Handlungen bzw. „typische“ Pflegemaßnahmen am Patienten wurden seit Mitte der 70er-Jahre sogenannte Pflegestandards entwickelt. Im Zuge der Rationalisierung, Leistungserfassung und Qualitätssicherung nahm die Bedeutung von Pflegestandards in Deutschland seit Mitte der 80er-Jahre (durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1985 und durch die Pflegesatzverordnung von 1986) zu.

Pflegestandards können von den Pflegenden einer Einrichtung selbst entwickelt werden, sie werden aus der Literatur oder aus anderen Einrichtungen übernommen oder von Firmen käuflich erworben. Die Standards können für eine Station, einen größeren Pflegebereich oder die gesamte Einrichtung gelten, sie werden *bottom up* oder *top down* etabliert – inklusive der damit jeweils verbundenen Herausforderungen. Wie dem auch sei: Die Frage, ob, inwieweit und mit welcher Art von Pflegestandards gearbeitet werden soll, stellt sich zwangsläufig für Pflegemanager(innen) – sei es aus Gründen der Qualitätssicherung, Arbeitsvereinfachung, Effektivitätssteigerung, raschen Dokumentierbarkeit oder der Kostenkalkulation und Personalbedarfsplanung.

Im Folgenden interessieren lediglich solche Pflegestandards, die sich auf die „direkte“ Pflege des Patienten beziehen.¹⁴ Sie machen einheitliche Vorgaben zur Ausführung von Pflegehandlungen, die sich häufig wiederholen, oder zu Pflegemaßnahmen bei Patient(inn)engruppen mit der gleichen Pflegebedürftigkeit. Kellnhauser u.a. unterscheiden zwischen Einzelstandards, die sich auf den Ablauf einer kürzeren Pflegehandlung beziehen, z.B. auf die Mundpflege oder auf

Umlagerungen, und zwischen umfassenderen Standardpflegeplänen, die sich auf die Pflege bei bestimmten Pflegediagnosen, Krankheiten oder pflegerisch relevanten anderen Symptomkomplexen beziehen.¹⁵ Was den Handlungsumfang, die Zielsetzungen, die Differenziertheit der einzelnen Handlungsschritte und die Möglichkeit der Abwandlung anbetrifft, können Pflegestandards stark variieren. So umfassen „Einzelstandards“ zum Ersten zeitlich kürzere, abgegrenzte Pflegemaßnahmen, etwa zur Ganzwaschung im Bett oder zur rhythmischen Einreibung, zum Zweiten können sie aus unterschiedlichen Maßnahmen bestehen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, etwa bei einem Standard für Blasentraining oder sie enthalten zum Dritten mehrere Handlungen, die sich auf bestimmte Situationen richten, etwa Standards zu Patientenaufnahme, Notfall oder zur Versorgung Verstorbener.¹⁶ Demgegenüber sind „Standardpflegepläne“ meist sehr umfassend, weil für ganze Krankheitsbilder oder Symptomkomplexe alle erforderlichen Pflegemaßnahmen entworfen werden, etwa für Lungenentzündung, Colitis ulcerosa oder Leberzirrhose.¹⁷

Inwiefern stellen nun Pflegestandards, wie zahlreiche Pflegende kritisch einwenden, Hindernisse für eine individuell ausgerichtete Pflege dar, und inwiefern können Standards überhaupt Gelegenheit geben, ein vom Patienten selbst definiertes Eigenwohl und dementsprechende Pflegeziele und -maßnahmen zu berücksichtigen?

