

RESEARCH

Andrea Kuhn

Das ethische Mandat von Pflegekammern

Entwicklung einer
Programmtheorie aus Perspektive
der Gesundheitsförderung

OPEN ACCESS

 Springer

Das ethische Mandat von Pflegekammern

Andrea Kuhn

Das ethische Mandat von Pflegekammern

Entwicklung einer Programmtheorie
aus Perspektive der
Gesundheitsförderung

 Springer

Andrea Kuhn
Ludwigshafen am Rhein, Deutschland

Diese Publikation wurde als Dissertation bei der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Vinzenz Pallotti University angenommen. Nach der Disputation am 25.04.2023 wurde Andrea Kuhn der akademische Grad Doktorin der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.) verliehen.



ISBN 978-3-658-44511-9 ISBN 978-3-658-44512-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-44512-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2024. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation. **Open Access** Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des/der betreffendenRechteinhaber*in einzuholen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geographische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Renate Scheddin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Geleitwort von Prof. Dr. Helen Kohlen

Der politische Kampf um die Verkammerung der Pflegeberufe hat sich in jüngster Vergangenheit als ein Diskurs erwiesen, der von Macht und Interessen durchzogen ist und pflegerische Inhalte sowie politisch-ethische Belange außer Acht lässt. Als politisch legitimierte Organe der Selbstverwaltung haben Pflegekammern die Aufgabe sowohl die strukturellen als auch die inhaltlichen Voraussetzungen sicherzustellen, damit die Akteur*innen der pflegerischen Profession ihr gesellschaftliches Mandat, nicht irgendwie, sondern kompetent und verantwortlich ausüben können.

Andrea Kuhn hat die Entstehungsgeschichte von Pflegekammern, ihren Verlauf in Deutschland, Versuche der Implementierung und ihr Scheitern intensiv verfolgt und ist den ethischen Fragen auf den Grund gegangen. Sie untersucht den ethischen Anspruch von Pflegekammern und verweist auf internationale Erkenntnisse und Erfahrungen. Für Ihre Untersuchung wählt sie einen transdisziplinären Zugang, in dem sich ethisch-normative wie auch empirisch sozialwissenschaftliche Befunde als ertragreich für die Identifikation hilfreicher Theorien erweisen. Sie identifiziert die „Theory of Change“ als bestmögliche Triebkraft für Veränderung und die „Theory of Action“ als eine Theorie, die Operationalisierung ermöglicht. Frau Kuhn geht es nicht darum, wissenschaftlich fundierte, strategische Antworten zu geben, die als pragmatische Lösungen überzeugen, sondern sorgfältig zu begründen, warum und wie transformative (Lern-) Prozesse zu ethisch und politisch verantwortlichem und nachhaltigem Handeln führen.

Der innovative Gehalt der Arbeit ist außerordentlich hoch und es lohnt sich eine Durchdringung der vielfältigen Verknüpfungen, die Andrea Kuhn mit beeindruckender theoretischer und methodologischer Versiertheit kreiert.

Bremen
im Oktober 2023

Prof. Dr. Helen Kohlen

Geleitwort von Prof. Dr. Settimio Monteverde

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der Professionsentwicklung von Pflege hat sich bis dato prioritär dem *Handlungsfeld* professionell Pflegender oder den konstitutiven Charakteristiken *pflegerischer Identität* gewidmet. In diesen Zugängen war auch die Erörterung pflegeethischer Fragen eingebettet. Politische Fragen der gesellschaftlichen Verantwortung sowohl *für* die Pflege als konstitutiver Baustein gesundheitlicher Versorgungssicherheit als auch *von* der Pflege als systemrelevante, öffentlich-rechtliche Korporation standen dabei weniger im Vordergrund, ebenso wenig daraus abzuleitende ethische Postulate.

Die Promotionsschrift von Dr. Andrea Kuhn greift diese Forschungslücke auf und belegt eindrücklich, wie der politische Prozess der Verkammerung von Pflege, wie er in verschiedenen deutschen Bundesländern dokumentiert ist, mit einem ethischen Mandat verbunden werden kann, das theoretisch fundiert und empirisch informiert ist. Die daraus gewonnene Programmtheorie und die dazu ausformulierten Bausteine verorten das ethische Mandat von Pflegekammern im Bereich der Gesundheitsförderung, die die Pflegefachpersonen selbst als Adressat*innen fokussiert und operationalisiert. Durch diese Vorgehensweise gelingt es der Autorin nicht nur, die Verkammerung von Pflege als «missing link» und weiterer Baustein der Professionalisierung von Pflege auszuweisen. Sie zeigt auch auf, wie ein so verstandenes ethisches Mandat die Relevanz und Legitimation solcher Organe pflegerischer Selbstverwaltung stützen kann.

Dass gerade in Zeiten des Notstands «an Pflege» und «in der Pflege» solch eine politisch informierte und ethisch fundierte Klärung nötig ist, zeigt sich heute mit besonderer Dringlichkeit angesichts der Zunahme globaler Krisen, die die Gesundheitsversorgung betreffen – und damit auch die Pflege. Rezepte, diese anzugehen, gibt es unterdessen viele. Das vorliegende Buch ergänzt diese

aber um eine wichtige Erkenntnis: Versorgungssicherheit durch die Profession Pflege ist nur dann gewährleistet, wenn die geforderte Fürsorge durch eine korporatistisch verstandene, politisch gewollte, wirksam implementierte Selbstsorge der Professionellen ergänzt wird. Dazu dient das entwickelte Programm als Werkzeug.

Bern
im Oktober 2023

Prof. Dr. Settimio Monteverde

Vorwort

Krankenpflege sollte aufhören, berufliche und politische Fragen so zu behandeln, als ob sie nicht auch moralische Fragen wären.

(Silvia Käppeli 1988)

Nach dreißig Jahren Professionalisierung der Pflege in Deutschland sind Worte Silvia Käppelis heute noch genauso wahr. Das Land Rheinland-Pfalz gibt dem Heilberuf Pflege mit der Pflegekammer ein Instrument an die Hand, berufliche, politische und moralische Fragen zusammenhängend zu beantworten. Seit 2014 kann die professionelle Pflege ihre Belange nachhaltig umsetzen. Den Prozess der Errichtung und Ausgestaltung der ersten Pflegekammer Deutschlands eng zu begleiten und aktiv mitgestalten zu dürfen, ist mir als Pflegefachperson Ansporn und Ehre gleichermaßen. Mit meiner Arbeit als Pflegewissenschaftlerin möchte ich die Profession Pflege dabei unterstützen, berufliche, politische und moralische Inhalte unseres Heilberufs integrativ zu verstehen. Die Entwicklung einer Programmtheorie des ethischen Mandats von Pflegekammern war der notwendige Schritt. Wenn wir Kammermitglieder künftig gemeinsam dieses ethische Mandat, unsere professionelle Verantwortung, nutzen, habe ich mein persönliches Ziel erreicht. Unsere Antworten tragen zur besseren Gestaltung sowohl der individuellen Pflegebeziehung als auch des gesellschaftspolitischen Raums des Gesundheitssystems bei.

Die vorliegende Dissertationsschrift hätte ohne die Unterstützung vieler Menschen nicht entstehen können. Ihnen allen gebührt mein Dank.

Besonders danken möchte ich Frau Prof. Dr. Helen Kohlen für ihre langjährige Betreuung und für die Erschließung der Zugänge zur Careethik, die eine unersetzliche Ressource für die Profession Pflege bedeuten. Herrn Prof. Dr. Settimio Monteverde bin ich für seine Ermutigung, das Dissertationsprojekt anzugehen, für seine allzeit unkomplizierte Unterstützung und den konstruktiven Austausch über den gesamten Entstehungsprozess in Dankbarkeit verbunden. Für sein Engagement für die Pflege und das Schaffen zeitlicher Räume bin ich Herrn Prof. Dr. Peter Mudra zu Dank verpflichtet. Ein großes Dankeschön geht an meine Kommiliton*innen des Doktoranten-Kolloquiums und insbesondere an Frau Elisabeth Linseisen für ihre Bereitschaft, meine Fragen konstruktiv zu diskutieren, meine Methoden zu reflektieren und Teile meiner Arbeit kritisch gegenzulesen. Frau Petra Müller danke ich für ihre unermüdliche Unterstützung beim finalen Lektorieren.

Der größte Dank gebührt meinem Ehemann Stefan Kuhn, der mich über die lange Zeit des Entstehungsprozesses unterstützte, mir den Rücken freihielt und in so vielen Gesprächen meine Überlegungen mit mir reflektierte.

Vielen herzlichen Dank

im September 2022

Andrea Kuhn

Zusammenfassung

In den letzten Jahren errichteten einige deutsche Bundesländer Pflegekammern als Selbstverwaltungsorgane der Pflege, andere Bundesländer befinden sich auf dem Weg dahin. Das Themenfeld Ethik ist ein normativ gesetzter Kammerbaustein. Allerdings ist bis heute unklar, welche Wirkung Ethik in Pflegekammern entfalten soll und welches Mandat sich daraus für Pflegekammern ableitet. Zwar liegen unterdessen einzelne Bestrebungen vor, die systematische Analyse des Felds und Ableitung wirkungsvoller Interventionen zur Füllung des Mandates stehen jedoch aus. Diese Lücke füllt die vorgelegte Dissertationsschrift. Sie hat sich die Entwicklung einer Programmtheorie des ethischen Mandates von Pflegekammern zur Aufgabe gemacht.

Programmtheorien beschreiben und erklären neue Wissensfelder, durchdringen sie systematisch und begründen zielgerichtete, zur Zielgruppe passende Interventionsprogramme. Programmtheorien bestehen aus zwei miteinander wirkenden Subtheorien, der strategisch ausgerichteten Theory of Change und der operativen Theory of Action. Die Grundlage zur Konzeption bildet eine ausführliche Situationsanalyse. Dem Approach der Fallanalyse folgend werden Quellen unterschiedlicher Herkunft mithilfe der Methode Scoping Study untersucht. Aus den Analyseergebnissen werden Logic Models gebildet, die die vorgefundenen Situation sowie die Ursachen und Wirkungen logisch argumentativ auf das Thema bezogen synthetisieren. Drei relevante Argumentationsstränge konnten identifiziert werden: Ethik als normativ gesetzter Baustein in deutschen Pflegekammern, Ethik im deutschen Gesundheitssystem und die Aufnahme der Desiderate des Heilberufs Pflege und das ethische Mandat der Pflegekammern auf der politischen Ebene.

„Pflege ist eine zutiefst moralische Tätigkeit“ (Hamric 2020). Die Profession Pflege gründet ihre Fachlichkeit auf moralischen Normen, die es ethisch zu reflektieren gilt. Diese integrative professionelle Fachlichkeit wirkt in der Pflegebeziehung und im politischen Raum. Die Umsetzung des Mandats, die Verantwortung für die Sicherung des fachlich und ethisch fundierten professionellen Pflegehandelns, gelingt den Pflegekammern über eine passende Programmtheorie. Die empfohlene Programmtheorie beinhaltet als Theory of Change die Klagenfurter Interventionsforschung, welche die transdisziplinäre Partizipation der Kammermitglieder strategisch in den Mittelpunkt stellt. Als operative Theory of Action dient das Prozessmodell der „Ten Essential Public Health Services“, ethischer Kern ist die Chancengerechtigkeit. Sie findet Stärkung durch Trontos politikethische Care-Theorie. Thesen diskutieren die Füllung des ethischen Mandats von Pflegekammern mit konkreten Inhalten. Die Fusion der drei Subtheorien ergibt die gesuchte Programmtheorie, die über *Care for the Caregivers* gelingende Sorgearbeit in der direkter Pflegebeziehung und im politischen Raum ermöglicht.

Schlüsselwörter: Pflegekammer · Ethik · Gesundheitsförderung · Programmtheorie

Abstract¹

In recent years, some German federal states have established nursing boards as self-governing bodies for nurses, other federal states are on the way to doing so. The topic area of ethics is a normative component of nursing boards. However, it is still unclear what effect ethics should have and what mandate is derived from this for nursing boards. Although individual efforts have been made recently, the systematic analysis of the field and the identification of effective interventions to fill the mandate are still missing. This gap is filled by the presented dissertation. It sets out to develop a program theory of the ethical mandate of nursing boards.

Program theories describe and explain new fields of knowledge, penetrate them systematically, and justify purposeful intervention programs that fit to the target group. Program theories consist of two interacting sub-theories, the strategically oriented Theory of Change, and the operational Theory of Action. The basis for designing a program theory is a detailed situation analysis. Following the qualitative approach of case studies, sources of different origin are examined with the help of a scoping study. From the analysis results Logic Models are built, which synthesize the found situation as well as the causes and effects logically argumentatively related to the topic. Three relevant strands of argumentation were identified: ethics as a normatively set building block in German nursing boards; ethics in the German health care system and the inclusion of the desiderata of the nursing profession; the ethical mandate of nursing boards on the political level.

“Nursing is a deeply moral activity” (Hamric 2020). The profession of nursing bases its professionalism on moral norms that need to be reflected ethically. This integrative professionalism operates in the nursing relationship and in the political

¹ Die Übersetzungen in der vorgelegten Dissertation wurden unterstützt durch das Programm DeepL.

arena. The implementation of the mandate, the responsibility for the safeguarding of the professionally and ethically founded professional nursing action, succeeds to the nursing boards via a suitable program theory. The recommended program theory includes as Theory of Change the Klagenfurt Intervention Research, which strategically focuses on the transdisciplinary participation of board members. The operational Theory of Action is the Ten Essential Public Health Services process model. Its core is equity, it is strengthened by Trontos political ethical theory of care. Theses discuss the filling of the ethical mandate of nursing boards with concrete content. The fusion of the three sub-theories results in the desired program theory, which enables successful care work in the direct care relationship and in the political space via Care for the Caregivers.

Keywords: Nursing Board · Ethics · Health Promotion · Program Theory

Begriffserläuterungen

Mensch mit Pflegebedarf

Meint alle Personen, denen die Profession Pflege ihr berufliches Handeln widmet. Es erfolgt explizit nicht die übliche Unterscheidung der Bezeichnung nach dem Ort, in dem die Person sich gerade aufhält, z. B. Krankenhaus/Patient, Pflegeheim/Bewohner; Hospiz/Gast etc., sondern der bereichsunabhängige Begriff *Mensch mit Pflegebedarf*. Die Definition transportiert das pflegfachliche und pflegeethische Selbstverständnis (zur Begründung der Begriffswahl s. Abschn. 7.2.2.).

Pflegfachperson

Das seit Januar 2020 gültige Pflegeberufegesetz beinhaltet neben vielen anderen Neuerungen eine neue Berufsbezeichnung, es spricht von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern. Die Arbeit nutzt vereinfachend durchgängig die pflegerische Berufsbezeichnung *Pflegfachperson* als genderneutrale Form. Die Berufsbezeichnung subsummiert alle dreijährigen Ausbildungen der Pflege, wie Krankenschwester/-pfleger; Altenpfleger*in, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in sowie die akademischen pflegerischen Abschlüsse, seien sie in Weiterbildungsstudiengängen oder in primärqualifizierenden, berufsanererkennenden Studiengängen erworben.

Insbesondere im Kontext der Langzeitpflege wird der Begriff „Pfleger*in“ dann genutzt, wenn nicht zwischen den Berufsgruppen der Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen differenziert wird.

Professionelle Pflege

Das Verständnis professioneller Pflege folgt der international gültigen Definition des International Council of Nurses (ICN)

“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles” (International Council of Nurses (ICN) 2002).

Gendergerechte Anmerkungen

Die vorliegende Arbeit folgt weitestmöglich dem Ansatz einer genderneutralen Formulierung. Wenn dies formal korrekt nicht möglich ist, wird des sog. Gendersternchen* verwandt. Zitate sind von dieser Regelung ausgenommen. Falls an irgendeiner Stelle nur ein Geschlecht aufgeführt ist, ist entweder explizit dieses Geschlecht gemeint oder es wurde in Ausnahmefällen aufgrund der besseren Lesbarkeit auf beide Formen verzichtet. In letzterem Fall sind selbstredend beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Problemaufriss – Ethik in Pflegekammern: Warum und wie?	15
3	Programmtheorie – Interventionen für Ethik in Pflegekammern	19
3.1	Theorieentwicklung in der Pflege – ein Einstieg	19
3.2	Programmtheorien – Theorierahmen für passgenaue Interventionen	24
3.2.1	Programmtheorie – Instrument zur Steuerung zielgerichteter Interventionen	25
3.2.2	Programmtheorie – Messung der Wirkung von Interventionen	29
3.2.3	Programmtheorie – Grundlage zur Konzeption von Interventionen	34
3.3	Bausteine – Theory of Change, Theory of Action und Logic Models	39
3.3.1	Theory of Change – Welche Strategie kann die Situation verändern?	40
3.3.2	Theory of Action – Wie kann die Intervention gut umgesetzt werden?	42
3.3.3	Logic Model Building – Wie werden Ergebnisse dargestellt?	46
3.4	Welche Programmtheorie braucht das ethische Mandat von Pflegekammern?	50

4	Situationsanalyse – Methoden zur Klärung des ethischen Mandates von Pflegekammern	53
4.1	Fallanalyse der Situation – qualitativer Approach zur Theoriegenerierung	54
4.2	Scoping Study – fokussierte literaturbasierte Situationsanalyse	58
4.2.1	Ausgangssituation – Herausforderungen und methodische Lösungen	58
4.2.2	Methode Scoping Studie – Anwendungsgebiete und Analyseschritte	60
4.2.3	Argumentationsstränge – Probleme, Ressourcen, Quellen und Entwicklung	63
4.3	Ethischer Anspruch – Transparenz der persönlichen Eingebundenheit	66
4.4	Zusammenfassende Darstellung der Methodologie	68
5	Ethik – normativ gesetzter Baustein in Pflegekammern	71
5.1	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz – die Vorreiterin	72
5.1.1	Das Themenfeld Ethik im Gründungsprozess der Pflegekammer	73
5.1.2	Gesetzliche Grundlagen des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz	78
5.1.3	Ethik – beginnender Aufbau und Stillstand in der Landespflegekammer	82
5.1.4	Berufsordnung – erste eigenständig erstellte Norm zur Berufsausübung	91
5.2	Ethik in den errichteten Pflegekammern anderer Bundesländer	104
5.2.1	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein – Errichtung und Abwicklung	105
5.2.2	Pflegekammer Niedersachsen – Errichtung mit mangelnder politischer Überzeugung	111
5.2.3	Vereinigung der Pflegenden in Bayern – der Bayrische Sonderweg	120
5.3	Pflegekammern in Entwicklung – der Stand in anderen Bundesländern	125
5.3.1	Hessen – späte Umsetzung des Koalitionsvertrages und Ausbremsung	126

5.3.2	Baden-Württemberg – Kammererrichtung ante Portas	131
5.3.3	Pflegekammer Nordrhein-Westfalen – Befragung, Gesetzgebung, Errichtung	140
5.4	Ethik in Pflegekammern – Mandat und Umsetzungsgrad?	153
6	Ethik im deutschen Gesundheitssystem – die Desiderate der Pflege	159
6.1	Initiativen und Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen	160
6.1.1	Wegweisende Stellungnahme der konfessionellen Krankenhausverbände	162
6.1.2	Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer	165
6.1.3	Standards für Ethikberatung – Akademie für Ethik in der Medizin e. V.	171
6.2	Ethikberatung in deutschen Kliniken – Implementierung & Einbindung der Pflege	176
6.2.1	Implementierungsgrad Klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken	177
6.2.2	Bedarfserhebung zur Klinischen Ethikberatung im Universitätsklinikum	181
6.2.3	Zwanzig Jahre Klinische Ethikberatung – Resümee der AEM	185
6.2.4	Klinische Ethikberatung – Einbindung von Care?	188
6.3	Außerklinische Ethikberatung in der Langzeitpflege	195
6.3.1	Statistische Daten zu Facetten der Langzeitpflege	196
6.3.2	Das Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege	202
6.3.3	Anfänge der Übertragung Klinischer Ethikberatung in den ambulanten Bereich	210
6.4	Ethische Belastungen und Unterstützungswünsche der Pflege	220
6.4.1	Ethische Belastungen von Pflegefachpersonen – Studien im Klinikbereich	221
6.4.2	Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der Altenpflege	229
6.4.3	Ethische Belastungen in der ambulanten Pflege	236
6.5	Ethikstrukturen in Deutschland – pflegeethische Unterstützung?	253

7	Pflegekammern – ethisches Mandat auf der politischen Ebene	261
7.1	Pflegekammern in Deutschland – Baustein einer Profession?	263
7.1.1	Universelles Wissen – akademische Primärqualifizierung	265
7.1.2	Exklusive Berechtigung der Funktionsausübung – vorbehaltene Tätigkeit	271
7.1.3	Entlohnung pflegerischer Arbeit – Maßstab des gesellschaftlichen Wertes?	274
7.1.4	Freiheit von Fremdkontrolle der Berufsausübung – Landespflegekammer	279
7.2	Ethik – Facetten des Professionsbausteines	281
7.2.1	Berufsethik – historische Wertegerüste und ihre Nachwirkungen	282
7.2.2	Pflege, Mensch mit Pflegebedarf, Ethik – Begriffe von Care	301
7.2.3	Zentralwert Gesundheit – Professionalität und Ethik Hand in Hand	308
7.3	Versorgungssicherheit & Qualität – Auftrag, Anspruch und Realität im Berufsalltag	313
7.3.1	Gesundheit, Versorgungssicherheit, Qualität – Normen & ethische Implikationen	314
7.3.2	Realität im Berufsalltag – Qualität und Sicherheit für Versorgende?	326
7.3.3	Gesundheit & Berufsethik – Ergebnisse der Moral-Distress-Forschung	339
7.4	Gesundheit & Versorgungssicherheit – Verantwortung der Profession?	352
8	Ethik in Pflegekammern – Programmtheorie des ethischen Mandats	359
8.1	Die Antworten – Variablenmodell der Argumentation	360
8.2	Theory of Change – Partizipation über die Klagenfurter Interventionsforschung	366
8.2.1	Welchen Herausforderungen muss die Theory of Change begegnen?	367
8.2.2	Partizipation – Bedarf für eine transdisziplinäre Wissenschaft	371

8.2.3	Theory of Change – Stärkung von Partizipation & Transdisziplinarität	379
8.3	Theory of Action – ein Prozessmodell für Gesundheit	388
8.3.1	Care nach Joan Tronto – Empfehlung einer politikethischen Metatheorie	389
8.3.2	Gesundheitsförderung – ethischer Motor der Theory of Action	396
8.3.3	Public Health Action Theorie – Entwicklung der Essential Public Health Services	402
8.4	Ten Essential Public Health Services – Thesen zum ethischen Mandat von Pflegekammern	410
8.4.1	Assessment – Analyse der Facetten des ethischen Mandats	413
8.4.2	Policy Development – Entwicklung von Interventionen des ethischen Mandates	422
8.4.3	Assurance – Sicherung des ethischen Mandates	436
8.4.4	EPHS zur Anwendung des ethischen Mandates in Einzelthemen	451
8.5	Fusion der Subtheorien zur Programmtheorie des ethischen Mandates	455
9	Fazit und Ausblick	461
	Literaturverzeichnis	467

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
AG	Arbeitsgruppe
ANP	Advanced nursing practice
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BO	Berufsordnung
B.O.K.D.	Berufsorganisation der Krankenpflege in Deutschland
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
DBfK	Deutscher Berufsverband der Krankenpflege
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
DPO	Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
10 EPHS	Ten Essential Public Health Services
EPHS	Essential Public Health Service (essentielle Dienstleistung des öffentlichen Gesundheitssystems)
GG	Grundgesetz Bundesrepublik Deutschland
HeilBG	Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz
ICN	International Council of Nurses
Jh.	Jahrhundert
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
Kap.	Kapitel
K.d.ö.R	Körperschaft des öffentlichen Rechts
LPfK	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
MSAGD	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz (bis 2021)

MASTD	Ministerium für Soziales, Arbeit, Transformation und Digitalisierung (nach der Landtagswahl 2021 neuer Resort-Zuschnitt)
NRW	Nordrhein-Westfalen
PBKG	Pflegeberufekammergesetz Schleswig-Holstein
PHNCI	Public Health National Center for Innovations
PfIBRefG	Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz
PflegeKG	Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege Niedersachsen
RLP	Rheinland-Pfalz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch, Soziale Pflegeversicherung
TK	Techniker Krankenkasse
UN	United Nations
ver.di	Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Zusammenhängende Anwendungsgebiete der Programmtheorie	25
Abbildung 3.2	Lineare Steuerung eines theoretisch entwickelten Programms (n. Brieskorn-Zinke 2007)	26
Abbildung 3.3	Ineinandergreifende Anwendung der Programmtheorie, Schwerpunkt Steuerung	26
Abbildung 3.4	Direkte Intervention ohne Theoriefundierung – Blackboxes & Gefahren	27
Abbildung 3.5	Modell eines gesteuerten Gesundheitsprogramms (n. Brieskorn-Zinke 2007)	29
Abbildung 3.6	The development-evaluation-implementation process (Craig et al. 2019, S. 8)	30
Abbildung 3.7	Retrograde Rekonstruktion der Programmtheorie zur Evaluation	32
Abbildung 3.8	Vollbild der Optionen der Programmtheorie – beginnend mit der Konzeption	39
Abbildung 3.9	Zusammenwirkende Bausteine der Programmtheorie (n. Funnell & Rogers 2011)	40
Abbildung 3.10	Zusammenspiel der Varianten des Logic Model Building	48
Abbildung 4.1	Variablenmodell Ethik in Pflegekammern: beeinflussende Faktoren, Norm & Ziel	64

Abbildung 4.2	Zusammenfassung der Methode zur Erstellung der Programmtheorie	69
Abbildung 5.1	Aufgaben einer Pflegekammer (MSAGD-RLP 2012)	74
Abbildung 5.2	Ethik im Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz	77
Abbildung 5.3	Gesetzliche Normsetzungen zum Themenfeld Ethik im HeilBG RLP	81
Abbildung 5.4	Ethik in der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, beginnender Aufbau und Stillstand	90
Abbildung 5.5	Ineinandergreifende Normen einer Berufsordnung (Kuhn 2016b)	92
Abbildung 5.6	Berufsordnung RLP: Vorgaben, Inhalte & Verbreitung	104
Abbildung 5.7	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, Errichtung, Ethik und Abwicklung	110
Abbildung 5.8	Pflegekammer Niedersachsen – Errichtung mit mangelnder politischer Überzeugung	119
Abbildung 5.9	Vereinigung der Pflegenden in Bayern – der bayrische Sonderweg	124
Abbildung 5.10	Hessen – späte Umsetzung des Koalitionsvertrages & Ausbremsung der Selbstverwaltung	131
Abbildung 5.11	Baden-Württemberg -Pflegekammer ante Portas	139
Abbildung 5.12	Pflegekammer NRW – Befragung, Gesetzgebung, Ethik	152
Abbildung 5.13	Bausteine des ethischen Mandates von Pflegekammern (vgl. Kuhn 2019b, S. 11)	157
Abbildung 6.1	Klinische Ethikberatung nach den konfessionellen Krankenhausträgern 1997	164
Abbildung 6.2	Klinische Ethikberatung – Modifikationen der ZEKO der Bundesärztekammer	170
Abbildung 6.3	Elemente Klinischer Ethikberatung nach den Standards der AEM 2010	175
Abbildung 6.4	Klinische Ethikberatung: Evaluationsergebnisse 2014 & 2017	181
Abbildung 6.5	Bedarfsanalyse für Klinische Ethikberatung im Klinikum Aachen 2010	184

Abbildung 6.6	Klinische Ethikberatung: bisheriges Outcome, Konsequenzen, Intervention	188
Abbildung 6.7	Klinische Ethikberatung – Einbindung von Care	195
Abbildung 6.8	Langzeitpflege: Plätze, Einrichtungen, Menschen mit Pflegebedarf, Pflegepersonal, Grauzonen	201
Abbildung 6.9	Evaluationsergebnisse Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege	209
Abbildung 6.10	Außerklinische Ethikberatung und das Outcome für die Pflege	219
Abbildung 6.11	Ethische Belastungen von Pflegefachpersonen in Kliniken – Entlastung?	228
Abbildung 6.12	Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der stationären Altenpflege	235
Abbildung 6.13	Modell Trias der Demütigung (Adam-Paffrath 2015, S. 19)	250
Abbildung 6.14	Ethische Belastungen in der ambulanten Pflege	252
Abbildung 6.15	Klinische Ethikberatung und die Sorge um die Sorgenden (vgl. Kuhn 2019b, S. 17)	258
Abbildung 7.1	Universelles Wissen – berufspolitische, internationale vs. gesellschaftliche, deutsche Interessen	270
Abbildung 7.2	Politische Entwicklung bis zur exklusiven Berechtigung der Berufsausübung	273
Abbildung 7.3	Entlohnung pflegerischer Arbeit in Deutschland	278
Abbildung 7.4	Freiheit vor Fremdkontrolle – Bund & Landespflegekammer	281
Abbildung 7.5	Berufsethik – historische Wertgerüste	300
Abbildung 7.6	Definition Pflege, Mensch mit Pflegebedarf, Carekonzept & Pflegeethik	307
Abbildung 7.7	Zentralwert Gesundheit – Professionalität und Ethik Hand in Hand	312
Abbildung 7.8	Gesundheit, Versorgungssicherheit & Qualität – Normen & ethische Implikationen	326
Abbildung 7.9	Realität im Berufsalltag – Qualität und Sicherheit für Pflegefachpersonen	338
Abbildung 7.10	Gesundheit & Berufsethik – Ergebnisse der Moral-Distress-Forschung	351
Abbildung 7.11	Verantwortung von Pflegekammern im Gesundheitssystem (vgl. Kuhn 2019b, S. 20)	356

Abbildung 8.1	Erste Ebene des Dialektischen Prinzips, abstrakte Ebene des Verstandes (n. Winter, S. 14)	374
Abbildung 8.2	Zweite dialektische Ebene der negativen Vernunft (n. Winter, S. 14)	375
Abbildung 8.3	Dritte Ebene der spekulativen Positiven Vernunft (n. Winter, S. 14)	377
Abbildung 8.4	Prozessdiagramm der Klagenfurter Interventionsforschung (n. Krainer 2006)	381
Abbildung 8.5	Concept of Care als Kern der Programmtheorie (n. Tronto 2013)	396
Abbildung 8.6	Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Hartung und Rosenbrock 2022)	403
Abbildung 8.7	Ten Essential Public Health Services (University of Kansas 2022, S. 1)	404
Abbildung 8.8	Illustrating Equality vs Equity (Interaction Institute for Social Change (IISC) 2016)	408
Abbildung 8.9	Ten Essential Public Health Services (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c)	409
Abbildung 8.10	EPHS #1 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	413
Abbildung 8.11	EPHS #2 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	419
Abbildung 8.12	EPHS #3 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	422
Abbildung 8.13	EPHS #4 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	427
Abbildung 8.14	EPHS #5 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	429
Abbildung 8.15	EPHS #6 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	433
Abbildung 8.16	EPHS #7 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	437
Abbildung 8.17	EPHS #8 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	441
Abbildung 8.18	EPHS #9 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	444

Abbildung 8.19	EPHS #10 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)	447
Abbildung 8.20	Fusion Ten Essential Public Health Services mit den moralischen Carequalitäten	454
Abbildung 8.21	Prozessdiagramm der Klagenfurter Interventionsforschung (n. Krainer 2006)	456
Abbildung 8.22	Fusion Ten Essential Public Health Services mit den moralischen Carequalitäten	458
Abbildung 8.23	Programmtheorie: Klagenfurter Interventionsforschung – 10 EPHS – Care	459

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1	Methodik der Scoping Study (Modifikation in Anl. a. Khalil et al. 2016, S. 120)	61
Tabelle 6.1	Bedeutung ethischer Herausforderungen in der stat. Altenpflege (n. Sauer et al. 2012, S. 119)	204
Tabelle 7.1	Durchschnittsgehälter von Pflegefachpersonen in Deutschland (n. Zahlen der KAP 2019)	275
Tabelle 7.2	Personalbedarfe zur Aufrechterhaltung des Status Quo in RLP (n. Castello et al. (2017))	328
Tabelle 8.1	Matrix der Argumentation	362
Tabelle 8.2	Logik verschiedener Forschungsansätze (n. Heintel 2005)	371



Einleitung

1

Einige deutsche Bundesländer haben in den letzten Jahren Pflegekammern errichtet, sie ermöglichen der Profession Pflege erstmals ihre Selbstverwaltung. Kammerrecht ist Länderrecht, es obliegt jedem einzelnen Bundesland, sich für die Errichtung von Kammern als berufliche Selbstverwaltungsorgane zu entscheiden. Als heilberufliche Körperschaften des öffentlichen Rechts leisten Pflegekammern einen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dieses Mandat erteilen die Bundesländer der Profession Pflege qua Gesetzgebung. Das festgelegte Aufgabenportfolio der Pflegekammern umfasst neben vielen anderen Normsetzungen auch das Thema *Ethik*. Allerdings mangelt es bis heute an Konkretisierung: Weder ist klar, was genau mit Ethik gemeint ist, noch welches Mandat sich für Pflegekammern ableitet und mit welchen Interventionen dieses zu füllen wäre. Die vorgelegte Dissertationsschrift unternimmt die wissenschaftliche Entwicklung einer Programmtheorie des ethischen Mandates der Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts, kurz: eine Programmtheorie für die Interventionen *Ethik in Pflegekammern*.

Der Problemaufriss (Kap. 2) führt in die für die Profession neue Rolle als Eigener einer Pflegekammer als Selbstverwaltungsorgan ein. Kurz umrissen werden die Verantwortungsbereiche einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und die Interventionsmöglichkeiten. Interventionen füllen ein Mandat mit Inhalten und Maßnahmen, Programme fassen Interventionen zusammen und lassen sie zielgerichtet wirken. Diese Kammerressourcen gilt es für die Profession Pflege und die Menschen mit Pflegebedarf zu nutzen. Da aber differenzierende gesetzliche und untergesetzliche Normsetzungen im Feld der Ethik in Pflegekammern weitgehend fehlen, sind zu initiiierenden Programme und zu erwarteten Ergebnisse offen.

Programmtheorien können helfen diese Lücke zu schließen. Sie beschreiben und erklären neue Wissensfelder, durchdringen sie systematisch und begründen

gute, zur Zielgruppe passende Interventionsprogramme. Das ethische Mandat der Pflegekammer kann große Chancen zur Handhabung der aktuellen Herausforderungen in der Pflege eröffnen. Der Kern des Mandats der Pflegekammer, die Sicherung des fachlich und ethisch fundierten professionellen Pflegehandelns, gelingt über eine passende Programmtheorie. Diese Ressource liegt jedoch noch nicht vor. Weder können die Modelle der Selbstverwaltungsorgane internationaler Nursing Boards einfach auf die deutsche Situation übertragen werden noch passt die in Deutschland etablierte Klinische Ethikberatung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den Möglichkeiten des ethischen Mandats der Pflegekammern. Eine neue, für die Situation des Heilberufs Pflege in Deutschland entwickelte Programmtheorie kann ein passendes Interventionsprogramm liefern.

Die Theorieentwicklung ist in der Pflegewissenschaft, wie in vielen anderen Handlungswissenschaften auch, nur schwach ausgeprägt. Renommierte Pflegewissenschaftler*innen reflektieren die Ursachen dieser Schwäche durchaus kritisch: Sie liegen in der einseitigen Fokussierung auf empirische Forschung inklusive der themenbestimmenden Drittmittelfinanzierung. Beides bedingt die fehlenden Ressourcen für zeitintensives, theoriegenerierendes wissenschaftliches Arbeiten (Abschn. 3.1).

Diese Mängel können auch den professionellen, wissenschaftlich fundierten Umgang mit dem neuen Selbstverwaltungsinstrument Pflegekammer gefährden. Um den komplexen Anforderungen und dem damit verwobenen ethischen Mandat nachzukommen, ist es nicht zielführend, eine neue empirische Forschung durchzuführen. Das erste Problem ist methodischer Art: Weder kann eine theorieprüfende, standardisierte quantitative Befragung angewandt werden, weil die zu prüfende Theorie bisher noch nicht existiert. Noch ersetzt eine qualitative Befragung einiger Kammermitglieder die Suche nach einer Theorie, die in der Lage wäre, das neue komplexe Feld umfänglich zu greifen. Befragungen im Kontext der Kammererrichtungen in Deutschland zeigten, dass die Kammermitglieder noch über zu wenig Wissen zu Funktion, Aufgaben und Möglichkeiten von Pflegekammern im Allgemeinen und im Bereich Ethik im Besonderen verfügen (Kap. 5). Das zweite Problem einer empirischen Herangehensweise liegt in der Breite der Aussagefähigkeit. Empirische Arbeiten bilden immer einzelne Facetten der aktuellen Situation ab, beleuchten sie in die Tiefe gehend und erzeugen so Evidence für genau diese konkrete Fragestellung. Das erzielte Ergebnis einer neuen Studie würde zwar nochmals die multifaktoriellen Herausforderungen rund um die Themenfelder Pflegekammer, Ethik und Professionalisierung belegen, die Ergebnisse würden sich einreihen in die Liste anderer brillanter Vorarbeiten. Die Studie allein könnte aber keine tragfähigen Antworten für effektive Lösungsprogramme liefern. Zur Behebung des belegten Wissensdefizits ist die

Synthese der bereits vorliegenden empirischen Einzelergebnisse erforderlich, die bisher unverbunden nebeneinanderstehen.

Allerdings ist im politisch getriggerten Feld der Pflegekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts der alleinige studiengestützte wissenschaftliche Beleg nicht hinreichend. Pflegekammern bestehen aus ihren Mitgliedern: Sie agieren von den Mitgliedern legitimiert als Körperschaften im politischen Feld und gleichzeitig über ihre Mitglieder in der Pflegebeziehung mit dem Mensch mit Pflegebedarf, in allen Gesundheitsbereichen. Zur Abbildung der komplizierten aktuellen Situation der Pflege in Deutschland darf der immense Einfluss von Gesetzen und Normen sowie Positionspapieren und Stellungnahmen nicht ausgeblendet werden. Gründend auf der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems legen diese sog. *grauen Quellen* das gesellschaftspolitische Verständnis von Pflege und ihrer Aufgaben in der Gesundheitsversorgung, von Ethik im Gesundheitswesen, von der Stellung der Profession Pflege im gesellschaftspolitischen Raum und vom professionellen Selbstverständnis des Heilberufs Pflege in Deutschland offen. Dieses Wissen ist unabdingbar, um effektiv zur Verbesserung der vorgefundenen Situation agieren zu können. Die breit angelegte Synthese des Wissensschatzes aller Quellen sowie deren Einordnung in den Kontext der Aufgaben der Profession Pflege steht bisher aus. Die besondere Methodologie der Programmtheorie ermöglicht die nötige Synthese zur Gestaltung des gesellschaftspolitischen Anspruchs, der Sicherung der pflegerischen Versorgung. Der neu explizierte, kohärente Wissenskorpus ebnet den Weg zur informierten, theoretischen Füllung des ethischen Mandates von Pflegekammern, der Verantwortung des Heilberufs Pflege. Das Wissen steht den Kammermitgliedern künftig zur Verfügung.

Mit der Programmtheorie kann der Weg über die passgenaue Entwicklung und nachhaltige Umsetzung von Interventionen in zielgerichteten, bedarfsorientierten Programmen gezeigt werden. Grundlegend ist die Beschreibung und Analyse der aktuellen Situation der Profession Pflege, die Identifikation inhärenter Problembereiche und ihrer ethischen Relevanz, die Ableitung von tragfähigen Lösungsansätzen und das Treffen einer Vorhersage zur passgenauen Umsetzung des ethischen Mandates zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Pflegekammern für die Bevölkerung. Diesen Anforderungen können zielgerichtete Programmtheorien nachkommen, wie sie Funnell und Rogers (2011) empfehlen (Abschn. 3.2): Effektive Programmtheorien dienen zur Veränderung der aktuellen Praxis. Sie beschreiben das Praxisfeld, erklären nötige Interventionen, fassen sie in Programme, treffen Vorhersagen zum Outcome, steuern die Umsetzung und werden theoriebasiert evaluiert.

Die komplexe Methodologie der Programmtheorien kann in unterschiedliche Stadien des Programmablaufes zum Einsatz kommen: Die älteste Anwendung ist die Steuerung von laufenden Interventionsprogrammen (Abschn. 3.2.1). Die in Deutschland in Ansätzen verbreitete Anwendung ist die Messung der Wirkung von Interventionen (Abschn. 3.2.2). Die umfassendste Anwendung ist die theoriegenerierende Konzeption eines kompletten Programms. Dabei beschreibt die Programmtheorie die Situation, erklärt den Prozess des Programms und das gewünschte Outcome *vor* der Umsetzung (Abschn. 3.2.3). Zuerst nimmt eine Situationsanalyse die Komplexität des Feldes auf. Die Konzeption rahmt das künftige Programm anhand der vorgefundenen, zentralen Herausforderungen und Ressourcen und fokussiert die nötigen Theoriebausteine zur wirkungsvollen Umsetzung der Interventionen. Wenn eine belastbare Programmtheorie geschaffen ist, ist es viel einfacher, die Durchführung der Interventionen zu steuern und die Wirkung des Programms zu evaluieren. Für das komplexe, neue Thema Ethik in Pflegekammern ist die Entwicklung einer Programmtheorie an den Anfang zu stellen. Die vorgelagerte, wissenschaftliche Konzeption des Programms vermeidet ungerichtete, aus anderen Kontexten übertragene, nicht passgenaue Interventionen. Deren Wirkung wäre unsicher für den Heilberuf Pflege und nicht nachhaltig für sein professionelles Mandat, der Verantwortung im Gesundheitssystem.

Programmtheorien funktionieren mit drei essentiellen Bausteinen (Abschn. 3.3): Erster Baustein ist eine Theory of Change (Abschn. 3.3.1). Diese erste Subtheorie zeigt, wie die nötige Veränderung in der Pflegekammer strategisch erfolgen soll. Basis ist die detaillierte Situationsanalyse, die Problemlagen, deren Hintergründe, bestehende Defizite und ungenutzte Ressourcen offenlegt. Aus der logisch-argumentativen Wissenssynthese der Ergebnisse werden die erforderlichen, meist bisher nicht genutzten, zentralen Treiber abgeleitet, um die vorgefundene Situation der Zielgruppe zu verändern. Für das zu konzipierende Programm wird eine Theory of Change ausgewählt, die mit diesen Treibern arbeitet. Genutzt wird möglichst eine bekannte, elaborierte Theorie (nur wenn es keine passende gäbe, würde eine Neukonzeption erfolgen). Die Theory of Change der Programmtheorie tritt für die Zielgruppe der Pflegefachpersonen ein, fokussiert und rahmt deren Bedarfe und stellt deren Partizipation im gesamten Programm sicher. Sie hat die Funktion eines strategischen Monitorings der Interventionen des ethischen Mandates im Verlauf des Programmprozesses.

Die zweite erforderliche Subtheorie ist eine Theory of Action (Abschn. 3.3.2). Sie setzt auf den Analyseergebnissen und den in der Theory of Change festgelegten Zugangsweisen und Treibern auf. Die Theory of Action erklärt den operativen Prozess des Programmes Ethik in Pflegekammern. Sie beschreibt einem Prozessmodell folgend die einzelnen Interventionen auf allen nötigen Aktionsebenen

des ethischen Mandats und definiert Kriterien zur Zielerreichung. Auch hier raten Funnell und Rogers (2011) den Rückgriff auf erprobte Prozessmodelle an. Beide Subtheorien werden zwar einzeln entwickelt, sie stehen aber weder nebeneinander noch bilden sie eine Abfolge ab. Vielmehr werden sie spätestens in der finalen Konzeption der Programmtheorie inhaltlich und prozessoral miteinander verschränkt. Im laufenden Interventionsprogramm des ethischen Mandats von Pflegekammern gehen sie Hand in Hand, die zur Konzeption erforderliche Trennung fällt weg.

Der dritte Baustein der Programmtheorie ist das Logic Model Building (Abschn. 3.3.3). Es dient zur zusammenfassenden, logischen Darstellung von Ergebnissen und gewünschten Outcomes in allen Phasen des Konzeptionsprozesses der Programmtheorie. Logic Model Building meint die Darstellung der vorgefundenen Situation und die in sich logische argumentativ auf das Thema bezogene Synthese ihrer Ursachen und Wirkungen. Logic Models bilden sowohl das gesamte Programm als auch einzelne Ausschnitte ab. In der vorgelegten Dissertation kommen vier unterschiedliche Typen von Logic Models zur Anwendung: Den größten Anteil haben umfassende *narrative Darstellungen* der Situation der Pflege. Sie fassen die Ergebnisse der untersuchten Quellen zusammen, erklären die Zusammenhänge, interpretieren die Wirkung für die Pflegefachpersonen und leiten aus dem zum Thema Ethik in Pflegekammern synthetisierten Wissen logische Konsequenzen für das zu konzipierende Programm des ethischen Mandats von Pflegekammern ab. Daneben werden grafische Darstellungen genutzt: Logic Models als Grafical Abstracts fassen die zentralen Ergebnisse der analysierten Quellen retrospektiv in Outcome Chains (Wirkketten) zusammen; Matrizes geben übersichtlich komplexe Zusammenhänge tabellarisch wieder. Prospektive Pipeline Logic Models stellen die Ergebnisse, den Ablauf des Programms bis zum gewünschten Outcome dar. Sie zeigen grafisch die Herausforderungen und die nötigen Interventionen.

Die Anforderungen des Themas und der Methodologie führen zur Formulierung der Forschungsfrage (Abschn. 3.4), die lautet: *Welche Programmtheorie kann zur gelingenden Intervention Ethik in Pflegekammern beitragen?* Fünf forschungsleitende Unterfragen dienen zur Präzisierung:

1. Welches ethische Mandat haben deutschen Pflegekammern, gegenüber wem und von wem erteilt, mit welchem Ziel?
2. Welche Problembereiche der Pflegebeziehung müssen mit bedacht werden?

Die ersten beiden Unterfragen fassen sowohl die politische Makroebene des ethischen Mandats der deutschen Pflegekammern, das sich aus dem Status der Pflege

im Gesundheitswesen ergibt als auch die damit zusammenhängende Mikroebene der Problembereiche in der Pflegebeziehung. Dabei kann zwangsläufig die Mesoebene der Organisationen, in denen professionelle Pflege stattfindet, nicht ganz ausgeblendet werden, obwohl die Pflegekammer hier kaum direkten Einfluss hat. Die Interaktion der Ebenen und die daraus resultierenden Komplexität wird über eine mehrdimensionale, theoriegenerierende Situationsanalyse gezeigt. Die Verbindung der relevanten Bereiche ermöglicht die Empfehlung einer Programmtheorie. Wie diese aussehen soll, klären die nächsten drei Unterfragen:

3. Welche Programmtheorie bietet hilfreiche Annahmen zur praktischen Umsetzung des ethischen Mandats von Pflegekammern?
4. Nach welcher Theory of Change kann ein partizipativer Interventionsprozess zusammen mit den Kammermitgliedern ausgestaltet werden?
5. Welche Theory of Action kann die Analyseergebnisse aufnehmen und Lösungen für gelingende Sorgearbeit anbieten?

Die zu konzipierende Programmtheorie hat die Aufgabe, hilfreiche Annahmen zur praktischen Umsetzung des ethischen Mandats von Pflegekammern auf allen Ebenen zu bieten. Funnell und Rogers folgend gelingt dies über die beiden Subtheorien, die Theory of Change und die Theory of Action. Die Theory of Change beschreibt die Strategien der Veränderung. Die konsequente Einbindung der Kammermitglieder in allen Schritten des Programms ist die neue Strategie. Ihre Partizipation wird essentiell zur Umsetzung und Akzeptanz des Programms Ethik in Pflegekammern sein. Zu finden ist eine Theory of Change, die eine solche Partizipationsstrategie regelgeleitet in den Interventionsprozess integriert und das Programm zusammen mit den Kammermitgliedern ausgestaltet. Die Theory of Action ist der operative Teil der Programmtheorie. Sie präsentiert die einzelne Aktivitäten der Pflegekammer, die zur Sicherung der pflegerischen Sorgearbeit nötig sind. Die Ergebnisse der Situationsanalyse werden zeigen, welches Modell passende Lösungen anbieten kann. Beide Subtheorien wirken in der Programmtheorie zusammen, sie sichern die Nachhaltigkeit des Programms.

Zur Konzeption von Programmtheorien können verschiedene wissenschaftliche Methoden eingesetzt werden. Die Methodologie nach Funnell und Rogers erfordert eine an der Thematik ausgerichteten Methode zur Analyse der Situation. Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist die Klärung der angewandten wissenschaftlichen Zugänge und Methoden der nächste Schritt (Kap. 4). Die qualitative Situationsanalyse folgt dem Approach einer Fallanalyse (Abschn. 4.1). Eine Fallanalyse bietet den Zugang zum Thema Ethik in Pflegekammern. Fallanalysen können neben Personen auch Körperschaften in den Blick nehmen:

Der zu analysierende *Fall* ist das ethische Mandat der deutschen Pflegekammern. Fallanalysen ermöglichen das Generieren von Theorien, wie sie für die Programmtheorie gebraucht werden.