Sowohl Einzelstandards als auch Standardpflegepläne können so konzipiert und konkretisiert werden, dass sie Raum zur individuellen Anpassung lassen – wenn auch an unterschiedlichen Punkten. So machen beispielsweise Germeten-Ortmann u.a. bei jedem ihrer ausgearbeiteten Einzelstandards deutlich, dass situative und persönliche Besonderheiten des Patienten zu einer Abwandlung des Pflegestandards führen sollten, indem sie im Standard selbst die Kategorie „Umorganisation“ etablieren.¹⁸ Kellnhäuser u.a. gehen in ihrem dreibändigen Werk, in dem exemplarische Pflegepläne vorgestellt werden, noch weiter.¹⁹ Hier steht zu Beginn einer Pflegeplanung jeweils ein umfassender Standardpflegeplan, der dann unter Anwendung des Pflegeprozessmodells an den jeweiligen Patienten und seine Situation angepasst wird. Somit geht ein umfassender Standard gewissermaßen in einem individuellen Pflegeplan auf. Im Unterschied dazu sieht die Pflegeethikerin v. Stösser Einzelstandards als Bausteine an, „die von jeder Pflegeperson zu einem individuellen Pflegekonzept zusammengesetzt werden können.“²⁰

Insgesamt scheint aber Konsens zu sein, dass Pflegestandards entweder als Elemente in einen individuellen Pflegeplan integriert werden oder aber, dass Pflegende mit einem Pflegestandard an die Patient(inn)en in der Absicht herantreten, diesen bei Bedarf anzupassen oder abzusetzen. Insofern haben die oben genannten Verfasserinnen von Pflegestandards das Autonomierecht von Patient(inn)en bereits implizit mitgedacht. Gleichwohl finden sich in der Literatur durchaus auch Standards, die Abwandlungsmöglichkeiten nicht eigens thematisieren, und sicherlich werden Standards in der Praxis zuweilen unflexibel gehandhabt.

Im Hinblick auf das Autonomierecht von Patient(inn)en sind folglich solche Standards zu bevorzugen, die Pflegealternativen ausdrücklich vorsehen oder die so flexibel gestaltet sind, dass sie Abwandlungen generell zulassen. Insbesondere solche Standards, die eine Orientierung an den Äußerungen, Wünschen und am Wohlbefinden des Patienten vorgeben, fördern das Autonomierecht. Vorbildlich sind die Standards von Germeten-Ortmann u.a., die bei jedem einzelnen Pflegestandard bereits Abwandlungsmöglichkeiten aufführen für den Fall, dass der Patient nicht zustimmen oder andere Wünsche haben sollte.²¹ Auch ihre „allgemeinen Pflegeprinzipien“, die sie den Einzelstandards voranstellen, greifen die Idee der Patientenautonomie auf. So sollen die Pflegenden bei all ihren pflegerischen Handlungen die Gewohnheiten des Patienten, d.h. seinen sozio-kulturellen Hintergrund und die religiösen Gebräuche beachten, seine Utensilien benutzen, Wünsche vor und während der Pflege erfragen, außerdem seine Selbständigkeit durch Information, Ermutigung und Anleitung zur Selbsthilfe aktivieren.²²

Neben der Frage der Individualisierbarkeit von Pflegestandards spielen die in ihnen enthaltenen impliziten Wertungen insbesondere für das Recht auf Festlegung des Eigenwohls eine Rolle. Denn Pflegestandards sind immer auch auf Ziele gerichtet, die über die betreffende

Pflegehandlung hinausgehen. Die an einen bestimmten Kontext gebundenen Übereinkünfte orientieren sich zum einen an Üblichkeiten, konkreten Bedingungen und Möglichkeiten vor Ort sowie institutionellen Zielsetzungen, z.B. dem möglichst kostensparenden Einsatz von Pflegematerialien und Fachpersonal. Zum anderen orientieren sich viele Pflegestandards an Pflege-theorien, die auf unterschiedlichen Vorannahmen aufbauen und die bei ihren gesundheitsbezogenen Zielen verschiedene Prioritäten setzen. So legen sie den Schwerpunkt z.B. auf die pflegerische Versorgung akuter physischer Notwendigkeiten, z.B. auf die Bewältigung *bestimmter*, d.h. von einer Pflege-theorie vorgegebener Aktivitäten des täglichen Lebens oder auf Rehabilitation – etwa im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. In der Regel werden solche pflege-theoretischen Bezüge in den Standards kenntlich gemacht. So beziehen sich die Standards von Germeten-Ortmann u.a. auf die Pflege-theorien von Juchli und Roper²³ und auch v. Stösser nimmt Ropers Überlegungen mit gewissen Einschränkungen als theoretischen Bezugspunkt²⁴. Demgegenüber berufen sich einige der von Kellnhauser u.a. ausgearbeiteten Standardpflegepläne²⁵ auf die Pflege-theorie von Orem²⁶.