Nach der Festlegung des theoriegenerierenden Zugangs fehlt noch die konkrete, zur Thematik passende Analysemethode der Literatur (Abschn. 4.2). Die besondere Herausforderung der fokussierten literaturbasierten Situationsanalyse ist die Aufnahme der diversen vorliegenden Quellen unterschiedlicher Herkunft (Abschn. 4.2.1): Einerseits liegen kaum wissenschaftliche Vorarbeiten vor, weder zum Aufbau der neuen Körperschaft Pflegekammer noch zu bestehenden Ethikstrukturen oder zur Fassung des politisch-ethischen Mandates von Pflegekammern. Die wenigen theoretischen und empirischen Arbeiten beleuchten einzelne Facetten. Andererseits liegen umfängliche Normen in Gesetzeswerken und Ordnungen vor sowie diverse Veröffentlichungen, die der grauen Literatur zuzuordnen sind, vor.

Für die Bearbeitung einer solch verschiedenartigen Quellenlage eignet sich die Scopingstudie (Abschn. 4.2.2). Sie ist eine wissenschaftlich anerkannte Methode zur Erfassung von Quellen unterschiedlicher Herkunft. Die gewonnenen Analyseergebnisse erlauben eine theoriegenerierende Rahmung (Scope) des Themenkomplexes Ethik in Pflegekammern, wie es die Programmtheorie nach Funnell und Rogers fordert. Das Ziel der angewendeten Scoping Study ist nicht zu verwechseln mit dem Ziel eines Scoping Reviews, das alle vorhandenen Arten von Quellen zur Stützung der Evidence einer bereits vorhandenen Theorie nutzt. Obwohl beide Optionen gegensätzliche Zielsetzungen verfolgen, ähneln sich die theoriegenerierende und die evidencegenerierende Variante in den methodischen Einzelschritten, beide erreichen das thematische Scoping des Feldes.

Die literaturbasierte Beantwortung der Fragestellung mittels theoriegenerierender Scoping Study ermöglicht die Offenlegung der relevanten Argumentationsstränge (Abschn. 4.2.3). Anhand der Quellen werden Hintergründe und die inhärenten Herausforderungen für die Profession Pflege nachgezeichnet. Aus den identifizierten, thematisch relevanten Ergebnissen werden argumentativ die Logic Models konstruiert. Sie bieten als dritter Baustein der Programmtheorie die Erklärungen der vorgefundenen Situation. Die Abduktion ermöglicht die Ableitung der für Pflegekammern zu empfehlenden Interventionen zur Umsetzung des ethischen Mandates. Die Analyseergebnisse sind in narrativen Logic Models und in zusammenfassenden Outcome Chain Models zum Ende jeden Unterkapitels dargestellt. Pipeline Logic Models fassen die Ergebnisse der identifizierten Haupt-Argumentationsstränge grafisch zusammen und stellen die Lücken für die Profession Pflege dar. Sie bilden die Grundlage zur Konzeption der passenden Programmtheorie. Die Eingebundenheit und Expertise der Autorin in die

Errichtung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz zeigt Abschn. 4.3, Abschn. 4.4 gibt einen abschließenden Überblick über die Methodologie und die Methoden des Vorgehens.

Der erste identifizierte Argumentationsstrang in Kap. 5 gibt einen Überblick über die normativen Setzungen zum Thema Ethik im Kontext der sich neu etablierenden Pflegekammern in Deutschland. Es zeigt sich eine hochdynamische Situation, die Auswirkungen auf das ethische Mandat hat. Daraus ergibt sich die ethisch relevante Dimension auf der politischen Ebene, der Umgang mit der Profession Pflege. Ausgangspunkt der Analyse ist der Gründungsprozess der ersten Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Sie ist seit 2016 volltabliert (Abschn. 5.1). Aufgezeigt wird die Aufnahme des Themenfeldes Ethik im Gründungsprozess (Abschn. 5.1.1) und die gesetzlichen Grundlagen zum Thema Ethik des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz (Abschn. 5.1.2). Daran schließen sich die ersten Schritte des Aufbaus eines Ethikressorts an, die wegen eines fehlenden Programms rasch wieder zum Erliegen kamen (Abschn. 5.1.3). Der erste fertige Baustein, der das ethische Mandat der Pflegekammer aufnimmt, ist die Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Kernelemente stellt Abschn. 5.1.4 vor. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat 2021 als einzige Pflegekammer Bestand. Nach Rheinland-Pfalz etablierten die Länderregierungen in Schleswig-Holstein (Abschn. 5.2.1) und Niedersachsen (Abschn. 5.2.2) Pflegekammern. 2018 befanden sich die beiden Kammern im Norden im Aufbau, 2021 bereits im Abwicklungsprozess. Daneben findet das bayerische Sonderkonstrukt (Abschn. 5.2.3), dass nicht den Status einer professionellen Selbstverwaltung hat, Aufnahme, weil es politisch als Alternativmodell für eine Pflegekammer gehandelt wird. Analysiert werden die politische Umsetzung, die Aufnahme des Themenfeldes Ethik in den Gesetzeswerken und untergesetzlichen Normen der Körperschaften und die Prozesse der Abwicklung im Norden. Deutlich werden ethische Implikationen auf politisch-gesellschaftlicher Ebene, die eine Pflegekammer als Selbstverwaltung des Heilberufes aufnehmen muss und deshalb hochrelevant für die Programmtheorie sein werden.

Der dritte Teil des Argumentationsstranges (Abschn. 5.3) ist die Situation im Juli 2021 und die Interpretation der politischen Intention der mehr oder weniger weit fortgeschrittene Initiativen zur Etablierung von Pflegekammern in den Bundesländern Hessen (Abschn. 5.3.1), Baden-Württemberg (Abschn. 5.3.2) und Nordrhein-Westfalen (Abschn. 5.3.3). Es zeigt sich erneut der gesellschaftsethisch relevante, von Bundesland zu Bundesland differierende Umgang mit der Profession Pflege. In den anderen deutschen Bundesländern gab es bis zum Ende des Analysezeitraums im Juli 2021 keine nennenswerten Initiativen. Deutlich wird, dass Kammerrecht im föderalen Deutschland Länderrecht ist.

Abschn. 5.4 gibt einen zusammenfassenden Überblick zum Mandat und Umsetzungsgrad von Ethik in Pflegekammern und entwickelt daraus das erste prospektive Pipeline Logic Model. Es bildet grafisch die Normierung und den praktischen Umgang mit dem Thema Ethik in deutschen Pflegekammern ab. *Ethik* als Begriff ist zwar in unterschiedlichen Interpretationen in Gesetzen, Homepages, diversen Dokumenten und Diskursen zur Pflegekammer enthalten. Konkretisierungen, warum Ethik im Kontext professionellen Pflegehandelns für Menschen mit Pflegebedarf und für Pflegefachpersonen nötig sein sollte und was genau mit dem Begriff gemeint ist, erfolgen entweder gar nicht oder bleiben oberflächlich. Diese Lücke füllen die Regelwerke der ersten voll funktionsfähigen Kammern bisher nur teilweise bzw. die Regelwerke kommen wegen der Auflösung nicht zum Tragen. Die Verbindung zur politischen Dimension des ethischen Mandates fehlt komplett.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich ein neuer Argumentationsstrang, der untersucht, ob es adäquate ethische Unterstützung für Pflegefachpersonen an anderer Stelle gibt (Kap. 6). Wenn dies so wäre, könnte die Pflegekammer von einer raschen Umsetzung der ethischen Anforderungen entlastet werden. In Deutschland hat sich seit 30 Jahren die *Klinische Ethikberatung* etabliert. Die Initiativen und Standards werden bzgl. der Anwendungsfelder und Zielgruppen analysiert (Abschn. 6.1). Leitend zur Etablierung Klinischer Ethikberatung waren die wegweisende Stellungnahme der konfessionellen Krankenhausträgerverbände 1997 (Abschn. 6.1.1), die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer 2005 (Abschn. 6.1.2) und die Standards der Klinischen Ethikberatung der Akademie für Ethik in der Medizin 2010 (Abschn. 6.1.3). Dies bildete den Ausgangspunkt zur Implementierung von Ethikstrukturen in Kliniken. Zusammengeführt werden vorliegende Studienergebnisse zum Bedarf, zum Implementierungsgrad und zur Einbindung der Pflege in die klinischen Ethikstrukturen (Abschn. 6.2). Empirisch untersucht sind der Implementierungsgrad in Kliniken (Abschn. 6.2.1), eine vorgeschaltete Bedarfserhebung wurde im Klinikum Aachen unternommen (Abschn. 6.2.2). Das Resümee der Akademie für Ethik in der Medizin, der Fachgesellschaft, die für die Implementierung von Klinischer Ethikberatung in Deutschland steht, nach zwanzig Jahren Ethikarbeit zeigt Abschn. 6.2.3. Hochrelevante Einblicke in die Situation der Pflegefachpersonen in der Klinischen Ethikberatung gibt die Studie von Kohlen aus dem Jahr 2008 (Abschn. 6.2.4). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass passgenaue Lösungen für die Pflege fehlen, sie stehen zehn Jahre später noch aus, wie Gold belegt.

Nach der Implementierung von Ethikstrukturen in Kliniken folgte in wesentlich schwächerer Ausprägung die Implementierung im sogenannten außerklinischen Bereich (Abschn. 6.3). Einen Überblick über die Dimensionen dieses

zentralen pflegerischen Versorgungsbereiches gibt Abschn. 6.3.1. Für die stationäre Altenpflege hat das Ethiknetzwerk Frankfurt Alleinstellungscharakter, auch weil es über umfassende Publikationen und Evaluationsergebnisse verfügt (Abschn. 6.3.2). Die Übertragung des klinischen Beratungsmodells in die ambulante Pflege hat gerade erst begonnen, einen Einblick in Intentionen und Zielsetzungen sowie deren Relevanz für die Profession Pflege gibt Abschn. 6.3.3.

Auffallend ist, dass alle bis hierher analysierten Studien pauschal ethische Belastungen und Zugangshürden für die Pflege attestierten. Warum das so ist, wie Pflegefachpersonen mit ethischer Belastung umgehen und welche Unterstützung sie sich wünschen, bleibt aber meist offen. Abschn. 6.4 zeigt die Konsequenzen anhand vorliegender pflegewissenschaftlicher Studien. Analog der drei großen pflegerischen Tätigkeitsbereiche Klinik (Abschn. 6.4.1), stationärer Langzeitpflege (Abschn. 6.4.2) und ambulanter Pflege (Abschn. 6.4.3) wird die jeweilige Situation analysiert, die Ursachen für die Herausforderungen zusammengetragen und Empfehlungen der Autor*innen aufgezeigt. Das zweite prospektive Pipeline Logic Model (Abschn. 6.5) führt die strukturelle Versorgungssituation mit Ethikberatung und die Qualität der Unterstützung für Pflegefachpersonen grafisch zusammen. Das Logic Model nimmt die Sorge um die Pflegebeziehung auf. Wenn bestehende Ethikangebote die sorgetragenden Pflegefachpersonen und die sorgeempfangenden Menschen mit Pflegebedarf in allen Gesundheitsbereichen gut versorgen würden, wäre möglicherweise keine Intervention der Pflegekammer nötig. Allerdings zeigte die Situationsanalyse eine deutliche Ungleichverteilung der Angebote zwischen den Einrichtungsarten und eine fehlende Passgenauigkeit der Angebote für die Fragestellungen der Profession Pflege. Zudem ließen sich keine Best-Practice-Modelle zur ethischen Unterstützung von Pflegefachpersonen ableiten. Die Sorge um die Pflegefachpersonen und um die Menschen mit Pflegebedarf kann die Pflegekammer also nicht abgeben. Sie muss ihre Verantwortung gegenüber der Profession annehmen und das eigene Berufsfeld entwickeln, um auf der Mikroebene der Pflegebeziehung Wirkung zu entfalten. Dies ist wichtig, um die Situation nachhaltig zu verbessern, aber nicht hinreichend, weil die politische Ebene fehlt.

Der identifizierte dritte Argumentationsstrang nimmt das mit der Errichtung von Pflegekammern erwachsende ethische Mandat auf der politischen Makroebene auf (Kap. 7). Dieser Strang ist erforderlich zur Klärung der Zielgruppen und der Ziele der Programmtheorie. Auf das von einigen Ländern neu erteilte gesetzliche Mandat der Profession Pflege wirken diverse andere, teils länger bestehende Gesetzgebungen ein. Sie verursachen die aktuelle Situation in der Pflege, die die Umsetzung des ethischen Mandates erschwert. Beleuchtet werden die Herausforderungen der professionellen Entwicklung des Heilberufs Pflege

in Deutschland. Die Pflegekammer ist nicht der noch fehlende Professionsbaustein, sie ist der Grundstein, der die Spezifika des Heilberufs zum Ausdruck bringt und das ethische Mandat aufnimmt (vgl. Kuhn 2016a, S. 105). Aufbauend auf den Ergebnissen der Vorarbeit erfolgt eine Aktualisierung der politischen Entwicklung anhand der Professionsbausteine: Das *universelle Wissen* im Lichte der akademischen Primärqualifizierung behandelt Abschn. 7.1.1. Die *exklusive Berechtigung zur pflegerischen Berufsausübung*, die neu der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten normiert, zeigt Abschn. 7.1.2. Die Situation zur *Entlohnung* pflegerischer Arbeit als Maßstab des gesellschaftlichen Wertes des Pflegehandelns steht im Mittelpunkt von Abschn. 7.1.3. Die Möglichkeiten der *Freiheit von Fremdkontrolle der Berufsausübung*, wie sie nun Pflegekammern gewährleisten können, schildert Abschn. 7.1.4. Daraus ergibt sich das berufsethische und gesellschaftsethische Veränderungspotenzial von Pflegekammern auf der Makroebene. Besondere Vertiefung findet der für Ethik in Pflegekammern zentrale Professionsbaustein der pflegerischen Berufsethik in Abschn. 7.2. Die Berufsethik ist eng verwoben mit den anderen Professionsbausteinen. Sie geht Hand in Hand mit der Pflegefachlichkeit und dem ethischen Mandat der deutschen Pflegekammern. Die Situationsanalyse zeigt die einander bedingende Facetten der Berufsethik und die Implikationen für das ethische Mandat der Pflegefachpersonen und der Pflegekammer. Die historische erste Facette ist die Entwicklung der pflegerischen Wertgerüste und ihre Nachwirkungen in die heutige Zeit (Abschn. 7.2.1). Sie zeigt die inhärenten Problembereiche für die Pflegebeziehung. Die pflegeethische zweite Facette ist das moderne Ethikverständnis in der Pflege. Es kann die Problembereiche der Pflegebeziehung auffangen, sofern es Anwendung findet. Grundlagen sind die ICN-Definition von Pflege und die Salutogenese nach Antonovsky. Damit verwoben ist die Philosophie der Careethik wie sie Tronto und Martin vertreten. Die Zugänge hat Monteverde für die Pflegeethik nutzbar gemacht (Abschn. 7.2.2). Sie sind hochrelevant zur Gestaltung der zur Pflege passenden Programmtheorie, sie werden den pflegeethischen Kern des Programmes bilden. Die dritte politische Facette bildet der Zentralwert Gesundheit als gesellschaftlicher Auftrag an die Pflege (Abschn. 7.2.3). Das rekurriert auf die Erteilung des ethischen Mandates aus gesellschaftlicher Perspektive. Dieser politische Auftrag ergibt normative Ansprüche an die gesundheitliche Versorgungssicherheit. Die Situationsanalyse beleuchtet den Auftrag, den professionellen Anspruch und die Realität im Berufsalltag zur Illustration der für die Programmtheorie relevanten Problembereiche (Abschn. 7.3). Die Analyse der neueren bundesgesetzlichen Normen zeigt den transportierten Qualitätsanspruch für die Menschen mit Pflegebedarf und die ethische Relevanz für die Pflegefachpersonen oder kurzgefasst

den Zusammenhang von Pflegequalität und ethischem Mandat der Pflegekammer (Abschn. 7.3.1). Daran anschließend wird die gesundheitliche Realität im pflegerischen Berufsalltag nachgezeichnet. Quellen deutscher Krankenkassen zeigen mannigfaltige physische und psychische Gesundheitsbelastungen der Pflegefachpersonen (Abschn. 7.3.2), die Situation nimmt an Dramatik weiter zu. Internationale Quellen belegen ergänzend die gesundheitliche Belastung durch Moral Distress (Abschn. 7.3.3), der sich in psychischen und auch physischen Symptomen zeigt. Alle Belastungen wirken sich auf Gesundheit und Wohlbefinden aus, bedingen einander und verstärken sich gegenseitig. Das Problem ist nicht nur die gefährdete Gesundheit der Pflegefachpersonen, sondern die damit verbundene Gefahr für die pflegerische Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf. Die Zusammenführung (Abschn. 7.4) zeigt narrativ und im dritten prospektiven Pipeline Logic Model die logische Konsequenz: Pflegekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts tragen Verantwortung für die pflegerische Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Aus der Verantwortung leitet sich das ethische Mandat der Pflegekammer ab. Es umfasst zum einen die Unterstützung der Mikroebene der Pflegebeziehung. Die Vorhersage zum Outcome lautet, dass ethische Unterstützung einen Beitrag zur aktiven Gesundheitsförderung von Pflegefachpersonen und somit zur Versorgungssicherheit für die Menschen mit Pflegebedarf leistet. Zum anderen müssen Pflegekammern auf politischer Makroebene als moralische Agenten im Versorgungssystem wirken und ihr ethisches Mandat, die Verantwortung der Profession, annehmen. In alle Prozesse sind die Kammermitglieder einzubinden, damit die praktische Umsetzung des ethischen Kammermandates gelingt.

Die aus der Situationsanalyse entwickelten Logic Models der drei Argumentationsstränge laufen in der Konzeption der Programmtheorie zusammen (Kap. 8). Die Kernbotschaften der retrospektiven narrativen Logic Models und der Grafical Abstracts des Outomes in den einzelnen Kapiteln sowie die daraus abgeleiteten drei prospektiven Pipeline Logic Models werden in einem Variablenmodell zu einer gemeinsamen Argumentationskette zusammengeführt und in einer Matrix dargestellt (Abschn. 8.1). Daraus ergibt sich die Antwort auf die Forschungsfrage nach dem ethischen Mandat der Pflegekammern, es ist die Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Diese professionelle Verantwortung kann nur zusammen mit kompetenten, gesunden Pflegefachpersonen in ausreichender Zahl gesichert werden. Zur Bearbeitung dieses ethischen Mandates sind komplexe Interventionen erforderlich, die die vorgeschlagene Programmtheorie konzeptioniert.

Der Methodologie folgend braucht es zwei Subtheorien: Als strategische Theory of Change wird die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung

empfohlen (Heintel 2005) (Abschn. 8.2). Die Problemfelder eines Programms Ethik in Pflegekammern aufnehmend (Abschn. 8.2.1) wird der Bedarf für eine transdisziplinär angelegte Wissenschaft gezeigt (Abschn. 8.2.2). Handlungsleitend ist das Desiderat der Partizipation der Pflegefachpersonen, weil die Befunde der Situationsanalyse immer wieder zeigten, dass nur die Pflegefachpersonen als Kammermitglieder die Wirkung von Pflegekammern entfalten und für die Bevölkerung sichern können. Die Theory of Change folgt einem anderen Wissenschaftsverständnis, dass Transdisziplinarität im kompletten Interventionsprozess des ethischen Mandats der Pflegekammern lebt und kollektive Autonomie der Pflegekammern erzeugt (Abschn. 8.2.3). Mit der Theory of Change kann die partizipative Intervention zusammen mit den Kammermitgliedern gelingen.

Bei der aufbauend empfohlenen Theory of Action handelt es sich um ein Prozessmodell zur Förderung und Sicherung der Gesundheit (Abschn. 8.3). Die ethischen Anforderungen der Analyseergebnisse an die Theory of Action nehmen die politisch-careethische Theorie nach Tronto (2013) (Abschn. 8.3.1) und der ethische Kern der Chancengerechtigkeit der Gesundheitsförderung (Abschn. 8.3.2) auf. Das Ergebnis der Suche ist das Prozessmodell der Ten essential Public Health Services (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c), der zehn essentiellen Services des öffentlichen Gesundheitssystems (10 EPHS). Das differenzierte 10 EPHS-Modell wird in den USA seit vielen Jahren erfolgreich eingesetzt (Abschn. 8.3.3). Das 10 EPHS-Prozessmodell wird durch Trontos Caretheorie gestärkt und in ein zur Pflege passendes gemeinsames Modell überführt. Diese Kombination bietet die gesuchte Lösung für gelingende Sorgearbeit.

Das Konzept der 10 EPHS leitet zur Füllung des ethischen Mandats von Pflegekammern als Körperschaften im öffentlichen Gesundheitssystem mit konkreten Inhalten an (Abschn. 8.4). Am Beispiel der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz werden Thesen zur Umsetzung der Anforderungen der 10 EPHS diskutiert. Die Thesen schlagen umfängliche Interventionen zur Ausgestaltung und Sicherung des ethischen Mandates in einem Prozess des Assessments (Abschn. 8.4.1), des Policy Developments (Abschn. 8.4.2) und der Assurance (Abschn. 8.4.3) vor. Die Empfehlungen sprechen die politische Makroebene und die individuelle Mikroebene der Pflegebeziehung an, haben aber auch Implikationen für die Mesoebene der Einrichtungen. Die Theory of Action eignet sich zur Operationalisierung der unterschiedlichsten Einzelthemen für die verschiedenen Zielgruppen in diversen Settings, in denen Pflegekammern aktiv werden können (Abschn. 8.4.4). Die Theory of Change unterstützt bei allen Aktionen strategisch, sie erschließt die Themen für und partizipativ mit den Pflegefachpersonen.

Abschließend werden die empfohlenen Subtheorien schrittweise in ein Logic Model der gesamten Programmtheorie zusammengeführt (Abschn. 8.5), wie es Funnell und Rogers fordern. Die finale Fusion der Programmtheorie zeigt das komplexe Zusammenspiel der Theory of Change mit der Theory of Action für das gewünschte Outcome: die Förderung der Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, der Unterstützung der Pflegefachpersonen und die Partizipation der Kammermitglieder bei der Ausgestaltung des ethischen Mandats des Heilberufs Pflege.

Kap. 9 schließt mit dem Fazit und einem Ausblick auf weitere Arbeitsschritte zur gelingenden Umsetzung des ethischen Mandats der Pflegekammer. Die Botschaft des Eingangszitats von Käppeli annehmend ist die Analyse zur politischen und ethischen Situation des Heilberufes Pflege breit angelegt, damit die Nachvollziehbarkeit den Menschen möglich wird, die sich bisher kaum mit dem Themenfeld beschäftigt haben. Dies entspricht den Anforderungen, die aus der zugrundeliegenden Theorie und dem methodischen Design erwachsen. Die detaillierte Situationsanalyse und die daraus gebildeten narrativen Logic Models kann in die Tiefe gehend oder kursorisch gelesen werden. Zudem ermöglichen die retrospektiven Outcome Chains zu Ende jedes Unterkapitels und die zusammenfassenden prospektiven Pipeline Logic Models der Hauptkapitel einen Überblick in grafischer Form.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Problemaufriss – Ethik in Pflegekammern: Warum und wie?

2

In deutschen Bundesländern entstehen in der letzten Dekade vermehrt Pflegekammern als Selbstverwaltungsorgane und beruflichen Vertretungen der Profession Pflege. Nachdem Pflegekammern über lange Jahre hinweg als ein fehlender Baustein zur Professionalisierung gehandelt wurden, um den es sich auf politischer Ebene zu kümmern galt, wurden sie nach mehrjähriger Vorbereitung in Rheinland-Pfalz, später in Schleswig-Holstein und Niedersachsen Wirklichkeit.

Konstituiert sind Pflegekammern in Deutschland analog zu den anderen Heilberufskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Sie unterliegen dem Länderrecht, d. h. jedes Bundesland entscheidet autonom, ob es eine Pflegekammer errichten will oder nicht. Körperschaften des öffentlichen Rechtes entlasten das Staatsgefüge, indem sie die ihnen zugeordneten Aufgaben in Selbstverwaltung eigenständig übernehmen. Gründend auf diesem besonderen Status unterliegen Körperschaften des öffentlichen Rechtes den Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes und des Bundes im besonderen Maße. Der Sinn der Errichtung einer Körperschaft liegt in der Delegation der Aufgaben an eine zu schaffende Institution, die die Expertise für das entsprechende Feld vereinigt. Über die Implementierung von Körperschaften soll die Qualität der jeweiligen Versorgung für die Bevölkerung gesichert werden. So sind beispielsweise staatliche (und staatlich anerkannte) Hochschulen zuständig und verantwortlich für die qualitativ hochwertige Ausbildung der Anteile der Bevölkerung eines Landes, die eine Ausbildung auf tertiärem Niveau in Form eines Studiums anstreben. Die Unabhängigkeit der Hochschule findet Ausdruck in Freiheit der Lehre und in der Selbstverwaltung. Gesichert wird dies über die die eigenen Dingen betreffende *Selbstgesetzgebung* z. B. in Studienordnungen, Curricula, Vorlesungsverzeichnissen, Promotionsordnungen und vielem mehr.

Der Auftrag von Heilberufekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts ist etwas anders gelagert. Ziel ist das Leisten eines Beitrags zur Sicherung

der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, welcher über die Handlungen ihrer jeweiligen Mitglieder erbracht wird. Pflegekammern gehören zu den Heilberufekammern, über Ihre Mitglieder sichern sie die pflegerische Versorgung der Menschen im Land. Mitglieder in Pflegekammern sind alle Pflegefachpersonen, die im jeweiligen Bundesland ihren Beruf ausüben. Darüber hinaus können die Regelungen zur Mitgliedschaft auch die Pflegefachpersonen umfassen, die eine Berufszulassung besitzen, ihren Beruf aber aktuell nicht ausüben. Nur über die Mitgliedschaft zumindest aller im Beruf tätigen Pflegefachpersonen ist die angestrebte Sicherung der pflegerischen Versorgung in Selbstverwaltung möglich. Alle Heilberufekammern sind demokratisch aufgebaut: Die Kammermitglieder wählen aus ihrer Mitte eine Vertreterversammlung als Organ der Selbstverwaltung. Zur Bearbeitung unterschiedlicher Fachthemen wählt die Vertreterversammlung Ausschüsse und setzt Arbeitsgruppen ein. Die erarbeiten u. a. die verschiedenen Regularien für die qualitativ hochwertige Umsetzung des pflegerischen Versorgungsauftrages. Diese untergesetzlichen Satzungen und Ordnungen, wie z. B. Hauptsatzung, Weiterbildungsordnung und Berufsordnung, verabschiedet die Vertreterversammlung in *Selbstgesetzgebung* im Rahmen des jeweilig gültigen Heilberufsgesetzes des Landes für den Pflegeberuf.

Pflege im professionellen Selbstverständnis ist ein breites Feld, zugrunde liegt das Verständnis der ICN Definition of Nursing des International Council of Nurses (ICN):

“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (International Council of Nurses (ICN) 2002)

Als ein Baustein guter Pflege wird in diversen Quellen und von vielen Akteuren im Feld immer wieder *Ethik* genannt. Allerdings mangelt es in den vorliegenden Quellen an Konkretisierung. Es bleibt unklar, was unter dem Begriff zu verstehen ist, warum *Ethik in Pflegekammern* etabliert und welches Ziel damit verfolgt werden soll. Weiterhin offen ist, welche Interventionen hilfreich zur Zielerreichung wären und Nachhaltigkeit für die Pflege und den Auftrag der Pflegekammer entfalten können. Zusammenfassend ist also das ethische Mandat der Pflegekammer offen, die Ableitung entsprechender Interventionen inklusive der theoretischen Fundierung steht aus. Die vorgelegte Arbeit nähert sich der Ausgestaltung des ethischen Mandats auf wissenschaftlicher Ebene. Ziel ist eine theoriegenerierende Grundlegung für Interventionen zur Bearbeitung des ethischen Mandates.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Programmtheorie – Interventionen für Ethik in Pflegekammern

3

Für zielgerichtete Interventionen ist eine Programmtheorie hilfreich. Sie erleichtert die Planung und Implementierung und steigert die Nachhaltigkeit der Interventionen. Auch für die Interventionen Ethik in Pflegekammern ist eine Programmtheorie zu entwickeln, die die Intervention strukturiert, ein prozessorales Abarbeiten ermöglicht und die Ergebnisse nachhaltig sichert. Die Entwicklung einer passenden Programmtheorie sollte im besten Fall vor den Interventionen erfolgen. Allerdings ist die Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft ein selten verfolgtes Anliegen, wie ein Überblick über die Situation der Theorieentwicklung in der deutschsprachigen Pflege zeigt (Abschn. 3.1). Daran anschließend bietet Abschn. 3.2 einen Überblick über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von Programmtheorien: Als Instrument zur Steuerung von Interventionen, als Messinstrument zur Wirkung von Interventionen und als Grundlage zur Konzeption von Interventionen. Nach dem allgemeinen Überblick führt Abschn. 3.3 in die Bausteine einer Programmtheorie ein. Abschn. 3.4 schließt mit der auf der Grundlage des Theoriekonzepts abgeleiteten und spezifizierten Forschungsfrage.

3.1 Theorieentwicklung in der Pflege – ein Einstieg

Die Theorieentwicklung ist in der deutschen Pflege bisher ein schwach ausgeprägtes Feld. In der Pflegepraxis genießt der Begriff *Theorie* meist keinen guten Ruf. Für die in der direkten Pflege tätigen Pflegefachpersonen in Deutschland scheint *theoretisches Wissen* in seiner ganzen Bandbreite häufig weit weg von ihrer Berufspraxis. Implizites Erfahrungswissen steht eher im Mittelpunkt des eigenen beruflichen Handelns, die Verbindung zu einer zugrundeliegenden (Pflege-) Theorie scheint kaum gezogen zu werden. Diese Wahrnehmung ist

mannigfaltig empirisch belegt, exempl. seien Kreuzer (2007) und Steppe (2000) genannt (s. Abschn. 7.2.1). Schnell und Dunger (2019) sprechen im Rückbezug auf Nerheim (2001) gar von „stummem und impliziten Wissen“ (S. 105) in der Pflege. Implizit bedeutet, das vorhandene Wissen ist personengebunden. Es ist nicht oder nur begrenzt sichtbar und nachvollziehbar für andere Pflegefachpersonen und es geht verloren, wenn eine erfahrende Pflegefachperson den Beruf verlässt. Die Forderung für die professionelle Pflege lautet, dass Wissen „zur Sprache zu bringen und zu verstehen ist“ (Schnell und Dunger 2019, S. 105). Dabei steht das *Verstehen* zentral, sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch für alle relevante Stakeholder, z. B. in der Politik. Für das Verstehen brauche es die Geisteswissenschaften:

„Eine Geisteswissenschaft zeichnet sich dadurch aus, dass sie es mit einem Verstehen von Lebensäußerungen zu tun hat, die eine durchlebte Erfahrung zum Ausdruck bringen. Das Verstehen richtet sich auf das eigene Leben und das anderer Personen. „*Wir verhalten uns gegenüber dem Leben, dem eigenen so gut als dem fremden, verstehend.*“ (Dilthey 1981: 242)“ (Schnell und Dunger 2019, S. 102)

Der wissenschaftstheoretische Zugang der Hermeneutik und des Fallverstehens (s. Abschn. 4.1) ermöglicht, aus dem impliziten Wissen eine Theorie zu entwickeln. Die Funktion von Theorien ist einfach: „Theorien dienen der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage von Phänomenen“ (Schrems 2011, S. 343), sie haben ineinander verschränkte Funktionen, sie sind

„... die Grundlage von Wahrnehmungen und Beobachtungen und formen so das Forschungsfeld, die Methoden der Datensammlung und die Interpretation der Ergebnisse. Theorien sind damit nicht nur ein Ergebnis, sondern auch der Ausgangspunkt von Forschungsvorhaben, die vor dem Hintergrund allgemein anerkannter Grundansichten realisiert werden.“ (Schrems 2011, S. 343)

Somit ergibt sich eine Zirkularität im positiven Sinne, ein Alpha und Omega, denn Theorien bilden sowohl den Ausgangspunkt als auch das Ergebnis pflegerischen Handelns. Es bedarf der Zusammenarbeit von Pflegepraxis und Pflegewissenschaft, um Pflegewissen sichtbar werden zu lassen, zu strukturieren und in Theorien zu überführen, die die Profession Pflege voranbringen.

Die Tücken liegen in der Umsetzung: Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss bilden eher einen Gegensatz zur Praxis und zu den dort tätigen Praktiker*innen mit sekundärem Berufsabschluss, statt einer Einheit, die die Profession voranbringt. Zwar sind theoretische Zugänge, zumindest nominell, in der Pflegearbeit im direkten Kontakt mit den Menschen mit Pflegebedarf angekommen,

eine der Pflegearbeit zugrundeliegende Theorie kann meist auf Nachfrage benannt werden. Sie als nützliches Werkzeug aktiver Praxisgestaltung zu begreifen, steht weitgehend aus:

„Das alte Bild bestimmt jedoch hierzulande noch vielfach die Praxis («Wir pflegen nach Orem»), sodass es noch Anstrengungen bedarf, um die Praxis von der mühevollen Arbeit eines dem Gegenstand angemessenen Umgangs mit Theorien zu überzeugen.“ (Moers et al. 2011, S. 350)

Das von Moers et al. 2011 skizzierte Bild hat sich zehn Jahre später kaum verändert. Es hat nach wie vor starke Auswirkungen auf die Professionalisierung der Pflege, wenn erstens eine Theorie mehr als Hindernis, denn als Werkzeug für die praktische Arbeit begriffen wird und zweitens die Pflegefachpersonen, die über das theoretische Wissen verfügen, von Teilen ihrer Kolleg*innen als *praxisfern* deklassiert werden. Zwar ist die Akademisierung ein Baustein der Professionalisierung der Pflege. In der direkten Pflegepraxis finden sich, zumindest in Deutschland, jedoch kaum akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, diese sog. *Theoretiker* werden immer noch nicht für nötig erachtet (s. Abschn. 7.1). Trotz der Widerstände der Pflegepraxis¹ ist die Etablierung der Pflegewissenschaft als akademische Disziplin im deutschsprachigen Raum nun gelungen, Ergebnisse empirischer Studien sind in der Praxis angekommen (vgl. Mayer 2019, S. 111). Die gut ausgebaute analytisch-empirische wissenschaftliche Arbeit ist gleichwohl nicht hinreichend, wenn die synthetisierende wissenschaftliche Theorieentwicklung fehlt. Erst die Theorieentwicklung ermöglicht das Zusammenfügen der empirischen Einzelergebnisse in einen kohärenten Wissenskorpus der Pflege.

Im deutschsprachigen Raum gibt es großen Bedarf für eigene Theorieentwicklung, die nicht nur darauf rekurriert, „etablierte angloamerikanische Konzepte übernehmen zu wollen“ (Schnell und Dunger 2019, S. 102), vielmehr müssen die Theorien passgenau für die hiesige Situation sein. Viele hochangesehene Koryphäen der deutschsprachigen Pflegewissenschaft beklagen seit vielen Jahren den Mangel an Theorieentwicklung (exempl. Stemmer 2004; Schrems 2011; Friesacher 2011; Moers et al. 2011; Schnell und Dunger 2019). Mayer diagnostiziert 2019 zusammenfassend:

¹ An dieser Stelle wäre kritisch zu reflektieren, was der Begriff „Pflegepraxis“ meint bzw. meinen darf: Handelt es sich nur um die Pflege im direkten körperlichen Kontakt zum Menschen mit Pflegebedarf, wie es landläufig, insbesondere von Berufsfremden, erfolgt. Oder ist das wesentlich breitere Verständnis der ICN Definition von Pflege zugrunde zu legen, wofür diese Arbeit plädiert (s. Kap. 2).

„Obwohl sich in den letzten drei Jahrzehnten die Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum als akademische Disziplin längst etabliert hat, wird zu Recht mit Regelmäßigkeit festgestellt, dass es zunehmend an Theorieentwicklung fehlt.“ (Mayer 2019, S. 111)

Deshalb ist die einseitige empirische Orientierung auf *Evidence based Nursing (EBN)* und dessen Überhöhung zum alleinigen *Paradigma* durchaus kritisch zu sehen:

„Evidencebased nursing ist kein wissenschaftliches Paradigma, sondern eine Methode des Zusammenführens von wissenschaftlichen Erkenntnissen mit klinischen Problemen.“ (Schrems 2011, S. 343)

Angloamerikanische Pflegewissenschaftlerinnen kritisierten bereits um die Jahrtausendwende, dass die Pflegewissenschaft mit ihrer einseitig vorangetriebenen Evidence-Fokussierung der Medizin folge und wie die Medizin die Theorieentwicklung vernachlässige (vgl. Schrems 2011, S. 343; vgl. auch Moers et al. 2011). Es darf nicht beim „weitgehend theorielosen Sammeln(s) von empirischen Regelmäßigkeiten“ (Schrems 2011, S. 343) bleiben, lautet die Forderung der Pflegewissenschaft.

Trotzdem wird EBN kontinuierlich gestärkt, denn empirische Studien stehen im Mittelpunkt des politischen Interesses und somit nicht zuletzt der Drittmittelgeber. Der Beleg der Wirksamkeit pflegerischen Handelns wird angestrebt, daran schließt sich die nachvollziehbare ökonomische Logik der Abrechnungsfähigkeit an. Theoretische Arbeiten dagegen geraten ins Hintertreffen, auch und gerade im deutschsprachigen Raum sind sie Randerscheinungen:

„In der deutschsprachigen Pflegewissenschaft war und ist die Theoriebildung ein Stiefkind, dies bestätigt nicht nur der Blick in die lange Liste der Publikationen der Pflege oder in Curricula wissenschaftlicher Bildungsangebote, auch in der Pflegepraxis ist es um Pflgetheorien still geworden.“ (Schrems 2011, S. 343; vgl. Moers et al. 2011, S. 351).

Die Befunde aus dem Jahr 2011 bestätigt das Themenheft von Pflege & Gesellschaft 2019. EBN ist gut und richtig, dort wo es passt. Wird allerdings die synthetisierende Theoriebildung einer wissenschaftlichen Disziplin ausgeblendet, ist es sehr bedenklich, denn:

„Theoriebildung stellt jedoch das Herzstück jeder Wissenschaft dar und ist eine Art Indikator für die Reife der jeweiligen Disziplin“ (Mayer 2019, S. 111).

Erst die Synthese der empirischen Einzelergebnisse schafft den eigenen Wissenskorpus, nötig ist

„... ein ganzheitliches Verständnis von Wissenschaft“... um ... „Prozesse der Wissensentwicklung zu ermöglichen“ (Mayer 2019, S. 111).

Eine solche theoretische Wissenssynthese ist ein zeitintensives Unterfangen, dem viele Hindernisse im Wege stehen. So hat die Evidence-Basierung zusammen mit der drittmittellorientierten Auftragsforschung neben der oben beschriebenen Kluft zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft eine neue Kluft in der Profession Pflege entstehen lassen, nämlich die zwischen empirischer Forschung und Theorieentwicklung innerhalb der Scientific Community der Pflege (vgl. Moers et al. 2011, S. 351)². Weitere Hindernisse zur Theorieentwicklung sind pflegerische Bildungskontexte an Hochschulen, Publikationsdruck, Ökonomisierung der Pflegepraxis und chronischer Zeitmangel:

„Überspitzt gesagt ist die Scientific Community der Pflege «too busy to think»“ (Moers et al. 2011, S. 356).

Moers et al. forderten Zeit und Abstand für theoriebildende Unterfangen. Dies braucht es, um pflegerische Praxisfelder wissenschaftlich durchdringen zu können, insbesondere dort, wo bisher noch kaum Wissen vorliegt. Ein solches Feld ist die Implementierung von Ethik in Pflegekammern. Es gibt wenige, unverbunden nebeneinanderstehende Argumentations- und Diskurslinien, die das Themenfeld Ethik mehr oder weniger intensiv berühren. Die gilt es aufzufinden, zusammenzuführen und passgenaue Interventionen abzuleiten. Nach Moers et al. (2011) kann bei einem solch komplexen Unterfangen nicht einfach ein standardmäßig abzuarbeitendes *Methodenrezept* zur Theorieentwicklung angewandt werden, wie es die amerikanische Theoriediskussion vorschlägt (vgl. Jaccard und Jacoby 2010; Walker und Avant 2019). Vielmehr ist Theorieentwicklung

„...ein *kreativer Prozess*, der nicht aus einem wissenschaftlichen Forschungs- und Arbeitsprozess zwingend und logisch abgeleitet werden kann“... „Mit Theorieentwicklung verbinden sich zwangsläufig Gehversuche auf unbekanntem Terrain. Die neue Dimension ist eben nicht schon bekannt. Die Herstellung neuer Verknüpfungen und Zusammenhänge hat neben der Erkenntnis- aber auch eine Handlungsdimension,

² Die Probleme sind nicht genuin pflegewissenschaftlich. Viele Disziplinen, wie z. B. Public Health und die Soziologie beklagen sie ebenfalls in jüngerer Zeit (vgl. exempl. Bittlingmayer 2016).

die dem altgriechischen Wort *«theoria»* bereits innewohnt.“ (Moers et al. 2011, S. 357)

Mitzudenken sind transdisziplinäre Ansätze, die den engen Kreis der Scientific Community verlassen und partizipativ mit der Pflegepraxis und mit den Menschen mit Pflegebedarf agieren (vgl. Brandenburg 2019, 145 ff.). Zur Theorieentwicklung sind Promotionsarbeiten hilfreich (vgl. Mayer 2019, S. 114), sie schaffen „Platz für Kreativität und kreatives Denken“ (Mayer 2019, S. 117), die Ergebnisse können und dürfen durchaus umfangreich sein:

„Lehre an einer Hochschule hat die Aufgabe den Blick zu erweitern und Räume für kreative Wissensgenerierung, für Beobachten, Nachdenken, Analysieren, Synthetisieren, für das Beschreiten neuer Wege und das Denken „out of the box“ zu öffnen.“ (Mayer 2019, S. 120)

Zusammenfassend empfehlen die Expert*innen Muße, Kreativität, Abstand und einen freien Kopf. Diese Freiräume zu sichern, ist ein mehrjähriges Unterfangen, typisch für Promotionsvorhaben.

Entfaltet wird die Methodologie zur wissenschaftlichen Entwicklung einer Theorie des Mandates der Pflegekammer im Bereich der Ethik, kurz: einer Theorie zur Ethik in Pflegekammern. Die praktische Umsetzung braucht zielgerichtete Interventionen, ein Programm. Eine Programmtheorie erklärt das Programm.

3.2 Programmtheorien – Theorierahmen für passgenaue Interventionen

Programmtheorien beschreiben und erklären Interventionen und treffen Vorhersagen zum gewünschten Outcomes in einem Praxisfeld. Grundlegend ist eine Analyse, die die aktuelle Situation beschreibt, inhärente Problembereiche identifiziert, empirische Ergebnisse synthetisiert, Lösungsansätze ableitet und eine Vorhersage zur passgenauen Umsetzung trifft. Daraus ergibt sich ein wohlbegründeter Vorschlag eines Modells der Intervention. Der gesamte der Interventionsprozess über Konzeption, Durchführung, erzielte Wirkungen und Evaluation bilden das Programm. Die Programmtheorie dient zur Konzeption, Steuerung und Überwachung der Outcomes (Abbildung 3.1).

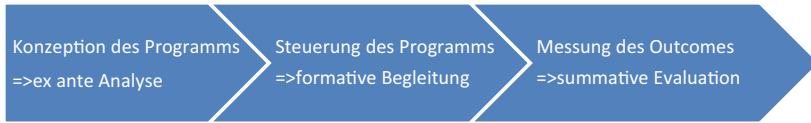


Abbildung 3.1 Zusammenhängende Anwendungsgebiete der Programmtheorie

Die Anwendung von Programmtheorien hat international eine lange, reiche Geschichte, eine ausführliche Übersicht liefern Funnell und Rogers (2011, S. 15–35). Programmtheorien werden unterschiedlich genutzt: Die international geläufigste ist die Steuerung von Programmen (Abschn. 3.2.1), die in Deutschland bekannteste ist die Wirksamkeitsmessung in Evaluationen (Abschn. 3.2.2). Die komplexeste und gleichermaßen grundlegendste ist die erste Stufe, die Konzeption von Interventionsprogrammen (Abschn. 3.2.3). Mit Blick auf das Thema Ethik in Pflegekammern wird herausgearbeitet, welche Variante für die Pflegekammer als Körperschaft im Gesundheitswesen erforderlich ist.

3.2.1 Programmtheorie – Instrument zur Steuerung zielgerichteter Interventionen

Eine Intervention bedeutet im ursprünglichen Sinne einen Eingriff oder eine Einmischung (vgl. DWDS 2021). Interventionen werden in der Politik, im Recht, im Gesundheitsbereich, in der Ethik und vielen anderen Feldern vorgenommen. Eine Intervention ist ein geplantes, gezieltes Eingreifen, um Störungen und Problemen vorzubeugen, sie zu beheben, negative Folgen einzudämmen und um Ressourcen zu aktivieren und zu stärken. Die Intervention kann aus einer einzelnen Maßnahme oder einem Maßnahmenbündel bestehen. Die Ziele der Intervention, die zu erzeugenden Veränderungen im jeweiligen Praxisfeld, sind im Vorfeld als Programm festzulegen. Der Begriff *Programm* fasst dabei jede Art von zielgerichteter Intervention, egal ob sie von einer einzelnen Person, einer Organisation, mehreren Organisationen gemeinsam oder als „a whole-of government policy“ (Funnell und Rogers 2011, S. 30) unternommen wird. Programmtheorien erklären die in einem Programm wirkende Intervention:

“A program theory is an explicit theory or model of how an intervention, such as a project, a program, a strategy, an initiative, or a policy, contributes to a chain of

intermediate results and finally to the intended or observed outcomes.” (Funnell und Rogers 2011, S. 19)

Abbildung 3.2 zeigt eine einfache Wirkkette eines Programms in Anlehnung an Brieskorn-Zinke 2007:



Abbildung 3.2 Lineare Steuerung eines theoretisch entwickelten Programms (n. Brieskorn-Zinke 2007)

Das Programm ist einer definierten Zielgruppe gewidmet, ihr gilt das festzulegende Outcome. Die Programmtheorie beschreibt die Spezifika und Besonderheiten der Zielgruppe. Darauf ist die Intervention abzustimmen, um Passgenauigkeit zu erzeugen. Im Interventionsprozess dient die Programmtheorie als Element der Steuerung des Programms. Formative Begleitprozesse ermöglichen die Nachjustierung der Interventionsschritte. Sie schaffen Sicherheit, dass das gesetzte Outcome erreicht wird. Die intendierten und nicht intendierten Outcomes der Intervention sind im Verlauf anhand der zugrundeliegenden Theorie steuerbar und messbar (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 34). Die Nachhaltigkeit ist über evaluativ festgestellte Modifikationen zu steigern (Abbildung 3.3).

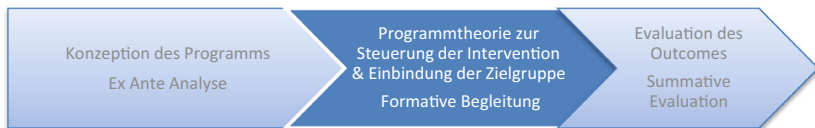


Abbildung 3.3 Ineinandergreifende Anwendung der Programmtheorie, Schwerpunkt Steuerung

Die Programmtheorie ist das die Intervention steuernde Element. Zu beachten ist, dass die Steuerung nicht losgelöst steht, sondern die Programmtheorie die Basis ist und das Outcome bestimmt.

Soweit der Idealverlauf. In der Realität ist die eigentliche Herausforderung häufig das Auffinden der den Projekten zugrunde liegenden Programmtheorie. Nur selten wird eine Programmtheorie entwickelt, *bevor* die Intervention gestartet wird. Die Gründe dafür sind mannigfaltig, Funnell und Rogers sprechen von Mythen und Fallen (2011, S. 37–52), ihre Zusammenfassung bestätigt eigene Erfahrungen: Viele Interventionen erfolgen ohne ausgearbeitete, passgenaue Theorie, überspitzt formuliert eher nach dem Motto „*Ich hätte da mal eine Idee!*“ Diese Idee ist meist am gewünschten Outcome orientiert. Antrieb, Zielgruppe, Hintergründe und prozessorale Umsetzung können ganz oder teilweise offenbleiben, die zugrunde liegenden Annahmen werden nicht expliziert, selbst die konkrete Zieldefinition kann fehlen. Es ist nicht von einem zielgerichteten *Programm* zu sprechen.

Manchmal werden Interventionen übernommen, die für andere Zusammenhänge ausgelegt waren, mit der Begründung, dass diese Programme dort gut funktioniert hätten oder schlicht nur, weil sie den betreffenden Akteur*innen bekannt sind. Mit einer solchen Grundlage ist die zielgerichtete, an der Zielgruppe orientierte Steuerung und ggf. eine Nachjustierung des Programms nicht möglich. Deshalb verwundert es kaum, dass das Outcome solcher Interventionen nicht immer den Erwartungen der Ideengeber*innen, vor allem aber den Vorstellungen der anvisierten Zielgruppe entspricht. Oft fehlt zudem die Einbindung dieser Zielgruppe von Beginn an. Wenn im Vorfeld einer Intervention das zu erwartende Ergebnis nicht mit den Stakeholder ausgehandelt wurde, kann das Ergebnis enttäuschend sein. Das Programm enthält diverse Blackboxes, weil keine Programmtheorie erarbeitet wurde, Outcome und das komplette Programm sind gefährdet, wie Abbildung 3.4 zeigt.