Standards enthalten also implizite oder explizite Zielbestimmungen und damit Vorentscheidungen und Wertungen, die transparent gemacht werden müssen. Insofern sollte sich ein Standard nicht nur auf reine Handlungsanweisungen beschränken. Vielmehr muss er zum einen den Pflegenden, die ihn vorfinden und in der Praxis anwenden, die nötigen Informationen über die pflege-theoretischen und weiteren wertenden Vorentscheidungen und Ziele geben. Zum anderen hat der Patient ein Recht darauf, die übergeordneten Ziele einer pflegerischen Handlung zu erfahren, damit er als konkreter Adressat des Standards informiert zustimmen kann.

Die Orientierung an Pflegestandards muss – im Blick auf das Recht auf „informierte Zustimmung“ – schließlich auch *dienstrechtlich* präzisiert werden: Zwar haben Standards per se eine größere fachliche und verfahrensbedingte „Autorität“ als das pflegerische Vorgehen einer einzelnen Pflegeperson. Allerdings handelt es sich hierbei um eine „Autorität“ unter Vorbehalt. Wohl mag verfahrensbedingt das pflegefachliche Niveau hoch sein, weil beispielsweise eine Expert(inn)engruppe über ein aufwendiges Entwicklungs- und Entscheidungsverfahren einen Konsens hinsichtlich gewisser Standards für die gesamte Institution herbeigeführt hat. Dennoch können prozedurale oder fachliche Kriterien die Zustimmung der Patient(inn)en nicht ersetzen. Bei jedem Standard, sei er auch von höchster dienstlicher Stelle verordnet und fachlich abgesichert, sei er bei Pflegenden weit verbreitet und allseits akzeptiert, gelten die Forderungen der Informierung und Zustimmung. Dass sich Letzteres nicht immer von selbst versteht, zeigt ein Fall, in dem einer Patientin mit Morbus Crohn gegen ihren Willen vom Pflegepersonal ein Antibiotikum mit der Begründung verabreicht wurde, das sehe der Standard nun einmal so vor.²⁷

4. Die vier Referenzpunkte einer ethischen Reflexion in Bezug auf das Pflegemanagement

Blickt man abschließend nochmals auf die zu Anfang eingeführten Referenzpunkte ethischer Reflexion, so lässt sich feststellen, dass die Diskussion über das Verhältnis von Patientenautonomie und Pflegemanagement in diesem Beitrag primär in der Sozialethik und hier wiederum auf der Ebene der Sollensethik angesiedelt wurde. Ersteres ergibt sich aus der Aufgabe des Pflegemanagements, individuelles Verhalten primär im Kontext der Arbeitsorganisation und Personalführung zu regeln. Dass nicht nur die Perspektive der Sozialethik, sondern spezieller noch deren sollensethische bzw. normative Ebene im Vordergrund der Überlegungen steht, liegt darin begründet, dass das Autonomierecht von Patient(inn)en bestimmte Pflichten für die professionellen Helfer(innen) mit sich bringt. So zeigte sich an den praktischen Fragestellungen der Arbeitsorganisation und der Verwendung von Pflegestandards, dass dem individuellen Autonomierecht durch bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen eher nachgekommen werden kann – unter anderem eben durch die eigens einzuführenden, auf die Bedürfnisse und Präferenzen von Patient(inn)en ausgerichteten Kommunikationsstrukturen „Pflegevisite“ oder Pflegeübergabe.