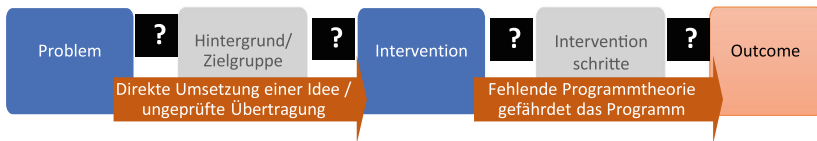


Abbildung 3.4 Direkte Intervention ohne Theoriefundierung – Blackboxes & Gefahren

Die von Funnell und Rogers beschriebenen Fallstricke finden mannigfaltige Bestätigung im zu behandelten Themenfeld. Pflegekammern haben mit hohen Hürden zu kämpfen, die u. a. im Zugang zur Zielgruppe, in der Darstellung des Nutzens für Pflegefachpersonen und politischer Unentschlossenheit begründet

liegen (s. Abschn. 5.2). Zum Themenfeld Ethik dokumentieren Evaluationsergebnisse seit Jahren, dass Ethikberatung nicht bei den Pflegenden ankommt bzw. deren ethische Problemstellungen nicht aufnimmt (vgl. exempl. Sauer und Trost 2009; Kagerl 2014, S. 54; Kohlen 2011, S. 200) (s. Abschn. 6.2 & 6.3). Trotz fehlender Passgenauigkeit bleibt sowohl das Verständnis von „Ethikberatung“ als auch deren Umsetzung im Mainstream gleich (s. Abschn. 6.5). Funnell und Rogers warnen in diesem Zusammenhang vor dem sogenannten Procrustes-Problem:

“When the same approach to program theory is used for all types of purposes, the risk is that the interventions will be distorted to fit into a preconceived format. Important aspects may be chopped off and ignored, and other aspects may be stretched to fit into preconceived boxes of a factory model, with inputs, processes, outcomes, and impacts.” (Funnell und Rogers 2011 S. xxi)

Ausgehend vom eingeführten Theorieverständnis muss es darum gehen, zu erläutern wer, was, warum, wie, wo, aufgrund welcher Annahmen und mit welchem Ziel auf welcher Ebene für wen tut, um die Nachhaltigkeit der Interventionen zu steigern und die Übertragbarkeit zu ermöglichen. Dazu gehört die genaue Betrachtung der Situation der Profession Pflege (s. Kap. 7).

Die Steuerung funktionierender Programme folgt meist kreisförmigen Prozessmodellen, im Gesundheitsbereich wie in anderen Wissensfeldern (Abbildung 3.5). Nach Brieskorn-Zinke (2007, S. 136–139) ist der Ausgangspunkt zur Planung von Interventionen eine bestimmte Problemstellung. Eine auf dem Problemaufriss aufsetzende Hintergrundanalyse fächert das multifaktorielle Bedingungsgefüge für die Zielgruppe auf, legt Ressourcen frei und leitet daraus das Interventionsziel ab. Die Steuerung erfolgt mittels eines Programms, dass die jeweilige Intervention in passgenauen Interventionsschritten projekthaft umsetzt. Die Wirkung ist zu evaluieren, um Verbesserungen für die Übernahme in den Regelbetrieb abzuleiten. Der Prozess setzt sich auf einer höher entwickelten Ebene fort, dreidimensional ist er als hermeneutische Spirale zu verstehen.

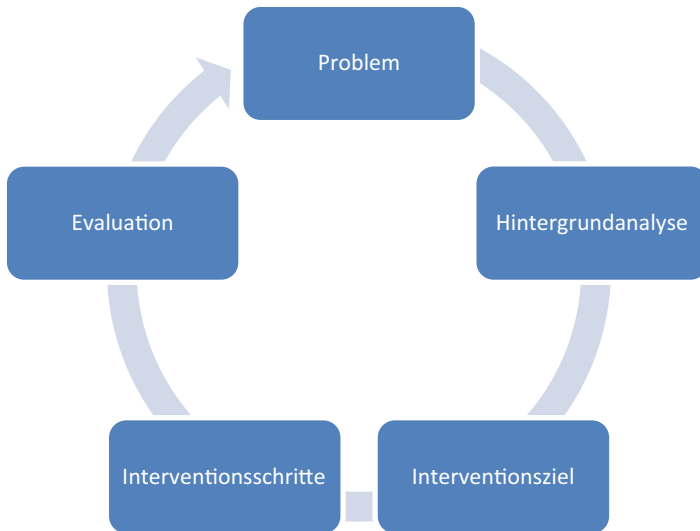


Abbildung 3.5 Modell eines gesteuerten Gesundheitsprogramms (n. Brieskorn-Zinke 2007)

International steuern zielgerichtete Programmtheorien seit vielen Jahren Programme im Gesundheitsbereich, insbesondere zur Gesundheitsförderung, sie werden Teil der Lösung sein (s. Abschn. 8.3).

Im deutschsprachigen Raum dagegen finden die Programmtheorien bisher nur Anwendung zur Evaluation. Abschn. 3.2.2 zeigt die Herausforderungen, wenn am Ende des Prozesses begonnen wird.

3.2.2 Programmtheorie – Messung der Wirkung von Interventionen

Den Begriff Programmtheorie findet sich im deutschsprachigen Raum vor allem in neuerer Evaluationsforschung. International ist er in dieser Nutzung ebenfalls weit verbreitet (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 22), gefordert wird die Wirksamkeitsmessung von Interventionen anhand der zugrundeliegenden Programmtheorie. So soll belegt werden, ob ein Programm die versprochenen

Wirkung zeitigt. Dabei ist es gleichgültig, in welchem Feld die Intervention verortet ist: ob es sich um medizinische Therapien, um pflegerische Maßnahmen, um Interventionen im Public Health Bereich, um Interventionen auf organisatorischer Ebene von Einrichtungen, um neue Lehrformate, um gesellschaftspolitische Interventionen, etc. handelt.

Im medizinisch-pflegerischen Bereich wird zur Wirksamkeitsmessung die Evidence-Basierung angestrebt (evidence based medicine (EBM), evidence based nursing (EBN), evidence based public health (EBPN), ...), die die Wirksamkeit der Interventionen empirisch belegt (s. Abschn. 3.1). Evidence soll nach dominanter Lehrmeinung mit der Durchführung von RCTs nachgewiesen werden. Der Standard des British Medical Research Council ist der *Framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health* (MRC Framework) (Medical Research Council 2000). Der verbreitete Standard wurde mehrfach überarbeitet (Craig et al. 2008, 2019): Ausgehend vom ursprünglich fünfstufigen linearen Wirkketten-Modell liegt auch dem MCR Framework seit 2008 ein vierteiliges, kreisförmiges Prozessmodell zugrunde, Bausteine sind Development, Feasibility and Piloting, Evaluation, Implementation (vgl. Craig et al. 2019, S. 8) (s. Abbildung 3.6).

Figure 1 Key elements of the development and evaluation process

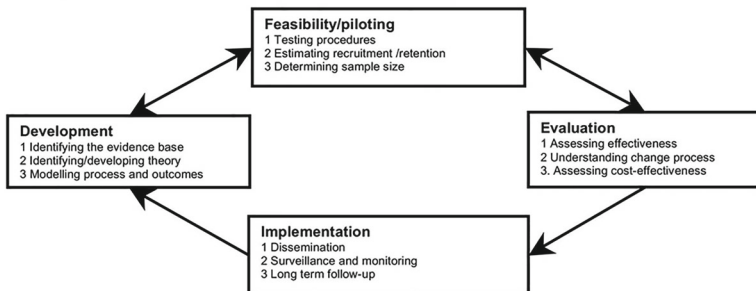


Abbildung 3.6 The development-evaluation-implementation process (Craig et al. 2019, S. 8)

Der MRC empfiehlt für empirisch belegte Evidence komplexer Interventionen seit 20 Jahren:

“Best practice is to develop interventions systematically, using the best available evidence and appropriate theory, then to test them using a carefully phased approach,

starting with a series of pilot studies targeted at each of the key uncertainties in the design, and moving on to an exploratory and then a definitive evaluation. The results should be disseminated as widely and persuasively as possible, with further research to assist and monitor the process of implementation.” (Craig et al. 2019, S. 8)

Ein Programm stützt sich in diesem Verständnis auf empirisch generierte Ergebnisse, die in Pilotstudien getestet werden und dann flächendeckend implementiert werden. Unerlässlich vor der breiten Implementierung einer Intervention ist die Evaluation.

In der Praxis gibt es nicht immer ein Pilotprojekt, die Maßnahme wird im laufenden Betrieb implementiert, eine aussagekräftige Evaluation kann fehlen.

„Entwicklung – Erprobung – Implementierung und Evaluation gehen ineinander über/ sind nicht exakt voneinander zu trennen.“ (Mayer 2017)

Um den geforderten Wirksamkeitsnachweis erbringen zu können, soll die Evaluation anhand der zugrundeliegenden Programmtheorie erfolgen, fordert das MRC. Die Erreichung der in der Programmtheorie festgesetzten Ziele der Intervention sollen empirisch gemessen werden. Das Pilotprojekt dient in einer RCT als Referenz zur gängigen Praxis.

Damit die Wirkung der Programmtheorie evaluiert werden kann, braucht es, wie bereits festgestellt, zuerst eine solche (s. Abschn. 3.2.1). Dies hört sich zwar banal an, ist in der Realität aber alles andere als das. Funnell und Rogers (2011, 42 f.) sprechen von der fehlenden Programmtheorie als erster Falle, in die man tappen kann. Da die Evaluation von Programmen dem älteren Prinzip der RCT folgend summativ und nicht formativ-steuernd angelegt wird, werden Evaluator*innen erst hinzugezogen, wenn die Intervention schon läuft. Sie versuchen deshalb im Nachhinein die zugrundeliegende Programmtheorie zu rekonstruieren, anhand derer die Akteure, meist implizit, agiert haben. Ein Beispiel aus der Pflegewissenschaft ist das Dissertationsvorhaben von Adlbrecht. Ihr Ziel ist die nachträgliche Entwicklung einer Programmtheorie für die „Theoriegeleitete Evaluation zur retrospektiven Überprüfung komplexer pflegerischer Maßnahmen“ (Adlbrecht 2017, S. 1) zur

„Erforschung des Effekts eines komplexen Wohn- und Betreuungskonzepts für Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege am Beispiel der Demenzstation Grafenwörth.“ (Institut für Pflegewissenschaft 2021)

Ihre Fragestellung lautet, wie das Programm anhand der zugrundeliegenden Theorie zu evaluieren ist, genauer wie die Programmtheorie zur zu evaluierenden

Intervention im Nachhinein zu konstruieren ist (vgl. Adlbrecht 2017, S. 9). Disziplinübergreifend lassen sich weitere Beispiele für das retrograde Vorgehen finden, exempl. seien zwei genannt: 2018 schloss von Werthern ihre Dissertation zur Evaluation eines Lehr- und Tutor- Programmes TutorPlus ab. Sie hat sie eine umfassende, deutschsprachige Recherchearbeit zur Methodik theoriebasierter Evaluationen durchgeführt. Ziel war die „Entwicklung und Anwendung eines Verfahrensmodells zur Programmtheoriekonstruktion“ (Werthern 2020). Die Theorie des Programms wurde zum Zwecke der Evaluation erst im Nachhinein konstruiert, in einer Fußnote ist nachzulesen, dass mit der vertiefenden Programmevaluation zum Ausbildungsbeginn der 4. Kohorte begonnen wurde (vgl. Werthern 2020, S. 342). Ebenfalls rückblickend verfahren Wachsmuth und Hense (2015) bei einer Evaluation im Bereich der Lehre.

Eine Ursache des Problems ist, dass Programmtheorien im deutschsprachigen Raum vorwiegend vom Nutzen für die Evaluation gedacht werden. In den analysierten Arbeiten geht es nicht um die konzeptionelle Entwicklung der Intervention aufgrund eines Problems und dessen Hintergründe, wie es Funnell und Rogers (2011) und Brieskorn-Zinke (2007) (s. Abschn. 3.2.1) empfehlen. Die ersten beiden Stufen der Programmtheorie bleiben im Programm ausgeblendet (Abbildung 3.7) und werden erst retrograd rekonstruiert. Dies führt zu diversen Unwägbarkeiten.



Abbildung 3.7 Retrograde Rekonstruktion der Programmtheorie zur Evaluation

Der weitverbreitete MRC Framework setzt ebenfalls nicht bei dem Problem an, sondern erst bei der Entwicklung der Intervention. Zwar erscheint „Identifying/developing theory“ (Craig et al. 2019, S. 8) als ein Stichwort im Prozessmodell, im Text heißt es zur Programmtheorie lediglich:

“Best practice is to develop interventions systematically, using the best available evidence and appropriate theory...” (Craig et al. 2019, S. 8)

Dann erläutern Craig et al. detailliert auf die Umsetzung der Intervention und die Evaluation. Somit haben nach dem MRC Framework Wissenschaftler*innen

eher die Rolle des Facilitators im formativen Begleitprozess des Programms und/oder in der summativen Evaluation eines bereits existierenden Programms (vgl. Funnell und Rogers 2011, 63 f.; 99). Die Herausforderungen der Konzeption einer Programmtheorie *vor* der Intervention wurde bis Mitte 2021 übergangen.³

³ Erst nach Abschluss der kompletten, analog der entwickelten Methode ausgeführten Recherchearbeiten im Juli 2021 und lange nach Entwicklung der Methodik erschien im August 2021 eine wegweisende Publikation des MRC. Sie belegt, dass sich die Akteure auch dort mit der Problematik der Konzeption einer passenden Programmtheorie vor der Durchführung einer Intervention auseinandergesetzt haben. Ihr Ergebnis: “A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance” (Skivington et al. 2021). Dieser neue Framework ist nicht weniger als ein Paradigmenwechsel: Die Wichtigkeit von komplexen Interventionen im Gesundheitssystem erkannt und herausgestellt: Die Konzeption der Interventionen bedarf einer breiten Analyse, die umfänglich darlegt, was zum Feld schon bekannt ist, wie man zu den Erkenntnissen gelangte, welche Konsequenzen es für die Zielgruppe hat, wie es besser funktionieren könnte, welche Fragen offen sind.

„Complex intervention research goes beyond asking whether an intervention works in the sense of achieving its intended outcome – to asking a broader range of questions (eg, identifying what other impact it has, assessing its value relative to the resources required to deliver it, theorising how it works, taking account of how it interacts with the context in which it is implemented, how it contributes to system change, and how the evidence can be used to support real world decision making).“ (Skivington et al. 2021, S. 1)

Dies ist weit mehr als die bisherige empirische Herangehensweise, die nur eine enge Fragestellung beantworten und zeigen kann, dass die Intervention genau in diesem engen Rahmen funktioniert aber den Rest der Realität ausblendet. Dieses Grundproblem empirischer Forschung haben die Wissenschaftler*innen des MRC erkannt:

“A trade-off exists between precise unbiased answers to narrow questions and more uncertain answers to broader, more complex questions; researchers should answer the questions that are most useful to decision makers rather than those that can be answered with greater certainty.” (Skivington et al. 2021, S. 1)

Die Erläuterung des neuen Framework weist viele Parallelen zur hier vorgeschlagenen Methodik auf und kann somit als Bestätigung der Herangehensweise gelten. Neue Kernelemente sind die Partizipation der Stakeholder und das Verständnis für die umfangreichen Implikationen und deren Auswirkungen für sie. Der neue Framework erhebt den Anspruch, dem Bedarf eines Wandels in der Wissenschaft nachzukommen, es geht nicht mehr nur noch um den evidencebasierten Beweis einzelner Puzzleteile im riesigen Spektrum des Gesundheitswesens, sondern um ein Verständnis für die Zusammenhänge, damit Veränderungen gelingen:

Dass die Ex Ante Konzeption der Programmtheorie vor dem Programmstart unerlässlich für funktionierende Interventionen ist und deshalb wissenschaftlich fundiert erfolgen muss, zeigt Abschn. 3.2.3.

3.2.3 Programmtheorie – Grundlage zur Konzeption von Interventionen

Programmtheorien haben großen Nutzen im Kontext von Evaluationen. Gleichzeitig zeigten die Beispiele die Schwierigkeiten der Konzeption einer Programmtheorie im Nachhinein. Konsequenz und von hohem Benefit insbesondere bei komplexen Thematiken ist, mit der Entwicklung einer Programmtheorie zu starten:

„The use of program theory can be grouped into four clusters: planning, management, monitoring and evaluation, and synthesis for evidence-based policy and planning.“
(Funnell und Rogers 2011, S. 58)

Insbesondere die Synthese von Forschungsergebnissen ist zur Planung des Programms Ethik in Pflegekammern, als im komplexen politischen Kontext agierender Korporation relevant (s. Kap. 2).

Ein frühes pflegewissenschaftliches Beispiel einer Programmtheorie lieferte der niederländische Pflegewissenschaftler van Meijel: Er unternahm eine theoriegeleitete Planung einer pflegerischen Intervention zur Rückfallprävention bei Patient*innen mit Schizophrenie. Schizophrene Schübe kündigen sich mit einer Prodromalphase an, die aber nicht präventiv genutzt wurde (vgl. van Meijel 2003, S. 19). Die Literaturanalyse belegte, dass Betroffene im Rückblick zwar Warnzeichen benennen, jedoch nicht kompensierend reagieren konnten, wenn sie im Prozess steckten (vgl. van Meijel 2003, S. 32). Ziel war die Konzeption einer Pflegeintervention, die frühes Eingreifen ermöglicht und Rückfällen vorbeugt:

“The framework challenges the view that unbiased estimates of effectiveness are the cardinal goal of evaluation. It asserts that improving theories and understanding how interventions contribute to change, including how they interact with their context and wider dynamic systems, is an equally important goal.” (Skivington et al. 2021, S. 8)

Um das Ziel zu erreichen, müssen Wissenschaftler*innen den Mut haben, neues Wissen unter Unsicherheit aufgrund Interpretationen generieren zu können (vgl. Skivington et al. 2021, 8). Das ist die Intention der vorliegenden Arbeit.

“For the use of early recognition and early intervention in care practice, two conditions need to be met: patients and the people in his or her environment must be able to recognize the early warning signs of a psychosis; and there must be sufficient time between the moment of the occurrence of the first warning signs and the time of serious psychotic relapse in order to make early intervention possible.” (van Meijel 2003, S. 31)

Begründet wurde der Bedarf einer Programmtheorie mit der Komplexität der Situation aufgrund der Vielschichtigkeit der nötigen Interventionen unter Einbindung der Zielgruppe.

“The nature of the interventions examined in this paper can be described as complex and composite interventions in which the experience of the client plays an important role.” (van Meijel et al. 2004, S. 85)

Der Komplexitätsgrad ist das zentrale Kriterium für jede Programmtheorie bestätigten Funnell und Rogers (2011, 70 ff.). Je komplexer das Feld, desto komplexer die Theorie. Im Umkehrschluss bedeutet das nicht, dass simple Situationen keine Programmtheorie brauchen, sie fällt nur einfacher aus. Entscheidend ist die Einschätzung des Grades der Komplexität der Problemstellung, Funnell und Rogers verwenden die Kategorien *Simple*, *Complicated* und *Complex*. Ihre Erläuterung wird auf die Problemstellung Ethik in Pflegekammern bezogen:

Die Lösung simpler Problemstellungen erfordert ein Vorgehen nach der Logik eines getesteten, möglichst einfach nachzumachenden Kochrezeptes. Dabei sind keine besonderen Vorkenntnisse erforderlich, etwas Erfahrung beim Kochen kann hilfreich sein. Rezepte produzieren standardisierte Produkte, die besten Rezepte ergeben jederzeit gute Ergebnisse (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 71). Bereits die allgemeine Betrachtung des Themas Ethik zeigt, das ist nicht davon auszugehen ist, dass man mit einem simplen kochrezeptartigen Vorgehen zu guten Ergebnissen kommen kann.

Die zweite Stufe, das komplizierte Problem vergleichen Funnell und Rogers (2011, S. 71) mit hohen technischen Herausforderungen, wie „Sending a Rocket to the Moon“. Grundlegend nötig sind bei diesem Programm mathematische Formeln und Fachpersonen mit hoher Expertise in verschiedenen, sich ergänzenden Technikgebieten. Mannigfaltige Tests generieren Sicherheit, gelungene Versuche erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeit. Eine einmal entworfene, funktionierende Rakete bildet die Blaupause für neue Raketen, sie sind vergleichbare Weiterentwicklungen. Das technische Vorgehen sichert den Erfolg. Der grob umrissene, vereinfachte Ablauf steht beispielhaft für das naturwissenschaftliche Paradigma.

Wie oben angedeutet, ist es schwierig, die gleiche Form ethischer Unterstützung unabhängig von Setting und Zielgruppe zu implementieren (s. Kap. 6).

Die dritte Kategorie sind komplexe Problemstellungen. Funnell und Rogers vergleichen deren Bewältigung damit, ein Kind großzuziehen. Gute Rezepte und wissenschaftliche Formeln haben nur begrenzte Reichweite. Die Erziehenden erwerben bei der Erziehung eines Kindes im jahrelangen Prozess Erfahrung, und zwar während sie es tun. Erfahrungswissen bietet jedoch keine Garantie, dass die Erziehung des nächsten Kindes ebenfalls erfolgreich sein wird. Zusätzliches Fachwissen kann einen wichtigen Beitrag liefern, ist aber weder notwendig noch ausreichend, um ein positives Outcome zu sichern. Viel wichtiger ist, die Einzigartigkeit jedes Kind zu begreifen und als Individuum zu verstehen. Selbst wenn alles gelingt, bleibt die Ungewissheit des Ergebnisses bestehen. Diese skizzenhafte Darstellung ist dem verstehenden Paradigma der Geisteswissenschaften zuzuordnen.

Trotz der je speziellen Herausforderungen gibt es in allen drei Kategorien erfolgversprechende Herangehensweisen zur Problemlösung betonen Funnell und Rogers (in Rückbezug auf Glouberman und Zimmerman 2002). Für die Intervention *Ethik in Pflegekammern* lautet ihre Schlüsselbotschaft, dass alle Interventionen im Gesundheitsbereich grundsätzlich der Kategorie *komplex* zuzuordnen sind, mehr noch, die falsche Einordnung gefährdet das Programm:

“... and attempts to repair them as if they were complicated are doomed to failure.”
(Funnell und Rogers 2011, S. 71)

Unser Gesundheitswesen ist hochkomplex, unterkomplexe Lösungsansätze für Herausforderungen sind entweder wirkungslos oder führen schlimmstenfalls zu Verschlechterungen. Funnell und Rogers warnen ausdrücklich vor „Oversimplifying“ (Funnell und Rogers 2011, S. 48), selbst wenn einige Aspekte der jeweiligen Programmtheorie der Kategorie *simple* zuzuordnen sein mögen.

Um nicht in diese Falle zu tappen, braucht es eine tragfähige Bedarfsanalyse, eine Analyse des Rahmens des Programms, um zu erkennen, welche Bausteine zu dem Programm gehören und die Definition von Erfolgskriterien, abgebildet in Wirkketten und zusammenfassenden Logic Models zum Erreichen des gewünschten Outcome (vgl. Funnell und Rogers 2011, 48 ff.) (s. Abschn. 3.3.3).

Gegenstandsbereich von Programmtheorien sind soziale Strukturen begrenzter Reichweite. Sie beruhen jeweils auf sozialer Interaktion in definierten, begrenzten Handlungsfeldern und zielen häufig auf menschliche Verhaltensänderung ab (vgl. Werthern 2020, S. 286). Folglich kann es keinen „One-Size-Fits-All Approach“ (Funnell und Rogers 2011, S. 51) geben. Die nächste Key-Message lautet also,

dass die Programmtheorie zu der Situation und den Umständen passen muss, in der sie funktionieren soll (vgl. Funnell und Rogers 2011 xxii). Um diese Passgenauigkeit zu erzeugen, erfordert die Theoriebildung Ansätze

„..., die die Bedeutung allgemeiner und abstrakter Gesellschafts- und Handlungstheorien explizit berücksichtigen und deutlich machen, wie solche Theorien als Heuristiken der Theoriebildung systematisch in den Forschungsprozess einbezogen werden können, um sich spezifische Gegenstandsbereiche zu erschließen.“ (Werthern 2020, S. 286)

Die Systemkomplexität des Gesundheitswesens zieht moralische Komplexität nach sich, welche ursächlich für Probleme im Pflegealltag ist (vgl. Monteverde 2019, S. 358). Probleme entstehen insbesondere dann, wenn individuaethische, organisationsethische und soziaethische Grundannahmen nicht deckungsgleich sind. Der Umgang damit benötigt komplexe ethische Interventionen, wie Monteverde bereits 2009 herausgearbeitet und 2011 erneut hinterlegt hat. Deshalb ist die Klärung von den der Programmtheorie unterliegenden philosophischen Grundannahmen und ethischen Ansprüche notwendig. Auch van Meijel empfiehlt die Klärung philosophischer Hintergrundannahmen:

“In addition to using theory and conceptual models, designing the intervention is also facilitated when basic assumptions are formulated. Basic assumptions are general in nature and are applicable to the entire intervention. They can be formulated for topics such as the philosophy of care, attitude towards the client and role of informal caregivers within the intervention.” (van Meijel et al. 2004, S. 89)

Diese Klärung soll bei allen pflegerischen Interventionen geschehen, im besonderen Maße bei Interventionen im Bereich der Ethik und insbesondere bei einem Programm, welches sich dem ethischen Mandat von Pflegekammern widmet. Dieser Anspruch wird in der Analyse breiten Raum einnehmen. Da Pflegekammern gleichzeitig auf gesellschaftspolitischer und individueller Ebene agieren, ist als Baustein der Programmtheorie ein philosophischer Ansatz nötig, der bestenfalls sowohl die philosophische Dimension der Pflege mit der politische Dimension der Pflegekammer vereinigt. Einen solchen Ansatz schlägt Abschn. 8.3.1 aufbauend auf die Analyseergebnisse vor.

Der zweite ethische Anspruch an die Programmtheorie ist das Ermöglichen, mit den Pflegefachpersonen auf Augenhöhe zu agieren. Sie sind gleichzeitig Zielgruppe und Partner der komplexen Intervention Ethik in Pflegekammern. Ihnen gilt die Intervention, ihnen „gehört“ aber auch die Institution Kammer über ihre Mitgliedschaft. Alle zitierten Arbeiten und viele weitere sprechen vom Einbezug

der jeweiligen Zielgruppe. Van Meijel als ein pflegewissenschaftlicher Vorreiter sagt bereits zu Beginn des Jahrtausends, dass der Einbezug der Pflegefachpersonen nicht nur eine Option sein darf, sondern das Fehlen eine vertane Chance ist, die das Programm gefährdet:

“When these practices are studied, value is given to the practice and experiential knowledge of nurses and other health care professionals. Not using this knowledge is a missed opportunity.” (van Meijel et al. 2004, S. 88)

Unterdessen scheint selbstverständlich, dass gelingende Interventionen der Einbindung der Zielgruppe bedürfen. Mayer spricht im Kontext komplexer Interventionen von „Partizipation als neuer „Trend“ der Wissenschaft bzw. als Forderung für gute Wissenschaft“ (Mayer 2017, S. 9). Die offene Frage ist, wann, zu welchem Zweck und in welchem Ausmaß die Zielgruppe eingebunden wird. Diese Entscheidung ist von vielen Faktoren abhängig, dazu zählen u. a. die gewünschte Implementationslogik (top down vs. bottom up vs. partizipativ). Der anzunehmende Wissenstand in der Zielgruppe und das damit zusammenhängende gestalterische Potenzial sowie die Programmlogik, der die jeweiligen Forschenden bzw. Programminitiatoren anhängen, spielen ebenfalls eine Rolle. Alle genannten Faktoren können die Wahrscheinlichkeit für eine gelingende, nachhaltige Intervention beeinflussen. Bei den bisher beschriebenen Modellen erfolgte die Einbindung über qualitative Studienanteile wie Experteninterviews, Gruppendiskussionen, Einzelfallanalysen etc. der Zielgruppe. Mayer (2017, S. 7) sieht die Einbindungsoption im Modell des MRC Framework in der Phase Development und Feasibility/Piloting (s. Abschn. 3.2.2). Allerdings könne die Anwendung von herkömmlichen qualitative Methoden durchaus schwierig werden, es seien „schleifenartige, iterative Prozesse“ (Mayer 2017, S. 8) nötig, wie sie z. B. in der Aktionsforschung angewandt werden:

„Zyklisch-iterativer Prozess: Es wird im Rahmen der Strukturen begrenzter Reichweite davon ausgegangen, dass soziale Strukturen durch die sozialen Interaktionen und Handlungen der Akteur*innen fortlaufend interpretiert und modifiziert werden und damit in methodologischer Hinsicht die Notwendigkeit entsteht, die beständig neu hergestellten und durch soziales Handeln sich verändernden Strukturen immer wieder von Neuem mittels empirischer Beobachtungen zu identifizieren und zu beschreiben (vgl. Kelle 2007, S. 62).“ (Werthern 2020, S. 286)

Dieser wichtige Hinweis findet Aufnahme in der Konzeption der Programmtheorie zur Ethik in Pflegekammern, genauer in die Theory of Change (s. Abschn. 3.3.1), das Ergebnis ist in Abschn. 8.2 nachzulesen. Iterative Prozesse sind ein Wesensmerkmal der Entwicklung der Programmtheorie, deshalb braucht es eine offene Methodik (s. Kap. 4). Zusammenfassend zeigt Abbildung 3.8

das ausführliche Schema einer Programmtheorie für das ethische Mandat von Pflegekammern. Betont ist die Theoriekonzeption, die den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet. Auf den Analyseergebnissen baut das Programm auf und gewinnt Stabilität. Die Anwendung der Programmtheorie als Steuer- und Evaluationsinstrument ist in Kap. 8 inhärent.

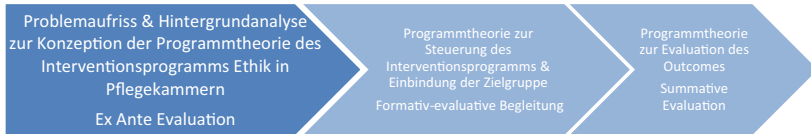


Abbildung 3.8 Vollbild der Optionen der Programmtheorie – beginnend mit der Konzeption

Eine funktionierende Programmtheorie besteht aus verschiedenen Bausteinen, Abschn. 3.3 beschreibt diese verschiedenen Bausteine, deren Entwicklung und deren Zusammenspiel.

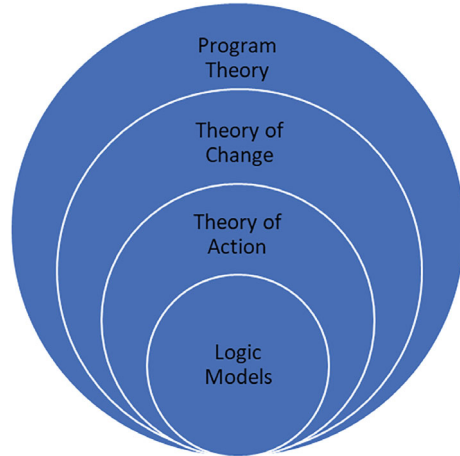
3.3 Bausteine – Theory of Change, Theory of Action und Logic Models

Nach Funnell und Rogers (2011, S. 30–35) haben Programmtheorien drei essentielle Entwicklungsbausteine: eine Theory of Change (Abschn. 3.3.1), die das grundlegende strategische Rahmenkonzept beschreibt, mit dem die Veränderung erfolgen soll; eine aufbauende Theory of Action (Abschn. 3.3.2), die die organisatorische Umsetzung im Prozess ableitet und Logic Models (Abschn. 3.3.3) zur zusammenfassenden Beschreibung und Visualisierung der Ergebnisse. Abbildung 3.9 zeigt die miteinander verwobenen Bausteine der Programmtheorie, die gemeinsam Veränderungen herbeiführen.

Abschn. 3.3.1 erläutert die Entwicklung des strategisch ausgerichteten Theoriekonzepts einer Programmtheorie.

Abbildung 3.9

Zusammenwirkende
Bausteine der
Programmtheorie (n.
Funnell & Rogers 2011)



3.3.1 Theory of Change – Welche Strategie kann die Situation verändern?

Programmtheorien stehen für Veränderungen. Die Theory of Change ist ein essentieller Teil der Programmtheorie. Sie zeigt, wie die Veränderung vorstattengehen soll, es ist „...the central mechanism by which Change comes about for individuals, groups, and communities...“ (Funnell und Rogers 2011, S. 31). Die Theory of Change bildet die zentralen Prozesse und deren Treiber ab. Sie wird meist nicht neu entwickelt, sondern es werden zur Art der Intervention passende Theoriekonzepte hinzugezogen und ggf. modifiziert. Der Fokus der Auswahl liegt auf der erwarteten Nützlichkeit im Hinblick auf die Zielerreichung. Die Theory of Change und der zweite Baustein der Programmtheorie, die Theory of Action, welche Abschn. 3.3.2 erläutern wird, sind immer eng miteinander verzahnt, es ergeben sich Überschneidungen. In der Konzeption und in der Umsetzung können die beiden Prozesse ggf. zu Beginn getrennt voneinander ablaufen. Später werden sie iterativ und verschränkt angelegt und befruchten sich gegenseitig, wobei bei komplexen Programmen die Grenzen zwischen beiden durchaus fluide angepasst werden können (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 150).

Die Theoriebildung besteht aus den Analysekomponenten Situation Analysis, Focusing and Scoping sowie der Darstellung der Ergebnisse in komplexen Wirkmodellen mit den gewünschten Outcomes. Die Entwicklung beginnt mit einer akkuraten Situationsanalyse, in der das Programm wirken soll:

„A situation analysis identifies the nature and extent of the problems or opportunities to be addressed by the program. It describes the various features of the problem. Who is affected by it directly and indirectly? What evidence is available about the size of the problem, its history, and whether it is changing over time with respect to its nature and extent? How good is the evidence?“ (Funnell und Rogers 2011, S. 151)

Die Situationsanalyse zeigt das Problem oder die Problembündel, die Ursachen der Probleme sowie die Konsequenzen daraus auf und gibt Hinweise zur Prävention und Ressourcenförderung. Deshalb bildet die Situationsanalyse die zentrale Informationsquelle für die Entwicklung der Programmtheorie (vgl. Funnell und Rogers 2011, 153 f.). Das korrekte Verstehen der Situation, die das Programm adressieren wird, ist fundamental zum Verständnis der Funktion und zur Darstellung der Wirkungen der Programmtheorie. In der jeweiligen Situation kann sie plausible Lösungen und bessere Möglichkeiten entfalten. Über die Situationsanalyse ist man in der Lage, alle bekannten Faktoren und die Beziehungen untereinander aufzufächern, die Konsequenzen und die Dringlichkeit der Intervention abzuleiten (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 157). Zudem können Bedingungen aufgedeckt werden, die nicht auf den ersten Blick sichtbar waren und so Schwächen und Unsicherheiten in der späteren Umsetzung frühzeitig erkannt werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 157). Als Analysequellen sollen neben Statements auch Gesetzestexte und falls vorhanden empirische Daten herangezogen werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 157). Die Situationsanalyse ist ein wichtiger Part des Theoriedesignprozesses. Die Stakeholder des Programmes sollen einbezogen werden, Funnell und Rogers (2011, S. 161) stärken explizit den partizipativen Ansatz. Nach der Analyse wissen Programmdesigner*innen, wie ihren Herausforderungen begegnet werden kann: Naturgemäß sind in komplexen Interventionen große Anforderungen zu erwarten, hierzu gehören u. a. unterschiedliche Perspektiven der diversen Akteure, multikausale Abhängigkeiten und Zusammenhänge, die sich gegenseitig beeinflussen, unvorhergesehene Effekte und Konsequenzen, ungeklärte oder fehlende Verantwortlichkeiten und unklare Kooperationsbedarfe (vgl. Funnell und Rogers 2011, 162 f.).

Die Ergänzung der Situationsanalyse ist das Focusing and Scoping nach Funnell und Rogers (2011, 163 f.). Ziel ist, sich bei komplexen Interventionen nicht zu verlieren, sondern trotz des Umfangs der Informationen zu fokussieren und das Feld zu rahmen. Dabei soll nichts übersehen werden, sondern vielmehr über die Fokussierung eine Priorisierung erfolgen:

“Focusing and scoping the program is about identifying which aspects of the problem, its causes and consequences, a program is to focus on directly and primarily; which

are important, perhaps within its reach and capacity to influence, largely beyond the direct focus but within its scope. Focus is the subset of total scope. Some aspects that are not the main focus of the program may be within its scope.” (Funnell und Rogers 2011, S. 163)

Es kann passieren, dass Aspekte, die ursprünglich nicht im Blick waren, im Laufe des Programms dazu genommen werden müssen oder dass neue Aspekte, Bedürfnisse und Möglichkeiten durch die Bearbeitungen entstehen, die ebenfalls zu adressieren sind. Je komplexer ein Programm ist, desto durchlässiger sollten seine Grenzen sein, betonen Funnell und Rogers (2011, S. 164). Letztendlich geht es um wohlbegründete Entscheidungen, was zuerst gemacht wird und was ggf. später erfolgen kann. Auch hier sind iterative Prozesse vorwärts- und zurückblickend vonnöten, externe Einflussfaktoren und Akteure sind im Auge zu behalten, die Stakeholder sollen weder über- noch unterfordert werden. In diesem Sinne ist Focusing and Scoping als Monitoring-Prozess im Verlauf zu verstehen, es kann vor Programmversagen schützen (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 166).

Für die Nutzung der vorzuschlagenden Programmtheorie zur Entwicklung des Programms *Ethik in Pflegekammern* ergeben sich nötige Entscheidungen zur Fokussierung im Laufe des Erarbeitungsprozesses. Grenzziehungen sollen nicht deduktiv und starr sein. Die hier vorgelegte Dokumentenanalyse kann nicht die einzige Grundlage sein. Essentiell wird nach Abschluss dieser Arbeit der Einbezug der induktiven Perspektive der Pflegefachpersonen sein. Ihre Bedarfe sind zu integrieren und die Outcomes zu modifizieren. Outcomes müssen einerseits klar definiert und andererseits auch abduktiv nachjustierbar sein (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 167–176). Ein geschlossenes Programm mit fest definierten Grenzen könnte aufgrund der unbekanntenen Situation zum Thema Ethik in Pflegekammern, der geringen Erfahrungen zur Implementierung von Pflegekammern in Deutschland und der Komplexität des deutschen Gesundheitssystems, das ethische Komplexität nach sich zieht, von vornherein zum Scheitern verurteilt sein. Deshalb braucht es Flexibilität und das Annehmen von Unsicherheit im besten Sinn.

Abschn. 3.3.2 nimmt die mit der Theory of Change verwobene Theory of Action auf, die als Aktivator zum Gelingen der Theory of Change beiträgt.

3.3.2 Theory of Action – Wie kann die Intervention gut umgesetzt werden?

Der zweite Baustein der Programmtheorie ist die Theory of Action, sie zeigt:

„The ways in which programs or other interventions are constructed to activate these theories of Change“ (Funnell und Rogers 2011, S. 34)

Aufbauend auf den herausgearbeiteten Ergebnissen und Zugangsweisen erklärt die Theory of Action die verschiedenen nötigen Aktivitäten, die unternommen werden müssen und gibt Hinweise auf welchem Level Erfolge nötig sind, um das finale Ziel erreichen zu können (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 32). Übertragen auf das Thema Ethik in Pflegekammern bedeutet das, dass als Theory of Action ein Prozessmodell anzuwenden oder zu entwerfen ist, welches die nötigen Komponenten auf der Mikroebene der Pflegebeziehung und der politischen Makroebene zusammenbringen kann, um Schritt für Schritt das strategische Kernziel einer ethisch guten Pfl egetätigkeit zu erreichen. Die genaue Zieldefinition ist über die Ergebnisse der Situationsanalyse zu präzisieren, zu fokussieren und zu rahmen. Sobald die Problembereiche möglichst vollständig kartiert sind, kann ein passendes Modell abgeleitet werden. Bereits van Meijel empfahl wie Funnell und Rogers möglichst den Rückgriff auf bestehende Theory of Change-Ansätze und auf bestehende Prozessmodelle für die Theory of Action:

“The question is, which theoretical or conceptual frameworks are available to direct further intervention development. The literature review provides an answer to this question. When available, theoretical or conceptual frameworks are then used in the design stage to operationalize the intervention or, in other words, to specify the associated actions: what should be done when, where, how and by whom.” (van Meijel et al. 2004, S. 88)

Sofern passende Modelle existieren, sind ggf. nötige Adaptionen vorzunehmen. Nur wenn die vorhandenen Modelle nicht angepasst werden können, müssen neue entworfen werden. Dabei wird es keinen „One-size-Fits-All Approach“ geben, warnen Funnell und Rogers (2011, S. 51). Bestehende Modelle sind kritisch auf Ihre Tauglichkeit zu prüfen. Einmal gegangene Implementierungswege im Sinne von *Best Practice* funktionieren in der neuen Situation nicht automatisch, meist sind Anpassungen vonnöten. Eine Garantie auf Erfolg mit dem bekannten Modell gibt es vor allem dann nicht, wenn entsprechende Evaluationen und translative Prozesse zur Wissenssicherung erfolgreicher Pilotprojekte und Innovationen nicht stattgefunden haben oder nicht ausreichend dokumentiert sind (vgl. Funnell und Rogers 2011, 64 f.). Die Synthese des vorhandenen Wissens ist ebenfalls ein Anliegen, für die eine Programmtheorie gewinnbringend eingesetzt wird. Jede neue Entwicklung einer Programtheorie geht Teile dieses Weges, fokussiert auf eine je spezielle Fragestellung.

Die Identifikation eines passenden Prozessmodells, einer Theory of Action ist ein entscheidender Schritt. Funnell und Rogers (2011, S. 200) betonen, dass die Theory of Action abbilden muss, wie die Outcomes der Programmtheorie erreicht werden sollen: Wie sind die nötigen Akteure, z. B. Pflegefachpersonen und die Politik einzubeziehen? Wie kann die Zielgruppe unterstützt werden, z. B. durch Bildungsprogramme, Peergroups, Normsetzungen? Müssen neue Normen geschaffen werden und soll es Anreize, Belohnungen oder gar Sanktionen zur Umsetzung geben? Ist Öffentlichkeitsarbeit nötig? Wer muss angesprochen werden und warum? Welche Ressourcen für die Intervention und den damit erreichten Wandel sind nötig? Die Antworten auf diese Fragen ermöglichen die Ableitung von Erfolgskriterien für die gewünschten Outcomes. Weil so viele Entscheidungen zu treffen sind, wird die Theory of Action von den Programmentwickler*innen vorgeschlagen:

“The best time to prepare a theory of action is at the time of designing the program, and ideally it should be done by program designers, ... ” (Funnell und Rogers 2011, S. 204)

Eine passende Theory of Action des Programms *Ethik in Pflegekammern* wird primär auf dem Feld der Gesundheit und der Ethik zu suchen sein. Ggf. vorliegende Konzepte und Modelle sollen gesundheitliche und ethische Bedarfe der Pflegefachpersonen und darüber auch die Bedarfe der Menschen mit Pflegebedarf aufnehmen können. Pflegefachpersonen sind Zielgruppe und gleichzeitig die Expert*innen: Ihnen muss die Intervention guttun, damit sie wiederum gute Pflege leisten können, die den Menschen mit Pflegebedarf dient. Pflegefachpersonen haben wertvolle Hinweise zur Umsetzung von Interventionen in die Pflegepraxis, wie van Meijel feststellt:

„A final step within the design stage is a review of the drafted intervention by experts, for example those who will receive the intervention (client) or those who will use it (nurses). Experts, based on their experience and knowledge, can provide valuable feedback about the content of the intervention and its feasibility in practice.“ (van Meijel et al. 2004, S. 89)

Dieses Anliegen nimmt eine partizipativ ausgerichteten Theory of Change auf, sie stellt den Pflegefachpersonen eine Zusammenfassung des vorliegenden Wissens und Umsetzungskonzepte vor (s. Abschn. 3.3.1). Im System Pflegekammer werden aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens vielfältige, ineinandergreifende Intervention gebraucht, um den aufgedeckten Bedarfen genügen zu können. Deshalb ist für die Theory of Action ein differenziertes Prozessmodell

mit aufeinander aufbauenden Interventionen nötig, dass das leisten kann. Vor allem bei komplexen Interventionen ist von mehrstufigen Interventionsprozessen auszugehen. An dieser Stelle sei nochmals auf die von Funnell und Rogers (2011, S. 71) festgehaltene Kernbotschaft verwiesen: „The(ir) main message was that interventions such as health care systems are complex,...“ Ein zyklisches Prozessmodell ist hilfreich, um die Komplexität zu strukturieren. Es bringt notwendige Elemente in eine aufeinander aufbauende Ordnung und setzt sie in Zusammenhang mit den gewünschten Outcomes. Es

“... includes the choices that are made and priorities that are set in relation to the range of possible features of each outcome in the outcome chain and the choices that are made about what will be done to achieve those outcomes and their features.” (Funnell und Rogers 2011, 199 f.)

Die abgeleitete Theory of Action wird der Vorschlag des anzuwendenden Prozesses zur Umsetzung der Intervention Ethik in Pflegekammern sein. Dieser Prozess soll jedoch nicht einfach abgespult werden, vielmehr sind die einzelne Bausteine partizipativ auszuhandeln und die Pflegefachpersonen werden entscheiden, was in ihrer Pflegekammer implementiert werden wird. Zudem sollte in einem Prozessmodell die formative Evaluation mitlaufen. Dies kann ebenfalls über den partizipativen Ansatz geschehen, bei dem die Zielgruppe Pflegefachpersonen permanent die Passgenauigkeit überprüfen würde. Somit wäre der Evaluationsansatz formativ und gleichzeitig induktiv, er überführt den deduktiv erarbeiteten Vorschlag der Programmtheorie in die Lebenspraxis der Pflege. Erfolgskriterien werden im Implementierungsprozess entwickeln zu sein. Diese im Vorfeld festzulegen, könnte zu einer Zielverfehlung aus Sicht der Bedarfe der Pflegefachpersonen führen (vgl. Funnell und Rogers 2011, 208 ff.). Die Ziele können zudem abhängig von den Perspektiven der Subzielgruppen der Profession Pflege sein, es muss ggf. verschiedene passgenaue Interventionen geben, die diese aufnehmen können (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 210). Ein besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, dass im Sinne der sozialen Gerechtigkeit keine Subgruppe übersehen wird. Erfolgskriterien müssen auch die Bedürfnisse von unterprivilegierten, marginalisierten Gruppen aufnehmen und sicherstellen, dass sie ins Programm mit einbezogen und ggf. sogar aufgrund der Fairness bevorzugt werden (Equity-Ansatz), niemand darf stigmatisiert werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, 214 ff.). Um diese Gruppen und weitere Herausforderungen zu identifizieren, ist eine Literaturanalyse hilfreich (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 211).

Mitzudenken sind auch interne und externe Faktoren, die das Programm beeinflussen können. Interne Faktoren sind z. B. die Passgenauigkeit des Programms; das adäquate Personal, welches die Bedürfnisse der Zielgruppe aufnehmen kann; die Auswahl der Methoden und der Räumlichkeiten sowie Ergebnissicherung und Follow-up etc. (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 222). Externe Faktoren wären z. B. Gesetzgebungsprozesse, strukturelle Hindernisse, spezielle Interessen von Akteuren und Institutionen, das politische Klima, ökonomische Debatten, Krisen und Notfallsituationen (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 217–222). Die Programmziele sollen realistisch erreichbar sein:

„These include the realities of the program resourcing and implementation, the nature and size of the problems to be addressed, and the issues for different target group members.“ (Funnell und Rogers 2011, S. 216)

Aus den Kriterien ergeben sich vorausschauende Grenzziehungen, was im Programm machbar sein wird. Diese können im Laufe des Programms nochmals angepasst werden. Voraussichtlich wird es im Verlauf weitere Forschungsarbeiten brauchen, dafür muss eine Theory of Action Raum lassen.

Grafische Darstellungen und Ergebnisbeschreibungen helfen, die komplexen Zusammenhänge in einer Programmtheorie zu verstehen. Die Entwicklung von erläuternden und visualisierenden Logic Models ist Inhalt von Abschn. 3.3.3.