Jedoch lässt sich der Diskussionsschwerpunkt bei der praktischen Fragestellung der Mitarbeiter(innen)führung in Bezug auf Kommunikation und Konfliktbewältigung auch im

Horizont der Strebensethik verorten. Denn hier geht es um die Einübung von Haltungen wie z.B. Akzeptanz, Wertschätzung oder die Bereitschaft, sich hinterfragen zu lassen, die zu einer gelingenden Kommunikation und im Weiteren zu einem guten Zusammenleben bzw. Zusammenarbeiten beitragen können. Obwohl sich diese Haltungen letztlich weder lehrbuchhaft vermitteln noch erzwingen lassen, können wiederum sozialetisch-normative Konsequenzen formuliert werden, was Ausbildungsgänge und Arbeitsbedingungen anbetrifft. So ist eben nicht unerheblich, ob sich eine Institution als Ganze um humane und für das Recht auf Autonomie förderliche Führungs- und Kommunikationsstile bemüht und zu diesem Zweck Fortbildungen für Mitarbeiter(innen) aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen anbietet. Umgekehrt leben natürlich die Kommunikationen, die den anderen als anderen wahrnehmen und berücksichtigen, von der freiwilligen persönlichen Aneignung und Umsetzung durch einzelne Pflegende.

Generell unterliegen ethische Diskussionen über das Handlungsfeld des Pflegemanagements der besonderen Herausforderung, der Verschränktheit von Individuellem und Sozialem gerecht zu werden und die Perspektiven Sozial- und Individualethik in eine angemessene Balance zu bringen. Einerseits ist es deshalb sinnvoll, – wie in diesem Beitrag geschehen –, bei Leitungs- und Managemententscheidungen explizit von der Frage der Patientenautonomie auszugehen und von dort aus moralisch qualifizierte Orientierungshilfen zu erhalten, da sozialetische Erwägungen niemals abgekoppelt von den betroffenen Individuen und ihren individuellen Rechten angestellt werden sollten. Andererseits birgt der Zugang über das individuelle Patientenrecht die Gefahr, dieses Recht von all denjenigen gesellschaftlichen Voraussetzungen zu isolieren, die seine Wahrnehmung auf Seiten der Patient(inn)en und seine Respektierung auf Seiten der Pflegenden erst ermöglichen. Deshalb wären weiterführend verstärkt Überlegungen zu den gesellschaftlichen Voraussetzungen der Patientenautonomie anzustellen. So brauchen z.B. die Pflegenden selbst für ihre moralisch anspruchsvolle Tätigkeit unterstützende Arbeitsbedingungen und außerdem sollten die Bürger(inn)en als „Pflegefall“ nicht völlig von der Aufforderung überrascht sein, sich nun doch bitte autonom zu entscheiden. Weiterhin wäre z.B. zu erörtern, wie sich das Wissen von Patient(inn)en darüber, was eine fachlich gute Pflege ausmacht, erweitern oder wie sich beim Verwaltungspersonal und bei den Verantwortlichen des Gesundheitswesens stärker ins Bewußtsein heben lässt, dass Pflege das Recht auf Autonomie existentiell berührt und nur ein personell gut ausgestattetes und qualifiziertes Pflegeteam moralischen Anforderungen genügen kann.

Im Bereich des Managements werden häufig ökonomische Interessen sehr stark gewichtet und ethische Fragen zurückgestellt. Wenngleich ökonomische Kriterien in ethischen Reflexionen nur einen begrenzten Stellenwert haben, d.h. keinesfalls mit ethischen Kriterien verwechselt oder ihnen vorgeordnet werden dürfen, wurde an der praktischen Fragestellung des Einsatzes von Pflegestandards deutlich, dass ethische Überlegungen nicht immer diametral entgegengesetzt zu Effizienz-, Effektivitäts- und Kostenerwägungen verlaufen müssen. Dessen ungeachtet muss sich das Pflegemanagement bei der Berücksichtigung aller anderen Faktoren jedoch in erster und letzter Instanz am Patienten, seinem Wohl, seinem Autonomierecht und anderen zentralen moralischen Rechten orientieren und dementsprechend Ziele setzen und angemessene Mittel und Wege ausfindig machen.