3.3.3 Logic Model Building – Wie werden Ergebnisse dargestellt?

Der dritte Baustein der Entwicklung einer Programmtheorie ist das Logic Model Building. Die Ergebnisse der Situationsanalyse werden zusammengefasst und Outcomes synthetisiert:

“An outcome chain shows the assumed or hypothesized cause-and-effect or contingency relationships between immediate and intermediate outcomes and ultimate outcomes or impacts (both short and long term).” (Funnell und Rogers 2011, S. 177)

Zur Präsentation der Ergebnisse empfehlen Funnell und Rogers (2011, S. 241–251) verschiedene Versionen der narrativen und unterstützenden grafischen Darstellung:

- Einfache *Outcome Chain Logic Models* als älteste Variante werden zur Darstellung der Interventionsergebnisse genutzt. Die explizite Darstellung der Aktivitäten fehlt. Prospektiv eingesetzt, kann es zu Unklarheiten darüber kommen, was wer wann zu welchem Zweck tut oder tun sollte und an welcher Stelle der Ablauf des Programmes aktuell steht (vgl. Funnell und Rogers 2011, 242, 247)⁴. Retrospektiv, wie in dieser Arbeit eingesetzt, sind einfache Outcome-Chain-Modelle sehr sinnvoll zur rückblickenden, zusammenfassenden Abbildung der vorgefundenen Situation. Sie werden am Ende jedes Unterkapitel als Grafical Abstracts genutzt.
- Komplexere *Pipeline Logic Models* präsentieren einen linearen Prozess über Inputs, Activities, Outputs and Impacts (oder Outcomes). Sie sind weit verbreitet. Die Modelle eignen sich zur übersichtlichen Darstellung der vorgefundenen Situation sowie der nötigen Aktivitäten zu deren Veränderung. Für komplizierte und komplexe Interventionen braucht es Rückkopplungsschleifen, die mittels Pfeilen dargestellt werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, 242, 245 ff.) Pipeline Logic Models werden in der vorliegende Arbeit zur zusammenfassenden Darstellung der Argumentationsstränge der drei Analysekapitel sowie der logischen Ableitung der nötigen Interventionen zur Verbesserung genutzt.
- *Realist Matrices* präsentieren die Programmtheorie oder Teile davon in Tabellenform. Sie sind ergänzende Darstellungsformen. Der Fokus liegt auf den Triggern für die Intervention und den Rahmenbedingungen. Es geht um kausale Zusammenhänge von abhängigen und unabhängigen Variablen, die sowohl die Ebene der Individuen als auch der Strukturen in den Blick nehmen und ggf. Lücken aufdecken, die die Intervention ausfüllen soll (vgl. Funnell und Rogers 2011, 242, 248): „What works for whom in what situations?“ (Funnell und Rogers 2011, S. 248). Außerdem werden Matrices als nützliches Tool zur übersichtlichen Berichterstattung von Ergebnissen verwandt (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 235).
- *Narrative Logic Models* dienen zur detaillierte Darstellung in der gesamten Inhalte, Analyseergebnisse und abgeleiteten Interventionen der Programmtheorie. Sie sind immer erforderlich. Nicht jeder mag Grafiken und Tabellen. Ein Fließtext nimmt die Personen besser mit, die nicht an der Entwicklung der Programmtheorie beteiligt waren. Bei der Kommunikation nur über Grafiken könnten wichtige Schlüsselemente verloren gehen. Narrative beschreiben die Ergebnisse und leiten daraus wesentliche Merkmale für die Theory of Change

⁴ Es gibt Programme, die teilweise schon Jahre laufen, ohne dass jemals das Ziel genau festgeschrieben wurde. Evaluert wird nur, was getan wurde aber nicht, warum es getan wurde (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 247).

und die Theory of Action ab (vgl. Funnell und Rogers 2011, 249 f.). Es handelt sich um ein abduktiv schlussfolgerndes Vorgehen, welches den Versuch unternimmt, die multikomplexen Fakten und Zusammenhänge synthetisierend zu erläutern, ohne alle Ursachen zu kennen.

Die verschiedene Varianten des Logic Model Building werden kombiniert, um eine besseren Nachvollziehbarkeit zu erreichen, Abbildung 3.10 zeigt das Zusammenspiel der Varianten.

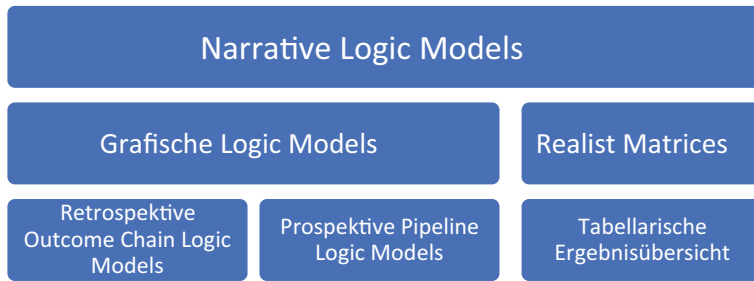


Abbildung 3.10 Zusammenspiel der Varianten des Logic Model Building

Logic Models entwickeln sich mit dem Konzeptionsprozess der Programmtheorie, die gewählten Darstellungsschwerpunkte dürfen unterschiedlich sein. Es sind Tools zur Unterstützung des Denkens, insbesondere die Grafiken können nicht aus dem Zusammenhang gelöst als eigenständiges Ergebnis stehen, wichtig sind die in den Narrativen synthetisierten Zusammenhänge (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 237). Erste Outcome Chains wurden in Abschn. 3.2 u. a. zur zusammenfassende Darstellung der Wirkweise von Programmtheorien verwandt. Outcomes sind relativ, d. h. sie sind das Ergebnis von etwas und sie beeinflussen ihrerseits wieder etwas, optimalerweise verringern sie das ursprüngliche Problem (oder vergrößern es, wenn nicht akkurat gearbeitet wird). Die verschiedenen Inputs und Outcomes werden grafisch dargestellt und mit die Wirkung anzeigenden Pfeilen verbunden. (vgl. Funnell und Rogers 2011, 176 ff.). Mehrere Outcomes bauen aufeinander auf, es braucht ein Outcome, um das nächste zu erreichen, Funnell und Rogers verwenden das Bild einer Leiter, wenn eine Sprosse fehlt, kann man ins Stolpern geraten oder herunterfallen. Abbildung 3.4 in Abschn. 3.2.1 zeigte die Gefahren für das Programm, wenn Stufen ausgelassen werden.

Logic Models geben immer einen narrativen Überblick, die grafischen und tabellarischen Varianten können diese Zusammenfassungen ergänzen und vertiefen. Sie können eingesetzt werden, um die Dysfunktionalität aufzuzeigen, die das Problem verursacht hat und um die Funktion der Intervention der Programme und ihre erwarteten Outcomes darzustellen. Die entwickelten Logic Models sind später in der Anwendung zu testen und zu reflektieren (vgl. Funnell und Rogers 2011, 180 ff.). Aufbauend werden Logic Models zur Darstellung des Ablaufs bis zur Erreichung der Ergebnisse entwickelt. Logic Models präsentieren das gesamte Programm oder zusammenhängende Ausschnitte. Nützlich sind die verschiedenen Modellarten für alle Beteiligten:

“The presentation of program theory must be useful for those who have created it and comprehensible and engaging for others who will use it. It must effectively communicate the main messages. And it must not be cluttered yet include all necessary details or provide a framework within which to elaborate on those details.” (Funnell und Rogers 2011, S. 241)

Die Präsentation der Programmtheorie ist abhängig von der individuellen Herangehensweise an die Herausforderungen und von angestrebten Lösungsansätzen. Dies steht im engen Zusammenhang mit den Kompetenzen und Perspektiven der jeweiligen Person, die die Interventionen entwickelt:

“How we think about program theory influences how we represent it, and how we represent program theory influences how we think about it.” (Funnell und Rogers 2011, S. 241)

Dies ist kein Nachteil, sollte nur transparent sein, Abschn. 4.3 legt die persönliche Eingebundenheit der Autorin im Themenfeld offen.

Logic Models sind dynamische Konstrukte: Diagramme für komplexe Interventionen werden zuerst übersichtsartig angelegt, die Details werden während der Umsetzung zugefügt, Teile des Modells werden auf dem Weg gebildet, den man mit der Intervention geht: „... , both supporting and documenting the learning“ nennen Funnell und Rogers (2011, S. 251) das hilfreiche, iterative Vorgehen. Gerade bei komplexen Sachverhalten kann ein Logic Model, das die verschiedenen Ansatzpunkte und Interaktionen zwischen den verschiedenen Ebenen zeigt, als Heuristik zur Unterstützung einer adaptiven Implementierung dienen (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 265). Die Logic Models bilden ab, wie innerhalb einer gewählten Theory of Change (s. Abschn. 8.2) eine Theory of Action (s. Abschn. 8.3) emergent wird, weil durch die Situationsanalyse die Bedarfe der Zielgruppe und die Möglichkeiten sichtbar wurden (vgl. Funnell und Rogers

2011, S. 269) (s. Abschn. 8.1). Die Logik, warum genau diese Theory of Change und diese Theory of Action zusammengeführt (s. Abschn. 8.5) und eingesetzt werden sollte, wird nachvollziehbar. Neben der Konstruktion eigener Diagramme ist insbesondere bei komplexen Fragestellungen die Zuhilfenahme bestehender Diagramme und Konzepte aus systemischen Ansätzen ratsam (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 265), dem folgt der Ergebnisteil (s. Kap. 8).

“A Logic Model has three essential features: it is a coherent causal model (a comprehensible explanation of the causal processes that are understood to lead the outcomes), it is logical (subsequent outcomes are plausibly consequential), and it communicates clearly.” (Funnell und Rogers 2011, S. 278)

Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden die verschiedene Versionen des Logic Model Buildings (Matrix, Outcome Chain, Pipeline Logic Model, narrative Logic Models) kombiniert. Den Vorschlägen folgt die vorliegende Arbeit: Zusätzlich zu den Narrativen der Wissenssynthese fließen zur übersichtlichen Nachvollziehbarkeit die herausgearbeiteten Elemente, Erläuterungen und Konsequenzen am Ende jedes Unterkapitels in eine Outcome Chains als Grafical Abstract zusammen. Am Ende jedes Hauptkapitels der Situationsanalyse (Abschn. 5.4, 6.5, 7.4) werden die Narrative mit komplexen *Pipeline Logic Models* angereichert. Matrices werden genutzt, um zahlenlastige Informationen übersichtlich zusammenzuführen. In Abschn. 8.1 steht ein Variablenmodell in Form einer Matrix die Ergebnisse der Arbeit dar.

Nach der ausführlichen Schilderung von Struktur, Funktion und Ergebnis-erwartung einer Programmtheorie sowie den Hinweisen, wo die vorgestellten Instrumente in der Arbeit eingesetzt werden, expliziert Abschn. 3.4 die konkrete Forschungsfrage zum ethischen Mandat von Pflegekammern.

3.4 Welche Programmtheorie braucht das ethische Mandat von Pflegekammern?

Die Implementierung von Ethik in Pflegekammern ist ein Programm. Die zur Umsetzung des ethischen Mandates nötigen Interventionen beschreibt die Programmtheorie:

“A program theory is an explicit theory or model of how an intervention contributes to a set of specific outcomes through series of intermediate results. The theory needs to include an explanation of how the program’s activities contribute to the results, not

simply a list of activities followed by the results, with no explanation of how these are linked, apart from mysterious arrow.” (Funnell und Rogers 2011, S. 31)

Die zu entwickelnde Programmtheorie verfolgt zwei aufeinander aufbauende Ziele. Ausgehend von der pragmatischen Ebene, wie die Intervention *Ethik in Pflegekammern* gestaltet werden kann, ist das erste Ziel die methodische Ableitung einer Theory of Change unter Berücksichtigung des partizipativen Anspruches. Das zweite Ziel ist die Ableitung eines theoriegeleiteten, anwendungsorientierten Konzeptes zur Umsetzung in die Praxis, die Theory of Action. Diese soll in einem partizipativen Prozess zusammen mit den Kammermitgliedern implementiert werden. Die Anforderungen münden in der Forschungsfrage nach dem ethischen Mandat von Pflegekammern, konkret:

Welche Programmtheorie kann zur gelingenden Intervention *Ethik in Pflegekammern* beitragen?

Die Forschungsfrage präzisierung, stellen sich fünf entwicklungsleitende Unterfragen:

1. Welches ethische Mandat haben deutschen Pflegekammern, gegenüber wem und von wem erteilt, mit welchem Ziel?
2. Welche Problembereiche der Pflegebeziehung müssen mit bedacht werden?
3. Welche Programmtheorie bietet hilfreiche Annahmen zur praktischen Umsetzung des ethischen Mandats von Pflegekammern?
4. Nach welcher Theory of Change kann ein partizipativer Interventionsprozess zusammen mit den Kammermitgliedern ausgestaltet werden?
5. Welche Theory of Action kann die Analyseergebnisse aufnehmen und Lösungen für gelingende Sorgearbeit anbieten?

Die Forschungsfrage und die Unterfragen werden theoriegeleitet analysiert und, sofern vorhanden, mit empirischen Ergebnissen angereichert. Die Interaktion und die resultierende Komplexität braucht eine umfangreiche, mehrdimensionale Situationsanalyse, die relevante Zugänge theoriegenerierend verbindet und einen geeigneten Lösungsansatz anleitet. Das Ergebnis wird ein Vorschlag einer Programmtheorie sein, bestehend aus einer Theory of Change und einer Theory of Action, die die erarbeiteten Implikationen aufnehmen können.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Situationsanalyse – Methoden zur Klärung des ethischen Mandates von Pflegekammern

4

Die vorgelegte Dissertationsschrift konturiert das Themenfeld der Ethik in der Pflege in Deutschland im Lichte von Pflegekammern und leitet eine Programmtheorie ab. Ethik ist ein fundamentaler Baustein zur Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung als gesetzlich festgeschriebener Sinn von Pflegekammern. Daraus ergibt sich ein doppeltes Mandat einer Pflegekammer gegenüber ihren Mitgliedern, den Pflegefachpersonen als auch gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf.

Die Verbindungen von Ethik in der Pflege sowohl zur Pflegekammer als auch zur Gesundheitsversorgung bedürfen der Präzisierung. Unterschiedlichste Faktoren können die Implementierung von Ethik in Strukturen und Prozesse von Pflegekammern beeinflussen, z. B. die zugrundeliegenden gesetzlichen Normen, die Wissensstände der Akteure und politische Interessen von Stakeholdern.

Zur Ausgestaltung der Intervention Ethik in Pflegekammern wird ein qualitativer Approach vorgestellt, der die strukturierte Eingrenzung und Kartierung des komplexen Themenfeldes für eine Programmtheorie ermöglicht (Abschn. 4.1): Die Situationsanalyse bündelt das vorhandene Wissen und stellt es als Hintergrundtheorien zur Verfügung. Das Ziel ist, Bausteine zur Konzeption der Programmtheorie für eine nachhaltige Umsetzung des ethischen Mandats von Pflegekammern in und für die professionelle Pflege bereitzustellen. Methodisch dient eine Scoping Studie zur Umsetzung der Situationsanalyse (Abschn. 4.2), sie fokussiert zentrale Aspekte der Literatur. Abschn. 4.3 schließt mit dem ethischen Anspruch an, Abschn. 4.4 bietet die Zusammenfassung.

4.1 Fallanalyse der Situation – qualitativer Approach zur Theoriegenerierung

Nachdem in Kap. 3 die Methodologie vorgestellt wurde, widmet sich dieses Kapitel den anzuwendenden Methoden zur Analyse der aktuellen Situation und der Hintergründe. Die Konzeption einer Programmtheorie beginnt mit „...an accurate analysis of the existing situation.“ (Funnell und Rogers 2011, S. 151). Der Anspruch ist, eine fundierte theoretische Grundlage für ein gelingendes Programm anzubieten. Die qualitative Recherchearbeit der Situationsanalyse steigert die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit der Programmtheorie und grenzt sie von spontanen, individuellen Ideen ab (vgl. van Meijel et al. 2004, S. 88), (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 151–163). Das Programm wird zielgerichtet auf die Bedarfe der Zielgruppe angepasst (s. Abschn. 3.2.1): Das Programm Ethik in Pflegekammern soll zur Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und ihren Mitgliedern passen, mit geringen Modifikationen zu anderen Pflegekammern in Deutschland.

Methodisch bietet sich für die erste Phase der Theoriekonzeption, der Situationsanalyse (s. Abschn. 3.3.1), der Approach der Fallstudie (Case Study) an. Eine Fallstudie zeigt die Probleme und legt die Hintergründe der aktuellen Situation frei. Daraus werden nötige strategische Veränderungsmechanismen der Theory of Change und die erforderliche Prozesse der Theory of Action abgeleitet.

Fallstudien haben bei Theoriearbeiten eine lange Tradition, wurden aber durch den „Empirismus“ (Lamnek und Krell 2016, S. 285) verdrängt. Wie in Abschn. 3.1 dargelegt, ist die empirische Fokussierung ein Haupthindernis der Theorieentwicklung. Der Mainstream der Forschung ist methoden- nicht gegenstandsorientiert, Lamnek und Krell formulieren die Konsequenz drastisch:

„Die Dominanz der Methode vor dem Gegenstand und die einhergehende Favorisierung und zum Teil Fetischisierung quantitativer Forschung in Daten und Befunden hat die Einzelfallstudie über Jahrzehnte hinweg zu einem Mauerblümchendasein degradiert.“ (Lamnek und Krell 2016, S. 285)¹

¹ Die Einschätzung hat starke Parallelen zu wissenschaftstheoretischen Überlegungen von Heintel 2005 die Grundlage der Theory of Change sind (s. Abschn. 8.2.2).

Das Thema Ethik in Pflegekammern ist definitiv gegenstandsorientiert. Es ist der Startpunkt und das Ziel. Die Komplexität des Themas erfordert zirkuläres Denken und Argumentieren (vgl. Fathi 2019; vgl. Funnell und Rogers 2011). Es geht nicht darum, eine Methode, z. B. eine Befragung der Pflegefachpersonen, anzuwenden und dazu neue empirische Daten zu generieren. Diese linear erzeugten Daten allein wären wenig aussagekräftig, sie könnten kaum belastbare Informationen zur Gesamtsituation beitragen. Die Komplexität des Themenfeldes lässt sich nicht durch lineares Denken erfassen. Deshalb ist eine solche Befragung zum jetzigen Zeitpunkt auch unter forschungsethischen Gesichtspunkten nicht angezeigt. Vielmehr sind die vielen bereits vorliegenden empirischen Ergebnisse fallspezifisch auszuwerten und zu synthetisieren. Zudem müssen Informationen aus Gesetzestexten und grauer Literatur aufgenommen werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, 157 ff.). Aufzuzeigen sind die vernetzte Dynamik und die Wechselwirkungen. Hohe Unsicherheits- und Freiheitsgrade müssen ausgehalten werden, denn eine zu frühe lineare Reduktion gefährdet passgenaue Interventionen (vgl. Funnell und Rogers 2011, 48 f.). Der rote Faden kann in solchen sozialen Rekonstruktionen etwas unklarer sein als in linearen Ursache-Wirkung-Beschreibungen (vgl. Siebert 2004, S. 102). Die Fallanalyse unterstützt dabei, sie ist keine spezifische, isolierte Methode, sondern ein Approach:

„Bei dem Begriff Approach handelt es sich um eine Bezeichnung für eine vielschichtige methodische Vorgehensweise (Hartfiel, 1982) oder um eine Untersuchungsform (Fuchs et al., 1978). Im Hintergrund eines Approachs steht ein theoretisches Paradigma oder eine spezielle Methodologie.“ (Lamnek und Krell 2016, S. 285)

Fallanalysen vermögen es, im theoretischen Paradigma der Programmtheorie

„...., ein ganzheitliches und damit realistisches Bild der sozialen Welt zu zeichnen. Mithin sind möglichst alle für das Untersuchungsobjekt relevanten Dimensionen in die Analyse einzubeziehen.“ (Lamnek und Krell 2016, S. 286)

Meistens werden Fallanalysen als Einzelfallstudien von Personen angewandt. Lamnek und Krell betonen, dass sie sich ebenfalls für soziale Einheiten eignen:

„.... z. B. eine soziale Gruppe, Familie oder Kultur (Witzel, 1982), Betriebe, Organisationsstrukturen im Rahmen von Evaluationen, aber auch Treatments oder Realisierungen von Interventionen (Reinecker, 1987; Alemann & Ortlieb, 1975; Petermann & Hehl, 1979)“ (Lamnek und Krell 2016, S. 286)

Der Approach Fallanalyse erzeugt die nötigen Hintergrundtheorien (s. Abschn. 3.2) für die Intervention Ethik in der sozialen Einheit Pflegekammer als zu bearbeitende Fall:

„»Das Ziel der Einzelfallstudie ist, genaueren Einblick in das Zusammenwirken einer Vielzahl von Faktoren (...) zu erhalten, wobei sie meist auf das Auffinden und Herausarbeiten typischer Vorgänge gerichtet ist« (Fuchs et al., 1978, S. 181).“ (Lamnek und Krell 2016, S. 287)

Die zugrundeliegenden Problemlagen und Zusammenhänge der aktuellen Situation werden möglichst umfänglich dargelegt. Die Wirkfaktoren, die Einfluss auf die Intervention Ethik in Pflegekammern nehmen inklusive ihrer Wechselwirkungen mit der Situation der Pflegefachpersonen und der Situation des Verkammerungsprozesses werden multiperspektivisch untersucht. Daraus ergibt sich eine Diagnose der aktuellen Situation und Prognosen für günstige zukünftige Entwicklungen, abgeleitet werden Handlungsalternativen und deren Folgen, damit die Intervention Ethik in Pflegekammern die Situation verbessert (vgl. exempl. Schneider 2010, S. 3). Die breit angelegte Literaturanalyse identifiziert Schritt für Schritt die Bausteine, die für eine gute Intervention Ethik in Pflegekammern benötigt werden. Die zu analysierende Situation umfasst drei Aspekte: die bestehenden Probleme bei der Errichtung von Pflegekammern im deutschen Gesundheitssystem, zum Thema Ethik im Gesundheitswesen und im Feld der professionellen Pflege (Problem Analysis), die Aufnahme der Bedarfe der Zielgruppe Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf zur Gestaltung der professionellen Pflegebeziehung (Needs Analysis) und die aktuell bestehende Praxis des professionellen und politischen Umgangs mit den aufgefundenen Problemlagen (Current Practice Analysis) (vgl. van Meijel et al. 2004, S. 86–87). Erst wenn alles relevante Wissen zusammengetragen ist, ist man in der Lage, eine Programmtheorie zu konzipieren sagen Funnell und Rogers (2011). Es ist davor zu warnen, zu früh mit der Konzeption zu starten, bevor der Überblick vollständig ist:

„The better the researcher uncovers the processes that are at play in their experience, the greater the likelihood that a successful intervention can be designed.“ (van Meijel et al. 2004, S. 87)

Funnell und Rogers bestärken dies (vgl. S. 195 f.), sie empfehlen in Erweiterung von van Meijel eine vollständige Situationsanalyse, die neben dem defizitorientierten Fokus von Problem-, Bedarfs- und Praxisanalyse die ressourcenorientierte Identifikation von Stärken und Chancen der Profession Pflege beinhaltet:

„We strongly recommend that program theory development begin with a systematic situation analysis. If program theory development begins instead by filling in boxes of input, processes, outputs, and outcomes, the risk is that incorrect assumptions about needs and strengths will remain implicit and unexamined.“ (Funnell und Rogers 2011, S. 59)

Dies bedeutet eine umfangreiche, detaillierte und sich gleichzeitig prozessoral im Forschungsprozess zu entwickelnde Untersuchung (vgl. exempl. Ridder 2017, S. 294). Die beschreibende Rekonstruktion der Situation ergibt als Ertrag die Hintergrundtheorien für die Konzeption der Programmtheorie und zum Verständnis der aktuellen Situation der Profession Pflege inklusive des moralischen Kerns des Heilberufs Pflege. Zu betrachten sind die Mikroebene, die Meso- und die Makroebene. Der dem Vorgehen innewohnende präskriptiver Ansatz soll eine Besserung der moralischen Situation im Pflegeberuf ermöglichen. Folgerichtig werden Interventionen in einem Mehrebenenmodell einer Theory of Action nötig sein. Das Programm muss die personale, organisatorische und politische Ebene erfassen, um kurzfristige und langfristige Outcomes zu erreichen (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 77). Damit die Zielgruppe, dem partizipativen Anspruch folgend, zukünftig theorieinformiert entscheiden kann, was sie braucht, wird eine breit angelegte Literaturanalyse durchgeführt. Für literaturbasierte Situationsanalysen nach Funnell und Rogers (2011) eignen sich Scoping Studien. Abschn. 4.2 zeigt die Methode des geplanten Vorgehens.

4.2 Scoping Study – fokussierte literaturbasierte Situationsanalyse

Die literaturbasierte Situationsanalyse benötigt eine wissenschaftliche Methode, die das von Funnell und Rogers geforderte Focusing und Scoping der Situation zur Konzeption der Programmtheorie ermöglicht (s. Abschn. 3.3.1):

“Focusing and scoping the program is about identifying which aspects of the problem, its causes and consequences, a program is to focus on directly and primarily; which are important, perhaps within its reach and capacity to influence, largely beyond the direct focus but within its scope. Focus is the subset of total scope. Some aspects that are not the main focus of the program may be within its scope.” (Funnell und Rogers 2011, S. 163)

Die Methode Scoping Study bietet dem Approach der Fallanalyse folgend den Rahmen zur Erfassung des kompletten Feldes vorliegender Quellen unterschiedlicher Herkunft. Diese werden fokussiert auf die Fragestellung kartiert, analysiert und zu neuem Wissen synthetisiert. Abschn. 4.2.1 beschreibt die Ausgangssituation im Wissensgebiet Ethik in Pflegekammern und die identifizierten methodischen Herausforderungen.

4.2.1 Ausgangssituation – Herausforderungen und methodische Lösungen

Das fokussierte Mapping konzentriert sich auf das Wissensgebiet der Ethik im Kontext von Pflegekammern und des professionellen Auftrags des Heilberufs Pflege. Bereits die erste Sichtung der zur Verfügung stehenden Literatur erbrachte eine außerordentlich dünne Publikationslage in den drei identifizierten relevanten Bereichen *Ethik in der Pflege in Deutschland*, *Ethik in deutschen Pflegekammern* sowie der *Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung* als Kernaufgabe von Kammern im deutschen Gesundheitswesen. Die Fokussierung soll die aktuelle Situation in Deutschland rahmen, zu der die Theorienentwicklung des Programms Ethik in Pflegekammern passen muss.

Nur sehr wenige vorliegende Publikationen erfüllen das wissenschaftliche Gütekriterium eines peer-reviewten Journalartikels. Die *Graue Literatur*, seien es Stellungnahmen, Positionspapiere, Gesetzestexte, Gutachten, unveröffentlichte Forschungsergebnisse, Homepages etc., bietet essentielle Erkenntnisse zur Konzeption der Programmtheorie. Doch der Weg ist herausfordernd:

Die erste Herausforderung liegt im methodischen Zusammenbringen verschiedener Quellenarten. Nach empirisch orientiertem Mainstream wäre der Einbezug Grauer Literatur nicht möglich. Die zweite Herausforderung umfasst das Auffinden der Quellen. Der Weg zum Finden von peer-reviewten Journalbeiträgen über Datenbanken und deren Auswertung ist methodologisch untermauert, die Zugänge über diverse Datenbanken sind klar. Wie man jedoch an andere Quellen unter dem Oberbegriff *Graue Literatur* kommt, ist nicht systematisiert. Die dritte Herausforderung ist die der grauen Literatur zuzumessende Relevanz: Ob sie überhaupt beachtet und wie sie einer Auswertung zugeführt werden dürfen, ist umstritten. Die vierte Herausforderung ist das Ergebnis des von Lamnek und Krell (2016) kritisierten „Empirismus“: Die Veröffentlichung und Verbreitung praxisrelevanter Wissens scheidet, weil der Evidencegrad der hinzugezogenen Literatur nach herkömmlicher Lesart nicht genügt. Dass Ergebnisse anwendungsorientierter Forschung trotz dieser „Mängel“ hilfreicher für die pflegerische Praxis sein können als deren Verschweigen, wurde in Deutschland bisher nicht als tragfähiges Argument akzeptiert (s. Abschn. 3.1).

Für die Konzeption der Programmtheorie nach Funnell und Rogers müssen diese Herausforderungen überwunden werden. Die Lösung sind Scoping Studies, sie schließen alle Arten vorhandener Quellen ein und zeichnen ein fokussierte, deskriptive Landkarte im breiten erkenntnisorientierten Zusammenhang. Die Definition der *Scoping Study* lautet:

“Scoping involves the synthesis and analysis of a wide range of research and non-research material to provide greater conceptual clarity about a specific topic or field of evidence. Scoping studies are commonly policy directed and intended to guide more focussed lines of research and development. Scoping tends to be synonymous with providing an overview of the breadth rather than depth of evidence.” (Davis et al. 2009, S. 1386)

Die Methode des Scopings wird bisher in der deutschen Pflegewissenschaft nur partiell genutzt, meist finden sich Scoping Reviews, verstanden als „vereinfachte“ Systematic Reviews zur Synthese empirischer Daten. International wird die Methode bereits zwei Jahrzehnten mit wesentlich breiteren Einsatzbereich angewandt. Die Methode *Scoping Study* meint allgemein Rahmenuntersuchung, Erkundung, Sondierung zu einem speziellen Thema. Sie hat gegenüber anderen wissenschaftlichen Verfahren große Vorzüge zur theoriegenerierenden und gleichzeitig anwendungsorientierten Bearbeitung insbesondere komplexer Fragestellungen, weil der Einschluss unterschiedlichster Quellen möglich ist. Die gewonnenen Ergebnisse dienen zur Ableitung und Entwicklung einer inhaltlich

ausgerichteten Programmtheorie. Sie soll dem Anspruch genügen, eine Implementierung des ethischen Mandates von Landespflegekammern in Deutschland zu ermöglichen, die sowohl die Pflegefachpersonen als Kammermitglieder als auch die Menschen mit Pflegebedarf unterstützt. Abschn. 4.2.2 vertieft die Methode.

4.2.2 Methode Scoping Studie – Anwendungsgebiete und Analyseschritte

Methodisch unternimmt die Scoping Studie eine Erkundung des Feldes. Das Gesundheitssystem ist ein hochkomplexes Politikfeld, in dem die Pflegekammer agiert. In Politikfeldern finden zur Ableitung passgenauer Interventionen häufig Scoping-Studien Anwendung. Gerade wenn zu einem Bereich bzw. zu einer besonderen Fragestellung noch kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die Wissensquellen sehr heterogen sind, sie keine komplette systematische Metaanalyse zulassen und die Fragestellung eine hohe Komplexität vorweist, eignet sich die Methode zur Eingrenzung und Konkretisierung des Feldes (vgl. Arksey und O'Malley 2005). Die Methode erfährt im englischsprachigen Raum seit Mitte des letzten Jahrzehnts zunehmend Verbreitung. Einen grundlegenden methodischen Rahmen erarbeiteten Arksey und O'Malley 2005. Anwendungsbeispiele von Scoping Studien im Gesundheitswesen sind u. a. politisch initiierte, ggf. finanzierte Projekte und Interventionsprojekte mit anwendungsbezogenen Zielsetzungen. Verschiedene Autor*innen spezifizierten die Methodik von Scoping Studies (exempl. Davis et al. 2009; Daudt, Helena M L et al. 2013; Khalil et al. 2016). Eine Scoping Study kann sowohl eine eigenständige wissenschaftliche Arbeit sein als auch eine regelgeleitete Literaturanalyse zur weiteren Bearbeitung einer Thematik. Methodisch haben Scoping Studies einen höheren wissenschaftlichen Anspruch als Literaturanalysen ohne näher definierte Kriterien². Die Ergebnisse der Analyse (Study) erlauben eine theoriegenerierende Rahmung (Scope) des Themenkomplexes durch die Synthese diverser Wissensquellen (Scoping Study). Ein Scoping Review dagegen fasst das Wissen der vorhandenen empirischen Quellen zur Stützung der empirischen Evidence einer Maßnahme zusammen. Obwohl beide Optionen des Scopings unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, ähneln sich die theoriegenerierende und die evidenzgenerierende Variante methodisch. In Anlehnung an das Modell von Khalil et al. werden in Tabelle 4.1 die fünf evidenzgenerierende Analyseschritte in fünf

² International ist in Publikationen und Kongressbeiträgen die Methode der Literaturanalyse zu erläutern.

theoriegenerierende Arbeitsschritte für die hier durchzuführende Scoping Study übersetzt.

Tabelle 4.1 Methodik der Scoping Study (Modifikation in Anl. a. Khalil et al. 2016, S. 120)

Analyseschritte	Theoriegenerierende Maßnahmen/ Inhalte
1. Ableitung der Forschungsfrage	Welche Programmtheorie kann zu einer gelingenden Intervention <i>Ethik in Pflegekammern</i> beitragen? (leitende Unterfragen s. Abschn. 3.4)
2. Identifizierung der relevanten Quellen	breit angelegte, themenorientierte Suche. Eingeschlossen wurden Studien, Qualifikationsarbeiten, graue Literatur, Gesetzestexte etc.
3. Auswahl, Analyse und Sicherung der Quellen	Themenorientierte Auswahl, Analyse und Zusammenfassung in Argumentationsstränge, Nutzung des Literaturverwaltungs- und Analyseprogramms Citavi
4. Präsentation der Ergebnisse	Narrative Aufbereitung, grafische und tabellarische Zusammenfassung der Analyseergebnisse
5. Zusammenführung der Ergebnisse	Ableitung der passenden Programmtheorie, bestehend aus Theory of Change & Theory of Action mit einem ethischem Kern

Der erste Schritt, die *Ableitung der Forschungsfrage* und der leitenden Unterfragen erfolgte in Abschn. 3.4. Die *Identifizierung der relevanten Quellen* als zweiten Schritt ist aufgrund der Komplexität der Themenspezifik breit angelegt. Eingeschlossene Quellen sind publizierte Studien, akademische Qualifikationsarbeiten, Fachbücher sowie graue Literatur. Eingeschlossen werden Gesetzestexte, Satzungen und Ordnungen zum Thema Ethik in Pflegekammern als normative Grundlage. Der weite Blick ist nötig, um das Feld, welches über lange Strecken kaum über wissenschaftliche Publikationen verfügt, fassen und die relevanten Themenkomplexe verbinden zu können. Von den identifizierten Problemsträngen werden themenspezifische Suchbegriffe abgeleitet, mit denen iterativ in Onlineportalen und per Handsuche gesucht wird. Portale sind u. a. Google Scholar, das als einzige Plattform die Forward Citation aufführt, Pubmed, Livido, Ethmed, IRIS und weitere Internetplattformen. Darüber hinaus werden im Schneeballsystem backward and forward citations in den Blick genommen sowie themenspezifisch in Plattformen von Verlagen und Journalen gesucht und Gesetzestexte sowie Homepages z. B. von Kammern in Deutschland, Berufsverbänden,

Landesregierungen, Ministerien auf Bundes- und Landesebene untersucht. Einchlusskriterium ist, dass die Quellen themenspezifisch einen Bezug zur Situation in Deutschland haben und einen relevanten Beitrag zur Generierung einer Programmtheorie zur Entwicklung und Ausgestaltung des ethischen Mandates von Pflegekammern leisten können.

Der dritte Schritt der *Auswahl und Sicherung der Quellen* ist dem Ziel der Analyse folgend theoriegenerierend, nicht evidencegenerierend, ausgerichtet. Es erfolgt die themenorientierte Auswahl, Clusterung und Sicherung der Quellen. Hilfreich ist die Nutzung der Literaturverwaltungssoftware Citavi als Werkzeug (-kasten), sie bietet u. a. die Quellensicherung, die systematische Clusterung von Themenfeldern in Argumentationsstränge, die effektive Textanalyse und den sicheren Literaturnachweis. Die Analysen begangen mit dem Entwicklungsstand zum Erhebungszeitpunkt 2018. Die Situationsanalyse wurde im Entstehungszeitraum der Dissertation bis in den Frühsommer 2021 fortlaufend aktualisiert und aktuelle politischen Entwicklungen aufgenommen, insbesondere im Kontext von Pflegekammern, weil sie für deren ethisches Mandat hochrelevant sind.

Der vierte Schritt die *Ergebnispräsentation* erfolgt in drei aufeinander aufbauenden Kapiteln. Die Ergebnisse werden den Anforderungen der Methodologie der Programmtheorie folgend (s. Abschn. 3.3.3) in narrativer Form, ergänzt um Graphical Abstracts in Form von Wirkketten am Ende jedes Unterkapitels und teilweise in Tabellen dargestellt. Die drei beleuchteten Themenkomplexe fassen narrative und grafische, prospektive Logic Models zusammen. Die zugrundeliegenden Argumentationsstränge sind Abschn. 4.2.3 zu entnehmen.

Der fünfte Schritt der *Zusammenführung der Ergebnisse* vereinigt die einzelnen Themenstränge. Das synthetisierte Wissen beantwortet die Forschungsfrage und dient zur Konzeption der Programmtheorie zur Intervention Ethik in Pflegekammern. Die Implikationen der Ergebnisse sind sowohl wissenschaftlicher, pflegepraktischer als auch politischer Natur. Ihr ethischer Kern und Auftrag ist es, dem Anspruch zu genügen, dem ethischen Mandat von Landespflegekammern in Deutschland Wirkung zu verschaffen. Es soll die vorgefundene Situation verändern und sowohl die Pflegefachpersonen als registrierte Kammermitglieder unterstützen als auch Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf sichern. Abschn. 4.2.3 gibt einen ersten Einblick in die relevanten Inhalte.

4.2.3 Argumentationsstränge – Probleme, Ressourcen, Quellen und Entwicklung

Die Scoping Study analysiert die Situation, um eine Programmtheorie des ethischen Mandat von Pflegekammern zu konzipieren. Dabei besteht nicht der Anspruch eines Reviews, das alle auffindbaren Quellen listet. Vielmehr wird der Ansatz eines explorativen, iterativen Literatur-Mappings verfolgt, das hilfreiche Annahmen zu Ausgestaltung eines praxiswirksamen Modelles bietet.

„Die Exploration ist per definitionem eine flexible Vorgehensweise, bei der der Forscher von einer Forschungslinie auf eine andere überwechselt, neue Punkte zur Beobachtung im Verlauf der Untersuchung dazu nimmt und sich in neue Richtungen bewegt, an die vorher gar nicht gedacht wurde. Schließlich verändert er seine Definition dessen, was relevante Daten sind, im gleichen Maße wie man neue Erkenntnisse und ein besonderes Verständnis gewinnt.“ (Lamnek und Krell 2016, S. 37).

Verknüpft werden die für die Situation in Deutschland relevanten Argumentationsstränge, deren Interaktionen wird nachgezeichnet, die daraus resultierende Komplexität erlangt Transparenz. Die Ergebnisse bilden narrative Logic Models ab (s. Abschn. 3.3.3). Die Scoping Study identifiziert drei miteinander verwobene Problemfelder. Diese werden analysiert und im Lichte potenzieller Aufgaben einer Ethik in Pflegekammern, Bedarfe ihrer Mitglieder und möglichen Angeboten in theoriegenerierenden thematischen Argumentationssträngen interpretiert. Einen Überblick gibt das Variablenmodell in Abbildung 4.1. Die unabhängige, normativ gesetzte Variable ist, dass Ethik in Pflegekammern implementiert werden soll, allerdings ist offen, warum und wie (s. Kap. 2).

Die abhängigen Variablen sind die die Situation fokussierenden Argumentationsstränge. Der erste Argumentationsstrang in Kap. 5 analysiert die normativen Setzungen zum Themenfeld Ethik im Kontext der sich neu etablierenden Pflegekammern sowie die daraus abzuleitenden Konsequenzen für den Heilberuf Pflege. Quellen sind die Gesetzeswerke zur Errichtung der Kammern auf Länderebene sowie die dokumentierten Vorüberlegungen auf dem Weg dahin. Besondere Beachtung finden der Gründungsprozess, die Gesetzesgrundlage und der aktuelle Entwicklungsstand der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz als erste volltatablierte Pflegekammer in Deutschland. Daran anschließend werden die zeitlich nachfolgenden Pflegekammern in Schleswig-Holstein und Niedersachsen betrachtet. Zu beachten gilt, dass die Lage zum Thema Pflegekammern in Deutschland hochdynamisch ist: Zu Beginn der Recherchearbeiten befanden sich die beiden Kammern im Norden im Aufbau, zum Ende im Abwicklungsprozess, einzig die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat 2021 Kontingenz. Das Kapitel schließt

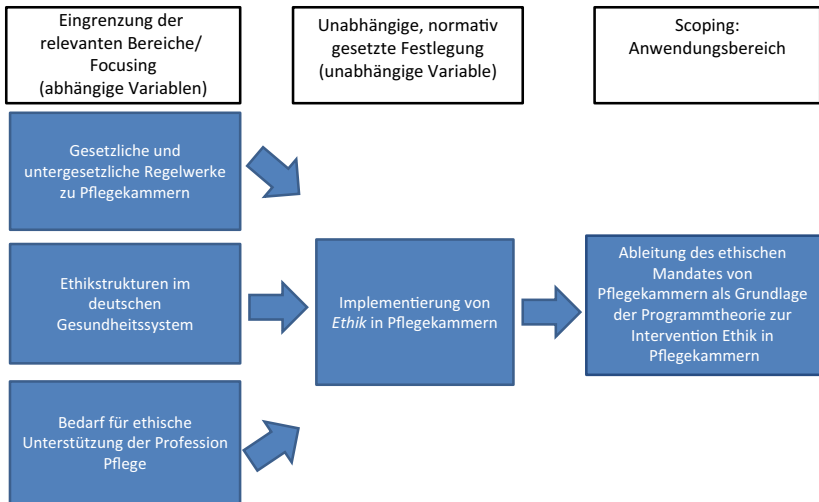


Abbildung 4.1 Variablenmodell Ethik in Pflegekammern: beeinflussende Faktoren, Norm & Ziel

mit der Analyse der Situation in anderen deutschen Bundesländern, wie Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, wo es unterdessen ebenfalls mehr oder weniger weit fortgeschrittene Initiativen zur Etablierung von Pflegekammern gibt.

Der zweite Argumentationsstrang in Kap. 6 nimmt die bestehenden Ethikstrukturen in den Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens in den Blick. Nötig ist die Analyse vorhandener Ethikstrukturen zur Abklärung von Ressourcen und Bedarfen. Es wird eine *Landkarte der Klinischen Ethikberatung* erstellt, die sowohl die strukturelle Versorgungssituation fasst als auch Aussagen über deren Qualität für Pflegefachpersonen ableitet. Die Analyse richtet den Fokus auf Ethikstrukturen in verschiedenen Einrichtungarten und nimmt jeweils die Desiderate der Pflege auf. Wenn die bestehenden Angebote der Klinischen Ethikberatung alle gut versorgen, die sorgetragenden Pflegefachpersonen und die sorgeempfangenden Menschen mit Pflegebedarf, wäre ggf. keine Intervention der Pflegekammer nötig. Dies gilt es zu prüfen. Insbesondere sind die Themen der Ethikentwicklung im medizinischen Bereich sowie der Umgang mit und die Auswirkungen von pflegeethischen Fragestellungen im Berufsalltag zu beleuchten. Die Unterfragen zur Eingrenzung des Feldes lauten: Welche Themen aus dem Bereich *Ethik in der Medizin* sind relevant für den Aufbau von *Ethik in Pflegekammern*? Welche

Schlüsselkonzepte und Argumentationslinien werden bereits verwendet? Gibt es Evidence oder gar Best-Practice-Modelle für die Umsetzung von Pflegeethik als Unterstützung von Pflegefachpersonen?

Der dritte Argumentationsstrang beleuchtet die Herausforderungen der professionellen Entwicklung des Heilberufs Pflege. Den Ausgangspunkt liefert die Masterarbeit der Autorin, die die Errichtung von Pflegekammern in Deutschland am Beispiel der ersten deutschen Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz untersucht hat (vgl. Kuhn 2016a). Kap. 7 nimmt die Fäden wieder auf und bietet eine inhaltliche Aktualisierung der politischen Entwicklung anhand der Professionsbausteine *universelles Wissen*, der *exklusiven Berechtigung zur pflegerischen Berufsausübung*, der *Freiheit von Fremdkontrolle* und der *Entlohnung pflegerischer Arbeit*. Zusammenführend ergeben sich Schlussfolgerungen zu politischen Entwicklungen, der aktuellen Situation und dem Veränderungspotenzial für die Profession Pflege. Daran schließen die Facetten des für das Thema Ethik in Pflegekammern mutmaßlich bedeutendsten und mit den vorgenannten Professionsbausteinen eng verwobenen Professionsbausteins der *pflegerische Berufsethik* an. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die historischen Wurzeln der Berufsethik sowie die Definitionen und ethischen Implikationen der genutzten Begriffe *Pflege*, *Ethik* und *Mensch mit Pflegebedarf*. Daraus leitet sich das moderne Verständnis von Pflegeethik ab. Die nächste Facette widmet sich dem Auftrag und dem Anspruch der Versorgungssicherheit sowie deren Determinanten. Betrachtet werden der Zentralwert Gesundheit als gesellschaftlicher Auftrag der Pflege, die normativen Ansprüche der Versorgungssicherheit und deren ethische Relevanz sowie der Zusammenhang von Qualität und Ethik. Darauf aufbauend wird die gesundheitliche Realität im pflegerischen Berufsalltag nachgezeichnet, physische und psychische Belastungen angeschaut, die Verbindung zur moralischen Belastung von Pflegefachpersonen gezogen und die Anforderung an die Programmtheorie präzisiert.

Pflegekammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben eine Verantwortung für die pflegerische Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Wie aus dieser Verantwortung heraus ihr ethisches Mandat umzusetzen sein wird, wie das im Zusammenhang mit der Politik und mit den Pflegefachpersonen steht und welche rechtlichen und ethischen Anforderungen dabei zu beachten sind, ist bisher offen. Eine Rolle spielt auch die Politikfähigkeit der Pflege, das meint politisches Verständnis, politische Sprechfähigkeit, politische Präsenz und politische Wahrnehmung der Profession.

Pflegekammern sind neue Bausteine des deutschen Gesundheitssystems. Im Vordergrund der Situationsanalyse stehen Literatur und Gesetzestexte aus Deutschland, weil die Pflegekammer als Körperschaften des öffentlichen Rechts

im deutschen Gesundheitssystem verortet sind. Hinweise sind sowohl in empirischen Studienergebnissen, in Positionierungen als auch in gesetzlichen und untergesetzlichen Regelwerken zu suchen. Nötig sind die Überprüfung der Belastungen und der Bedarfe der deutschen Pflegeprofession. Eine Analyse internationaler Quellen und die Übernahme der dortigen Modelle böte eine eher schlechte Grundlage für eine Programmtheorie, weil die Passgenauigkeit zur Zielgruppe und damit die Nachhaltigkeit fehlen würde. Das bedeutet jedoch nicht, dass internationale Literatur und etablierte Modelle keine Beachtung finden, sie müssen nach Abschluss dieser Analyse als Ressource zu Rate gezogen werden, weil ansonsten der Umfang gesprengt würde. Die Situationsanalyse begann im Jahr 2018, wurde themengebunden stetig um neue Quellen ergänzt und letztendlich im Sommer 2021 aktualisiert. Der nächste methodische Schritt beleuchtet die persönliche Eingebundenheit der Autorin (Abschn. 4.3).

4.3 Ethischer Anspruch – Transparenz der persönlichen Eingebundenheit

In nach traditionellem Forschungsparadigma konzipierten Forschungsvorhaben haben Forschende eine neutrale Rolle einzunehmen. Sie sind nicht involviert, sondern beurteilen die Ergebnisse (zumindest scheinbar) wertfrei und neutral von außen. Im qualitativen Paradigma werden die Normen bereits (teilweise) durchbrochen, ein Beispiel liefert Adele Clarke (2011). Zwar ist ihre weiterentwickelte Methode der Grounded Theory, die ebenfalls Situation Analysis genannt wird, nicht passend für die behandelte Fragestellung, ihre Einschätzung des Forschungsprozesses ist aber hilfreich zur Einordnung der Rolle der Forscherin. Clarke betont, die jeweils genutzte Methode bleibt immer

„... darauf beschränkt, was von einem bestimmten Interpreten/einer bestimmten Interpretin zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort „beobachtet“ werden kann. Keine Methode überwindet die Situiertheit ihrer Nutzer/innen. Eine Methode kann jedoch versuchen, deren Situiertheit zu verwenden, um die Qualität der Forschung zu verbessern.“ (Clarke 2011, S. 224)

Sie fordert zur Modernisierung der Grounded Theory die Akzeptanz,

„... nicht nur die Annahme, sondern die ausdrücklich die Anerkennung von *embodiment* und Situiertheit aller Wissensproduzent/innen – sowohl der Forschenden (wir) als auch der Erforschten (ihnen).“ (Clarke 2011, S. 212–213)

Die Forderung ist ohne Weiteres auf andere Forschungsansätze zu übertragen und wird auch eingefordert, exempl. verlangt die Klagenfurter Interventionsforschung die Transparenz persönlicher Eingebundenheit der Forscher*in (vgl. Krainer 2006, S. 95). Das Embodiment der Forscher*in ist normal, oft sogar hilfreich, es muss lediglich reflektiert werden. Dem forschungsethischen Anspruch folgt die vorgelegte Dissertationsschrift, nachfolgend werden die ethnografischen Anteile reflektiert. Die Autorin ist als Teil des Entwicklungsprozesses der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zu sehen, sie versteht sich selbst und ihr Handeln so. Sie gestaltete die Errichtung der Landespflegekammer von Anfang an aktiv mit. 2013–2014 hatte sie Geschäftsleitung des die Gesetzgebung zur Landespflegekammer Rheinland-Pfalz begleitenden Projektes *Gründungskonferenz zur Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz* inne. Die zu dieser Zeit entstandene Masterthesis zum Thema wurde 2016 als Buch publiziert (Kuhn 2016a). 2015–2016 arbeitete sie hauptamtlich im Gründungsausschuss am Aufbau der Landespflegekammer mit, sie war mit dem Bereich Registrierung der Kammermitglieder und Durchführung der ersten Kammerwahl betraut. Nach der Gründung der Pflegekammer im Januar 2016 betreute sie als Referentin administrativ die Arbeitsgruppen (AG) Berufsordnung, Berufsfeldentwicklung und Ethik. Um inhaltlich gestaltend tätig werden zu können, gab sie die hauptamtlich-administrative Tätigkeit auf und wechselte Ende 2016 auf die ehrenamtliche, inhaltlich gestaltende Ebene der Kammermitglieder. Seitdem ist sie in der AG Berufsordnung aktiv, sie hat die erste Berufsordnung einer deutschen Pflegekammer maßgeblich mitgestaltet (s. Abschn. 5.1.4). Zudem ist sie stellvertretende Vorsitzende der AG Berufsfeldentwicklung und Mitglied der AG Ethik (s. Abschn. 5.1.3). 2021 kandidierte sie erstmals bei der zweiten Wahl zur Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, auch das war im Hauptamt nicht möglich. Aus all den Gründen kann von Neutralität nicht die Rede sein, wohl aber von großer Erfahrung. Dem angestrebten partizipativ ausgerichteten Interventionsansatz folgend, ist Neutralität bei dem Programm Ethik in Pflegekammern weder sinnvoll noch wünschenswert. Diese Sicht der Dinge wäre kontraproduktiv zur Umsetzung des ethischen Mandates. Vielmehr braucht es die dialektische Verknüpfung von Wissen aus der Wissenschaft und aus der Praxis, dadurch steigt die Qualität.

„Es findet in ihnen eine neue Verknüpfung von „Wissensgenese“ und „Können“ statt (Sozial-, Organisations-, Design-, Prozesskompetenz), die einerseits eine neue Ausbildung erforderlich macht ..., die andererseits eine enge Verbindung von Wissensgenesen mit Kompetenz, Verhalten, Einstellung, Person und Situation nachweist (Man denkt nicht mehr aus Distanz „über“ etwas nach, man ist selbst Teil eines wissensfördernden Gesamtgeschehens).“ (Heintel 2005, S. 90)

Zu resümieren ist, dass es Wertneutralität nicht gibt, selbstverständlich ist die Auswahl und Zusammenstellung der Quellen und deren kontextbezogene Interpretation immer eine implizite subjektive Bewertung, wie Clarke (2011) betont. Synthetisierende Forschung verlangt vielschichtige Perspektiven, in diesem Sinne kann es keine Objektivität geben. Die literaturfundierte kritische Analyse der Argumentationsstränge will eine tragfähige Basis für die Konzeption der Programmtheorie bieten, wohl wissend, dass es immer auch konkurrierende Einschätzungen geben wird.

Schließen möchte die Autorin mit einer häufig kommunizierten, wegweisen den Einschätzung der leider 2019 viel zu früh verstorbenen Pflegewissenschaftlerin Margret Flieder: Es braucht immer *ein mittleres Maß an Betroffenheit*, um die Dinge zu ändern! Dinge, die eine Person nicht interessieren, wird sie nicht verändern wollen, sie wird keine Energie hineingeben. Dinge, die sie zu sehr belasten, kann sie aufgrund der hohen persönlichen Betroffenheit nicht verändern.

Abschn. 4.4 fasst die abschließende die gesamte Methodologie in einer Übersicht zusammen.

4.4 Zusammenfassende Darstellung der Methodologie

Zum Abschluss des Theoriekapitels erfolgt ein zusammenfassender grafischer Überblick der theoriegenerierenden Methodik zur Erstellung einer Programmtheorie: Die Methodologie ist die Programmtheorie, bestehend auch einer Theory of Change, einer Theory of Action und dem Logic Model Building. Angewandt wird eine Situationsanalyse, welche dem Approach der Fallanalyse zuzuordnen ist; die Analyse der Literatur erfolgt mittels der Methode Scoping Study; identifiziert werden die relevanten Argumentationsstränge. Aus den Analyseergebnissen werden Logic Models gebildet; Narrative Logic Models synthetisieren die Ergebnisse in schriftlicher Form; Retrospektive Outcome Chain Logic Models und Prospektive Pipeline Logic Models unterstützen die Logic Models als Graphical Abstracts; ergänzend kommen Realist Matrices zum Einsatz. Das Ergebnis wird eine entwickelte Programmtheorie des ethischen Mandats von Pflegekammern sein, die sich auch einer passgenauen strategisch ausgerichteten Theory of Change und einer operativen Theory of Action zusammensetzen wird. Einen Gesamtüberblick gibt Abbildung 4.2.

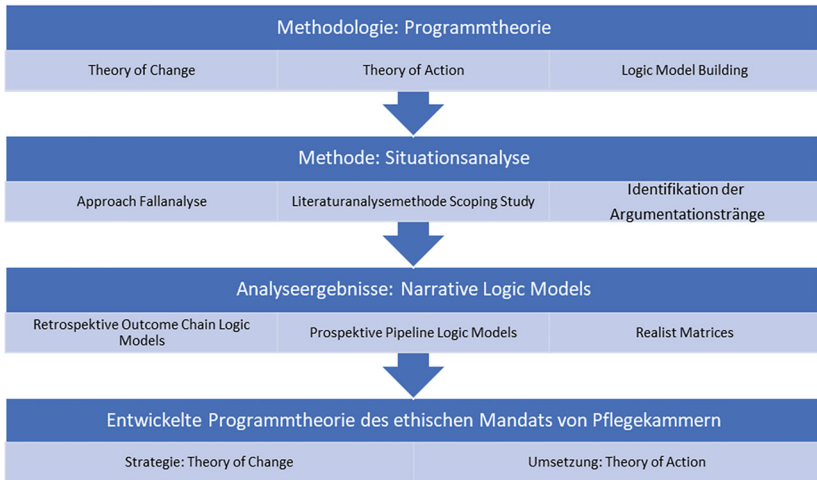


Abbildung 4.2 Zusammenfassung der Methode zur Erstellung der Programmtheorie

In allen Argumentationssträngen wird die Situation ausführlich beschrieben, da die langjährige Erfahrung der Autorin in der Begleitung des Kammeraufbaus gezeigt hat, dass vielen Pflegefachpersonen bis heute Wissen über die Zusammenhänge fehlen (s. Abschn. 4.3). Dies ist jedoch grundlegend, um ihnen eine fundierte Partizipation zu ermöglichen.

Kap. 5 stellt den ersten Strang, die Ethik als normativ gesetzter Baustein von Pflegekammern vor.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Ethik – normativ gesetzter Baustein in Pflegekammern

5

Der erste zu analysierende Argumentationsstrang ist das Thema Ethik in Verbindung mit Pflegekammern. Pflegekammern ermöglichen als Körperschaften des öffentlichen Rechtes die Selbstverwaltung der Profession Pflege zur Sicherstellung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Von Anfang an mit benannt wurde *Ethik* als Baustein einer Kammer. Den ersten Zugang dazu bietet der Begriff *Berufsethik* als ein Professionsmerkmal (vgl. Schmeiser 2006, S. 301). Viele berufspolitisch engagierte Pflegefachpersonen ordnen (Berufs-) Ethik zum Verkammerungsprozesses zugehörig ein. *Beruf* steht bewusst in Klammern, weil die Differenzierung zwischen Ethik und Berufsethik nicht stringent erfolgt. Man findet auf den Homepages der Berufsverbände der Pflege auf der Suche nach dem Begriff Ethik bisweilen die Erwähnung von Berufsethik als Aufgabe von Pflegekammern (vgl. Kuhn 2018a, S. 208), eine weitere Konkretisierung erfährt die Aufgabe dort jedoch kaum¹.

In den letzten Jahren haben Pflegekammern den Sprung auf die politische Agenda geschafft. In mehreren Bundesländern ist die Gesetzgebung abgeschlossen, Landespflegekammern als Selbstverwaltungsorgane der Pflege befinden sich im Aufbau. Die aktuelle politische Situation und die Aufnahme des Themas Ethik in sieben Bundesländern zeichnet Kap. 5 nach. Die Unterkapitel fassen, nach Bundesländern sortiert, die Inhalte zum Thema Ethik im Kontext von bestehenden oder im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Pflegekammern zusammen und zeigen die Lücken auf.

Rheinland-Pfalz hat die Vorreiterstellung, die Landespflegekammer hat 2016 ihre Arbeit aufgenommen und ist mittlerweile voll etabliert. Die Aufnahme des Themas Ethik im Aufbauprozess zeichnet Abschn. 5.1 nach. Die Pflegekammern

¹ Inwieweit Berufsverbände ein ethisches Mandat für Pflegefachpersonen annehmen, analysiert Kuhn 2018a.

in Schleswig–Holstein und Niedersachsen befanden sich in ihrer Entwicklung zwei Jahre zurück. Abschn. 5.2.1 und 5.2.2 legen dar, inwieweit das Thema Ethik beachtet wird. Zudem wird die aktuelle rückwärtsgewandte Situation im Norden aufgenommen.

Bayern führte bereits 2013 eine repräsentative Befragung durch (vgl. Schmidt und Schneekloth 2013b, S. 5). Trotz des mehrheitlichen Votums der Pflegefachpersonen für eine Pflegekammer hat sich der Freistaat für einen anderen Weg entschieden (Abschn. 5.2.3). Andere deutsche Bundesländer sondierten 2018 noch die Errichtung einer Landespflegekammer. Es herrschte politische Unsicherheit über die Etablierung einer solchen Körperschaft. Absichtserklärungen zur Prüfung der Thematik sind Bestandteil der jeweiligen Koalitionsverträge der 2018 laufenden Legislaturperiode in Hessen (Abschn. 5.3.1), Baden–Württemberg (Abschn. 5.3.2) und Nordrhein–Westfalen (Abschn. 5.3.3). Zur politischen Entscheidungsfindung wurden Befragungen der Berufsgruppe durchgeführt. Die Ergebnisse zeitigten bis zum Ende des Analysezeitraums 2021 unterschiedliche Konsequenzen.

Darüber hinaus fanden in den letzten Jahren in weiteren Bundesländern Befragungen zum Thema Pflegekammer unter den Pflegenden statt, initiiert durch die verantwortlichen Ministerien, so in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg–Vorpommern und Hamburg oder über Anhörungen der Landespflegeräte und Verbände wie in Sachsen–Anhalt. Mit Ausnahme von Hamburg votierten die Befragten für die Errichtung einer Selbstverwaltung der Berufsgruppe in Form einer Pflegekammer². Die Ergebnisse veranlassten die Landesregierungen bisher nicht, ein legislatives Verfahren auf die politische Agenda zu setzen. Deshalb werden die Länder nicht einbezogen.

Das erste narrative und prospektive, grafische Pipeline Logic Model zu den Bausteinen des ethischen Mandates von Pflegekammern zeigt Abschn. 5.4.

5.1 Landespflegekammer Rheinland–Pfalz – die Vorreiterin

In Rheinland–Pfalz hat am 01. Januar 2016 die erste Landespflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen (vgl. Landespflegekammer Rheinland–Pfalz 2018a). Vorgeschaltet war eine dreijährige Gründungsphase (vgl. Kuhn 2016a; vgl. Landespflegekammer Rheinland–Pfalz 2018a). Abschn. 5.1.1 skizziert

² Die Hinweise zu den jeweiligen Berichten der Befragungen finden sich im Literaturverzeichnis.

die Aufnahme des Themas Ethik in diesem frühen Stadium, das grundlegend für die weitere Entwicklung sowohl in Rheinland-Pfalz als auch deutschlandweit zu werten ist. Abschn. 5.1.2 legt die gesetzlichen Festlegungen im Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz dar und veranschaulicht sowohl den gesetzgeberischen Präzisionsgrad als auch die eröffneten Möglichkeiten. Abschn. 5.1.3 rundet das Bild ab, es gibt Einblicke in die Entwicklung bis Mitte 2021. Erste Schritte zur Füllung des ethischen Mandates und die damit verbundenen Herausforderungen werden sichtbar.

5.1.1 Das Themenfeld Ethik im Gründungsprozess der Pflegekammer

Das erste Beispiel für die Aufnahme von Ethik in das Aufgabenportfolio einer Pflegekammer bietet die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Durch ihre Vorreiterrolle ist der Gründungsprozess wegweisend für Pflegekammern anderer Bundesländer. Das Kapitel zeichnet die Einführung des Begriffes Ethik während der Etablierung bis zur Arbeitsaufnahme der Landespflegekammer RLP nach.

2013 führte das Deutsche Institut für Pflegeforschung (dip) die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) initiierte landesweite Abstimmung der Pflegenden über die Einrichtung einer Pflegekammer durch (vgl. Weidner et al. 2013; vgl. Weidner 2013, S. 3). Im Unterschied zu Befragungen einer repräsentativen Stichprobe von Pflegefachpersonen, wie sie andere Bundesländer durchführten, fand in Rheinland-Pfalz eine Abstimmung statt. Eingeladen zur Teilnahme waren alle im Land tätigen und/oder wohnhaften Berufsangehörigen der Pflege. Die breite Akzeptanz einer Pflegekammer durch die Berufsgruppe war für das Land Voraussetzung zur Aufnahme des Verkammerungsprozesses (vgl. Weidner et al. 2013, S. 3). Parallel zur laufenden Abstimmung wurden Pflegenden³ über Sinn und Zweck einer Pflegekammer informiert. Der Dachverband der Pflegeorganisation Rheinland-Pfalz e. V. (DPO) führte zusammen mit dem MSAGD eine gemeinsame Informationskampagne durch. Berufspolitisch engagierte Pflegepersonen erklärten als Multiplikator*innen ihren Kolleg*innen in über 120 Informationsveranstaltungen Aufgaben und Funktionen einer Kammer. 80.000 Flyer (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2012), die Funktionen

³ 2013 ging man davon aus, dass Pflegenden ohne Ansehen der Qualifikationsstufen verkammert werden könnten. Dies musste später im Gesetzgebungsverfahren revidiert werden. Nur Pflegefachpersonen sind verkammerungsfähig, weil nur sie einem Heilberuf angehören, Pflegehilfspersonen dagegen nicht.

und Aufgaben einer Pflegekammer zusammenfassten, wurden in den Veranstaltungen und darüber hinaus im ganzen Land breit gestreut. Der Flyer erwähnt die Berufsethik (s. Abbildung 5.1).

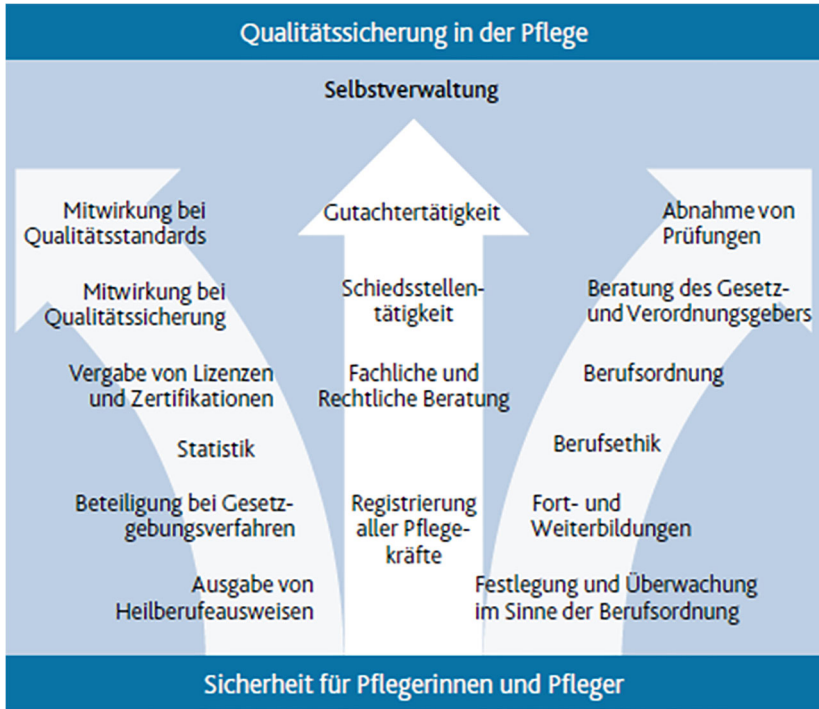


Abbildung 5.1 Aufgaben einer Pflegekammer (MSAGD-RLP 2012)

Berufsethik ist zusammen mit der Berufsordnung, der Beratung des Gesetzgebers, der Abnahme von Prüfungen und der Fort- und Weiterbildung dem Ast normativ-regulierender Aufgaben zugeordnet; eingeschlossen ist die Überwachung durch die Kammer. Eine Pflegekammer dient der Sicherheit beruflich Pflegender, die Säulen der Selbstverwaltung sichern die Qualität der Pflege (vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2012). Texterläuterungen im Frage-Antwort-Modus erläutern: „Welche Aufgaben hat die Pflegekammer?“ Die Antwort zum Thema Ethik:

„Sie beachtet und regelt ethische Fragestellungen (Ethikkommission) in der Berufsausübung und der Pflegeforschung“ (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2012).

Die Pflegenden in Rheinland-Pfalz befürworteten eine Pflegekammer, knapp 76 % der Teilnehmenden stimmten 2013 für die Errichtung (vgl. Weidner et al. 2013, S. 6). Nun stand das Ministerium (MSAGD) in der Pflicht, den gesetzlichen Rahmen zu erstellen (vgl. Kuhn 2016a, S. 5). Es folgte die Novellierung des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes. Die die Abstimmung begleitende Informationskampagne zeigte große Wissensdefizite der Pflegefachpersonen rund um das Thema Pflegekammer (vgl. Kuhn 2016a, S. 6), welches sich in berufspolitischen und ethischen Feldern fortsetzte. Das fehlende Wissen der Berufsgruppe wurde als eine elementare Bedrohung für den Errichtungsprozess der Pflegekammer gewertet. Es war bekannt, dass bei uninformierten Berufsangehörigen eine Pflegekammer zuerst einmal auf nachvollziehbare Ablehnung stößt: Solange Pflegefachpersonen nicht verstehen, welchen Nutzen sie von einer Kammer haben, sehen sie eine Pflichtmitgliedschaft verbunden mit einem verpflichtenden Kammerbeitrag als ungerechtfertigten, unnützen Zwang an. Proportional mit zunehmendem Informationsgrad wächst die Zustimmung zu Pflegekammern. Berufsangehörige erkennen Möglichkeiten und Unterstützungspotentiale der Selbstverwaltung für den pflegerischen Arbeitsalltag. Die Akzeptanz der Pflichtmitgliedschaft und des Pflichtbeitrags steigt (vgl. Kuhn 2016a, S. 9). Die Erkenntnis der Zusammenhänge bewog den rheinland-pfälzischen Gesundheitsminister Schweitzer, das Projekt *„Gründungskonferenz zur Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz“* begleitend zum Gesetzgebungsverfahren zu lancieren. Die Gründungskonferenz verfolgte mehrere Ziele im Errichtungsprozess, das zentrale war

„... die umfassende Information der Pflegenden, die Erläuterung der Aufgaben und Leistungen der LPPK, die Darstellung des Gründungsprozesses und die Diskussion mit den Pflegefachkräften zur Aufnahme von Anregungen, Wünschen und Kritik“ (Kuhn 2016a, S. 6).

Hauptzielgruppe waren alle Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz, für sie fanden die meisten Informationsveranstaltungen statt. Die gewünschte Signalwirkung für die Pflege in ganz Deutschland erreichten Veranstaltungen über die Grenzen des Bundeslandes hinaus.

Die Vorbereitung der Landespflegekammer war das zweite Projektziel. Die 19-köpfige Gründungskonferenz rekrutierte sich aus allen Feldern der Pflege:

Kliniken, stationäre und ambulante Langzeitversorgung, Pflegebildung, Pflegewissenschaft, Mitarbeitervertretungen und der Gewerkschaft ver.di sowie den Verbänden der Trägerebene (Krankenhausgesellschaft, Pflegegesellschaft). Das Gremium dachte die Pflegekammer vor, beriet die politischen Entscheider*innen mit fachlich fundierten Vorschlägen, gab Stellungnahmen zur Novelle des HeilBG ab und sprach Empfehlungen für einen pflegespezifischen Weg der Kammergründung aus. Zentrales Anliegen der Gründungskonferenz war von Beginn an der Dienstleistungscharakter der Landespflegekammer für die Pflegefachpersonen (vgl. Kuhn 2016a, S. 7), das Ministerium forderte eine „serviceorientierte Informations-/ Beratungs- und Anlaufstelle für alle Pflegekräfte“ (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2013, S. 7). Den Anspruch verdeutlichten alle von der Gründungskonferenz zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien.

Neben vielen anderen Aufgaben erschien das Themenfeld Ethik im Portfolio der zukünftigen Landespflegekammer. Die in über 250 Informationsveranstaltungen gezeigte Präsentation, welche mehr als 11.000 Menschen erreichte (vgl. Kuhn 2016a, S. 108), benannte pflegeethische Standards zur Unterstützung des pflegerischen Handelns (vgl. Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP 2013, S. 12). Der Flyer der Gründungskonferenz führte ethische Standards unter der Rubrik „Eigenständige Regelung des pflegerischen Handelns“ (vgl. Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP 2014, S. 2). Auch dieser Flyer wurde analog und digital breit gestreut. Detaillierter aufbereitet transportierte die Homepage der Gründungskonferenz die Inhalte. In den Reflexionen der Informationsveranstaltungen berichteten die Multiplikator*innen der Kampagne häufig über Rückmeldungen der Pflegepersonen, die zugesicherte ethische Unterstützung sei im Praxisalltag dringend nötig.

In den Sitzungen der Gründungskonferenz war die Ethik ebenfalls ein Thema. In den unveröffentlichten Sitzungsprotokollen und den dazugehörigen Anlagen taucht sie an verschiedenen Stellen auf. So wurde eine Ethikkommission in Vorüberlegungen zur Finanzierung und ihre formalen Regelung mittels Satzungen einbezogen. In ersten Entwürfen zur Organisationsstruktur waren die Begriffe „Ethikkommission“ und „Ethik in der Pflege“ benannt (vgl. Mai 2014). Angedacht war, dass sich zusammen mit den Bereichen Fort- und Weiterbildung, Schlichtungsausschuss, Grundsatzfragen der Pflege, u. a. ein zukünftiger Geschäftsbereich „Berufsfragen“ entwickelt (vgl. Kiefer 2014). Weiter in die Tiefe gingen die Dokumente nicht. Abbildung 5.2 fasst das Outcome der Gründungskonferenz und die Aufnahme des Themas Ethik zusammen.

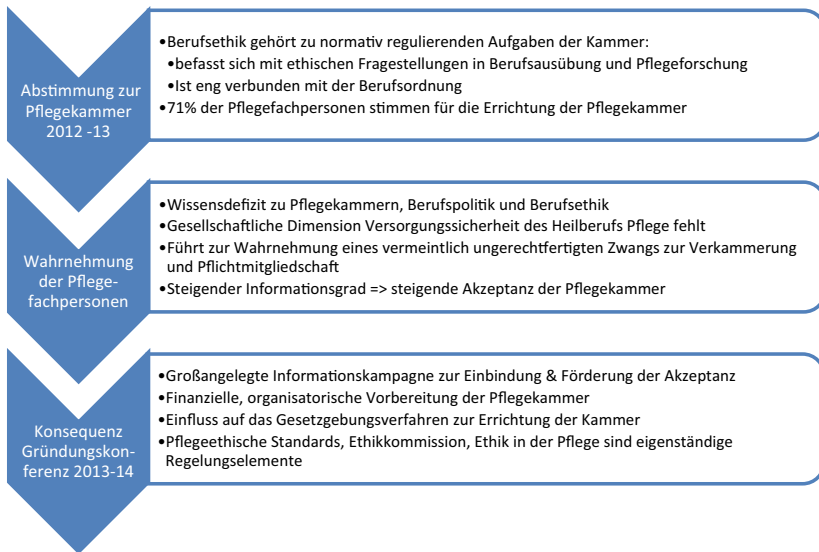


Abbildung 5.2 Ethik im Gründungsprozess der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Die Gründungskonferenz trat am 11.12.2014 das letzte Mal zusammen, ihre Aufgabe war erfüllt. Die einstimmige Verabschiedung der Novelle des Heilberufsgesetzes durch den rheinland-pfälzischen Landtag schuf am 17.12.2014 die stabile Gesetzesgrundlage zur Errichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und etablierte die erste deutsche Pflegekammer.

„Das einstimmige Votum betont über alle Fraktionen hinweg die Akzeptanz der Pflege als zentraler Partner zur Bewältigung der mit den demografischen Entwicklungen (Wandel) verbundenen Aufgaben. Die professionelle Pflege nimmt ihre gesellschaftliche Verantwortung an.“ (Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP 17.12.2014, S. 1)

Damit begann die zweite Phase des Errichtungsprozesses. Am 05.01.2015 konstituierte sich der von der Landesregierung bestellte Ausschuss zur Errichtung der Landespflegekammer (Gründungsausschuss). Der Ausschuss bestand aus 13 von den Berufsverbänden und Gewerkschaften vorgeschlagenen Berufsangehörigen, die alle Bereiche der Pflege repräsentierten (vgl. § 111 Abs. 2 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Sie waren für das Jahr 2015 berufen.

Die gesetzlich festgelegten Aufgaben des Ausschusses umfassten die Registrierung aller in RLP tätigen Pflegekräfte⁴ (vgl. § 111 Abs. 5 HeilBG) und die Durchführung der ersten Kammerwahl (vgl. § 111, Abs. 7 HeilBG) innerhalb dieses Jahres. Über die Registrierung und Wahl hinaus sah das HeilBG keine inhaltlich-gestaltenden Aufgaben für den Gründungsausschuss vor. Die inhaltliche Arbeit ruhte 2015. Mit Zusammentreten der ersten gewählten Vertreterversammlung (vgl. § 111, Abs. 3 HeilBG) am 25.-26.01.2016 löste sich der Gründungsausschuss auf, die Landespflegekammer RLP nahm ihre Arbeit auf (s. Abschn. 5.1.3). Abschn. 5.1.2 beleuchtet, inwieweit das Thema Ethik Eingang ins HeilBG RLP gefunden hat.

5.1.2 Gesetzliche Grundlagen des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz

Mit dem Zusammentritt der gewählten Vertreterversammlung der Landespflegekammer 2016 konnte die inhaltliche Arbeit beginnen. Das HeilBG bildet die gesetzliche Grundlage. Es setzt zu vielen formalen, strukturellen und inhaltlichen Aspekten die verkammerten Heilberufe betreffend klare Normen. Die sind nun auch für den Heilberuf Pflege verbindlich. Die Gesetzesnormen sind einzuhalten, dort definierte Aufgaben abzuarbeiten und mit Inhalten zu füllen. Zu beachten gilt, dass gesetzliche Normen unterschiedliche Verbindlichkeit haben, als einfaches Kategoriensystem zum Aufzeigen des Verbindlichkeitsgrades eignen sich die Verben „muss“, „soll“ oder „kann“.

„Muss“ benennt verpflichtende Punkte, dazu gehört u. a. die Erstellung von Satzungen und Ordnungen wie beispielsweise der Hauptsatzung, der Weiterbildungsordnung und der Berufsordnung (vgl. § 15 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Der Entwurf der Hauptsatzung war bereits im Vorfeld durch den Gründungsausschuss zu erstellen und in der ersten Vertreterversammlung zu verabschieden, denn eine Pflegekammer ohne Hauptsatzung wäre nicht arbeitsfähig. Die Fertigstellung der verbindlich zu erstellenden Weiterbildungsordnung setzte das HeilBG auf den 01.01.2018 fest (vgl. § 47 Abs. 1 HeilBG), für die Berufsordnung setzt das HeilBG kein Datum.

„Soll“ bestimmt eine Norm, die nur dann nicht eingehalten werden darf, wenn gewichtige Gründe dagegen vorgebracht werden können bzw. die Forderung in der Realität nicht umsetzbar ist. Mit Blick auf die Profession Pflege zählen hierzu alle Passagen zur Genderngleichheit im HeilBG, so sollen bei den

⁴ Das Heilberufsgesetz spricht im Unterschied zur vorliegenden Arbeit von „Pflegekräften“.

Wahlvorschlägen zur Vertreterversammlung der Kammern „Frauen und Männer in gleicher Zahl berücksichtigt werden“ (§ 9 Abs. 1 HeilBG). Dies ist im Frauenberuf Pflege mit ca. 85 % weiblichen Berufsangehörigen organisatorisch schwierig umzusetzen und genderpolitisch kontraproduktiv, denn es würde die bereits bestehende Dominanz der Männer in den Führungsetagen der Gesundheitseinrichtungen weiter verstärken (vgl. Borutta und Giesler 2006, S. 138). Somit hatte die Pflegekammer gute Argumente, sich dieser Norm zu entziehen, was später auch erfolgte.

„Kann“ als dritte Kategorie eröffnet Möglichkeiten der Ausgestaltung für die Kammern, die gefüllt werden können, aber nicht müssen. So kann die Landespflegekammer eine eigene Ethikkommission errichten (vgl. § 6 Abs. 5 HeilBG). Dies gilt für alle Heilberufskammern in Rheinland-Pfalz mit Ausnahme der Landesärztekammer, sie muss eine Ethikkommission errichten. Wenn sich die Vertreterversammlung der Landespflegekammer für die Errichtung einer eigenen Ethikkommission entscheidet, wären die Vorgaben zur ärztlichen Ethikkommission zur gendergerechten Bestellung der Mitglieder (§ 6 Abs. 3 HeilBG) und den Satzungsregelungen (§ 6 Abs. 4 HeilBG) für die Ethikkommission der Pflegekammer ebenfalls bindend. Für den Fall werden nachfolgend die Inhalte des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes zum Themenfeld Ethik dargestellt. Das einfache Kategoriensystem ermöglicht die Beurteilung bzgl. verpflichtender Vorgaben und offerierten Möglichkeiten.

Von der Vielfalt möglicher ethischer Themenfelder regelt das HeilBG in § 6 *Ethikkommission* den Bereich der Forschungsethik. Zur Begutachtung der medizinischen Forschung muss die Ärztekammer eine Ethikkommission errichten. Als Aufgabe der Ethikkommission der Ärztekammer ist die Beratung „alle(r) Kammermitglieder über ethische und rechtliche Fragestellungen bei der Berufsausübung“ (§ 6 Abs. 1) vorgesehen. In der Begründung zum HeilBG sieht der Gesetzgeber die Beratungsnotwendigkeit insbesondere bei forschungsethischen Fragestellungen (vgl. Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 71). Die zu erlassende Berufsordnung „kann bestimmen, in welchen Fällen die Kammermitglieder die Ethikkommission zu beteiligen haben“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 71). Die Tätigkeit normiert Abs. 1, Satz 3 in § 6 HeilBG:

„Die Ethikkommission gibt bei Forschungsvorhaben am Menschen, insbesondere in den gesetzlich bestimmten Fällen, schriftliche Stellungnahmen ab; soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist, ist dem Kammermitglied die Durchführung eines Forschungsvorhabens am Menschen nur bei positivem Votum der Ethikkommission erlaubt“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014).

Nach Auffassung des Gesetzgebers hat vor der Durchführung medizinischer Forschungsvorhaben zwingend ein ethisches Clearing zu erfolgen. Die Durchführung einer Studie ist nur bei Vorliegen des schriftlichen Votums erlaubt. Über diesen Paragraph hat das Land Rheinland-Pfalz die Verantwortung zur qualitätssichernden Kontrolle von Forschung in der medizinischen Gesundheitsversorgung an die Ärztekammer übertragen. Dies betont das Anerkennen der fachlich-ethische Kompetenz der Ärzteschaft, sie agiert im Bereich Forschung schon viele Jahre in eigener Verantwortung. Neu normiert wurde die personelle Zusammensetzung der ärztlichen Ethikkommission, das novellierte HeilBG schreibt die Mitgliedschaft einer Pflegefachkraft (vgl. § 6 Abs. 2 Nr. 2 HeilBG) und von „zwei Mitgliedern als Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Patientenorganisationen“ (§ 6 Abs. 2 Nr. 4 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014) vor.

§ 6 Abs. 5 räumt anderen Heilberufskammern und somit auch der Landespflegekammer das Recht ein, eine eigene Ethikkommission zu errichten. In der Satzung dieser Ethikkommission kann vorgesehen werden, dass sie „ausschließlich für Stellungnahmen bei Forschungsvorhaben am Menschen zuständig ist“ (§ 6 Abs. 5 HeilBG). In einer Ethikkommission der Landespflegekammer müssten ebenfalls zwei Vertreter der Arbeitsgemeinschaften der Patientenorganisationen Mitglied sein, weitere personelle Vorgaben sieht das Gesetz nicht vor (vgl. § 6 Abs. 5 HeilBG).

Die Landesärztekammer erhält die Zuständigkeit zur Regelung berufsübergreifender, forschungsethischer Fragen, die (ggf. existierenden) Kammern der anderen Heilberufe sind aufgefordert („Soll“ Bestimmung), in der Kommission der Ärztekammer mitzuwirken (vgl. § 6 Abs. 6 HeilBG).

Das Gesetz ermöglicht alternativ die Errichtung gemeinsamer Ethikkommissionen der Ärztekammer, der Zahnärztekammer, der Psychotherapeutenkammer, der Pflegekammer und der Apothekerkammer auf Landesebene oder auch gemeinsame Ethikkommissionen mit anderen Bundesländern (vgl. § 6 Abs. 7 HeilBG). Aus dem Passus wäre z. B. die Legitimation für eine mögliche Ethikkommission auf Bundesebene bei einer Bundespflegekammer als „kann“-Bestimmung abzuleiten.

§ 6 Abs. 4 HeilBG verpflichtet die Landesärztekammer und darüber hinaus alle Kammern, die ebenfalls eine Ethikkommission errichten werden, „die erforderlichen Regelungen zur Errichtung und zur Wahrnehmung der Aufgaben der Ethikkommission“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014) in einer Satzung zu treffen. Neben formalen Regelungen, die Bestandteil jeder Satzung und Ordnung sind, fallen aus ethischer Sicht die Punkte der Unabhängigkeit und der entsprechenden Sachkunde der Mitglieder ins Gewicht (vgl. § 6 Abs. 4 Nr. 3).

Voten anderer Ethikkommissionen müssen dann anerkannt werden, wenn die entsprechenden Kommissionen „aufgrund des jeweiligen Landesrechts gebildet sind“ (vgl. § 6 Abs. 4 Nr. 7). Dies heißt jedoch, dass die Votes von Ethikkommissionen anderer Organisationen der Pflege, wie beispielsweise der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft dort keine zwingende Anerkennung finden, sondern Ethikanträge für pflegerische Forschungsvorhaben in Rheinland-Pfalz ab Bestehen einer Ethikkommission der Landespflegekammer zukünftig dort einzureichen wären. Hieraus ergibt sich ein wichtiger pflegewissenschaftlicher Regelungsbedarf. Mit der Verkammerung der Pflege hat der rheinland-pfälzische Gesetzgeber einen Teil seiner Gestaltungskompetenz an die Landespflegekammer übertragen. Das HeilBG setzt die Rahmenbedingungen, unter denen die Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts ihre Gestaltungskompetenz auch im Themenfeld Ethik ausüben darf. Explizite Regelungen zur Ethik in einer Heilberufekammer über den § 6 *Ethikkommission* hinaus trifft das HeilBG nicht. Somit bleibt das Herangehen der Landespflegekammer RLP an das Themenfeld Ethik mit Ausnahme der pflegerischen Forschungsethik offen. Abbildung 5.3 zeigt das Outcome Chain Logic Model einige, den Heilberuf Pflege betreffenden Normen des HeilBGs, sortiert nach Verbindlichkeit.

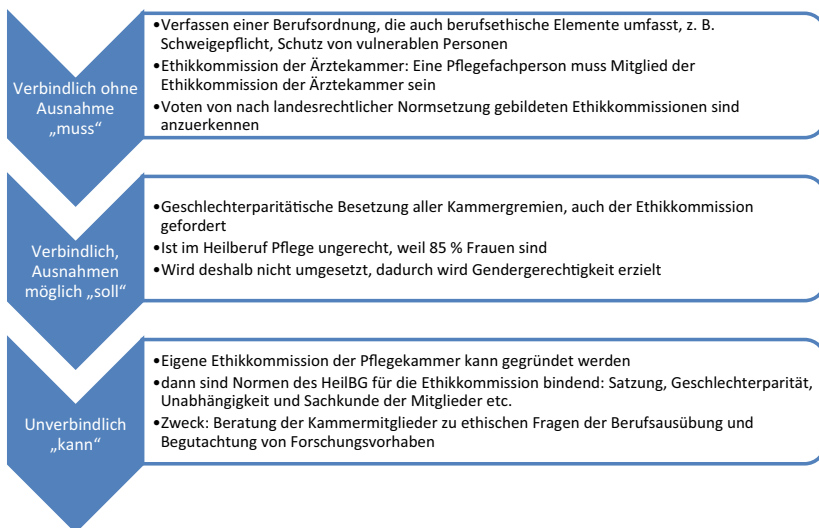


Abbildung 5.3 Gesetzliche Normsetzungen zum Themenfeld Ethik im HeilBG RLP

Offen bleibt, ob gesetzliche Regelungen ausreichend sind. Zudem wird zu schauen sein, welches Ethikverständnis dem Themenfeld Ethik in einer Pflegekammer zugrunde liegen wird. Im Verlauf der Kammererrichtung werden ethische Aspekte implizit oder explizit in weiteren Regelwerke, wie der Berufsordnung, aufgenommen. Dies wird zu Konsequenzen für die ethische Unterstützung des Heilberufs führen. Abschn. 5.1.3 nimmt den beginnenden Aufbau von Ethikstrukturen der Landespflegekammer RLP, deren Zielsetzung und das darin mitgetragene Ethikverständnis in den Blick.

5.1.3 Ethik – beginnender Aufbau und Stillstand in der Landespflegekammer

Vom 25. bis 26.01.2016 konstituierte sich die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Unerlässlich für die Arbeitsaufnahme der Landespflegekammer war die Verabschiedung der Hauptsatzung (s. Abschn. 5.1.2). Die zentrale Bedeutung des Regelwerks hebt das Zitat des Geschäftsführers der Bezirksärztekammer Rheinhesen heraus, er sagte bereits 2013:

„Die Hauptsatzung ist die Seele der Kammer. Sie enthält die Bestimmungen, nach denen die Kammer, die ihr durch den Gesetzgeber übertragene Gestaltungskompetenz vornimmt.“ (Wollek 2013, S. 5 unveröffentlicht)

Die Hauptsatzung bildet die Grundlage für alle anderen Regelwerke der Kammer, dazu gehören u. a. die Meldeordnung, die Weiterbildungsordnung, die Fortbildungsordnung, die Berufsordnung sowie die Satzungen des Schlichtungsausschusses und einer möglichen Ethikkommission. Zum Thema Ethik schreibt die Pflegekammer in der Hauptsatzung unter § 2 *Aufgaben* in Abs. 3:

„Die Landespflegekammer errichtet für besondere ethische Fragestellungen in der pflegerischen Berufsausübung eine Ethikkommission. Darüber hinaus wirkt sie durch Bestellung und Entsendung eigener Mitglieder an der Ethikkommission der Landesärztekammer (§ 6 Abs. 2 Heilberufsgesetz) mit“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 10.06.2016).

Inhaltlich ist dies die einzige Regelung. Formal setzt die Landespflegekammer in § 9 Abs. 1 Nr. 11 „die Wahl der Mitglieder der eigenen Ethikkommission und die Entsendung der Mitglieder, die in anderen Ethikkommissionen mitarbeiten...“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 10.06.2016) als Aufgabe der Vertreterversammlung fest. Ein Hinweis auf die im HeilBG in § 6 Abs. 4 geforderte Satzung

der Ethikkommission fehlt in der Hauptsatzung. Ebenfalls fehlt der im HeilBG fokussierte Bezug zur Forschungsethik. Dies hat sich auch 2021 in der aktuell gültigen Fassung der Hauptsatzung nicht geändert (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 02.09.2020).

Der Vorstand der ersten Legislaturperiode⁵ maß dem Themenfeld Ethik einen hohen Stellenwert bei. Es wurde ein Vorstandsressort Ethik geschaffen. Vorstandsressorts teilen den einzelnen Vorstandsmitgliedern themengebundene Zuständigkeiten zu. Vorstandsressorts sind nicht in der Hauptsatzung geregelt, sie erscheinen jedoch in der Entschädigungsordnung.

2018, zwei Jahre nach Schaffung des Ressorts, wurde die Homepage der Landespflegekammer RLP⁶ untersucht, *Ethik* fand sich unter Rubrik *Pflege als Beruf entwickeln*. Im erläuternden Einführungstext zur Entwicklungsaufgabe hieß es:

„Eine Berufsordnung fokussiert insbesondere die Aufgaben und die Rolle der professionell Pflegenden sowie die ethischen Grundlagen für unsere Berufsausübung“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2018b).

Nachfolgend führte die Seite in die „*Inhaltliche Arbeit*“ ein, diese sei geprägt durch die Vorgaben des HeilBG und durch Festlegungen thematischer Inhalte aus der Vertreterversammlung (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2018b). Einer von zehn genannten Themenbereichen ist die Ethik. Optisch wurden alle zehn Themenbereiche in einzelnen Kästen dargestellt, dem Interessierten eröffneten sich durch Anklicken Details. Unter dem Kasten Ethik befanden sich fünf kurze Statements zu schwierigen Situationen im Berufsalltag aus verschiedenen Bereichen der direkten Pflege, verfasst von Frau Herzer, der Ressortverantwortlichen für Ethik, z. B.:

„Ich bin Krankenschwester und arbeite in der ambulanten Pflege. Wenn kaum Verkehr ist, ich vor jeder Haustür direkt einen Parkplatz finde und die Patienten keinen Gesprächsbedarf und keine zusätzlichen Probleme haben, komme ich mit meiner Zeit hin. Das passiert aber vielleicht einmal im Monat“ (Herzer 2018).

An die Statements anschließend folgte eine Einladung an die Kammermitglieder:

⁵ Die erste Legislaturperiode begann 2016, sie endete, bedingt durch die Corona-Pandemie im September 2021.

⁶ Seit Januar 2018 wurde die Homepage der Landespflegekammer mehrfach überarbeitet, die hier aufgeführten Inhalte sind bei der zweiten Recherche im Juli 2021 nicht mehr zu finden.

„Pfleger, die sich mit ethischen Fragen auseinandersetzen (müssen), wollen und brauchen den Austausch darüber. In unseren vier Regionalgruppen (Nord/ Süd/ Ost/ West) diskutieren wir u. a. über Ethik in Gesundheitswesen und Lehre, Netzwerkarbeit, Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen, Forschungsethik, ethische Entscheidungsfindung am Lebensende und Ethikkomitees“ (Herzer 2018).

Festzuhalten ist die Zielsetzung: Die Gruppen sollten der Diskussion und dem Austausch dienen. Im November 2016 begann der Aufbau der vier regionalen Ethikgruppen im Norden, Westen, Osten und Süden von Rheinland-Pfalz. Die Einladung zu den monatlichen Treffen der Regionalgruppen erfolgte über die Homepage. Dort fand sich der Hinweis auf die Landesgruppe Ethik, die die Themen der Regionalgruppen und die Zusammenarbeit mit den anderen Ressorts der Kammer koordinieren sollte (vgl. Herzer 2018). Weiterführende Informationen über Inhalte und Zusammensetzung, Arbeitsweise etc. fehlten. Treffen der Landesgruppe fanden im Sept. 2017 & Feb. 2018 statt.

Die Ethik-Arbeitsgruppen haben wie alle anderen Arbeitsgruppen der Landespflegekammer keine Legitimation über die Hauptsatzung, dort werden sie nicht erwähnt. Nichtnormiertes Vorgehen zur Aufnahme von Pflegefachpersonen in alle anderen Arbeitsgruppen ist der Vorschlag der zukünftigen AG-Mitglieder bei einer Sitzung der Vertreter*innen und die Berufung durch die Vertreterversammlung. Bei den Ethikgruppen gab es dieses Vorgehen nicht. Vielmehr sollte jedes Kammermitglied jederzeit in den Arbeitsgruppen mitmachen können, auf Dauer oder nur kurzfristig. Kammermitglieder die mehr erfahren oder an den Treffen teilnehmen wollten, wurden nur gebeten, sich per Mail bei der Landespflegekammer zu melden (vgl. Herzer 2018). Mit der Zielsetzung der Regionalgruppen als reine Diskussionsforen für ethische Fragestellungen ist das Vorgehen vereinbar. Mit den motivierenden Worten: „Werden Sie aktiv, entscheiden und entwickeln Sie mit, was professionell Pfleger in RLP brauchen! Denn nur begründetes Handeln kann verantwortliches Handeln sein“ (Herzer 2018) schloss die Unterseite zur Ethik der Homepage. Eine konstruktive, durch Kontinuität geprägte Entwicklungsarbeit gestaltete sich jedoch mit der völlig offenen Struktur schwierig, was zu Konsequenzen führte, die am Ende des Kapitels dargestellt werden.

Auf den gesamten Unterseiten der Homepage der Landespflegekammer fanden sich im Januar 2018 über die Suchfunktion vier weitere Hits zum Suchbegriff „Ethik“. Unter der Rubrik „Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Das sind wir“ wurden „6 gute Gründe dabei zu sein“ benannt. Dort kündigt die Pflegekammer „Stellungnahmen zu aktuellen fachlichen und ethischen Themen meiner Pflegepraxis“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2018a) an. Weiterführende

Erläuterungen lagen nicht vor. Die anderen Ergebnisse der Suche bezogen sich nicht auf direkte Inhalte der Homepage, sondern auf dort eingestellte Dokumente zum Download. Darunter befand sich der Newsletter der Landespflegekammer von November 2016, der auf Ethik hinweisend lautete:

„Die Arbeitsgruppe Ethik in der Pflege findet sich! Pflegende, die sich mit ethischen Fragen auseinandersetzen (müssen), wollen und brauchen den Austausch darüber. Dazu gibt es noch keine landesweite Struktur. Die Landespflegekammer RLP hat es sich zur Aufgabe gemacht, diesen Austausch zu fördern. Dafür hat sie das Ressort „Ethik“ geschaffen, welches sich jetzt im Aufbau befindet. Die Mitglieder der AG werden in ersten Treffen bis Jahresende eine Aufbaustruktur abstimmen. Informieren können sich Interessierte HIER. Werden Sie aktiv, entscheiden und entwickeln Sie mit, was professionell Pflegende in RLP brauchen! Denn nur begründetes Handeln kann verantwortliches Handeln sein!“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2016).

Im Mittelpunkt steht der Austausch über ethische Fragen, ob mehr angedacht war bleibt unklar.

Auf der Homepage gab es zudem mehrere Hinweise auf Gewalt in der Pflege. Obwohl das Thema ethisch hochrelevant ist, wurde keine Verbindung zum Ressort Ethik hergestellt. Am 09.11.2017 fand der *„Gemeinsamer Fachtag: Kultur der Wertschätzung und es Hinschauens“* der Landespflegekammer zusammen mit der Pflegegesellschaft Rheinland-Pfalz und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz statt, im Einladungsflyer hieß es:

„Gerade professionelle Pflegepersonen sind häufig nahe Kontakt- und Vertrauenspersonen von pflegebedürftigen Menschen und haben aus ethischer und rechtlicher Sicht die Aufgabe, pflegebedürftige Menschen vor Schäden zu schützen, ihre Arbeit zum Wohle derer auszuführen und nötigenfalls für deren Bedürfnisse, Interessen und Rechte einzustehen“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2017, S. 2).

Im Text deutlich nachvollziehbar wird Ethik als Aufgabe von Pflegefachpersonen gedacht. Es ist der konservative Ansatz zu erkennen, der sich einseitig auf „pflegebedürftige Menschen“ ausrichtet, Ethik ist definiert als eine Leistung der Pflegefachpersonen zu deren Schutz. Neuere pflegeethischen Ansätze dagegen diskutieren die Probleme in der Beziehung von Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf. Damit einher geht eine Milderung der Asymmetrie zwischen Pflegefachperson und Mensch mit Pflegebedarf. Eine Umkehr der Perspektive auf die Unterstützung von Pflegefachpersonen ist in dieser Denklöge nur konsequent (vgl. Canadian Nurses Association 2017). Von diesen modernen Ansätzen war in der Einladung zum Fachtag nichts zu erkennen.

In Begleitung der Veranstaltung erschien eine Pressemeldung mit fast identischem Wortlaut. In der Ergänzung des Einladungstextes wurde dort die ursprünglich benannte Zielgruppe „pflegebedürftige Menschen“ erweitert auf „professionell Pflegende, die im Rahmen ihrer Tätigkeit selbst Gewalt erfahren“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 06.11.2017), die Lösung dafür wurde sogleich mitgeliefert, sie „müssen im Umgang damit weiter geschult werden“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 06.11.2017). Offen bleibt, ob der Lösung eine wertschätzende Unterstützung zugrunde liegt oder eher der Erhalt der Funktionsfähigkeit des Personals.

Zwei Monate nach der Tagung veröffentlichte die Pflegekammer eine weitere Pressemeldung, die titelt „Gewalt in der Pflege bleibt auch 2018 Thema der Landespflegekammer“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 12.01.2018). Die Mitteilung verschob den Fokus mehr auf die Pflegefachpersonen: „Gewalt ist keine Einbahnstraße, sie kann zu Pflegende ebenso treffen wie die Pflegenden selbst“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 12.01.2018, S. 1), Hans-Josef Börsch, Mitglied des Vorstandes und Leiter der Expertengruppe Gewalt konkretisierte:

„Es ist zu einem gesellschaftlichen Problem geworden, dass dieses Thema auf dem Rücken der Pflegekräfte ausgetragen wird und hingenommen wird, da es zu dem Berufsrisiko dazugehört“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 12.01.2018, S. 1).

Die PM transportierte erstmals, dass Pflegende ebenfalls Opfer sein können. Die explizite Verbindung von Gewalt und Ethik wurde in diesem Dokument jedoch nicht mehr hergestellt. In keinem der Dokumente gab es Aussagen zu Unterstützungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen.