Der Kern des moralischen Anliegens, die Patientenautonomie bei der Pflege zu achten, lässt sich mit den Worten des katholischen Theologen, Medizin- und Pflegeethikers Paul Sporken, dessen Buch „Die Sorge um den kranken Menschen“ in den 70er und 80er-Jahren den Berufsethikunterricht an Krankenpflegesschulen prägte, abschließend wie folgt formulieren:

„Allgemein gilt, dass die Grundnorm jeder Hilfeleistung durch die wirklichen Interessen des Hilfesuchenden bestimmt sein muss.[...] Bei allen Helfern besteht die Gefahr, dass der Helfende so sehr von guten Einsichten und Absichten erfüllt ist, dass er sich und seine eigene Auffassung zur Norm seiner Hilfe macht.[...] Der

Wille zu helfen muss von der Toleranz und der Geduld gekennzeichnet sein, den Hilfesuchenden sich selbst sein oder werden zu lassen.“²⁸

Paul Sporken hatte damals – 1977 — hauptsächlich die Pflegenden vor Augen, die sich „direkt“ um einen Patienten oder eine Patientin kümmern. Doch auch der relativ neue Berufszweig Pflegemanagement muss diese Perspektive der pflegerischen Begegnung, die Charakteristika und Probleme solcher Situationen und letztlich eben moralische Zielsetzungen vor Augen haben, wenn Entscheidungen über Strukturen, Abläufe und Personal zu fällen sind.

¹ Von der theologischen Ethik aus gesehen bewegt man sich damit in der nachkonziliarischen Tradition der Autonomie Moral im christlichen Kontext, die z.B. Alfons Auer im Anschluss an Thomas von Aquin neu formuliert hat. Vgl. Alfons Auer, *Autonome Moral und christlicher Glaube*, Düsseldorf 1971.

² Vgl. zum Autonomiebegriff u.a. Otfried Höffe, Stichwort „Freiheit“, in: ders. (Hg.), *Lexikon der Ethik*, München 1986, 2. Aufl. und Bruce Miller, Stichwort „Autonomy“, in: Warren T. Reich (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 Bde., New York 1995, 2. Aufl., 215-220.

³ Was die allgemeine Fähigkeit zur Autonomie im Sinne einer Disposition ausmacht und wie diese sich herausbilden kann, bleibt hier unberücksichtigt.

⁴ Vgl. Alan Gewirth, *Reason and Morality*, Chicago 1978.

⁵ Das hier zugrundegelegte Verständnis von Moral stellt Fragen der Sollensethik in den Vordergrund. Unthematisiert bleibt die Ebene der Strebensethik. Hier würde man aus individualethischer Perspektive fragen, welche Ziele und Zwecke für jemanden wünschenswert sind, weil sie seiner Lebensgeschichte und seinen Vorstellungen einer „guten“ Lebensführung entsprechen. Weiterhin könnte man von der Sollensethik und einer sozialetischen Perspektive aus umfassender fragen, welche Hilfestellungen die professionellen Helfer(innen) den Patient(inn)en diesbezüglich geben können oder sogar müssen.

⁶ In der traditionellen ärztlichen, aber teilweise auch in der pflegerischen Praxis besteht die Tendenz, ausschließlich diesen einen Aspekt als Bestandteil des Autonomierechts anzuerkennen.

⁷ Dieses moralische, aber auch juristisch kodifizierte Recht auf „informed consent“ wurde erstmals im Nürnberger Kodex von 1947 systematisch ausformuliert – als Reaktion auf die grausamen Humanexperimente im Nationalsozialismus. Mit zeitlicher Verzögerung wurde das Konzept des „informed consent“ dann auf den medizinisch-therapeutischen Umgang mit Patient(inn)en angewandt.

⁸ Verletzungen der psychischen Integrität sind schwerer fassbar, wären aber etwa durch eine achtlose Weitergabe persönlicher Mitteilungen gegeben.

⁹ Vgl. für die aktuelle pflegerische Diskussion über Arbeitsorganisationsmodelle z.B. Hans-Ulrich Schmidt, Margaretha Riehle, *Pflege im Wandel. Ein Praxisbuch für Führungskräfte im Krankenhaus*, Stuttgart 2000, 199-218.

¹⁰ Vgl. Christian Heering, Kristina Heering u.a., *Pflegevisite und Partizipation*, Wiesbaden 1997.