Für Pflegewissenschaftler*innen unter den Kammermitgliedern ist die Forschungsethik wichtig. Die im HeilBG ermöglichte Ethikkommission mit dem verankerten Arbeitsschwerpunkt Forschung am Menschen erschien jedoch weder auf der Homepage noch in den Newslettern der Landespflegekammer. Pflegeforscher*innen können Regelungen ihr Arbeitsfeld betreffend analog zur pflegerischen Berufsausübung ableiten (§ 2 Abs. 3 Hauptsatzung). Der seit 2020 geltenden Berufsordnung liegt das internationale Verständnis pflegerischer Berufsausübung zugrunde, dass Pflegeforscher*innen entgegen der landläufig praktizierten Einordnung⁷ als Teil der Berufsgruppe normiert. Das HeilBG stützt

⁷ Pflegefachpersonen, die nicht mehr im direkten Patientenkontakt arbeiten, wurden bisher von der Berufsgruppe und der Öffentlichkeit als nicht mehr in der Pflege tätig definiert, das deckt sich häufig mit der eigener Wahrnehmung von Pflegewissenschaftler*innen (vgl. Gerlach 2013, 213, 241 f.).

dies, es normiert alle Personen als Berufsangehörige und in der Folge als Pflichtmitglieder der Landespflegekammer, die über eine Berufsankennung in einem der drei Pflegeberufe (§ 1 Abs. 1 Nr. 5–7 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014) verfügen. § 1 Abs. 2, dritter Halbsatz: „; die Ausübung des Berufs umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden.“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Die Hauptsatzung der Landespflegekammer nimmt in § 3 Mitgliedschaft in Abs. 1 die Passage wortgetreu auf (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014; Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 10.06.2016). Dem weiten Verständnis des HeilBG folgend nahm die nach § 23 HeilBG (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014, S. 8) erstellte BO den Bedarf für Kammermitglieder im pflegewissenschaftlichen Tätigkeitsfeld auf. 2020 fand der Umgang mit pflegewissenschaftlichen Fragen Aufnahme, die BO normiert die „Verantwortung in der Forschung“ (§ 27 BO Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020).

Ein weiteres Medium zum Transport von Aspekten des Themenfelds Ethik sind die Printmedien der Kammer. Aufgabe aller Heilberufskammern ist nach § 3 Abs. 2 Nr. 15 HeilBG „Mitteilungsblätter heraus- oder mit herauszugeben, die insbesondere der Bekanntmachung, Fortbildung, Information und Meinungsbildung dienen“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014, S. 8). Seit März 2017 erscheint die Zeitschrift „*Pflegekammer. Das Magazin der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz*“. Das Magazin erscheint sechsmal im Jahr, jedes Kammermitglied erhält es in Papierform per Post. Im Kammerblatt wurde der Diskurs zum Themenfeld Ethik ebenfalls untersucht. In der fünften Ausgabe von November 2017 erschien der erste Beitrag zum Thema, ein Interview mit dem Titel „Wir brauchen ethische Fallbesprechungen“. Darin stellte die Interviewpartnerin Kautz dar, inwiefern der Expertenstandard Demenz ethische Überlegungen aufgreift, sie wird zitiert: „Grundsätzlich ist die Pflege nicht ohne Ethik zu denken. Ethisch zu handeln begründet unser Menschenbild, das auf bestimmten Normen basiert“ (Borngässer 2017, S. 27). Kautz möchte die Würde von Menschen mit Demenz bewahren, Pflegende sollen ihrer Ansicht nach durch die Reflexion des eigenen Verhaltens deren Autonomie respektieren. Diese Herangehensweise spiegelt lt. Kautz der Expertenstandard Demenz wieder (vgl. Borngässer 2017, 27). Neben der Printversion stellt die Landespflegekammer eine umfangreichere Onlineversion des Kammermagazins zur Verfügung, darin ist das Interview etwas umfassender. Kautz betont dort: „Das Krankheitsbild Demenz fordert die Pflege auf höchstem Niveau heraus und löst täglich ethische Dilemmata aus“ (Borngässer 2017, S. 98). Die größten Fallstricke für die Pflege sieht Kautz in der fehlenden Kommunikation über ethische Fragestellungen. Als Lösungsansatz

fordert sie ethische Fallbesprechungen zum kollegialem Austausch und Konsensfindung. Arbeitgeber und Führungskräfte seien in der Pflicht, Pflegende bei Fallbesprechungen durch den Einbezug von Expert*innen zu unterstützen. Sie meint: „Um mit inneren Konflikten zurechtzukommen, sind Supervision sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten notwendig“ (Borngässer 2017, 99). Das Interview betont die ethischen Belastungen von Pflegefachpersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz und stellt lösungsorientierte Forderungen an die individuelle Ebene der Pflegefachperson und an die Organisationsebene. Es bleibt offen, aus welcher Quelle die Interviewpartnerin die Lösungsansätze zieht. Die Analyse der Antworten ergibt jedoch verschiedene Hinweise. Deutlich zu erkennen sind in den vorgeschlagenen Lösungsansätzen Teile der Standards für Ethikberatung der Akademie für Ethik in der Medizin (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010)(s. Abschn. 6.1.3). Der ethische Ansatz betont die individuelle ethische Aspekte. Darüber hinaus spielt im Interview implizit die Pflegebeziehung eine Rolle, die care-ethischen Ansätzen zuzuordnen wäre.

Das Interview konturiert den international anerkannten Bedarf für ethische Expertise der Pflege „im Umgang mit konfliktbeladenen Situationen des klinischen Alltags“ (Monteverde 2015, S. 317). Im Detail geht es um die Entwicklung ethischer Sprachfähigkeit, welche „die Probleme benennbar und bearbeitbar macht“. Zweitens steht neben der Lösungsorientierung das Verstehen „vor allem in Pflegesituationen, die von Verletzlichkeit geprägt sind“ (Monteverde 2015, S. 317) zentral. Die „Auseinandersetzung mit Aspekten der Organisationskultur“ (Monteverde 2015, S. 317) als Teil des dritten von Monteverde aufgeführten Punktes, findet sich ebenfalls im Interview.

Die Entwicklung ethischer Expertise stellt eine hohe Anforderung an Pflegefachpersonen, welcher einen umfassenden, theoretisch fundierten Ansatz erfordert. Darüber können Pflegefachpersonen unterstützt werden, damit sie ethisch gute Pflege für die Menschen mit Pflegebedarf ermöglichen können. Eine Antwort auf diese Anforderung boten die analysierten Dokumente der Landespflegekammer RLP im Januar 2018 nicht. Inwieweit die Unterstützung von Pflegefachpersonen als Kammermitgliedern mitgedacht und dann auch umgesetzt werden soll, bleibt bis Juli 2021 offen. Mannigfaltige Unklarheiten bedürfen der Klärung. Über das explizit benannte umgrenzte Feld *Ethik* hinaus regelt eine Pflegekammer viele weitere ethikrelevante Angelegenheiten. Ethische Aspekte durchziehen in unterschiedlich starker Ausprägung fast alle Arbeitsgebiete der Kammer. Ein gesetzlich definiertes Ziel der Kammerarbeit ist das Erlassen von Normen in Form von Satzungen und Ordnungen und daran anschließend deren Überwachung. Ein Programm zur Umsetzung fehlt.

Zentrale Regelwerke sind u. a. die Weiterbildungsordnung und die Berufsordnung. Das HeilBG verpflichtete die Heilberufe in Rheinland-Pfalz zur Erstellung einer Berufsordnung, Inhalte geben insbesondere die §§ 22–24 vor. Gesetzlich vorgeschrieben sind ethische Inhalte eher indirekt. Im Frühjahr 2016 gründete sich eine Arbeitsgruppe (AG) zur Erstellung der Berufsordnung, die Verfasserin ist Mitglied der AG. Die Abgrenzung zwischen einer Berufsordnung und einem Ethikkodex ist unklar. Die beiden Begriffe unterliegen unterschiedlichen Interpretationsspielräumen, Zielsetzungen und Wirkungsansätzen. Es gibt Ansätze, die ethische und berufsfachliche Inhalte in einer Norm denken, andere wiederum sehen darin zwei getrennte Dokumente. Die dritte Variante sind Überschneidungen bzw. Verweise in den jeweiligen für sich stehenden Dokumenten. Es fehlt eine saubere Abgrenzung und eine Definition für deutsche Pflegekammern. Ein Vergleich der unterschiedlichen Ansätze auf nationaler und internationaler Ebene ist dringend erforderlich, um daraus sach- und fachkundige Empfehlungen abzuleiten. Eine weitere normierte Aufgabe für die Pflegekammer Rheinland-Pfalz nach dem HeilBG war die bis 2018 verpflichtend zu erstellende Weiterbildungsordnung, sie wurde am 01.02.18 veröffentlicht. Die Weiterbildungsordnung enthält ebenfalls ethische Aspekte. Die Regelwerke sind in die Programmtheorie zur Ethik in Pflegekammern einzubeziehen.

Im Sommer 2018 stagnierten die Ethik-Initiativen der Kammer trotz guter Anfänge, weil nötige inhaltliche Klärungen und die theoretische Fundierung der Intervention nicht vorgenommen wurden. Das Thema Ethik wurde auf Eis gelegt, das Vorstandsressort und die fünf Arbeitsgruppen aufgelöst.

Die Umsetzung neuere Überlegungen liegt lt. telefonischer Auskunft der Geschäftsstelle im Frühjahr 2020 immer noch auf Eis. Die Corona-Pandemie bestimmte auch die Kammerarbeit, Ressourcen für die Präzisierung der Ethik standen bei der zweiten Nachfrage 2021 nicht zur Verfügung. Im Juli 2021 finden die Wahlen zur zweiten Vertreterversammlung der Landespflegekammer statt. Es wird sich zeigen, wie in der zweiten Legislaturperiode mit der Thematik umgegangen wird⁸. Abbildung 5.4 bildet die Normsetzungen, die Implementierungsversuche und das Outcome zum Themenfeld Ethik ab.

⁸ Im Frühjahr 2022 konstituierte sich eine neue AG Ethik, auch diesmal lag im Vorfeld keine Programmtheorie vor. Die Gruppe nahm Bezug auf die Vorarbeiten der Autorin (u. a. Kuhn 2020). Weitere Schritte stehen aus.

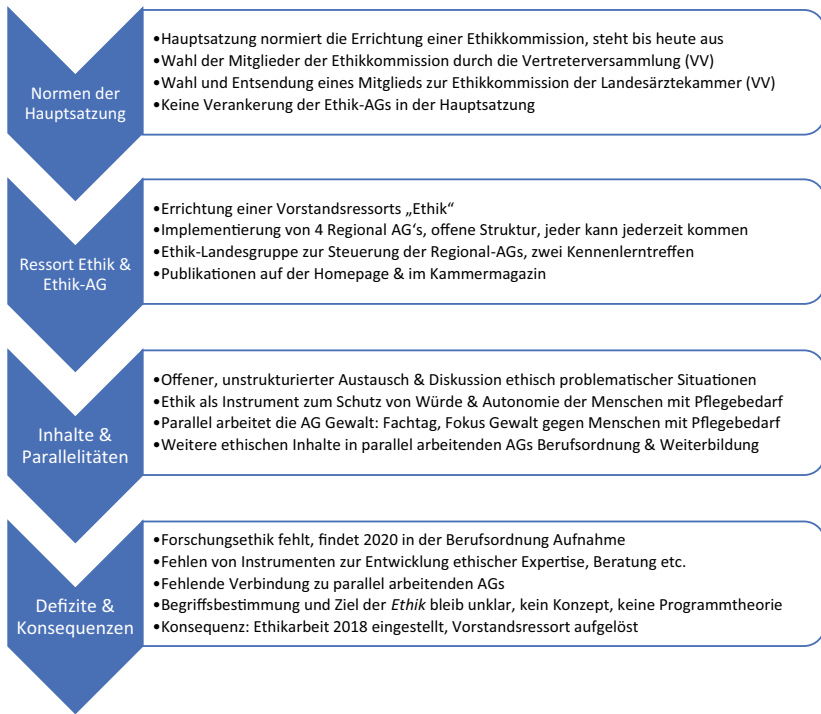


Abbildung 5.4 Ethik in der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, beginnender Aufbau und Stillstand

Das Dokument mit dem höchsten formalen Normierungsgrad des Berufsethos ist die Berufsordnung. Abschn. 5.1.4 gibt einen Einblick in Entwicklung und zentrale Inhalte der ersten gesetzlich verbindlichen Berufsordnung, die sich die Profession Pflege in Rheinland-Pfalz selbst gegeben hat.

5.1.4 Berufsordnung – erste eigenständig erstellte Norm zur Berufsausübung

Die Berufsethik ist essentiell dem Professionsmerkmal (vgl. Schmeiser 2006). Sie unterwirft professionelles (Pflege)- Handeln einem strengen Verhaltenskodex, der den Schutz der Menschen (mit Pflegebedarf) garantieren soll. Alle Berufskammern haben die gesetzlich zugewiesene Aufgabe, solche Berufskodizes für ihre Mitglieder zu hinterlegen. Die Heilberufsgesetze als gesetzlicher Rahmen für die landesrechtlichen Heilberufekammern nennen diese Kodizes Berufsordnungen (BO). Die etablierten Heilberufekammern haben bereits BOs erlassen, teilweise liegen Muster-BOs auf Ebene ihrer Bundeskammern vor. Die erste und bisher einzige selbstverfasste, rechtsverbindliche BO des Heilberufs Pflege gilt seit 2020 in Rheinland-Pfalz.

Das HeilBG verpflichtet alle Heilberufekammern zum Verfassen einer BO zur Regelung der Berufsausübung (vgl. § 23 Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Für die Pflegekammer als neue Akteurin im Reigen der Heilberufekammern gilt die Pflicht. Dem partizipativen Ansatz folgend gründeten engagierte Mitglieder unter dem Dach der Kammer eine AG zur Regelung ihres Heilberufes.

„Die Berufsordnung bietet diverse Ansatzpunkte, die zur nachhaltigen Stärkung und Weiterentwicklung des Pflegeberufes führen. Als erste rechtlich bindende Berufsordnung für Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz stellt sie ein absolutes Novum dar – sowohl für die Mitglieder als auch für die Kammer selbst.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2021b, S. 3)

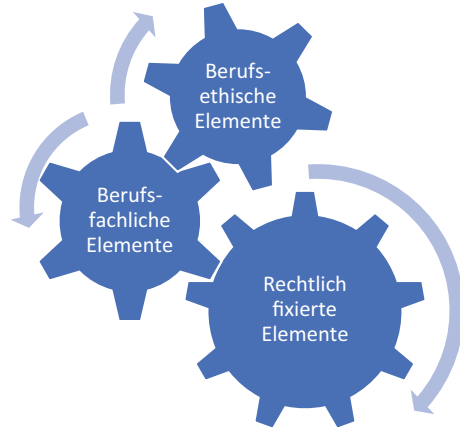
Der Prozess des Verfassens, Konsentierens und Verabschiedens der BO begann im März 2016 und benötigte bis zum Inkrafttreten am 01.01.2020 fast vier Jahre. Die Mitglieder wurden partizipativ eingebunden, um ihnen die Optionen professioneller Selbstbestimmung nahezubringen.

„Mit der ersten gesetzlich verankerten Berufsordnung für die Pflege setzen die Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ein wichtiges Statement für die Selbstbestimmung und Professionalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2021b, S. 3)

Die BO vereinigt berufsfachliche mit berufsethischen und rechtlich fixierten Elementen. Das HeilBG normiert verbindliche Inhalte (§§ 21–24). Die Vorgaben sind nicht abschließend, berufsgruppenspezifische Inhalte anderer Gesetze, professionelle Standards und berufsethische Elemente sind von der Berufsgruppe zu ergänzen. Abbildung 5.5 zeigt das Ineinandergreifen der Elemente der BO.

Abbildung 5.5

Ineinandergreifende
Normen einer
Berufsordnung (Kuhn
2016b)



Die erste allgemeine Berufspflicht aller Heilberufler*innen nach § 21 HeilBG lautet:

„(1) Die Kammermitglieder sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

Der Absatz transportiert den hohen moralische Wert des Vertrauens der Gesellschaft in die Heilberufe und gleichermaßen die Anforderung an jede*n einzelne*n Heilberufler*in, die heilberufliche Tätigkeit vor dem eigene Gewissen zu reflektieren. Diese ethische Reflexion spricht sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Ebene an.

§ 21 HeilBG regelt die Berufsausübung in niedergelassenen Praxen, z. B. in ambulanten Pflegediensten und den Umgang mit Berufspflichtverletzungen der Berufsangehörigen in allen Settings. Im Verdachtsfall hat die Kammer zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf weitreichende Kompetenz:

„3) Liegen einer Kammer hinreichende Anhaltspunkte für eine Berufspflichtverletzung vor, so ist sie berechtigt, zu deren Aufklärung und Ahndung personenbezogene Daten zu erheben, zu übermitteln und in sonstiger Weise zu verarbeiten. Öffentliche Stellen sowie die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber des betreffenden Kammermitglieds sind verpflichtet, die zur Aufklärung und Ahndung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kammer ist berechtigt, öffentliche Stellen sowie die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber über festgestellte schwerwiegende Berufspflichtverletzungen,

die sich auf die Berufsausübung des Kammermitglieds auswirken können, zu unterrichten. ...“ (§ 21 Abs. 3 Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

§ 22 Abs. 1 HeilBG benennt besondere Berufspflichten, die die Heilberufe im Detail zu regeln haben: Dazu gehören die kontinuierliche Fortbildungspflicht, inklusive der Pflicht, sich über die für die Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten (vgl. Nr. 1); der Abschluss eine Haftpflichtversicherung gegen aus der Berufsausübung erwachsende Ansprüche einschließlich der Nachweispflicht gegenüber der Kammer (vgl. Nr. 2); die Dokumentationspflicht in eigenen Niederlassungen (vgl. Nr. 4); der besondere Schutz von Kindern und anderen schutzwürdigen Personen (vgl. Nr. 5). Insbesondere dieser Punkt hat die hohen moralische Anforderungen des Berufsethos in rechtsverbindliches Gesetz gegossen. Pflegefachpersonen sind verpflichtet, auf Risiken für Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung zu achten, auf Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen hinzuwirken und insbesondere mit den Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenzuarbeiten (vgl. Nr. 5), Details sind in der BO zu regeln. Es zeigt sich die Relevanz der BO für die Mesoebene der Einrichtungen der Pflege.

§ 24 Abs. 1 HeilBG normiert weitere in der BO des jeweiligen Heilberufs aufzunehmende Inhalte. Auch hier sind moralische Anforderungen an die Pflege gesetzlich festgelegt:

- „1. der Einhaltung der Schweigepflicht und der sonst für die Berufsausübung geltenden Rechtsvorschriften sowie der verbindlichen fachlichen Standards zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung,
2. der datenschutzgerechten Aufbewahrung der in Ausübung des Berufs gefertigten automatisierten und nicht automatisierten Aufzeichnungen und Dokumentationen, der Sicherstellung der Auskunftsrechte der Betroffenen und der Zulässigkeit der externen Datenpflege, Datenverwaltung und Datenverarbeitung,
3. der Einführung und Verwendung von digitalen Signaturen, Verschlüsselungsverfahren und maschinell lesbaren Patientenakten einschließlich des Datenschutzes,
4. das Ausstellen von Gutachten, Zeugnissen und sonstigen fachlichen Dokumenten
...
6. der Einrichtung der Praxis oder Apotheke und ihrer Barrierefreiheit, ...
8. der Durchführung von Sprechstunden und Hausbesuchen,
9. der gemeinsamen Ausübung der Berufstätigkeit,
10. der Angemessenheit und Nachprüfbarkeit des Honorars,

11. der nach den Besonderheiten des jeweiligen Berufs bestehenden Möglichkeiten und erforderlichen Einschränkungen der Werbung,
12. der Verordnung und Empfehlung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln,
13. des beruflichen Verhaltens gegenüber anderen Berufsangehörigen und der Zusammenarbeit zwischen Berufsangehörigen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe,
14. der Beschäftigung von Vertretungs- und Assistenzkräften und sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und
15. der Ausbildung von Assistenzkräften.“ (§ 24 Abs. 1 Heil BG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

Soweit die Vorgaben des HeilBG, die alle in der BO Aufnahme fanden. Das Ergebnis ist eine Ordnung, die die professionelle Pflegefachlichkeit mit der Berufsethik und den rechtlichen Anforderungen in Einklang bringt und den Pflegefachpersonen Orientierung gibt:

„Die Berufsordnung (BO) der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz regelt, auf der Grundlage des Heilberufsgesetzes, die Rechte und Pflichten der Berufsmitglieder gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf, den Berufskolleginnen und der Pflegekammer. Sie definiert den Rahmen der pflegerischen Berufsausübung und beschreibt das aktuelle professionelle Berufsbild sowie die ethischen Grundsätze der Berufsausübung.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2021b, S. 4)

Die BO zeigt beruflich korrektes Verhalten der Pflegefachpersonen gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf auf, gibt pflegerischem Handeln professionelle Leitplanken, sichert die Pflegequalität und das Ansehen des Berufsstandes. Sie ist Ausdruck des beruflichen Selbstverständnisses, welches sich aus der Definition von Pflege des ICN speist:

§ 1 „(4) Pflege im Sinne dieser Berufsordnung umfasst die eigenständige 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. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (§ 1 Abs 4 BO Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020)

Dies ist der erste und gleichermaßen wegweisende internationale Bezug, den die rheinland-pfälzischen Pflegefachpersonen rechtsverbindlich festlegten. Die Vielfältigkeit des Pflegehandelns, der Zielgruppen und auch des Einsatzortes professioneller Pflegefachpersonen wird transparent.

Insgesamt 27 Paragraphen benennen verbindliche Rechte und Pflichten, die Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz kennen, reflektieren und ihr berufliches Handeln danach ausrichten müssen. Die Ziele der BO gießen berufsethische Ansprüche in für alle Pflegefachpersonen verbindliche Normen:

§ 2 „(3) Sie dient insbesondere den Zielen:

- a) das Vertrauen zwischen Kammermitgliedern und Menschen mit Pflegebedarf herzustellen und zu fördern,
- b) auf den Schutz der Menschen mit Pflegebedarf hinzuwirken,
- c) die Qualität der pflegerischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung durch fachliche und pflegerische Standards zu regeln,
- d) das Ansehen des Heilberufs Pflege zu wahren und zu fördern,
- e) auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern,
- f) die Kooperation in der Berufsgruppe und in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Berufsausübung zu fördern.“ (§ 2 Abs. 3 BO Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020)

Die Normsetzungen des HeilBGs finden sich hier und in weiteren Paragraphen wieder. Pflegeethische und berufsfachliche Ergänzungen benennt der nächste Absatz:

§ 2 „(4) Ziel der Berufsordnung ist auch, die Kammermitglieder dabei zu unterstützen

- a) Menschen mit Pflegebedarf als selbstbestimmte Individuen zu respektieren,
- b) die Interessen und die Würde der Menschen mit Pflegebedarf zu fördern und zu schützen,
- c) Personen als Individuen, Gruppen, sowie Organisationen und Institutionen zu beraten,
- d) die ihnen anvertrauten Menschen mit Pflegebedarf bei den Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitspflege und sozialen Betreuung entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu unterstützen,
- e) auf die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit zu achten.“ (§ 2 Abs. 4 BO Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020)

Zum ersten Mal für Deutschland hat die Berufsgruppe verbindlich die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit normiert. Das ist ein Paradigmenwechsel für viele Pflegefachpersonen, die ihre eigene Gesundheit noch immer hintanstellen (s. Abschn. 7.3.2). Dieses veränderte Selbstbewusstsein wird Einfluss auf die Arbeitsverhältnisse in den Einrichtungen haben. In der Corona-Pandemie folgte für die Pflegekammer daraus die breite Unterstützung der Mitglieder. Eine eigens im März 2020 freigeschaltete Website hält u. a. kontinuierlich aktualisierte Informationen, Beratungsangebote bereit und ermöglicht die direkte Kontaktaufnahme (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2020). Die Ziele der BO haben deutliche Bezüge zu Elementen der Gesundheitsförderung der WHO sowie der Berufsethik des ICN. Das Selbstverständnis in § 3 betont die zentrale Rolle der professionellen Pflege in der Gesundheitsversorgung des Individuums und der Bevölkerung.

§ 3 „(3) Kammermitglieder haben eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung des Individuums und der Bevölkerung. Der Heilberuf Pflege ist Teil der Gesellschaft. Die Berufsangehörigen haben Mitverantwortung für eine hochwertige, qualitätsorientierte, professionelle und interprofessionelle gesundheitlich-pflegerische Versorgung.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 7).

Damit wird die Anschlussfähigkeit zum Primary Health Care Konzept der WHO (vgl. World Health Organization 1978; Global Conference on Primary Health Care 2018) hergestellt: Im international seit über 40 Jahren erfolgreich verfolgten Konzept primärer Gesundheitsversorgung hat die Pflege eine zentrale Rolle in einem dezentralen, nah an Wohnorten und Bedarfen der Menschen ausgerichteten, multidisziplinären Gesundheitssystem inne. In Deutschland ist noch Entwicklungsarbeit zu leisten. Unser Gesundheitssystem verfolgt die entgegengesetzten Tendenzen zur Zentralisierung von arztzentrierten Versorgungsleitungen in städtischen Großkliniken und der damit einhergehenden Unterversorgung im ländlichen Raum. Dem stellt die BO die Verantwortung des Heilberufs Pflege entgegen:

§ 3 „(2) Die Kammermitglieder sind Mitglieder eines eigenständigen Heilberufs und handeln auf gleichwertiger Verantwortungsebene wie die anderen im Heilberufsgesetz geregelten Heilberufe im Gesundheitswesen.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 7)

Als ethischer Referenzrahmen zur Berufsausübung dient der ICN Ethikkodex (vgl. DBfK 2013)⁹.

§ 3 „(5) Die Kammermitglieder orientieren ihr Handeln an ethischen Grundsätzen, wie sie international im Ethikkodex des International Council of Nurses (nachfolgend ICN genannt) niedergelegt sind.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 7)

Die rheinland-pfälzischen Pflegefachpersonen verschreiben sich dem international gültigen, moralischen Fundament und Anspruch an die Berufsausübung der Nurses aus mehr als 130 Nationen.

§ 4 übernimmt die im HeilBG RLP normierten Pflichten an den Heilberuf Pflege, insbesondere

§ 4 „(2) Die Kammermitglieder verpflichten sich, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei der Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen (§ 21 Abs. 1 HeilBG in der aktuell geltenden Fassung). Sie haben dabei ihr pflegerisches Handeln am Wohl des Menschen mit Pflegebedarf auszurichten. Die Kammermitglieder dürfen nicht das Interesse Dritter über das Wohl des Menschen mit Pflegebedarf stellen, insofern keine anderen gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 7)

Deutlich ist der Professionsanspruch, sich dem Wohle der Bevölkerung zu verschreiben (s. Abschn. 7.1).

§ 5 fügt wortwörtlich die im Pflegeberufegesetz verankerten, ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehaltenen Tätigkeiten (vgl. § 4 Abs. 2 PflBRefG Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017) und rechtliche Vorbehaltsstellungen der Pflegefachpersonen in die BO ein (s. Abschn. 7.1.2). Der neuen Verantwortung müssen Pflegefachpersonen gerecht werden, die Pflegekammer hat ein großes Unterstützungsmandat. Das professionelle Auftreten der Berufsangehörigen in der Öffentlichkeit trägt zur Förderung des gesellschaftlichen Ansehen des Berufes bei, ebenso ihr Umgang mit sozialen Medien.

§ 4 „(6) Die Kammermitglieder achten bei ihrem beruflichen Auftreten in der Öffentlichkeit darauf, das Ansehen des Berufsstandes zu schützen und zu fördern. Sie orientieren sich im Umgang mit sozialen Medien an den Grundsätzen, wie sie der ICN in seinem Positionspapier „Pflegefachpersonen und die sozialen Medien“ beschreibt.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 8)

⁹ Der im Oktober 2021 veröffentlichte überarbeitete Version des ICN Ethikkodex drückt dies in besonderen Maße aus, deshalb nimmt die BO seitdem auf die aktuelle Version Bezug (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2021a).

Fußend auf den Positionen des ICN nimmt die BO Pflegefachpersonen in ihre professionelle Verantwortung im Umgang mit den nützlichen neuen Medien, inklusive der Fragen des Datenschutzes. Gleichzeitig sollen sie ihre professionelle Advocacy einnehmen und Menschen mit Pflegebedarf im Umgang mit sozialen Medine unterstützen (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2015a). Der Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts kommt die Verantwortung zu, diese Standards bekanntzumachen (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2015b, S. 4).

Die Kammermitglieder unterliegen der kontinuierlichen Fortbildungspflicht (§ 6 BO) und der Pflicht zur Aufrechterhaltung der Qualität pflegerischer Berufsausübung (§ 7 BO). Dies gilt für jede einzelne Pflegefachperson und für Pflegefachpersonen in Leitungsverantwortung. Letztere muss Räume der Ermöglichung schaffen. Die Schweigepflicht, die das Vertrauen zu Angehörigen von Heilberufen begründet, regelt § 9 BO. Die Landespflegekammer lässt ihre Mitglieder mit ihren Rechten und Pflichten nicht allein. In ganz vielen Paragrafen ermuntert die BO die Mitglieder explizit, sich an die Pflegekammer zu wenden, das Unterstützungsangebot durchzieht die gesamte BO. Noch deutlicher wird § 9 *Anzeigepflicht und Informationsweitergabe*, er ist das „Schwert der Profession“, um sich zu wehren, für die Menschen mit Pflegebedarf Verantwortung zu übernehmen und sich selbst und das Berufsethos zu schützen:

„(1) Haben die Kammermitglieder konkrete Hinweise, dass ein ihnen anvertrauter Mensch mit Pflegebedarf vorwerfbar im strafrechtlichen Sinne behandelt wurde, sind sie verpflichtet, diese Hinweise unverzüglich der nächsten Vorgesetzten mündlich und schriftlich mitzuteilen.

(2) Sind für das Kammermitglied aufgrund seiner Fachkompetenz Umstände erkennbar, die die Annahme eines Pflegefehlers begründen, hat es die Vorgesetzte unverzüglich zu informieren.

(3) Haben Kammermitglieder Kenntnisse, dass Personen ohne eine Erlaubnis zur Berufsausübung vorbehaltene Tätigkeiten durchführen, sind sie verpflichtet, dies der Vorgesetzten mündlich und schriftlich mitzuteilen.

(4) In den Fällen, in denen eine fach- und sachgemäße Berufsausübung nicht oder nicht mehr möglich ist, muss das Kammermitglied unverzüglich mündlich und schriftlich die Vorgesetzte informieren. Das Einschreiten bei akuter Gefahr für Leib und Leben sowie persönliche Integrität der den Kammermitgliedern anvertrauten Menschen mit Pflegebedarf bleibt davon unberührt.

(5) Gründe einer eingeschränkten Berufsausübung können insbesondere in organisatorisch-fachlichen Rahmenbedingungen, im Verhalten, im Gesundheitszustand oder in mangelnder Kompetenz des Kammermitglieds liegen.

(6) In Sachverhalten nach Abs. 1, 3, 4 und 5 sollen sich die Kammermitglieder zur fachlichen Aufklärung und Unterstützung sowie zu Informationszwecken zusätzlich an ihre Landespflegekammer wenden. Sie wird andere öffentliche Stellen und Heilberufskammern nach Zuständigkeit einschalten.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 10)

Die Anforderungen an die Berufsausübung dienen zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf, darunter fallen die angemessene Information der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer An- und Zugehörigen über pflegerische Maßnahmen (§ 10 BO) und ihre gesundheitliche Beratung (§ 11 BO) sowie die besondere Verantwortung im Umgang mit minderjährigen und eingeschränkt einwilligungsfähigen Menschen mit Pflegebedarf (§§ 12–13 BO). Weitere Schutzansprüche der Menschen mit Pflegebedarf beinhalten die Dokumentation des professionellen Pflegehandelns (§ 14 BO), der Datenschutz (§ 15 BO), die Berufshaftpflicht (§ 16 BO), die Wahrung der Unabhängigkeit (§ 17 BO) und die angemessene Honorierung pflegerischer Leitungen (§ 18 BO).

Der Landespflegekammer erwachsen Pflichten aus der BO gegenüber den Kammermitgliedern:

§ 19 „(3) Die Landespflegekammer unterstützt die Kammermitglieder in der Umsetzung dieser Berufsordnung sowie den weiteren von der Landespflegekammer erlassenen untergesetzlichen Bestimmungen.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 15)

Sie hat auch das Mandat, die Umsetzung der BO im politischen Feld zu ermöglichen

§ 19 „(1) Die Landespflegekammer vertritt im Sinne der Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange ihrer Mitglieder in ihrer Gesamtheit (§ 3 Abs. 1 HeilBG in der aktuell geltenden Fassung).“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 14)

und die Rechte der Kammermitglieder im Gesundheitssystem zu wahren.

Die Pflicht der Kammermitglieder gegenüber der Landespflegekammer (§ 20 BO) umfasst das Erfüllen aller Aufgaben, die die BO und alle anderen Gesetze, untergesetzliche Normen sowie Standard dem professionellen Pflegehandeln auferlegen. Dies schließt die Auskunftspflicht gegenüber der Kammer ein. Bei Verstößen gegen die BO kann die Kammer ein Ordnungsverfahren anstrengen (§ 21 BO), schwerwiegende Pflichtverletzungen können Berufungsverfahren nach § 51 HeilBG nach sich ziehen. Die BO schützt die Berufsausübung, stärkt die Eigenverantwortung und fordert die Reflexion:

§ 22 „(1) Kammermitglieder in einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis dürfen nur Weisungen befolgen, die mit dieser Berufsordnung vereinbar sind und deren Befolgung sie selbst fachlich verantworten können.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 16)

In der interprofessionellen Zusammenarbeit steht das professionelle Pflegehandeln im Mittelpunkt:

§ 22 „(2) Kammermitglieder dürfen in Bezug auf fachliche Angelegenheiten ihrer Berufsausübung Weisungen von Vorgesetzten nur dann befolgen, wenn diese über entsprechende pflegerische Qualifikationen verfügen. Alle dem Heilberuf Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (in der aktuell geltenden Fassung) unterliegen nicht der ärztlichen Weisungsbefugnis (§ 6 Abs. 2 Berufsordnung). Pflegefachpersonen führen eigenständig ärztlich angeordnete Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation durch (§ 5 Abs. 3 Nr. 2 Pflegeberufegesetz in der aktuell geltenden Fassung).“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 16)

Pflegefachpersonen in Leitungsfunktion sind ebenfalls der BO verpflichtet:

§ 22 „(3) Kammermitglieder als Dienstvorgesetzte dürfen keine fachlichen Weisungen erteilen, die mit der Berufsordnung unvereinbar sind. Sie haben bei der Gestaltung beruflicher Rahmenbedingungen darauf hinzuwirken, dass diese den weisungsgebundenen Berufskolleginnen die Einhaltung ihrer Berufspflichten ermöglicht.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 16)

Sie tragen Verantwortung gegenüber den ihnen unterstellten Pflegefachpersonen und haben ein Mandat für sie gegenüber der Organisation inne. Die Kammer kann Arbeitsverträge rechtlich überprüfen (§ 22 Abs. 5 BO). Die BO regelt die Freiberuflichkeit (§ 23) und die Verantwortung bei der Erstellung von Pflegegutachten (§ 24). § 25 stärkt nochmals die Führungsverantwortung der Profession

Pflege im Pflegeprozess, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die federführende Koordination multiprofessioneller Lösungen zugunsten der Menschen mit Pflegebedarf.

§ 26 betont die Verantwortung aller Kammermitglieder in Aus-, Fort-, Weiterbildung und Studium:

„(1) Alle Kammermitglieder haben Vorbildfunktion und die fachliche Verantwortung für die Durchführung der Ausbildung zukünftiger Pflegefachpersonen. Dies gilt insbesondere für die in Bildung und Organisation Verantwortung tragenden Kammermitglieder.

(2) Auszubildende sind auf ihren späteren Beruf hin angemessen auszubilden. Fortzubildende, Weiterzubildende und Studierende sind für ihre erweiterten Berufsaufgaben zielgerichtet zu qualifizieren.

(3) Absatz 1 gilt auch für die in Fortbildung, in Weiterbildung und in Studiengängen Verantwortung tragenden Kammermitglieder.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 18)

Die BO schließt mit § 27 Verantwortung in der Forschung. Alle Kammermitglieder tragen Verantwortung für die in Forschungsvorhaben teilnehmenden Menschen mit Pflegebedarf, insb. wenn sie besonders vulnerabel sind, wie z. B. Kinder und alte Menschen (§ 27 Abs. 1 BO). Forschende Pflegefachpersonen tragen besondere Verantwortung, die § 6 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014 für die Ärzteschaft formuliert und die BO auf Pflegewissenschaftler*innen überträgt:

§ 27 „(2) Kammermitglieder, die ein Forschungsvorhaben durchführen wollen, bei dem in die physische oder psychische Integrität eines Menschen eingegriffen wird, Körpermaterialien verwendet werden oder Daten verwendet werden, die sich individuell und direkt einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen vor dessen Beginn eine Stellungnahme einer Ethikkommission zu ihrem Forschungsvorhaben der Geschäftsstelle der Landespflegekammer vorlegen.

Die BO empfiehlt den Pflegeforscher*innen das Vorgehen nach den nationalen Ethikkodex der DG Pflegewissenschaft (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2016) als auch internationale Standards des ICN Ethikkodex (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2021b).

„§ 27 (3) Die informierte Zustimmung (informed consent) der Forschungsteilnehmerinnen ist vor Beginn der Forschung durch die Forschungsverantwortliche einzuholen. Diese Zustimmung muss im Verlauf der Forschung durchgängig vorliegen (ongoing consent).

(4) Die Kammermitglieder orientieren ihr forschendes Handeln an ethischen Grundsätzen, wie sie national im Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) niedergelegt sind. Ergänzend ist der ICN Ethik-Kodex einzubeziehen.“ (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020, S. 18–19)

Soweit ein Einblick in die vielen ethisch relevanten Aspekte der Berufsordnung. Die Pflegefachlichkeit ist eng dem Berufsethos verbunden, denn Pflege ist eine zutiefst moralische Tätigkeit (vgl. Hamric 2020, S. 102). Deshalb durchzieht die Pflegeethik jedes professionelle Handeln des Heilberufs Pflege, die BO bietet die rechtliche Grundlage zur Umsetzung. Damit die BO Wirkung entfalten kann, gilt es das neue Selbstverständnis bei den Pflegefachpersonen zu verbreiten und sie zur Anwendung der BO zu ermuntern. So können die Ursachen vieler ethischer Belastungen (s. Kap. 6 & 7 insb. 6.2.4, 6.3.2, 6.4, 7.3.3) reduziert werden.

Die Landespflegekammer unternahm entsprechende Anstrengungen: Bereits in der Entstehungsphase wurden die Kammermitglieder eingebunden, sie konnten Mitglied in der AG BO werden. Es gab eine Informationskampagne im Herbst 2016 und einen Infostand beim Pfllegetag 2017. 2018 am Pfllegetag wurden Eckpunkte der BO vorgestellt und mit den Mitgliedern diskutiert (vgl. Groß und Kuhn 2018a, 2018b). Intern wurde der Arbeitsstand immer wieder der Vertreterversammlung vorgestellt, deren Anmerkungen aufgenommen und eingearbeitet. Zudem wurde ein Rechtsgutachten veranlasst, das u. a. den Unterstützungsanspruch in der Umsetzung der BO stärkte.

Im Sommer 2019 fand die Umfrage zur Berufsordnung unter den Kammermitgliedern statt. Ziel war den Mitgliedern die Kernelemente der BO vorzustellen, zu erläutern und ihr Feedback dazu einzuholen. Das Forschungsnetzwerk Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen führte die online-gestützte quantitative Umfrage unentgeltlich durch, alle Rechte liegen bei der Autorin (vgl. Kuhn 2019c). Die Zusammenfassung der Ergebnisse: Die 1067 teilnehmenden Mitglieder setzen hohe Erwartungen in die BO: 68 % erwünschen von der BO eine Verbesserung des professionellen Pflegehandelns, 81 % begrüßen die neuen Gestaltungsmöglichkeiten des Pflegeberufes. 93 % sind die Vorbehaltsaufgaben der Pflege wichtig und 80 % stimmen dem inhärenten Durchführungsverbot für alle anderen Berufsgruppen zu. 73 % befürworten die internationale Anschlussfähigkeit der rheinland-pfälzischen Pflege u. a. über die Übernahme von und die Ausrichtung an internationalen Standards wie der ICN Definition von Pflege und dem ICN Ethikkodex. Bezogen auf die professionelle Berufsausübung stimmten 86 % den Zielen der BO, 96 % den allgemeinen Berufspflichten und 73 % der Mitteilung von Gefahren für die Menschen mit Pflegebedarf und die Pflegefachpersonen zu. Die BO fand breite Zustimmung,

91 % fordern eine vertiefte Information und die partizipative Beteiligung bei der Einführung und Überprüfung der BO im Praxistest. Die Pflegekammer muss dies und die bedürfnisorientierte Anpassung der BO als zentralem Regelwerk gewährleisten (vgl. Kuhn 2019c).

Am Pflageetag in November 2019 folgte die Vorstellung der Struktur der finale Fassung sowie der Ergebnisse der Umfrage zur BO (vgl. Kuhn und Groß 2019). Die BO ging allen Kammermitgliedern postalisch zu, ein Glossar wurde ebenfalls bereitgestellt. Zum Inkrafttreten der BO zum 01.01.2020 war eine großangelegte Informationskampagne in den Einrichtungen geplant, die im Januar/Februar gut anlief, dann aber von der Corona-Pandemie komplett ausgebremst wurde. Stattdessen erfolgten mehrere Online-Webinare, in denen die Mitglieder der AG die BO vorstellten und auf Fragen der Pflegefachpersonen eingingen. Die Webinare stehen den Mitgliedern zur Verfügung (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 03–04 2021). Für die Verwendung in der Aus- und Weiterbildung sowie der Hochschullehre hat die Landespflegekammer ein umfangreiche Erläuterung erstellt, die zusammen mit Printexemplaren an alle Ausbildungsstätten versandt wurde und zum Download auf der Homepage zur Verfügung steht (Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2021a). Eine Zusammenfassung des Entwicklungsprozesses, der Vorgaben und zentralen Elemente, der Inhalte der drei Teile der BO sowie der Initiativen zur Verbreitung zeigt Abbildung 5.6.

Nach wie vor sind große Anstrengungen zu unternehmen, die BO unter den Mitgliedern und den Menschen mit Pflegebedarf bekannt zu machen. Das sind Facetten des ethischen Mandats von Pflegekammern. Insbesondere die von den Mitgliedern gewünschte Partizipation und die Relevanz der BO für die Gestaltung des öffentlichen Gesundheitssystems muss die Programmtheorie abdecken.

Wie andere Pflegekammern Deutschlands das Thema Ethik angehen, auf welchem Stand sie bis zum Ende der Erhebung im Sommer 2021 sind und welche ethischen Implikationen aus dem dortigen Etablierungsprozess abzuleiten sind, beleuchtet Abschn. 5.2.

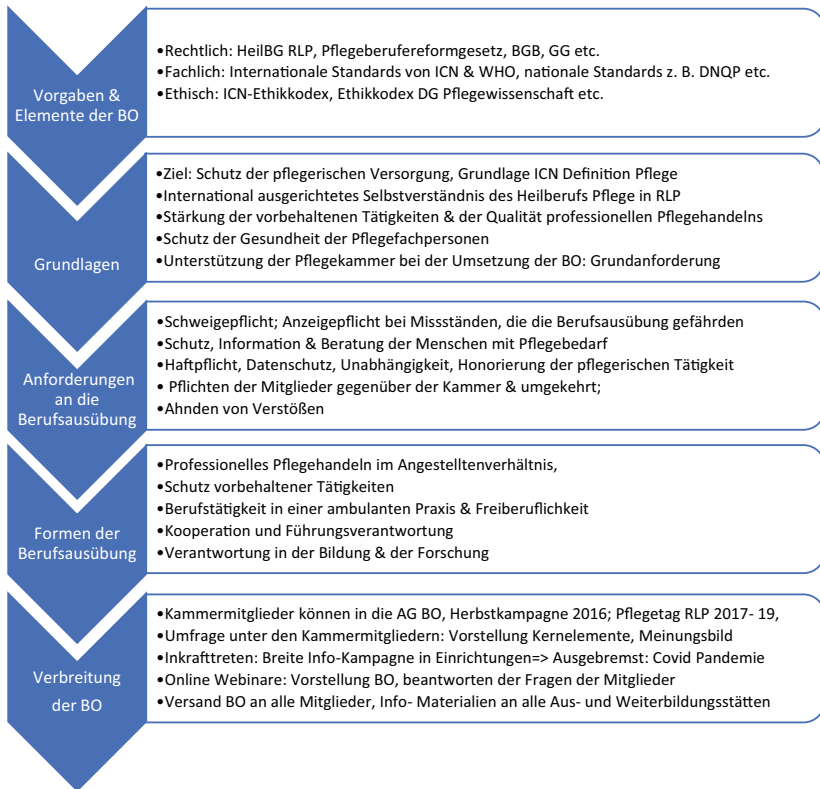


Abbildung 5.6 Berufsordnung RLP: Vorgaben, Inhalte & Verbreitung

5.2 Ethik in den errichteten Pflegekammern anderer Bundesländer

In Deutschland hatten sich mit Schleswig–Holstein und Niedersachsen zwei weitere Bundesländer auf den Weg gemacht, eine Landespflegekammer zu errichten. In beiden Ländern ist das Gesetzgebungsverfahren zum ersten Analysezeitpunkt Januar 2018 abgeschlossen. Gründungsgremien führten die Registrierung der Berufsangehörigen durch, beide Gremien strebten 2018 die Wahl ihrer Vertreterversammlung an. Die Abschn. 5.2.1 und 5.2.2 beleuchten kursorisch den

Errichtungsprozess und zeigen die Besonderheiten der Regelungen in Länderhoheit auf. Insbesondere wird auf die Sichtbarkeit des Themenfeldes Ethik eingegangen. 2021 ist ein Rückschlag für die Profession Pflege zu verzeichnen, beide Kammern wickelten die Landesregierungen wieder ab. Abschn. 5.3.1 zeigt mit Bayern ein Bundesland, dessen Gesetzgebung trotz der Willensbekundung nicht zur Selbstverwaltung der Berufsgruppe führte.

5.2.1 Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein – Errichtung und Abwicklung

Im hohen Norden der Republik erfolgte die Argumentation der Berufsverbände für eine Kammererrichtung aus einem etwas anderen Blickwinkel als in Rheinland-Pfalz. Die Befürworter einer Kammer in Schleswig–Holstein argumentieren für deren Errichtung über die Notwendigkeit einer Berufsordnung. Die Argumentationskette lautete: Die Pflege braucht eine Berufsordnung. Weil sie nötig ist, braucht sie eine Pflegekammer, die diese verabschiedet (vgl. Vilsmeier 2015).¹⁰

In Schleswig–Holstein begann der Errichtungsprozess etwas später als in Rheinland-Pfalz. Im Juli-August 2013 fand eine vom schleswig-holsteinischen Sozialministerium beauftragte „Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig–Holstein“ (Schmidt und Schneekloth 2013a) statt. Es wurde keine Abstimmung der ganzen Berufsgruppe wie in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Repräsentativ wurden 1170 Pflegefachpersonen aus den drei Berufen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege mittels eines standardisierten Fragebogens persönlich interviewt. Bevor das Interview startete, wurde den Teilnehmenden zur Information ein Flyer zur Pflegekammer ausgehändigt. Zum Themenfeld Ethik fand sich im Flyer die Aussage: „Die Pflegekammer legt ethische Leitlinien der Berufsausübung und der Pflegeforschung fest“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig–Holstein 2013, S. 1). 51 % der Befragten stimmten für eine Kammer, 24 % dagegen. Auch in Schleswig–Holstein zeigte sich das Problem (berufs-)politischen Uninformiertheit, mit 25 % konnte oder wollte ein auffällig hoher Anteil der Pflegefachpersonen das Thema Pflegekammer nicht beurteilen (vgl. Schmidt und Schneekloth 2013a, S. 4).

¹⁰ Seinerzeit gab es in Hamburg, Bremen und dem Saarland bereits von Ministerien erlassene Berufsordnungen. Berufsverbände waren bei der Erstellung nur teilweise eingebunden. Es fehlte die Verbindlichkeit.

Mit dem positiven Befragungsergebnis begab sich der schleswig-holsteinische Landtag auf den legislativen Weg. Der „Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege“ kurz Pflegeberufekammergesetz (PBKG) wurde am 16.12.2014 veröffentlicht. Im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz brachte Schleswig–Holstein ein eigenes Pflegekammergesetz nur für die Pflege auf den Weg. Die gesetzliche Verortung im für alle in Schleswig–Holstein verkammerten Heilberufe gleichermaßen gültigen Heilberufekammergesetz (HBKG) (Landesregierung Schleswig–Holstein 29.02.1996) fand nicht statt. Die Aufnahme wurde im PBKG lediglich perspektivisch ermöglicht:

„§ 45 Schlussbestimmung

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird nach Ablauf von zehn Jahren seit Inkrafttreten dieses Gesetzes überprüfen, ob eine Übernahme der Regelungen in das Heilberufekammergesetz zweckmäßig erscheint.“(Landesregierung Rheinland-Pfalz 16.07.2015, S. 22)

Damit legte das Land der Pflege einen langen Bewährungszeitraum bis zur Prüfung der Verortung des Heilberufes Pflege auf Augenhöhe mit den anderen verkammerten Heilberufen auf. Die sofortige Gleichsetzung wertete man als nicht zweckmäßig, warum wurde in der Gesetzesbegründung nicht erläutert. Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Stellenwertes der Pflegefachberufe sind zur Einschätzung der Relevanz der Professionalisierung und der pflegerischer Ethik im Gesundheitswesen nicht unerheblich. In diesem Zusammenhang ist ein Befund interessant: Viele Passagen des HBKG wurden in das neue PFBK übernommen. In § 5 PBKG schreibt das Land die Errichtung einer pflegerischen Ethikkommission verbindlich vor, Aufgaben sind:

„Beratung ihrer Mitglieder über berufsethische und berufsrechtliche Fragestellungen, insbesondere bei der Entwicklung und Anwendung bestimmter pflegerischer Methoden“ (§ 5 Abs. 1 Landesregierung Rheinland-Pfalz 16.07.2015).

Näheres ist in der Satzung festzulegen (vgl. § 5 Abs. 2 PBKG). Der Gesetzgeber gab in der Begründung Auskunft über die Motive der Verpflichtung. Er betonte das öffentliche Interesse an der Aufklärung und Bewertung des konkreten pflegerischen Vorhabens im Vorfeld der Durchführung (vgl. Schleswig-Holsteinischer Landtag 2014, S. 43). Präzisere Ausführungen schließen sich an:

„Darüber hinaus ist untrennbar mit dem professionellen Pflegealltag auch die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechtes auf Leben, auf Würde und auf

respektvolle Behandlung verbunden. Pflegeabläufe und das Ziel von Pflegemaßnahmen sind mit den Interessen des Pflegebedürftigen in Einklang zu bringen. Pflege soll ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt werden. Die Pflegeberufekammer setzt sich daher dafür ein, das pflegerische Handeln des Berufsstandes unter Berücksichtigung der Situation der pflegerisch bedürftigen Menschen zu reflektieren und Maßstäbe für Entscheidungen in der professionellen Pflege zu entwickeln“ (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2014, S. 43).

„Ethikkommissionen können eine objektive Beratung der Mitglieder in berufsethischen und berufsrechtlichen Fragestellungen sicherstellen“ (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2014, S. 44).

Schleswig-Holstein schreibt der Ethikkommission sowohl ethische als auch rechtliche Kompetenzen zu. Diese Vermischung zeugt von einem eher legalistisch ausgerichteten Ethikverständnis. Im Sinne der Unterstützung der Pflegebeziehung werden die Beratung und die Reflexion pflegerischen Handelns genannt. Der Fokus liegt auf dem Schutz der „pflegerisch bedürftigen Menschen“ (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2014, S. 43), § 5 PBKG bezieht sich eng auf die individuelle Ebene pflegerischen Handelns im direkten Kontakt mit Menschen mit Pflegebedarf. Eine Unterstützung der Pflegenden wird dagegen nicht benannt.

Der forschungsethische Ansatz, welchen der rheinland-pfälzische Gesetzgeber in § 6 HeilBG-RLP verfolgt, fehlt im schleswig-holsteinischen PBKG völlig. Dagegen ist der Bezug in § 6 des für die anderen verkammerten Heilberufe gültigen Schleswig-holsteinischen HBKG sehr wohl vorhanden (vgl. § 6 Abs. 2 Landesregierung Schleswig-Holstein 29.02.1996). Ansonsten ist der Absatz zu Ethikkommissionen identisch mit § 5 Abs. 1 PBKG. Dass Pflegewissenschaft forscht und sich daraus ebenfalls forschungsethische Anforderungen ergeben, schien dem Kieler Gesetzgeber entweder nicht bekannt oder zumindest nicht regelungsbedürftig. § 5 Abs. 3 PBKG ermöglicht der schleswig-holsteinischen Pflegekammer den Anschluss an die Ethikkommission der dortigen Ärztekammer sowie den Zusammenschluss mit Ethikkommissionen anderer Landespflegekammern.

Der schleswig-holsteinische Landtag verabschiedete das PBKG am 16. Juli 2015 mit den Stimmen der Regierungsfraktion (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Südschleswigischer Wählerbund) gegen die Stimmen der oppositionellen CDU. Der nach Art. 1 § 2 PBKG vom Ministerium benannte Errichtungsausschuss hatte 30 Monate Zeit, die Registrierung der Berufsangehörigen und die erste Kammerwahl durchzuführen, eine finanzielle Unterstützung wie in Rheinland-Pfalz gab

es nicht. 2018 stieg die Landespflegekammer Schleswig–Holstein in die inhaltliche Arbeit ein. Bereits davor, im Landtagswahlkampf 2017 warb die CDU und insbesondere die FDP mit der Abschaffung der Pflegekammer. Die beiden Parteien waren zwar die Wahlgewinner. Für eine Regierungsmehrheit traten sie in eine *Jamaika*-Koalition mit den GRÜNEN ein, die für die Kammer gestimmt hatten. Folglich wurden im Koalitionsvertrag keine Inhalte zur Pflegeberufekammer festgelegt (vgl. CDU Landesverband Schleswig–Holstein, Bündnis 90/Die Grünen Landesverband SH und FDP Landesverband Schleswig–Holstein 2017) die Kammer blieb (vorerst) bestehen. Das FDP-geführte schleswig-holsteinische Sozialministerium bot der Pflegeberufekammer Ende 2019 eine Anschubfinanzierung von 3 Mio. Euro zur Senkung der Beitragslast der Mitglieder an. Die Förderung enthielt jedoch einen Sperrvermerk:

„Die Einwilligung des Finanzausschusses ist an die Fassung folgender Beschlüsse durch die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein gebunden:

– Im 1. Quartal 2021 wird eine Urabstimmung über den Fortbestand der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein unter allen Mitgliedern der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein durchgeführt.

– Die Abstimmung erfolgt unter Nennung von zwei Abstimmungsmöglichkeiten: 1. Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein wird aufgelöst. 2. Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein wird unter Beibehaltung von Pflichtmitgliedschaften und Pflichtbeiträgen fortgeführt. Die Beiträge müssen für die Finanzierung auskömmlich sein.

Die jeweiligen Pflichtbeiträge sind durch das Anfügen der Beitragstabelle zu nennen.

– Weitere Landesmittel über diese Finanzierung hinaus zur Fortführung des Betriebes der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein sind ausgeschlossen.“ (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2019)

Der Kammerversammlung blieb nichts anderes übrig, als im Mai 2020 dem „unmoralischen Angebot“ zuzustimmen (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein) und nach drei Jahren Kammerarbeit im Februar 2021 die Urabstimmung durchzuführen (vgl. Schafarat 2021, S. 1). Die musste die Pflegeberufekammer von den zur Verfügung gestellten Mitteln organisieren. Die Teilnahme an der Urabstimmung lag bei 73,68 %, 91,77 % stimmten für die Auflösung der Pflegeberufekammer, 8,23 % dagegen (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein 25.03.2021, S. 1), die Option, sich zu enthalten war nicht vorgesehen. Kurz danach wurde das Gesetz zur Auflösung verabschiedet, die Pflegeberufekammer musste bis zum 11.12.2021 aufgelöst sein (Art. 1 § 1; Art. 9 Landesregierung Schleswig–Holstein 27.05.2021). Die FDP hatte ihr Wahlversprechen eingehalten.

Zur Abwicklung stellte das Land noch weitere 5 Mio. Euro zur Verfügung (Art. 8 1. Landesregierung Schleswig–Holstein 27.05.2021). Insgesamt investierte das Land Schleswig–Holstein zur Abwicklung der Pflegeberufekammer 8 Mio. Euro. Hätte die finanzielle Unterstützung zum Aufbau zur Verfügung gestanden, wäre vieles leichter gewesen und die Pflegekammer hätte Wirkung für die Bevölkerung und die Pflegefachpersonen zeitigen können. Seinerzeit gab es jedoch nichts, was tiefe Blicke auf die politische Motivation zulässt.

Trotz der durchzuführenden Abstimmung über die Zukunft der Kammer beschloss die Kammerversammlung im Januar 2021 die Implementierung einer Arbeitsgruppe zur Errichtung der gesetzlich geforderten Ethikkommission. Diese nahm nach Aussage aus der Geschäftsstelle der Pflegeberufekammer im Februar 2021 ihre Arbeit auf. Als erste Maßnahme sollte der Verein „Mobile Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig–Holstein“ gegründet werden, Gründungsmitglied sollte die Pflegeberufekammer sein (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein 2021b, S. 1). In Anlehnung an die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur außerklinischen Ethikberatung war das Ziel

„...die Unterstützung und Entlastung der Beteiligten bei schwierigen ethischen Entscheidungssituationen sowie die Förderung ihrer moralischen Sensibilität und ethischen Argumentationskompetenz.“ (Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2020, A6)

Der Pflegeberufekammer ging es um die Unterstützung des außerklinischen Bereiches, in dem es kaum Angebote gibt. Dabei sollte neben der medizinethischen insbesondere die pflegeethische Perspektive gestärkt werden (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein 2021b, S. 4). Die Ansprechpartner*innen der Geschäftsstelle berichteten, dass der Verein am 07. Juni 2021 gegründet wurde, die Pflegeberufekammer aber nicht mehr Mitglied werden konnte, weil sie aufgrund der Abwicklung keine Verbindlichkeiten mehr eingehen durfte. Einen Überblick vom Agenda Setting über die Aufnahme des Themas Ethik bis hin zur Abwicklung der Pflegeberufekammer gibt Abbildung 5.7.



Abbildung 5.7 Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein, Errichtung, Ethik und Abwicklung

Zur Ergebnissicherung verfasste die AG Ethikkommission im Sommer 2021 die „Empfehlung zur mehrdimensionalen Ethikberatung für beruflich Pflegenden“ (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig–Holstein 2021a). Die Empfehlung, die einen kurzen Überblick über ethische Belastungssituationen in der Pflege und über Lösungsansätze gibt, sollte dem schleswig-holsteinischen Sozialministerium übergeben und dieses zur Handlung aufgefordert werden.

5.2.2 Pflegekammer Niedersachsen – Errichtung mit mangelnder politischer Überzeugung

Das Land Niedersachsen errichtete die dritte deutsche Landespflegekammer. Auch hier beauftragte das Sozialministerium ein Forschungsinstitut mit einer Umfrage unter den Berufsangehörigen. Die Stichprobe der repräsentativen Befragung bildeten 1039 Personen aus den drei Berufsgruppen der Pflege. Durchgeführt wurden computergestützte mündlich-persönliche Interviews, bei denen zur Einführung die Aufgaben einer Kammer dargelegt wurden. Die Befragung war bereits im Januar 2013 und damit drei Monate vor der Befragung in Rheinland-Pfalz abgeschlossen. 67 % der Teilnehmenden stimmten für eine Kammererrichtung, 13 % dagegen, 14 % waren unentschieden, 6 % beantworteten die Frage nicht. Trotz des klaren Votums für die Kammer dauerte es noch fast vier Jahre, bis der Niedersächsische Landtag das Kammergesetz am 14.12.2016 mit den Stimmen der Regierungskoalition verabschiedete. Es trat zum 01. Januar 2017 in Kraft. Die Regierung in Niedersachsen beschloss wie in Schleswig-Holstein ein separates Kammergesetz für den Heilberuf Pflege, nicht die Aufnahme ins *Kammergesetz für die Heilberufe Niedersachsen*. Selbst die Prüfung der Übernahme ins *Kammergesetz für die Heilberufe* wie im Pflegekammergesetz von Schleswig-Holstein (s. Abschn. 5.2.1) war in Niedersachsen nicht vorgesehen. Auch in Niedersachsen drohte die Opposition, sollte sie die Wahl gewinnen, würde sie die Kammer anschaffen. Diese Haltung fehlenden Vertrauens der Politik in die Profession Pflege hatte dramatische Folgen für den Kammeraufbau, wie sich im Sommer 2021 zeigte. Doch zurück zum 2016 verabschiedeten Kammergesetz.

Das Themenfeld Ethik fand im *Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege* (PflegeKG) in Form einer Ethikkommission Aufnahme. Das Aufgabenprofil der Kommission differiert zu den Normen der Gesetze von Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz. Im PflegeKG heißt es:

„§ 10 Ethikkommission

(1) Die Kammer richtet zur Beratung ihrer Mitglieder, ihrer Organe, der freiwillig beigetretenen Personen sowie anderer Stellen in berufsethischen Fragen eine Ethikkommission ein (...) Die Mitglieder der Ethikkommission werden ehrenamtlich tätig; sie sind nicht weisungsgebunden“ (Landesregierung Niedersachsen 14.12.2016).

Zentrales Ziel einer Ethikkommission ist nach dem PflegeKG die Beratung von Kammermitgliedern und Kammerorganen, der Vertreterversammlung und des Vorstandes, zu berufsethischen Fragen. Die Festlegung, dass die Mitglieder der

Ethikkommission nicht weisungsgebunden sind, macht in dem Zusammenhang viel Sinn. Die Unabhängigkeit ist nach § 10 Abs. 2 PflegeKG in die Kammerstatzung aufzunehmen. Den Aspekt stellen die Gesetzeswerke der beiden anderen Pflegekammern in Schleswig–Holstein und Rheinland-Pfalz nicht heraus.

Forschungsethische Fragestellungen haben dagegen keinen Eingang in das niedersächsische Pflegekammergesetz gefunden. Sie finden sich allerdings auch nicht im niedersächsischen *Kammergesetz für die Heilberufe*, dem Regelwerk der anderen verkammerten Heilberufe. Der sich mit der Ethikkommission befassende jeweilige § 10 ist (mit Ausnahme des Wortes *Ärztammer* statt *Kammer*) in beiden Gesetzeswerken identisch (vgl. § 10 Abs. 1–2 Niedersächsische Landesregierung 08.12.2000). Im Kammergesetz für die Heilberufe Niedersachsen findet sich ergänzend ein Verweis auf die Ethikkommissionen der medizinischen Fachbereiche der Hochschulen (vgl. § 10 Abs. 3 Niedersächsische Landesregierung 08.12.2000). Dort ist nach dem Willen des niedersächsischen Gesetzgebers die Bearbeitung forschungsethischer Fragen anzusiedeln (vgl. exempl. Medizinische Hochschule Hannover 2018).

Analog für die Pflege in Niedersachsen kann das bedeuten, dass zur Begutachtung pflegewissenschaftlicher Forschungsvorhaben Ethikkommissionen an pflegewissenschaftlichen Fakultäten oder Fachbereichen der niedersächsischen Hochschulen angesiedelt werden könnten. Diese Interpretation ist jedoch nicht gesetzlich normiert. Vermutlich hatte der Gesetzgeber keinen Regelungsbedarf zu ethischen Fragen der Pflegeforschung gesehen.

Nach Verabschiedung des PflegeKG berief das niedersächsische Sozialministerium den Errichtungsausschuss der Pflegekammer (§ 39 Landesregierung Niedersachsen 14.12.2016). Dessen Aufgabe war, innerhalb eines Jahres die Berufsangehörigen zu registrieren und die erste Wahl der Vertreterversammlung durchzuführen (vgl. § 41 Landesregierung Niedersachsen 14.12.2016). Der politische Wind war bereits während der Arbeitsphase des Errichtungsausschusses der Pflegekammer im Wahlkampf zur Landtagswahl im Herbst 2017 rauer geworden. Die CDU trat im Regierungsprogramm mit dem Wahlversprechen an:

„Wir verstehen uns als Partner der vielen engagierten Pflegekräfte. Die künftige Sicherstellung der Qualität in der Pflege ist nur gewährleistet, wenn die Pflegekräfte eine starke Stimme haben. Wir werden daher die Pflegekammer in ihrer jetzigen Form auf den Prüfstand stellen. Zwangsmitgliedschaften und hohe Bußgelder bei Nichteintritt werden wir definitiv abschaffen.“ (CDU Niedersachsen 2017, S. 82)

Zwar gewann die bis dahin regierende SPD die Wahl, der Koalitionspartner Die Grünen verlor aber stark, die Fortsetzung der Koalition war nicht möglich. Eine

große Koalition von SPD und CDU bildete die neue Regierung in Hannover. Ein Schritt zur Umsetzung des Wahlversprechens wurde im Koalitionsvertrag festgelegt:

„Die Landespflegekammer befindet sich in der gesetzlich vorgesehenen Vorbereitungs- und Umsetzungsphase für die im März 2018 anstehenden Kammerwahlen. Zur Hälfte der Legislaturperiode evaluieren wir die Wirkungen und die Organisation der Pflegekammer.“ (SPD Landesverband Niedersachsen und CDU Niedersachsen 2017, S. 65).

In Niedersachsen fand die erste Wahl zur Kammerversammlung im Juni 2018 statt, am 17.07.2018 stand das Wahlergebnis fest (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 2018a). Mit der konstituierenden Sitzung am 08.08.2018 begann in Niedersachsen die inhaltliche Arbeit der Pflegekammer (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 2018b). Die bereits vom Errichtungsausschuss verabschiedeten Kammersatzung normierte in § 2 *Selbstverwaltungsaufgaben der Kammer* die ethikbezogenen Aufgaben unter Abs. 8:

„... zur Beratung der Kammermitglieder, der Organe sowie anderer Stellen in berufsethischen Fragen eine Ethikkommission einzurichten“ (Errichtungsausschuss Pflegekammer Niedersachsen 18.06.2018, S. 641).

Die Kammerversammlung beschloss bereits im ersten Amtsjahr, dem PflegeKG folgend, die „Satzung für die Ethikkommission“ (§ 5 Abs. 1 Nr. 1. f) Kammersatzung Errichtungsausschuss Pflegekammer Niedersachsen 18.06.2018, S. 642). Sie bestellte „... die Mitglieder der Ethikkommission einschließlich des der Ethikkommission vorsitzenden Mitgliedes und seiner Stellvertretung“ (§ 5 Abs. 2 Kammersatzung Errichtungsausschuss Pflegekammer Niedersachsen 18.06.2018, S. 642). Die Vorsitzenden der Ethikkommission wurden benannt, nicht aus der Mitte der Ethikkommissionsmitglieder gewählt. Das PflegeKG verlangt die Weisungsungebundenheit der Ethikkommission (§ 10 Abs. 1 PflegeKG Landesregierung Niedersachsen 14.12.2016). Ob die Unabhängigkeit umsetzbar war, wenn die Kammerversammlung sowohl die Satzung der Ethikkommission verabschiedet als auch die Mitglieder und Vorsitzenden bestellt und der Ethikkommission somit keine eigenen normierenden Befugnisse zustehen, blieb offen.

Am 17.06.2019 fand in Hannover die konstituierende Sitzung der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen statt. Sie bestand aus neun Mitgliedern und deren Stellvertretungen und wurde von der Kammerversammlung für fünf Jahre bestellt.

„Fünf Mitglieder bringen ihre Kenntnisse aus unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Versorgung ein. Jeweils ein Mitglied ist zum Richteramt befähigt und hat ein Studium der Philosophie bzw. Theologie absolviert. Zwei weitere Mitglieder vertreten den Standpunkt der Öffentlichkeit“ (Pflegekammer Niedersachsen 17.06.2019, S. 2).

Ihre Aufgaben normierte § 2 der Satzung für die Ethikkommission:

„(1) Die Ethikkommission berät die Mitglieder der Pflegekammer Niedersachsen, ihre Organe, freiwillig beigetretene Personen sowie andere Stellen in berufsethischen Fragen. Sie gibt Stellungnahmen zu ethischen Fragen in Form von Empfehlungen und Richtlinien ab. Bei Fragen von berufsübergreifender Bedeutung kann sie an der Arbeit weiterer Stellen mitwirken.

(2) Die Ethikkommission arbeitet auf der Grundlage dieser Satzung, des geltenden Rechts und der einschlägigen Berufsregeln einschließlich der wissenschaftlichen Standards. Sie berücksichtigt einschlägige nationale und internationale Empfehlungen.

(3) Die Ethikkommission gibt sich im Benehmen mit dem Vorstand der Pflegekammer Niedersachsen eine Geschäftsordnung“ (Pflegekammer Niedersachsen 10.01.2019).

Die Gebührenordnung der Pflegekammer Niedersachsen legte darüber hinaus fest, dass für die Bewertung pflegerischer Forschungsvorhaben am Menschen und die Beratung in anderen berufsethischen Fragen Gebühren nach Aufwand zu erheben sind (vgl. Errichtungsausschuss der Pflegekammer Niedersachsen 18.06.2018, 640,13. Ethikkommission der Pflegekammer). Die Begutachtung pflegerischer Forschungsvorhaben ist allerdings weder in der Satzung der Ethikkommission noch im PflegeKG als Aufgabe benannt. Hier ist eine Inkonsistenz der Gesetzeswerke feststellbar. Die Mitglieder der Ethikkommission erhalten wie die Mitglieder der Kammerversammlung eine Entschädigung nach der Aufwands- und Entschädigungsordnung (§ 8 Pflegekammer Niedersachsen 10.01.2019, S. 4). Das Anliegen der Ethikkommission transportieren die beiden Vorsitzenden Lutz Schütze und Hendrik Grasme in der Pressemitteilung anlässlich der konstituierenden Sitzung:

„Mit der Einrichtung der Ethikkommission leistet die Pflegekammer einen besonderen Beitrag zur Bewertung berufsethischer Fragestellungen“ ... „Die Ethikkommission kann Orientierung geben, wenn die Pflege eines Menschen in Grenzbereiche führt und Sinnhaftigkeit und Nutzen pflegerischer Maßnahmen unterschiedlich bewertet werden“, sagt der Pflegewissenschaftler und stellvertretende Vorsitzende Hendrik Graßme. Für die Mitglieder der Pflegekammer Niedersachsen wird damit

nun eine Anlaufstelle für ethische Fragen etabliert“ (Pflegekammer Niedersachsen 17.06.2019, S. 1).

Die Pflegefachpersonen sollten eine Anlaufstelle für ihre ethischen Probleme zur „... kritischen Reflexion pflegerischen Handelns“ (Pflegekammer Niedersachsen 2019) erhalten, das wurde hilfreich zur persönlichen Einordnung der beruflichen Anforderungen gewertet. Allerdings bleibt unklar, welche Wirkung die Empfehlungen der Kommission entfalten können, da Pflegekammern keinen normierten Einfluss auf die Einrichtungen der Pflege haben. In akuten Entscheidungssituationen könnte eine Pflegekammer nur intervenieren, wenn die jeweilige Einrichtung dies zuließe. Trotzdem gilt es, den Pflegefachpersonen den Rücken im Umgang mit pflegeethischen Problemen zu stärken. Ob die Mitglieder von ihrer Kammer allerdings zur Kasse gebeten werden sollten, wenn sie Unterstützung bei ethischen Fragestellungen brauchen, kann man durchaus kritisch sehen.

Die Wende für die Pflegekammer Niedersachsen brachte die Versendung der Beitragsbescheide Ende 2018. Die Kammerversammlung hatte sich für ein zweistufiges Erhebungsverfahren entschieden: Für jedes Mitglied wurde primär der Maximalbeitrag von 280 € gefordert, das Mitglied musste dann den eigenen Beitrag anhand seines Einkommensteuernachweises selbst berechnen, zu entrichten waren 0,4 % des Bruttoarbeitslohnes (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 2018c, S. 2). Die zugrundeliegende Beitragsordnung war vom niedersächsischen Sozialministerium genehmigt (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 03.07.2018, S. 677)¹¹. Das Erhebungsverfahren und der Versand der Bescheide kurz vor Weihnachten kamen bei den Pflegefachpersonen nicht gut an, dies wurde medial breit gestreut und politisch ausgeschlachtet. Letztendlich war es der Anlass zur drastischen Wende. Nur ein Jahr nach der begonnenen Kammerarbeit wurde die geplante Evaluation vorgezogen und im September 2019 an ein unabhängiges Institut vergeben (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 25.09.2019). Der Fragebogen enthielt auch Fragen zu ethischen Themenfeldern: Zu ethischen Aufgaben der Kammer „Ethische Fragestellungen in der Pflege, z. B. zu Zwangsernährung“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020b, S. 11) sowie zur Einschätzung der Wichtigkeit des Themas „Ethische Fragestellungen“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020b, S. 12), zur Bekanntheit der Berufsordnung, zur Beteiligungsmöglichkeit bei der Erarbeitung und zur Auswirkung auf den Arbeitsalltag sowie zur Wahrnehmung, dass die

¹¹ „Die Kammer unterliegt der Rechtsaufsicht und bei staatlichen Aufgaben der Fachaufsicht.“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 PflKG Landesregierung Niedersachsen 14.12.2016).

Ethikkommission ihre Arbeit aufgenommen hat (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020b, S. 12–13). Die Online-Befragung startete Anfang Juni 2020. Sie war von Turbulenzen begleitet. Die Befragung erntete Kritik der Pflegekammer und der Berufsverbände, weil Frage 11: „Wünschen Sie sich in Zukunft eine beitragsfreie Pflegekammer in Niedersachsen“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020a, S. 16) suggestiv und missverständlich sei. Die Kammerversammlung bat in einem offenen Brief an die Ministerin Reimann um eine wissenschaftlich fundierte, unangreifbare Befragung (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 2020, S. 2). Drei Tage später teilte das Sozialministerium Niedersachsen mit, die Befragung sei gestoppt worden, weil es Hinweise auf ein mögliches Datenleck gegeben habe (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 09.06.2020). Die Kammer forderte den Neustart der Evaluation (vgl. Pflegekammer Niedersachsen 16.06.2020). Die Befragung startete am 29. Juli 2020 erneut, nachdem ein neuer Fragebogen konzipiert war. Dieser Fragebogen enthielt die fast identischen Inhalte, die oben zitierte Frage 11 war nicht mehr enthalten. Dafür folgte direkt nach den einführenden soziodemografischen Fragen der Frageblock 2. Zukunft der Kammer: „2.1 Soll die Pflegekammer Niedersachsen fortbestehen“, „2.2 Im Falle eines Fortbestands der Pflegekammer: Präferieren Sie dann eine Pflegekammer mit oder ohne Beitragszahlung?“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020b, S. 5) mit geschlossener, nominalskalierten Antwortmöglichkeit. Direkt danach informierte die Befragung:

„Sie haben nun die Möglichkeit die Befragung fortzusetzen oder zu beenden. Bei Fortsetzung können Sie uns Ihre Erfahrungen, Anregungen und Erwartungen mitteilen. Diese helfen uns sehr, den Aufbau und die Arbeit der Pflegekammer zu bewerten. Daher freuen wir uns, wenn Sie die Befragung fortsetzen. Sollten Sie nach dem Fortsetzen der Befragung nicht alle der weiteren Fragen beantworten wollen, gelangen Sie mit (u. U. wiederholtem) Drücken des „Weiter“-Buttons zum Ende des Fragebogens, um diesen abzuschließen.“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und Kienbaum 2020b, S. 5)

Darunter war zuerst die Option zum Beenden der Befragung eingefügt. Dieses Verfahren ist aus wissenschaftlicher, politischer und forschungsethischer Sicht problematisch zu werten. Die Erfahrung belegt, dass es immer noch sehr viele Berufsangehörige gibt, die nicht wissen, was eine Pflegekammer tut. Der Fragebogen bot die Möglichkeit, die Pflegefachpersonen zu informieren. Sie aufzufordern, nach der Beantwortung zur Fortbestand der Kammer die Befragung zu beenden, ist im Sinne der informierten Mitbestimmung kritisch zu sehen. Es

darf die Frage gestellt werden, ob das niedersächsische Sozialministerium die Hinweise auf ein Datenleck nutzte, um den Fragebogen so zu modifizieren, dass es möglich wurde, der Diskussionen um die Pflegekammer, mit Hilfe der Uninformiertheit der teilnehmenden Pflegefachpersonen ein Ende zu bereiten. Diese Hypothese wird durch den Ausgang der Befragung bestärkt, die am 06.09.2020 endete. Einen Tag später verkündete das Sozialministerium das Ergebnis: „Pflegekammer Niedersachsen wird aufgelöst“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 07.09.2020). Grundlage war die Auswertung der ersten Frage nach der Zukunft der Pflegekammer: 19,4 % der Mitglieder nahmen teil, davon hatten sich

„... 22,6 Prozent der Mitglieder für den Fortbestand der Pflegekammer ausgesprochen, 6,8 Prozent haben sich enthalten; eine Mehrheit von 70,6 Prozent hat sich jedoch dafür ausgesprochen, die Pflegekammer aufzulösen.“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 07.09.2020)

Die weiteren Ergebnisse der Befragung liegen bis heute nicht vor bzw. sind nicht zugänglich. Es ist unklar, wie viele Pflegefachpersonen überhaupt die Evaluationsfragen beantworteten.

Bereits im Oktober lag der erste Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen vor (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020). Der Entwurf des Gesetzes ging am 03.11.2020 zur Stellungnahme an die „Verbände und sonstige Stellen“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020) darunter nur wenige Akteure und Verbände der Pflege¹², keine Pflegekammer aus einem anderen Bundesland, dafür Krankenkassen, der Medizinische Dienst und für die Pflege vermeintlich wichtige Akteure wie der niedersächsische Landfrauenverband und das Kommissariat der katholischen Bischöfe.

Die Hochschule Osnabrück meldete sich zu Wort, obwohl sie nicht angeschrieben wurde. Die Kernaussage ihrer Stellungnahme wird exemplarisch vorgestellt. Die Professor*innen kritisierte die Auflösung als Deprofessionalisierung:

„Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen und eingeleiteten Maßnahmen der Pflegekammer, erscheint die aktuelle Initiative des niedersächsischen Landeskabinetts zur Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen unverständlich und in hohem Maße schädlich für die weitere Entwicklung der beruflichen Pflege in Niedersachsen.“ (Mazzola 2020, S. 3),

¹² Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e. V. war als einziger Berufsverband angeschrieben, hier ist die ablehnende Haltung gegenüber Kammern bekannt. Dagegen fehlten der DBfK, der Bundesverband Pflegemanagement und viele weitere mehr.

außerdem die Methodik der Befragung:

„Unglücklicherweise und anders als ursprünglich beschlossen wurde die Befragung der Pflegenden in Niedersachsen auf die Frage reduziert, ob eine Kammer gewollt ist oder nicht. Die eigentlich intendierte Evaluation der Arbeit der Pflegekammer ist dadurch in den Hintergrund geraten und die Ergebnisse dieser Evaluation sind bislang auch nicht bekannt.“ (Mazzola 2020, S. 3),

und die Zukunft der Pflege:

„Problematisch erscheint uns jedoch vor allem die nicht angemessene Engführung der Diskussion auf die Frage, ob es einer Pflegekammer bedarf oder nicht. Die wichtigen Fragen der pflegerischen Versorgung – Personalgewinnung und – verbleib, Personalbemessung, Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen, Auswirkungen des demografischen Wandels, Berichterstattung zur Lage der Pflege und vieles andere, sind vollkommen in den Hintergrund geraten und werden durch die Auflösung der Pflegekammer nicht gelöst. Es fehlt bislang an einer Perspektive durch wen und unter welchen Bedingungen diese Fragen bearbeitet werden.“ (Mazzola 2020, S. 3)

Insbesondere die begonnene ethische Arbeit der Pflegekammer wurde gewürdigt:

„Ein weiterer Meilenstein der Arbeit der Pflegekammer ist die Einrichtung einer Ethikkommission. Pflegerisches Handeln impliziert vielfältige ethische Dilemmata, in denen Pflegenden vor schwerwiegende Entscheidungen gestellt werden. Die Berufsgruppe hier zu unterstützen und für eine nachhaltige Integration pflegeethischer Fragen sowohl in Aus- Fort – und Weiterbildung als auch in die Pflegepraxis zu sorgen, ist erklärtes Ziel der ehrenamtlich arbeitenden Kommissionsmitglieder.“ (Mazzola 2020, S. 2)

und die Einstellung der ethischen Unterstützung der Pflegekammer bedauert.

Die Landesregierung Niedersachsen trieb die Auflösung trotzdem voran:

„Vor dem Hintergrund des mehrheitlichen Ergebnisses der Mitgliederbefragung hat die Landesregierung die Auflösung der Pflegekammer eingeleitet. Der Gesetzesentwurf wurde im Dezember 2020 in den Landtag eingebracht. Mit der Rückzahlung der in den Jahren 2018 und 2019 geleisteten Mitgliedsbeiträge hat die Pflegekammer bereits im Februar 2021 begonnen.“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 07.09.2020)

Am 28.04.2021 wurde das Gesetz verabschiedet: „Die Pflegekammer Niedersachsen wird mit Ablauf des 30. Novembers 2021 aufgelöst.“ (§ 1 PflKAuflG)

ND Landesregierung Niedersachsen 08.05.2021). Abbildung 5.8 zeigt konzentriert den Errichtungsprozess, die Etablierung der Ethikkommission und das Outcome, welches der mangelnden politischen Überzeugung angelastet werden darf. Sichtbar wird auch, wie wichtig gerade die politische Macht im Gesundheitssystem und die Partizipation der Pflegefachpersonen ist. Dies wird in der Programmtheorie zu berücksichtigen sein.



Abbildung 5.8 Pflegekammer Niedersachsen – Errichtung mit mangelnder politischer Überzeugung

Das Verfahren der Landesregierung Niedersachsen machte Schule, in Schleswig-Holstein wurde nur noch die Frage nach der Fortführung der Kammer gestellt (s. Abschn. 5.2.1). Auch die Auflösung der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen fällt unter das Gesetz. Einen Sonderweg beschriftet der Freistaat Bayern, wie Abschn. 5.2.3 zeigen wird.

5.2.3 Vereinigung der Pflegenden in Bayern – der Bayrische Sonderweg

Zur Vollständigkeit bleibt der Sonderweg des Freistaates Bayern zu beleuchten, der keine unabhängige Selbstverwaltung der Pflege etabliert hat. Die Möglichkeit wird politisch als Alternativmodell zu einer Landespflegekammer gehandelt.¹³ In Bayern fand 2014 ebenfalls eine repräsentative Befragung von Pflegefachpersonen statt. Der Abschlussbericht gab an, dass von den 1118 Teilnehmenden 50 % für eine Kammer und 34 % dagegen stimmten, 13 % waren unentschieden. Damit entschied sich die einfache Mehrheit für die Implementierung einer Landespflegekammer.

Die bayerische Regierung beugte sich dem großen Widerstand seitens der Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaft ver.di und beschloss statt der Errichtung einer Pflegekammer die Etablierung eines „Pflegerings“. Später wurde der Name durch „Vereinigung der Pflegenden Bayerns“ ersetzt.

Interessant ist aus diesem Blickwinkel ein statistischer Fehler des Abschlussberichtes. In statistischen Auswertungsverfahren sind Nonresponse-Raten, also die unbeantworteten Items, aus dem Ergebnis herauszurechnen. Bei der bayrischen Befragung folgte man jedoch nicht diesem wissenschaftlichen Standard. Stattdessen hat man die unbeantworteten Items zur Kategorie „Weiß nicht“ addiert. Dies führte zu einer ergebnisrelevanten Verschiebung der prozentualen Verteilung. Wenn die Auswertung „State of the Art“ erfolgt wäre, hätte es eine absolute Mehrheit von 51,56 % für die Errichtung einer Kammer ergeben. Ob es sich bei dem geschilderten Sachverhalt lediglich um einen statistischen Fehler handelte oder sich dahinter ein politisches Kalkül verbarg, bleibt offen.

Mit dem Argument, dass der Staat Bayern den Pflegefachpersonen keine verpflichtende Mitgliedschaft verbunden mit Mitgliedsbeiträgen zumuten wolle, verabschiedete der Landtag das Gesetz für die „Vereinigung der Pflegenden in

¹³ Wie beispielsweise der Koalitionsvertrag von Nordrhein-Westfalen belegt. Dort sollten sich die Pflegefachpersonen 2018 zwischen einer selbstverwalteten Pflegekammer und einem sog. Pflegering nach bayrischem Modell entscheiden (vgl. CDU Nordrhein-Westfalen, FDP Nordrhein-Westfalen 2017, S. 97), Details beschreibt Abschn. 5.3.3.

Bayern“ (vgl. Landesregierung Bayern 24.04.2017). Die Vereinigung ist aufgrund verschiedener Kriterien kein Selbstverwaltungsorgan der Berufsgruppe: eine Selbstverwaltung setzt immer die verpflichtende Mitgliedschaft einer ganzen Berufsgruppe voraus, ansonsten besitzt die Körperschaft nur die Legitimation, für ihre Mitglieder, nicht aber für die ganze Berufsgruppe zu sprechen. Zudem können auch Helferberufe Mitglied in der Vereinigung werden, dies widerspricht dem Ansatz der Selbstverwaltung eines Heilberufes, denn Helferberufe gehören nicht zu den Heilberufen. Darüber hinaus ist „Berufsfachverbände(n), die die beruflichen Belange der Angehörigen der Pflegeberufe in Bayern vertreten und ihren Sitz in Bayern haben“ (Landesregierung Bayern 24.04.2017 Art. 1 Abs. 2 Nr. 2) die Mitgliedschaft möglich, das umfasst auch die Trägerverbände der Arbeitgeber. Es wird deutlich, dass eine autonome Regelung der Belange der Berufsgruppe in Bayern nicht gewollt war.

Zum Themenfeld Ethik verfügt das Gesetz in Artikel 2, Abs. 1 die Aufgabe der Vereinigung: „7. ihre Mitglieder in berufsrechtlichen, berufsethischen und fachlichen Belangen zu beraten“ (Landesregierung Bayern 24.04.2017). Diesen Passus fand sich auch auf der Homepage wieder (vgl. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2018, S. 1). Darüber hinaus gehende Konkretisierungen zu Ziel und Umsetzung von ethischer Beratung finden sich nicht.

Allen Widerstände vonseiten der Berufsverbände zum Trotz (vgl. Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) 2015), über eine Petition mit 24.000 Zeichnenden (vgl. Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) 22.06.2015) bis zur Demonstration (vgl. Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) 2015) und der konsequenten Verweigerung der Mitwirkung (vgl. exempl. Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) 20.08.2015) (vgl. Boßle 27.2016) etablierte die bayrische Landesregierung die Vereinigung der Pflegenden Bayerns (VdPB). 2018 startet die Arbeit mit der Einberufung eines Gründungsausschusses, welcher eine Wahl- und eine Geschäftsordnung erarbeitete. Ende 2018 konnten Mitglieder aufgenommen werden (vgl. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2020b). Die Analyse der Hauptsatzung erbringt einige ethischen Aspekte, die Präambel bezieht sich sowohl auf den Würdebegriff des Grundgesetzes als auf international gültige Ethikstandards:

„Die VdPB setzt auf freiwillige Mitgliedschaft und wird als starke Interessensvertretung gegenüber Politik, Gesellschaft und den Mitgliedern, ihren Beitrag für ein wissenschaftlich fundiertes, gesellschaftlich verankertes und an der Würde des Menschen orientiertes Pflegeverständnis leisten. Die VdPB weiß sich den ethischen Grundsätzen

der International Council of Nurses (ICN) verpflichtet und unterstützt ihre Mitglieder bei der Verwirklichung ethischer Prinzipien“ (Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019, S. 1).

Die VdPB hat allerdings nicht die gleichen Möglichkeiten, wie eine Pflegekammer, das wird bereits in den Zielformulierungen deutlich. Aufgabe des VdPB ist es

„... die Interessen der Angehörigen der Pflegeberufe zu vertreten, zu fördern und zu stärken. Dies geschieht, indem auf eine gleichberechtigte Stellung der Pflegeberufe im Gesundheitswesen und verlässliche und förderliche Rahmenbedingungen für die berufliche Pflege hingewirkt wird“ (§ 2 Nr. 1. a) Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019, S. 2).

Ein *Hinwirken* ist mit den Möglichkeiten der gesetzlichen Normsetzung über Verkammerung des Heilberufs Pflege auf Augenhöhe in einem Heilberufsgesetz (wie in Rheinland-Pfalz und NRW) nicht vergleichbar. Obwohl die bayrische Landesregierung die Vereinigung explizit zur Entlastung der bayrischen Pflegefachpersonen von Mitgliedsbeiträgen normiert hatte, muss der VdPB auf seine Finanzierung über eine ausreichende Mittelbereitstellung durch das Sozialministerium *hinwirken* (vgl. § 2 Nr. 2. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019). An beiden Stellen werden die Befürchtungen der berufspolitischen Akteure bzgl. der Unabhängigkeit der Vereinigung deutlich. Die Aufgabe des VdPB zur Aufnahme ethischer Fragestellungen lautet:

„... die Beratung ihrer Mitglieder in berufsrechtlichen, berufsethischen und fachlichen Belangen. Dies geschieht insbesondere durch die Vorhaltung eines eigenen breiten und qualifizierten Angebots an berufsrechtlicher Beratung, der Gewährleistung ethischer Beratung der Mitglieder sowie die Vorhaltung und Koordinierung der fachlichen Beratung durch die Geschäftsstelle. Der Aufbau einer suffizienten institutionenübergreifenden Beratungsstruktur in pflegfachlichen und wissenschaftlichen Fragen soll initiiert werden“ (§ 2 Nr. 1 f) Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019, S. 3).

Umgekehrt ist jedoch das Recht der Mitglieder auf Beratung normiert,

„... in beruflichen Angelegenheiten, die im Aufgabenbereich des VdPB liegen, Anspruch, sich von der VdPB in berufsrechtlichen, ethischen und fachlichen Fragen beraten und unterstützen zu lassen“ (§ 5 Nr. 4. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019, S. 6).

Wie genau *die Gewährleistung* und *der Anspruch* umgesetzt wird bzw. umgesetzt werden soll, wurde nicht normiert. Die Satzung benennt in § 15 die Einrichtung einer Ethikkommission (§ 15 Nr. 1. c) Vereinigung der Pflegenden in Bayern 03.04.2019, S. 12), Konkretisierungen zu Struktur, Funktion, Aufgaben etc. fehlten 2018 allerdings. Auf der Homepage der VdPB findet sich bei einem Revisit im März 2020 das Angebot zur ethischen Beratung. Die Homepage zählt folgende Punkte auf, bei der ethische Beratung entlasten kann:

- „berufsethische Fragen in der Pflege
- grundlegende Fragen der Pflege- und Care Ethik
- die Pflege in Würde unter den jeweiligen finanziellen, organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen
- Arbeit in multikonfessionellen Teams
- gender- und kultursensible Pflege in den verschiedenen Arbeitsfeldern
- Gewalt in der Pflege
- Umgang mit ethischen Dilemmata (Freiheit vs. Fürsorge, Selbstbestimmung im Krankenhaus)“ (Vereinigung der Pflegenden in Bayern).

Vertiefende Auskünfte zum Ablauf des Beratungsprozesses bei berufsethischen Fragen sind der Homepage nicht zu entnehmen. Das Verfahren zur kostenlosen Beratung bei berufsrechtlichen Fragen ist dagegen dargelegt (vgl. Vereinigung der Pflegenden in Bayern). Bei dem erneuten Revisit im April und Juli 2021 finden sich die Inhalte zur Ethikberatung nicht mehr, es erfolgt nur noch der Hinweis auf berufsrechtliche Fragen (vgl. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2020a).

Lediglich unter der Überschrift „Corona-Krisenbewältigung“ findet sich die „Ethische Corona-Krisenberatung“ (Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021b), erläuternd heißt es:

„Auch ohne eine schwere Gesundheitskrise wie der aktuellen Pandemie stehen Pflegenden häufiger als Angehörige anderer Berufsgruppen vor ethischen Fragestellungen oder gar Dilemmata, die sie alleine nicht lösen können. Die Coronakrise hat die Situation noch einmal deutlich verschärft: Erleben Sie jetzt vermehrt Gewaltsituationen in ihrem beruflichen Umfeld? Fühlen Sie sich unter Druck, weil Sie der Kontext möglicherweise zwingt, Prioritäten in der Behandlung zu setzen? Wie gehen Sie damit um, dass Sie eventuell für Ihre Patientinnen und Patienten, den Bewohnerinnen und Bewohnern Ihrer Einrichtung oder sogar für Ihre Familie ein erhöhtes Infektionsrisiko darstellen? Müssen oder mussten Sie im Zusammenhang mit der Pandemie bereits Restriktionen durchsetzen, die Ihrem persönlichen Wertesystem widersprechen?“ (Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021b)

Bei telefonischen oder per Mail eingereichten Fragen wird man „bei Bedarf“ an „ein Team von erfahrenen Pflegeethikern“ weitergeleitet,

“... die die vielfältigen ethischen Fragestellungen in die relevanten Ebenen einordnen und nach zuvor abgestimmten Leitlinien Lösungsmöglichkeiten entwickeln. Bei Bedarf können unsere Berater Sie an andere zuständige Stellen vermitteln oder Telefonnummern zur Verfügung stellen, unter denen Sie weiterführende Unterstützungsangebote erhalten.” (Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021b)

Abbildung 5.9 fasst die zentralen Befragungsergebnisse, den Errichtungsprozess der VdPB und die Aufnahme der Berufsethik im bayrischen Sondermodell ohne Selbstverwaltung zusammen.

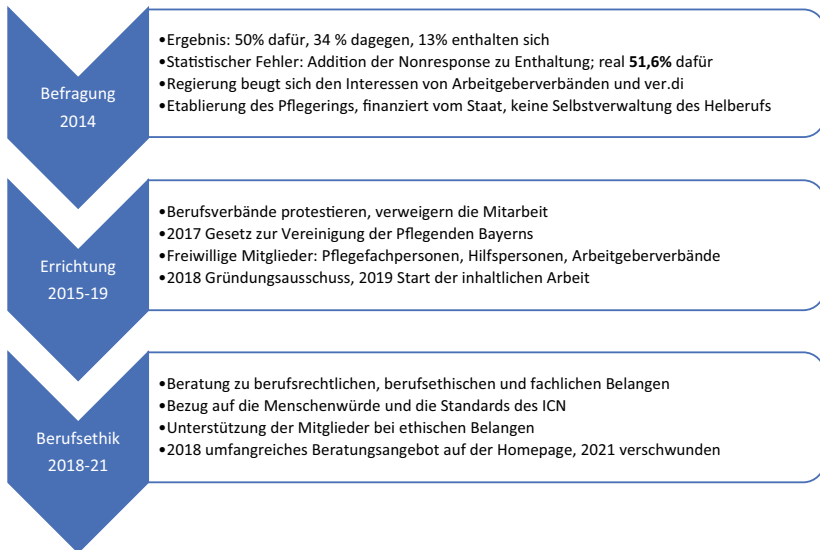


Abbildung 5.9 Vereinigung der Pflegenden in Bayern – der bayrische Sonderweg

Offen ist, welche Entwicklung die VdPB nehmen wird und ob sie essentielle Beiträge zur Entlastung bei ethischen Problemlagen von Pflegefachpersonen erbringen wird. Im Mai 2021 wurde die Evaluation der VdPB ausgeschrieben (vgl. Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2021), die Ergebnisse werden frühestens 2022 erwartet.

Nach der Vorstellung der Logic Models zum Umgang mit dem Thema Ethik in etablierten Pflegekammern und des bayerischen Sonderwegs wendet sich Abschn. 5.3 möglichen Pflegekammern in verschiedenen Entwicklungsstadien zu.

5.3 Pflegekammern in Entwicklung – der Stand in anderen Bundesländern

Es gibt es seit einigen Jahren in weiteren Bundesländern politische Initiativen zur Selbstverwaltung der Pflege. Konkreter wurde es 2018 in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen mit jeweils unterschiedlichem Umsetzungsgrad. In allen Bundesländern war die Prüfung des Bedarfs für die Errichtung einer Pflegekammer Inhalt des Koalitionsvertrages (vgl. CDU Hessen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen 2013, S. 81; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg und CDU-Landesverband Baden-Württemberg 2016, S. 88–89; CDU Nordrhein-Westfalen, FDP Nordrhein-Westfalen 2017, S. 97). Auf die aktuellen Entwicklungen bis 2021 wird nachfolgend eingegangen.

In den anderen Bundesländern gab es keine politischen Initiativen der Landesregierungen zur Gründung einer Pflegekammer. Zwar fanden in mehreren Ländern Befragungen der Pflegenden statt, welche mit Ausnahme von Hamburg alle den Wunsch der Berufsgruppe für eine Verkammerung nachwiesen. Allerdings harren die Pflegefachpersonen dort auf eine politische Umsetzung, so in Berlin und in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Sommer 2021 hat sich nichts bewegt. Da die Befragungsergebnisse bisher keine politische Initiative zur gesetzlichen Normierung zeitigte und somit keine Auswirkungen für Pflegefachpersonen haben, wird die Aufnahme des Themenfeldes Ethik in der dortigen Diskussion nicht beleuchtet. Für die Zukunft ist in den genannten Bundesländern jedoch der professionsspezifische und juristische Diskurs zum Themenfeld Ethik im Blick zu halten.

5.3.1 Hessen – späte Umsetzung des Koalitionsvertrages und Ausbremsung

In Hessen regierte von 2014 bis 2019 eine schwarz-grüne Koalition, im Koalitionsvertrag heißt es:

„Wir werden die Einführung einer Pflegekammer unter Beteiligung der Betroffenen prüfen, in der alle Pflegeberufe berufsständisch organisiert werden“ (CDU Hessen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen 2013, S. 81).