¹¹ Vgl. z.B. das Standardwerk von Verena Fiechter, Martha Meier, *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*, Basel 1981 (10. überarb. Aufl. 1998).

¹² Vgl. z.B. das bekannte Kommunikationsmodell in Friedemann Schulz von Thun, *Miteinander reden – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*, Bd.1, Reinbeck 1981.

¹³ Vgl. unter anderem die Klient(inn)enzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn oder Konfliktlösungsansätze in Anlehnung z.B. an Virginia Satir, *Familienbehandlung, Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie*, Freiburg 1979.

¹⁴ Die Pflegestandards zur „direkten“ Pflege werden in Anlehnung an eine Unterscheidung von Donabedian (ders., *Quality of Medical Care*, in: *Milbank.Mem.Fund.Quart.*44, 1966, 166-206) mehrheitlich als Prozessstandards klassifiziert, weil es sich jeweils um eine Abfolge von Handlungen bzw. Handlungsschritten handelt. Im Unterschied dazu treffen „Strukturstandards“ Regelungen über sog. strukturelle Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet, d.h. Räumlichkeiten, Material, personelle Besetzung und Qualifikation sowie Organisatorisches wie z.B. Arbeitsabläufe. Ergebnisstandards formulieren bestimmte Resultate im Hinblick auf bestimmte Kriterien. Vgl. zur Erläuterung der drei Begriffe z.B. Hedwig Hieber, *Standards in der Krankenpflege*, in: Martin Wagner (Hg.), *Studien zur Kranken- und Altenpflege*, Stuttgart 1990, 203-208, hier 203.

¹⁵ Vgl. Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp u.a. (Hg.), *Pflege entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln*, Stuttgart 2000, 9. völlig überarb. Aufl., 256.

¹⁶ Vgl. für einige eng umgrenzte Standards z.B. Brigitte Germeten-Ortmann, Barbara Venhaus-Schreiber u.a., *Pflegestandards*, Paderborn 1991, Bd. 1.

¹⁷ Vgl. die Einzelbeiträge in Edith Kellnhauser (Hg.), *Der diagnoseorientierte Pflegeprozess. Exemplarische Pflegepläne auf der Grundlage ausgewählter Pflegetheorien*, Bd. 1, Melsungen 1998.

¹⁸ Vgl. Germeten-Ortmann, a.a.O.

¹⁹ Vgl. Kellnhauser, a.a.O., 1998.

²⁰ Adelheid von Stösser, Pflegestandards, Linz-Eigenverlag 1990, 1. Aufl., 21, 24 sowie 1991, 2. Aufl., Schaubild auf Seite 74. (Seit 1994 erscheint die Monographie in stark überarbeiteter Form bei Springer: Vgl. dies., Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards, Berlin 1994.)

²¹ Vgl. die einzelnen Pflegestandards von Germeten-Ortmann, a.a.O.

²² Vgl. Germeten-Ortmann, a.a.O., 1.

²³ Vgl. Liliane Juchli, Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, Stuttgart, 1997, 8. überarb. Aufl. sowie Nancy Roper, Winifred W Logan u.a., Die Elemente der Krankenpflege, Baunatal 1993, 4. Aufl.

²⁴ Vgl. Stösser, a.a.O., 1991, 2. Aufl., 60ff. In der 3. Aufl. distanziert sich Stösser (a.a.O., 1992, 3. Aufl., 84ff) stärker von Roper.

²⁵ In den Beiträgen in Kellnhauser, a.a.O., 1998 wechseln die Bezüge, etwa zwischen der Pflgeethorie von Orem, Roper, Henderson etc.

²⁶ Vgl. Dorothea E. Orem, Strukturkonzepte der Pflegepraxis, Berlin 1997.

²⁷ Vgl. Peter Jakobs, Zur Eigenverantwortung in der Pflege bei postoperativer Mobilisation, in: Pflege und Krankenhausrecht, 3 (2000), 1, 13-16, hier 15.

²⁸ Paul Sporken, Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik, Düsseldorf 1977, 52.