Dem Ansinnen folgte über lange Zeit keine politische Initiative, berufspolitisch aktive Pflegefachpersonen vor Ort vermuteten ein Desinteresse des verantwortlichen Ministeriums. Von Juni bis September 2017 lief dann eine von einer Einzelperson initiierte Online Petition, die sich an den hessischen Minister für Soziales und Integration Stefan Grüttner richtete (vgl. openPetition 2017). Ziel der Petition war, der Vereinbarung im Koalitionsvertrag Nachdruck zu verleihen (vgl. openPetition 2017). Die Erläuterungen zu den Aufgaben der Pflegekammer erfolgte in Stichpunkten, der Punkt „Eigenständige Regelung des pflegerischen Handelns“ benannte die „Festlegung der Berufsordnung“ und die „Entwicklung von ethischen Standards“; unter „Unterstützung für den Berufsalltag“ stand die „Beratung bei ethischen Fragestellungen“ zu lesen (openPetition 2017). Getriggert durch die Petition führte der DBfK einzelne Informationsveranstaltungen und begrenzte Öffentlichkeitsarbeit durch. Das schlug sich in der Teilnehmerzahl nieder, es zeichneten 4284 Personen, wovon 2909 aus Hessen kamen. Trotzdem erreichte die Petition ihr Ziel, das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) beauftragte das Statistische Landesamt (HSL) mit der Durchführung einer Umfrage, die im Sommer 2018 lief. Der Befragungsbericht wurde im November 2018 veröffentlicht (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt 2018, S. 5). Ziel war das Erheben eines Meinungsbildes. Zum Erreichen der Pflegefachpersonen schickte das HMSI

„... auf der Basis von Adressverzeichnissen (Krankenhausstatistik, Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegestatistik, Angaben des RP Darmstadt zu Schulen des Gesundheitswesens)...“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt 2018, S. 5)

Abstimmungsflyer an die hessischen Einrichtungen der Pflege. Ein beiliegendes, an die Einrichtungsleitungen gerichteten Anschreiben bat um Verteilung an die Pflegefachpersonen. Inhaltlich fand sich auf den ersten Seiten des Flyers eine Aufzählung von Aufgaben, die *nicht* in den Regelungsbereich von Heilberufekammern fallen. Dem folgte der Verweis auf die Pflichtmitgliedschaft in einer potentiell zu errichtenden Pflegekammer, verbunden mit der Finanzierungspflicht durch die Pflegefachpersonen als zukünftige Mitglieder. Daran anschließend betonte das HMSI unter Bezugnahme auf die Vereinbarung im Koalitionsvertrag die Wichtigkeit der „Zustimmung einer breiten Mehrheit der Betroffenen, d. h. der möglichen Pflichtmitglieder“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit 2018) und offerierte den Pflegefachpersonen die Möglichkeit „... ihre Meinung zum Thema Pflegekammer mitzuteilen. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit!“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit 2018). Der Aussage folgen die Internetadresse des HSI sowie „ihre individuellen Zugangsdaten“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit 2018), bestehend aus einem Code zur Kennung und einem Passwort. Erst wenn die Adressat*innen den Abstimmungsflyer umdrehten, fanden sie auf der Rückseite eine Aufzählung *möglicher* Aufgaben einer Pflegekammer in Hessen. Deutlich herausgestrichen wurde, dass darüber der Gesetzgeber im Einzelnen zu entscheiden hätte. Genannt wurden die berufsständige Vertretung der Pflege, die Regelung der Berufsausübung, die Regelung der Weiterbildung, die Förderung der Qualität der pflegerischen Versorgung und die Beratung der Mitglieder „... in allen juristischen, fachlichen, berufspolitischen, ethischen und standesrechtlichen Fragen“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit 2018). Der letzte Satz streift explizit das Thema Ethik (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit 2018).

Die in hohem Maße suggestiven Inhalte des Flyers, dessen Kernbotschaft die Ablehnung einer Pflegekammer über negativ formulierte Informationen zur Kammer war, bildete mutmaßlich häufig die alleinige Wissensgrundlage zur Meinungsbildung der Befragten zum Thema Pflegekammer. Zwar fanden parallel zur Feldphase vereinzelte Informationsveranstaltungen von DBfK, Landespflegerat Hessen, ver.di und weiteren engagierten Akteuren statt. Eine konsentrierte Informationskampagne wie 2012 in Rheinland-Pfalz unter der Regie des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie RLP (s. Abschn. 5.1) gab es nicht. Die Verbände der Pflege sahen sich vielmehr gezwungen, eigenständig in kurzer Zeit mit äußerst begrenzten personellen Mitteln im Ehrenamt, ohne jegliche finanzielle Unterstützung eine Informationskampagne zu starten. Die

konnte nur wenige Pflegefachpersonen in Hessen erreichen, zumal die Aktiven berichteten, ihnen wurde z. T. der Zugang zu den Einrichtungen verwehrt.

Die Online-Befragung hatte große Schwächen im Design, sowohl in der Methodik als auch in der Umsetzung. So war die Sicherheit des Zugangs zu der Onlineplattform der Befragung nicht gewährleistet, die Codes auf den Flyern konnten mehrfach verwendet werden. Darüber hinaus forderte das Online-Tool keinen Nachweis der Zugehörigkeit zur befragten Gruppe der in Hessen tätigen Pflegefachpersonen. Jeder konnte teilnehmen, der im Besitz eines Flyers mit Code war. Darüber hinaus war der digitale Zugang zur Online-Befragung auf der Homepage des HSL schwierig zu finden. Diese Schwächen verschärfen sich in der Durchführung der Befragung. Die Autorin ist in im Weiterbildungsbereich in Hessen tätig, die Berichte von in Weiterbildung befindlichen hessischer Pflegefachpersonen belegten exemplarisch die Lage: Wenn es optimal lief, erfolgte die Verteilung der Flyer persönlich an jede Pflegefachpersonen einer Einrichtung, entweder wurden sie ausgehändigt oder im Postfach der Mitarbeiter*in hinterlegt. Diese Kolleg*innen konnten fristgerecht an der Befragung teilnehmen. Allerdings berichteten einige Pflegefachpersonen vom öffentlichen Auslegen der Abstimmungsflyer z. B. frei zugänglich im Stationszimmer oder am Stützpunkt der Station. Andere Sendungen aus dem HSL landeten wohl bei der kaufmännischen oder ärztlichen Geschäftsführung der Einrichtungen, die sich nicht angesprochen fühlten und deshalb kaum Initiative ergriffen. Die Weitergabe an die Pflegedienstleitungen erfolgte wohl nicht immer bzw. erst auf Nachfrage, sofern die laufende Abstimmung bekannt war. In andere Einrichtungen entschied die Leitung, den Flyer nicht an die Pflegefachpersonen der Einrichtung zu verteilen, sondern zu entsorgen. Wieder andere Einrichtungen der Pflege erhielten keine Abstimmungsunterlagen vom HSL. Nachforderungen der Unterlagen von Pflegefachpersonen beim Statistischen Landesamt wurde z. T. nicht nachgekommen. Viele hessische Pflegefachpersonen wussten nichts von der Befragung, sie erreichte keinerlei Information. Die nicht als repräsentativ einzuordnenden Berichte der Lehrgangsteilnehmer*innen ergeben trotzdem einen Eindruck zur Belastbarkeit der Befragung in Hessen. Mit Kenntnis all dieser Informationen ist das Ergebnis des Meinungsbildes fragwürdig. Schon die angesetzte Grundgesamtheit von 64.925 Pflegefachpersonen in Hessen ist nicht belastbar. Sie beruht erstens auf den statistischen Daten von 2015 und 2016 (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt 2018, S. 4); zweitens auf der Anzahl der versandten Unterlagen basierend auf Schätzungen zu Beschäftigungszahlen im Bereich der Schulen des Gesundheitswesens; drittens auf den Einrichtungen, die dem HMSI nicht bekannt waren und sich

nachträglich gemeldet haben und viertens auf der Anzahl der von bekannten Einrichtungen nachgeforderten Teilnahmeunterlagen (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt 2018, S. 9). Somit hat das HSL eine Grundgesamtheit versandter Befragungsflyer ermittelt, die Deckungsgleichheit mit der realen Anzahl hessischer Pflegefachpersonen „... mit pflegerischer Ausbildung, die über die Einrichtungsleitungen beschickt wurden...“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt 2018, S. 9) ist zumindest in Frage zu stellen. Ob die 7816 Befragungsrückläufer wirklich die Meinung von 12 % der Hessischen Pflegefachpersonen abbilden, kann nicht bewiesen werden. Nachvollziehbar ist nur, dass 7816 Datensätze in das Onlineportal eingegeben wurden, offen bleibt von wem. Allein deshalb ist das vom HMSI verkündete Befragungsergebnis zur Errichtung der Pflegekammer in Hessen nicht verwertbar.

Trotzdem ist das Ergebnis interessant: Es war zwar wegen der ablehnenden Haltung, die die Informationen des Abstimmungsflyers transportierten, erwartbar. Trotzdem darf man sich mit Fug und Recht wundern, dass trotz hoher Suggestivitäts-Bias nur 51,1 % die Errichtung einer Pflegekammer ablehnten aber 42,9 % dafür stimmten, 3,9 % waren unentschieden, 2,1 % war es egal.

Aus ethischer Perspektive ist die Befragung auf mehreren Ebenen zu kritisieren. Als erstes ist die gesellschaftliche Verantwortung des Heilberufes Pflege als Ganzes in den Blick zu nehmen. Ziel der Errichtung einer Pflegekammer ist die Sicherung der pflegerischen Versorgung der Menschen im Land. Wenn man auf ministerialer Ebene die Errichtung der selbstverwalteten Körperschaft durch sehr knappe, suggestiv negativ gehaltene Informationen und die damit einhergehende mutmaßliche Instrumentalisierung der hessischen Pflegefachpersonen ausbremst, verwehren die zuständigen staatlichen Stellen ebendieses hessischen Pflegefachpersonen den wichtigen Schritt zur Professionalisierung ihrer pflegerischen Arbeit ohne dass sichergestellt wäre, ob und wie die aktuellen Defizite für die Menschen mit Pflegebedarf von anderer Stelle aufgefangen würden. Zweitens diskreditieren die politischen Zeichen des hessischen Sozialministeriums (HMSI) die deutsche Kammerbewegung und verunglimpfen deren Arbeit zur Verbesserung der Situation in der Pflege.

Auch forschungsethisch war das Vorgehen problematisch: Sowohl die politische Instrumentalisierung durch das methodisch inakzeptable Design als auch die Instrumentalisierung des Meinungsbildes der Pflegefachpersonen durch das HMSI sind fragwürdig. Die Befragung verstößt gegen die ethischen Grundsätze guter Forschung, wie sie u. a. in der Deklaration von Helsinki (Williams 2008), im Ethikkodex des ICN (DBfK 2013) und im Forschungskodex der DG Pflegewissenschaft (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.

2016) niedergelegt sind. Ein forschungsethisches Votum ist nicht erwähnt, die Datensicherheit zweifelhaft.

Als letzter Punkt ist das Agieren des Landespflegerates Hessen und der beteiligten Berufsverbände kritisch zu bewerten. Obwohl schnell klar wurde, dass die Befragung große methodische Schwächen hat und es fast unmöglich sein würde, die Pflegefachpersonen zu informieren, lehnten die Verbände die Durchführung der Befragung unter solchen Bedingungen nicht kategorisch ab. Vielmehr begrüßten sie diese (vgl. DBfK Südwest 03.05.2018, S. 1) und ließen sich von der Politik einspannen. Man hoffte, dass das Ergebnis zugunsten der Errichtung einer Pflegekammer ausgehen würde. Nicht in Betracht gezogen wurde, dass in diesem Fall genau die aufgezeigten methodischen Schwächen den Kammergegnern ausreichend Argumente liefern würden, trotz einer Zustimmung der Pflegefachpersonen eine Errichtung zu verhindern, wie es in anderen Bundesländern passierte (s. exempl. Bayern und Berlin). Obwohl aus dem Nachbarland Rheinland-Pfalz bekannt war, wie essentiell die Information der Pflegefachpersonen ist, welche unter den gegebenen Bedingungen nicht möglich war, hat man kein Veto eingelegt. Ob den getroffenen Einschätzungen bloß reine Naivität gepaart mit Unwissenheit oder politisches Kalkül zugrunde lagen, muss an dieser Stelle offenbleiben. Sicher ist allerdings im Rückblick, dass das Thema Pflegekammer in Hessen für die nächsten Jahre vom Tisch ist. Dem Heilberuf Pflege bleibt die Möglichkeit zur beruflichen Selbstverwaltung zumindest vorerst verwehrt. Für die Entwicklung tragen auch die seinerzeit berufspolitisch aktiven Akteure Verantwortung. Abbildung 5.10 gibt einen Überblick über die zögerliche Umsetzung des Koalitionsvertrages, die Aufnahme des ethischen Themenfeldes in der Diskussion und die forschungsethischen Defizite der Befragung in Hessen.

Da das Meinungsbild gegen die Selbstverwaltung ausfiel, ist im ab 2018 gültigen Koalitionsvertrag der 20. Legislaturperiode ist eine Pflegekammer kein Thema mehr (vgl. CDU Hessen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen 2018). Abschn. 5.3.2 zeigt die Situation in Baden-Württemberg.

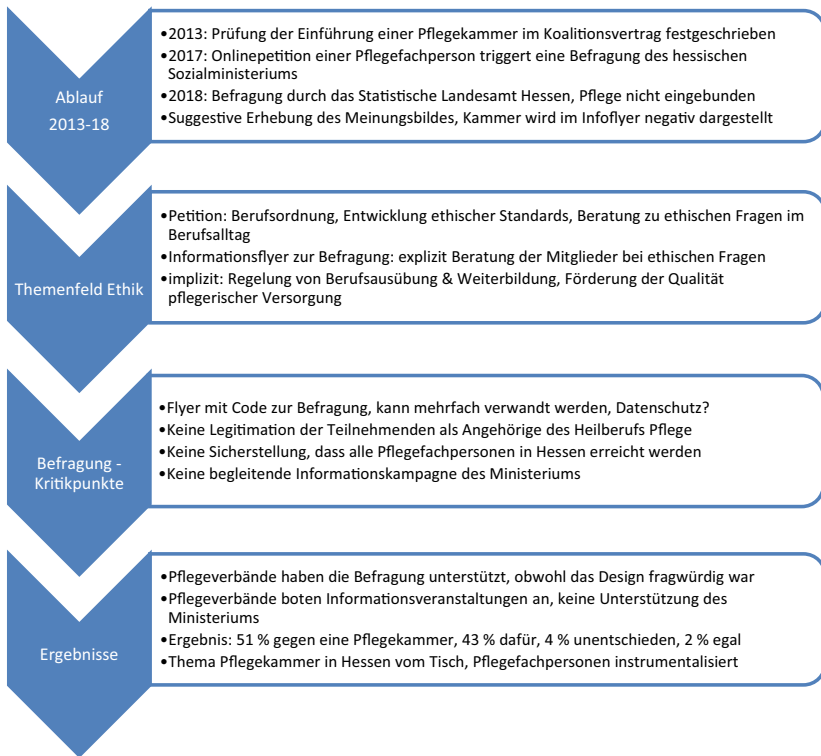


Abbildung 5.10 Hessen – späte Umsetzung des Koalitionsvertrages & Ausbremsung der Selbstverwaltung

5.3.2 Baden-Württemberg – Kammererrichtung ante Portas

Der Koalitionsvertrag der Landesregierung Baden-Württemberg (BW) von 2016–2021 zwischen Bündnis 90 / Die Grünen und der CDU normierte das Vorgehen zur Pflegekammer:

„Wir werden in enger Zusammenarbeit mit den Pflege-Verbänden in Baden-Württemberg eine repräsentative Umfrage auf den Weg bringen. Wenn sich die Mehrheit der Pflegekräfte, der im Landespflegerat organisierten Berufsverbände und der in der Liga vertretenen Verbände der Wohlfahrtspflege für die Einrichtung einer

Pflegekammer aussprechen, werden wir die Gründung initiieren“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg und CDU-Landesverband Baden-Württemberg 2016, S. 87–88).

Die angekündigte Befragung fand im ersten Quartal 2018 statt. Sie richtete sich im Unterschied zur Formulierung im Koalitionsvertrag an eine repräsentative Stichprobe aller Pflegefachpersonen in Baden-Württemberg, nicht nur an die Mitglieder der Berufsverbände und an die in der Liga vertretenen Verbände. Zur Information hatte das Ministerium auf seiner Homepage eine Seite „Pflegekammer in Baden-Württemberg“ geschaltet, dort fanden sich Erläuterungen zu:

„Aufgaben einer Pflegekammer Welche Aufgaben eine Kammer übernimmt, ist Sache des Gesetzgebers und der Organe der Kammer. In Betracht kommen insbesondere die Beteiligung an Gesetzgebungsverfahren, der Erlass von Fort- und Weiterbildungsordnungen und die Beratung der Mitglieder in ethischen, fachlichen sowie standesrechtlichen Fragen“ (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018b, S. 2).

„Beratung der Mitglieder in ethischen, fachlichen sowie standesrechtlichen Fragen Die Mitglieder einer Pflegekammer haben einen Anspruch auf Beratung. Diese kann sich auf ethische, fachliche, standesrechtliche oder weitere Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Pflegeberuf ergeben. Eine Pflegekammer wird hierzu über einen qualifizierten Mitarbeiterstab verfügen.“ (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018c, S. 1–2)

Der Schwerpunkt einer Pflegekammer liegt nach dem Dafürhalten des Sozialministeriums auf der Beratung der Pflegefachpersonen, es wird als Anspruch formuliert. Dies hat eine neue Qualität. Ethische Fragen stehen gemeinsam mit fachlichen und standesrechtlichen Fragen, die Forschungsethik fehlt (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018a). Interessant ist der Verweis auf die Notwendigkeit eines entsprechend qualifizierten Mitarbeiterstabes (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018a), dies ist ein Novum in den bisher begutachteten Dokumenten der anderen Bundesländer. Auf der Homepage stand der Koalitionsvertrag und ein Flyer, der ethische Beratung als Kammeraufgabe benennt (vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018a, S. 1).

Von Februar bis April 2018 wurden Pflegefachpersonen der Gesundheits- und (Kinder) Krankenpflege sowie der Altenpflege und Auszubildende im zweiten und dritten Lehrjahr befragt. Die Stichprobe enthielt alle Kernbereiche der Pflege in landesweiter Verteilung, der Feldzugang wurde per Zufallsstichprobe

telefonisch generiert (vgl. Kantar Public 2018, S. 6). In 197 teilnehmenden Einrichtungen erhielten die Pflegefachpersonen ein motivierendes Anschreiben, den Informationsflyer zu Aufgaben und Funktionen einer Pflegekammer sowie einen vierseitigen Fragebogen, der enthielt

„... neben Fragen zur Gründung einer Pflegekammer auch Fragen zu Aspekten aus dem Bereich Pflege sowie soziodemografische Fragen ... Der Fragebogen war in einem längeren Diskussionsprozess in Baden-Württemberg entstanden und mit verschiedenen Beteiligten (z. B. Pflegebeirat) abgestimmt...“ (Kantar Public 2018, S. 9).

Bei großen Einrichtungen war die Teilnehmenden-Anzahl auf 100 begrenzt. In 32 Schulen wurden einzelne Klassen befragt. Insgesamt liefen 2699 Fragebögen zurück, die avisierte Quote von 1500 wurde deutlich überschritten. Dies zeugt vom Interesse an der Befragung.

Die Ergebnisse in Baden-Württemberg zeigten erneut augenfällig die Wissenslücke zum Thema Pflegekammer unter Pflegefachpersonen, 30 % war es komplett neu, 44 % hatten schon einmal davon gehört, lediglich 20 % hatten sich schon länger mit dem Thema beschäftigt, 6 % machten keine Angabe (vgl. Kantar Public 2018, S. 20). Trotzdem votierten 68 % für die Gründung einer Pflegekammer, 26 % waren dagegen, 6 % entschieden sich nicht (vgl. Kantar Public 2018, S. 21). Für den Grad der Zustimmung war nicht der Informationsgrad vor der Befragung ausschlaggebend, sondern die Pflegekammer erlangte mutmaßlich über die Vorstellung im Flyer hohe Zustimmungsraten. Die primäre Wissenslücke unter Pflegefachpersonen, wahrscheinlich daraus resultierend, dass die Berufsgruppe es nicht gewöhnt ist, sich mit berufspolitischen Themen zu befassen, scheint handhabbar. Diese Hypothese erhärtet die beschriebene Teilnahmebereitschaft im Verlauf der Studie: Weil die Pflegefachpersonen in Baden-Württemberg nicht registriert sind und somit kein direkter Zugang zu den potentiellen Kammermitgliedern möglich war, musste die Kontaktaufnahme zum Feld über die Einrichtungen laufen. Einrichtungsleitungen wurden, häufig zusammen mit der Personalvertretung bzw. dem Betriebsrat, telefonisch oder in persönlichen Terminen vor Ort ausführlich informiert und entschieden über die Teilnahme der Einrichtung (vgl. Kantar Public 2018, S. 8). In Stufe zwei händigten geschulte Interviewende des Meinungsforschungsinstituts die Befragungsunterlagen an zwei Terminen pro Einrichtung an möglichst viele Pflegefachpersonen persönlich aus, z. B. im Rahmen von Mitarbeiterversammlungen und Teamsitzungen. Die persönlichen Termine erbrachten höhere Rücklaufquoten (vgl. Kantar Public 2018, 7, 9 f.).

Dem Vorgehen wohnt ein hohes forschungsethisches Niveau inne: Zum einen ist die Befragung ein Beispiel dafür, dass Wissenschaftler*innen in einer ernstgemeinten Erhebung die Verantwortung zur sachgerechten Information der Pflegefachpersonen annehmen. Zum anderen zeigte der um fast ein Drittel höhere Rücklauf, dass Pflegefachpersonen sich mit berufspolitischen Fragestellungen auseinandersetzen, wenn man ihnen einen sachgerechten Zugang ermöglicht. Sie können dann informiert entscheiden. Mit Pflegefachpersonen wurde wertschätzend und nicht instrumentalisiert umgegangen (s. Abschn. 5.3.1). Diese Basis von Information, Mitnahme und Einbezug im Errichtungsprozess ist essentieller Baustein wirkungsvoller Kammerarbeit. Die nicht zu unterschätzende Bedeutung zeigte sich eindrücklich im Errichtungsprozess in Rheinland-Pfalz, der Kontakt zu den Kammermitgliedern muss gepflegt werden, er darf nie einschlafen (vgl. Kuhn 2016a, S. 103).

In der Befragung sind unter „Aufgaben einer Pflegekammer“ einige für die Ethik relevante Aspekte benannt. Diese sind den Befragten sehr wichtig bzw. wichtig (addierte Zustimmungsraten in Klammern). Alle nachfolgenden Angaben und Zitate dieses Absatzes sind finden unter Kantar Public 2018, S. 32: Die Berufsordnung bietet den künftigen Kammermitgliedern über die Regelung der Berufsausübung eine normative Grundlage zu fachlich und ethisch gutem professionellen Pflegehandeln (92 %); auf ihr gründen „Empfehlungen zur Gewährleistung hochwertiger Pflege“ (93 %). Die Berufsordnung bildet eine definitorische Grundlage der „Berufsaufsicht über die Pflegefachkräfte“ (79 %), Zuwiderhandlungen können geahndet werden. Die Regelung von Fort- und Weiterbildungen ist ebenfalls wichtig (84 %), der Bereich kann auch Fort- und Weiterbildungen zu ethischen Themen umfassen. Die Beratung der „Mitglieder in ethischen, fachlichen und standesrechtlichen Fragen“ (88 %) bietet explizit die Unterstützung künftiger Kammermitglieder, sie findet hohen Zuspruch. Den Items „... die Anliegen der Pflegefachkräfte vertreten“ und „... dem Bereich Pflege mehr Gehör verschaffen“ (Kantar Public 2018, S. 32) stimmten jeweils 99 % zu. Hier liegt die ethische Dimension in der Verantwortung der Pflegekammer für die Pflegefachpersonen und für die Menschen mit Pflegebedarf gleichermaßen. Dieser Verantwortung dienen auch die Beteiligung an der Gesetzgebung (72 %) sowie die Aufbereitung von statistischen Daten (81 %) und das Führen eines Registers der Kammermitglieder (60 %). Beides bietet Grundlagen für politische Entscheidungen im Gesundheitswesen. Soweit die Zusammenfassung des Themenkomplex *Errichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg*.

Der Auftraggeber koppelte die Erhebung zur Pflegekammer mit einer Befragung zum politisch hochrelevanten Themenkomplex der „Arbeits- und Ausbildungssituation der Pflegefachkräfte und Auszubildenden“ (Kantar Public 2018,

S. 33). Kategorien bildeten „Versorgung der zu Pflegenden“, „Zukunftsperspektiven und Wertschätzung“ und „Aussagen zu Arbeits- und Ausbildungssituation nach Schichtarbeit bzw. Schichtart“ (Kantar Public 2018, S. 36–39). Dies wurde ergänzt um den politisch gewünschten Aspekt der Erschließung der sog. „Stillen Reserven“, nämlich die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von Pflegefachpersonen in Teilzeitbeschäftigung (vgl. Kantar Public 2018, S. 40 f.). Auszubildende wurden zu ihren Ausbildungsbedingungen befragt, Kategorien waren das Einspringen für examinierte Pflegefachpersonen, das Leisten von Überstunden und die gezielte Unterstützung durch Praxisanleitung.

Es wurde erhoben, ob sich die Attraktivität des Pflegeberufs über eine zukünftige Akademisierungsrate von 10–20 % ändern würde. Die Akademisierung werteten je nach Hierarchiestufe (ohne / mit Leitungsfunktion) 19 % / 26 % der befragten examinierten Pflegefachpersonen als Chance. Dies wirft ein deutliches Licht darauf, dass die Akademisierung als Professionsbaustein bei der breiten Masse der Pflegefachpersonen nach wie vor nicht angekommen ist. 46 % / 38 % sehen in der Akademisierung keine Chance, 28 % / 25 % meinten gar, die Attraktivität des Pflegeberufes würde durch die Akademisierung abnehmen. Dies deckt sich mit den Befunden der Studie von Gerlach zur professionellen Identität in der Pflege: Die Anerkennung der Akademiker*innen durch die eigenen Berufsgruppe fehlt. Sie werden nicht mehr als Kolleg*innen gesehen, weil sie nicht mehr „am Bett arbeiten“, ihnen wird unterstellt, nicht „richtig arbeiten“ zu wollen (vgl. Gerlach 2013, S. 170). Die kritische Abwehrhaltung insbesondere innerhalb der Berufsgruppe schadet den Bestrebungen zur Professionalisierung. In 30 Jahren Akademisierung der Pflege in Deutschland ist es nicht gelungen, die Widerstände auszuräumen, das gegenseitige Misstrauen bleibt (vgl. Kuhn 2016a, S. 96).

Mit Blick auf den Professionsbaustein Pflegeethik (s. Abschn. 7.2) ergeben sich daraus schwerwiegende Konsequenzen. Die nötige pflegeethische und pflegefachliche Expertise, welche helfen kann, einem „ungutes Bauchgefühl“ gepaart mit Hilflosigkeit entgegenzuwirken, fehlt. Hohe Zahlen psychischer Belastung belegen dies (s. Abschn. 7.3.1). Der Erwerb pflegeethischer Expertise braucht die Akademisierung, dort können Möglichkeiten des professionellen Pflegehandelns eröffnet und reflektiert werden, um dem Phänomen des „Moral Distress“ entgegenzuwirken.

Die zusammenhängenden Ergebnisse sind im Lichte der Interventionsmöglichkeiten einer zukünftigen Pflegekammer wertvoll. Die Ergebnisse der Befragung liefern „...im Hinblick auf die Arbeits- und Ausbildungssituation (ein) alles in allem ernüchterndes Bild.“ (Kantar Public 2018, S. 48). Steigende Ausbildungszahlen allein werden pflegerische Bedarfe nicht decken, wenn gleichzeitig Pflegefachpersonen mehrheitlich sagen, dass sie ihren Beruf nicht bis zur Rente

ausüben wollen bzw. können (vgl. Kantar Public 2018, S. 48). Die Ergebnisse unterstreichen die Dringlichkeit, sie bilden für die Landesregierung und die zu errichtenden Pflegekammer Baden-Württemberg die Handlungsgrundlage. Die themenübergreifende Konzeption des Instrumentes leistet einen Beitrag zum Erkennen der politischen Zusammenhänge der Kammerarbeit, zur Fundierung der Zustimmung und zur Erwartungshaltung der Pflegefachpersonen. Als nächster Schritt wurde unter Einbindung eines Beirates von Pflegefachpersonen der Gesetzentwurf erarbeitet:

„Zur Begleitung des Vorhabens berief das Ministerium für Soziales und Integration einen Beirat Pflegekammer ein, in dem alle relevanten Verbände und Organisationen vertreten sind. Der Gesetzentwurf zur Einführung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg wurde auf der Basis der Beratung durch den Beirat Pflegekammer innerhalb der Landesregierung abgestimmt und vom Ministerrat im Frühjahr 2020 zur Anhörung freigegeben. (Ministerium für Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 2021)

Baden-Württemberg beabsichtigt, dem rheinland-pfälzischen Beispiel folgend, den Heilberuf Pflege im Heilberufekammergesetz aufnehmen (vgl. Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020a, S. 1):

„Die von der Enquetekommission geforderte Augenhöhe mit anderen Entscheidungen im Gesundheitswesen wird dadurch verwirklicht, dass die Landespflegekammer gesetzlich dieselben Strukturvorgaben und Gestaltungsmöglichkeiten wie die bestehenden Heilberufe-Kammern erhält ... Durch die Änderungen weiterer Gesetze und Verordnungen wird die Landespflegekammer an den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg beteiligt. So wird sichergestellt, dass die Interessen und die Kompetenzen der beruflich Pflegenden durch eine gemeinsame und starke Stimme vertreten werden und dass diese Stimme auch das Gewicht erhält, das der Bedeutung dieses Berufsstandes für das Gesundheitswesen und für die Versorgung der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg entspricht.“ (Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020a, S. 2–3)

Im April 2020 begann das Anhörungsverfahren der Verbände (vgl. DBfK Südwest e. V. 2020). Parallel schaltete das Land ein Online-Beteiligungsportal, über das jede*r das Gesetz bis zum 11.06.2020 kommentieren konnte (vgl. Baden-Württemberg.de 2021).

Zum Themenfeld Ethik normierte der Entwurf neu die Mitgliedschaft einer Pflegefachperson in der Ethikkommission der Landesärztekammer, welche die „... bundes- oder landesrechtlich einer öffentlich-rechtlichen Ethikkommission zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen ...“ (§ 5 Abs. 1 HBKG Landesregierung

Baden-Württemberg 22.03.2020) hat.¹⁴ So will der Gesetzgeber sicherstellen, dass

„... auch die pflegerische Perspektive in die Bewertung ethischer Fragestellungen bei Forschungsvorhaben einfließt. Diese Sichtweise ist ein wichtiger Beitrag, da die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte auch an der praktischen Durchführung klinischer Forschung beteiligt ist. Zudem liegt es im Interesse der Patientinnen und Patienten, wenn die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte ihre berufsspezifischen Erfahrungen im Umgang mit schwer erkrankten oder pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen einbringt.“ (Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020a, S. 14)

Neu ist die Möglichkeit eigener Ethikkommissionen der anderen Heilberufekammern:

„(6) Die Landeszahnärztekammer, die Landesapothekerkammer, die Landespsychotherapeutenkammer und die Landespflegekammer können jeweils eine Ethikkommission errichten. Die jeweilige Kammer regelt die Zuständigkeit und die Zusammensetzung der Ethikkommission durch Satzung.“ (Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020b, S. 6)

und die Option zur Errichtung gemeinsamer Ethikkommissionen (vgl. (7) Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020b, S. 6). Die forschungsethischen Aufgaben bleiben nur bei der Ärztekammer:

„In den Reihen der Pflegefachkräfte wird der Bedarf für ein Gremium zur Beratung pflegespezifischer ethischer Fragestellungen gesehen. Da es unabhängig von den bundesgesetzlich vorgesehenen Aufgaben einer Ethikkommission bei den einzelnen Berufsgruppen des HBKG weiteren Beratungsbedarf zu ethischen Fragestellungen geben kann, soll den Kammern durch die neuen Absätze 6 und 7 die Möglichkeit gegeben werden, zu berufsspezifischen und in der Satzung zu definierenden Fragestellungen und Themenfeldern eigenständige Ethikkommissionen einzurichten. Da es sich um Kann-Vorschriften handelt, können die Vertreterversammlungen der Kammern darüber entscheiden, ob ein entsprechender Bedarf besteht.“ (Ministerkonferenz Baden-Württemberg 2020a, S. 15–16)

Mit den neuen Absätzen untermauert der Entwurf die klarere Stoßrichtung ethischer Unterstützung der Pflegefachpersonen, die schon in den Informationen zur

¹⁴ Das sind „insbesondere die Aufgaben nach den §§ 40 bis 42 des Arzneimittelgesetzes (AMG), §§ 20 und 22 des Medizinproduktegesetzes (MPG), §§ 8 und 9 des Transfusionsgesetzes (TFG), § 92 der Strahlenschutzverordnung und § 28 g der Röntgenverordnung.“ (§ 5 Abs. 1 HBKG Baden-Württemberg).

Pflegekammer genannt wurden. Dass die Profession über eine eigene Wissenschaft verfügt und Forschungsprojekte durchführt, die ebenfalls eines ethischen Clearings bedürfen, schien der Gesetzgeber nicht im Blick gehabt zu haben. Hier gibt es Nachholbedarf. Das Erlassen einer Berufsordnung wird Aufgabe der Landespflegekammer (§ 10 Nr. 14; § 31 HBKG Landesregierung Baden-Württemberg 22.03.2020), sie kann dies regeln.

2021 ist die Errichtung der Landespflegekammer Baden-Württemberg offen. Der Prozess stockt seit Ende September 2020. Ein halbes Jahr vor der Landtagswahl setzte das Ministerium mit Verweis auf die Pandemie das Gesetzgebungsverfahren aus:

„Im Rahmen der Anhörung wurde Zustimmung, aber auch die Kritik geäußert, dass die Pflegefachkräfte im Land auch die Möglichkeit haben müssen, sich über die geplante Pflegekammer informieren zu können. Zu Pandemie-Zeiten habe keine Pflegefachkraft die Zeit, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Die Konzentration der fachlichen und gesellschaftlichen Kräfte liegt seit März 2020 bei der Bewältigung der Corona-Pandemie. Eine dem Vorhaben angemessene Phase der Vorstellung des Themas bei den Pflegefachkräften ist aus diesem Grund nur eingeschränkt möglich. Deshalb fiel die Entscheidung, das Vorhaben in der nächsten Legislaturperiode erneut aufzugreifen.“ (Ministerium für Gesundheit und Integration Baden-Württemberg 2021)

Ursächlich könnten auch die anhaltende Kritik und die Entwicklungen im Norden sein. Der DBfK zeigte sich fassungslos, insbesondere über die Uneinigkeit der Koalitionäre im Landtag: die regierenden GRÜNEN waren für die Kammergründung, die CDU votierte dagegen (vgl. DBfK Südwest 18.09.2020). Parallel etablierte die CDU zusammen mit der FDP in NRW eine Kammer (s. Abschn. 5.3.3); in Schleswig-Holstein wird sie mit den Stimmen der gleichen Fraktionen im Jahr 2021 abgewickelt. Dies zeigt erneut, dass es nicht um Inhalte, sondern um politische (Wahl-)Interessen geht. Die Wahlen im März 2021 bestätigten die grün-schwarze Regierung. Im neuen Koalitionsvertrag steht:

„Pflegekammer: Selbstverwaltung in der Pflege stärken

Pflege findet immer noch zu wenig Beachtung in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens. In der 16. Legislaturperiode haben wir die Grundlagen für eine Pflegekammer in Baden-Württemberg geschaffen. Wir werden uns in der 17. Legislaturperiode mit Nachdruck dafür einsetzen, mit der Einführung der Pflegekammer die Selbstverwaltung der Pflegekräfte und das Berufsbild insgesamt zu stärken.

Gleichzeitig werden wir das Recht der Beschäftigten zur selbstbestimmten gewerkschaftlichen Interessenvertretung unterstützen, um gute Tarifverträge zu ermöglichen.“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg, CDU Baden-Württemberg 2021, S. 75)

Somit geht es in Baden-Württemberg weiter, Abbildung 5.11 gibt einen Überblick über die Outcomes.



Abbildung 5.11 Baden-Württemberg -Pflegekammer ante Portas

Nun ist es an den Berufsverbänden und den berufspolitisch aktiven Pflegefachpersonen, den formulierten politischen Willen nachdrücklich einzufordern, damit der Gesetzesentwurf umgesetzt und die zugesagte ethische Unterstützung gewährleistet werden kann.

5.3.3 Pflegekammer Nordrhein-Westfalen – Befragung, Gesetzgebung, Errichtung

In Nordrhein-Westfalen (NRW) zeigte sich die Landesregierung über lange Jahre gegenüber der Errichtung einer Pflegekammer eher zögerlich. Das Thema wurde über mehrere Legislaturperioden hinweg von den wechselnden Oppositionsfraktionen positiv besetzt, verschwand aber in der Schublade, sobald diese Fraktion Teil der Regierung wurde (vgl. Kuhn 2016a, S. 65).

2017 gab es erstmals einen Bruch des Musters: Zuerst bewegte sich die SPD-geführte Regierung kurz vor der Landtagswahl, sie versprach eine Urabstimmung aller Pflegefachpersonen (vgl. Pflgerat NRW 2019, S. 34). Die rot-grüne Koalition verlor die Wahl. Die neue CDU-FDP-Regierung nahm die Errichtung einer Interessensvertretung auf und verankerte eine Befragung zur Form im Koalitionsvertrag:

„Nordrhein Westfalen wird eine Interessenvertretung der Pflegenden errichten, wenn die Pflegenden dies wollen. Deshalb werden wir eine repräsentative Befragung bei den professionell Pflegenden durchführen. Diese Befragung der Pflegekräfte zur beruflichen Interessenvertretung soll über die Frage einer Landespflegekammer sowie der Alternative des Bayerischen Modells erfolgen“ (CDU Nordrhein-Westfalen, FDP Nordrhein-Westfalen 2017, S. 97).

Im Herbst 2018 fand die repräsentative Befragung von Pflegefachpersonen in den Einrichtungen der Pflege statt (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 2020).

„Es sollte die Frage geklärt werden, ob und wenn ja, in welcher Form eine Interessenvertretung für die Pflege in Nordrhein-Westfalen gegründet werden soll“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 2020).

Auch in NRW wurden gedruckte Informationsmaterialien verteilt und 130 Infoveranstaltungen durchgeführt, „damit die Pflegefachkräfte diese weitreichende Entscheidung auf einer soliden Grundlage treffen konnten“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 2020). Der Zugang zur Zielgruppe wurde mehrstufig erzeugt: Die erste Stufe umfasste eine Bestandsaufnahme aller ca. 6000 Pflegeeinrichtungen in NRW, die Abfrage zur Teilnahmebereitschaft und die Auswahl in einer repräsentativen Zufallsauswahl von 200 Einrichtungen. Hier wurden in der zweiten Stufe Interviews mit Pflegedienst-, Personal- oder Geschäftsleitung zur detaillierten Erfassung von Beschäftigungszahlen und soziodemografischen Daten wie Leitungsverantwortung, Berufsgruppe

und Beschäftigungsverhältnis/Stellenumfang der dort tätigen Pflegefachpersonen durchgeführt (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 71). Darüber

„... konnten die Beschäftigungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen präzise erfasst werden, die auf insgesamt ca. 197.000 examinierte Pflegefachkräfte hochgerechnet werden können“ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung, S. 71).

Die Ergebnisse differierten erheblich von der Datenlage der Landesbericht-erstattung, welche von 181.933 Pflegefachpersonen ausging (vgl. Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2019, S. 36–42). Die Hochrechnung ist wertvoll, die Datengrundlage ergibt jedoch kein Vollbild der Vielfältigkeit der Pflege. Pflegefachpersonen, die z. B. in ambulanten OP-Zentren, Dialysezentren, Arztpraxen, Schulen und Universitäten arbeiten, sind nicht erfasst. Stimmen aus Berufsverbänden schätzen die Zahl auf ca. 220.000. Erst die Registrierung aller in NRW tätigen Pflegefachpersonen wird aussagekräftig sein.¹⁵ Im dritten Schritt wurden in den Einrichtungen die Konzepte „Pflegekammer“ und „Pflegering“ vorgestellt und 1503 Pflegefachpersonen aus einer „Zufallsauswahl aus allen am Befragungstag anwesenden Beschäftigten“ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 5) befragt. Es wurden computergestützte persönliche Interviews oder Online- und Telefoninterviews angewandt (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 72). Interessant ist, dass die Umfrage kongruent mit dem Koalitionsvertrag und den Statements des Sozialministeriums von „eigenverantwortlicher Interessenvertretung“ spricht, statt von „Selbstverwaltung“ oder gar vom „Selbstverwaltungsrecht“, welches dem Heilberuf Pflege gewährt wird, wie es Kluth 2019 in seinem juristischen Gutachten zur Kammergründung in NRW tut.

Bei der nordrhein-westfälischen Pflegefachpersonen hatte das Thema Pflegekammer einen deutlich höheren Bekanntheitsgrad als bei Befragungen bisher. So hatten 48 % „die Diskussionen schon genauer verfolgt“ und 35 % kannten das Thema vom Begriff her, lediglich 15 % hörten zum ersten Mal davon, 2 % machten keine Angabe (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung

¹⁵ In Rheinland-Pfalz ging man 2013 zur Zeit der Abstimmung über eine Pflegekammer basierend auf Hochrechnungen von einer Grundgesamtheit von 38.500 Pflegenden aus (vgl. Weidner et al. 2013, S. 4). Darin waren auch die Pflegehilfskräfte enthalten, welche später kein Kammermitglied werden konnten (vgl. Weidner et al. 2013, S. 4). Anfang 2020 sind lt. telefonischer Auskunft der Geschäftsstelle der Pflegekammer ca. 44.000 Pflegefachpersonen registriert. Zu beachten gilt, dass es sich dabei um die Anzahl der Personen handelt, nicht um Vollzeitäquivalente und man weiß, dass noch Pflegefachpersonen fehlen.

2018, S. 25). Zum Vergleich hatten sich in Baden-Württemberg nur 20 % mit dem Thema beschäftigt, für 30 % war es völlig neu (vgl. Kantar Public 2018, S. 20). Gründe für den Unterschied könnten im zunehmender medialer Präsenz des Themas und in der jahrelangen Informationsarbeit der Berufsverbände und des Fördervereins Pflegekammer NRW liegen. 68 % der Befragten hatten den Informationsflyer erhalten, den das Sozialministerium an alle Einrichtungen verschickt hatte (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 78). Diese Befragten konnten sich einen Überblick verschaffen, bevor sie an der Umfrage teilnahmen. Pflegefachpersonen konnten sich „auch in rund 130 vom Land geförderten Multiplikatoren-Veranstaltungen informieren“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 2020). Das Ergebnis bestätigte erneut, dass Pflegefachpersonen mit höherem Informationsgrad sich umso klarer für ein Pflegekammer aussprechen (vgl. Kuhn 2016a, S. 6). In NRW wollten 86 % eine Interessenvertretung, nur 8 % lehnten dies ab, 6 % waren unentschieden (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 27). Zur Auswahl standen ein vom Ministerium finanzierter Pflegering mit freiwilliger Mitgliedschaft oder eine selbstverwaltete Pflegekammer mit Pflichtmitgliedschaft und Mitgliedsbeitrag. Für viele überraschend aber inhaltlich logisch war die äußerst hohe Zustimmung zum Modell Pflegekammer von 79 %, nur 7 % votierten für einen Pflegering, diese Entscheidung erfolgte bewusst, denn:

„Drei Viertel aller Befragten (75 %) stimmten der folgenden Aussage zu: „Da der Pflegering finanziell nicht unabhängig wäre und einer staatlichen Finanzkontrolle und fachlichen Aufsicht unterliegen würde, wäre dessen Selbstständigkeit eingeschränkt““ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 12).

Das ist als unmissverständliches Zeichen der Emanzipation der Pflegefachpersonen zu werten, sie nimmt ihre Verantwortung an. Berufsethische Aspekte nimmt die Befragung indirekt auf. Das Intro spricht von „Berufsausübung gestalten“ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 87). Die Einstellung der Interviewten wurde anhand von Statements erhoben, z. B. zur Berufsausübung:

„Die Pflegekammer würde ohne politische Einmischung selbstständig Regelungen zur Berufsausübung, Weiter- und Fortbildung und somit ein modernes Berufsbild schaffen“ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 88).

Unter „Regelungen der Berufsausübung“ sind pflegefachliche, rechtliche und berufsethische Aspekte zu summieren. Dem Statement stimmten 79 % zu, 14 % lehnten es ab, 7 % gaben keine Beurteilung ab (vgl. INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 37). Die Menschen mit Pflegebedarf und die

Gesellschaft als Nutznießer der Regelungen zur Berufsausübungen und des Engagements einer Pflegekammer werden in der Befragung nicht benannt. Nur ein Statement hat einen, durch Klammersetzung abgeschwächten Gesellschaftsbezug:

„Die Pflegekammer würde mit einer Stimme für alle ca. 197.000 Pflegefachkräfte sprechen und dem Berufsstand die (gesellschaftliche) Bedeutung verschaffen, die ihm zusteht“ (INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung 2018, S. 88).

Warum das zentrale Mandat einer Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechtes, die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, in der Befragung nur schwach transportiert wurde, bleibt offen.

Seit 2019 ist auf der Homepage des Fördervereins Pflegekammer NRW e. V. unter dem Titel „Gute Gründe für eine Pflegekammer. NRW braucht eine Pflegekammer.“ (Pflegerat NRW 2019) eine Präsentation zur Information eingestellt, die Befragungsergebnisse aufnimmt. Informiert wird zu Inhalten der Kammerarbeit und zum Fahrplan bis zur Kammergründung. Der Ethikbezug ist sehr deutlich, reflektiert werden die vier grundlegenden Aufgaben von Pflegenden nach dem ICN-Ethikkodex

„1. Gesundheit zu fördern, 2. Krankheit zu verhüten, 3. Gesundheit wiederherstellen, 4. Leiden zu lindern. International Council of Nurses, 2012. Aber gelingt uns das auch im Pflegealltag?“ (Pflegerat NRW 2019, S. 5).

Als Antwort werden die Auswirkungen der Pflegepolitik auf die Pflegebeziehung verdeutlicht:

„Realität ist, dass Pflegefachpersonen in allen Bereichen durch stetig steigende Anforderungen und verstärkten Personalmangel immer stärker an ihre Leistungsgrenzen gebracht werden. Dies hat politische und strukturelle Gründe. Leidtragende sind die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Pflegenden selbst.“ (Pflegerat NRW 2019, S. 6)

Dies belegt die schwer einzuhaltende Verpflichtung des Ethikkodex und die daraus resultierenden massiven Probleme für allen Beteiligten. Diverse Beispiele konkretisieren die „Situation in der Pflegelandschaft“. Erklärt werden z. B. implizierte Rationierungen von Pflegeleistungen wie Dekubitusprophylaxe und Wundversorgung. Die Ursachen seien systemisch: das fehlende Stimmrecht der Pflege im gemeinsamen Bundesausschuss als Entscheidungsgremium über SGB V Leistungen und die Konsequenzen wie der Verlust von Pflegestellen im Krankenhaus; die fehlende Finanzierung von SGB V Leistungen im Pflegeheim; die

Abhängigkeit von ärztlicher Verordnung beim Wundmanagement und Pflegehilfsmitteln in der ambulanten Pflege (vgl. Pflegerat NRW 2019, S. 7–10). Die Lösung lautet:

„Die Pflegekammer bietet einen Ausweg aus diesem System, indem sie die Selbstverwaltung der Pflegeberufe übernimmt“ (Hervorhebungen im Original) (Pflegerat NRW 2019, S. 10).

Benannt wird durchgängig die „Selbstverwaltung“, nicht der schwächere vom Sozialministerium NRW transportierte Begriff „Interessenvertretung“. Die korrekte Zieldefinition der Pflegekammer im Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wird transparent:

„Die Pflegekammer NRW sorgt für die Sicherstellung der sachgerechten und professionellen Pflege der Bürgerinnen und Bürger des Landes NRW entsprechend aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie stellt die Selbstverwaltung der Pflegefachpersonen in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts in NRW dar.“ (Hervorhebungen im Original) (Pflegerat NRW 2019, S. 18)

Die Aufgaben einer Pflegekammer leiten sich von dem Sicherstellungsanspruch pflegerischer Versorgung ab. Dazu dient an erster Stelle die „Entwicklung einer Berufsordnung/-ethik“ (Pflegerat NRW 2019, S. 19). Auffallend ist, dass die Berufsordnung und die Berufsethik in einen Begriff gefasst sind. Dies war bei der Analyse der Dokumente der anderen Pflegekammern nicht nachvollziehbar. In NRW wird Berufsordnung und Berufsethik von Anfang an zusammengedacht. Die 2020 in Kraft getretene Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, die den Ansatz konsequent umgesetzt, war den Akteuren in NRW bekannt.

Das zweite Weg, berufsethische Prämissen zum Schutz der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf zu platzieren, ist die „Beratung der politisch Verantwortlichen“ (Pflegerat NRW 2019, S. 20) durch die Pflegekammer. So können ethische Ansprüche normiert werden, in Gesetzen, Verordnungen, Erlassen etc. Die Präsentation des Pflegerates NRW nennt beispielhaft die mannigfaltige politische Mitwirkung der rheinland-pfälzischen Landespflegekammer in Gremien, Arbeitsgruppen, Initiativen, Beiräten, Ausschüssen u.v.m. des Landes als Perspektive für die Pflegefachpersonen in NRW (vgl. Pflegerat NRW 2019, S. 50–53).

Am 19.11.2019 beschloss das nordrhein-westfälische Kabinett die Einbringung eines Änderungsgesetzes des Heilberufsgesetzes, die Pflege sollte dort als weiterer Beruf verankert werden (vgl. WIR IN NRW Das Landesportal

19.11.2019). Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann findet in der Pressemitteilung klare Worte zur Unterstützung der Profession Pflege:

„Die Zeiten, in denen die Pflege nur am Katzentisch über ihre eigenen Belange mitberaten durfte, müssen endlich der Vergangenheit angehören. Mit dem Gesetzentwurf sind wir auf einem guten Weg, dass die Pflegekammer mit der Berufung des Errichtungsausschusses im Jahr 2020 gegründet werden kann“ (WIR IN NRW Das Landesportal 19.11.2019, S. 1).

Als zentrale Aufgaben der Pflegekammer benennt er:

„... die Entwicklung einer Berufsordnung und von Qualitätsrichtlinien sowie die Zuständigkeit für die beruflichen Fort- und Weiterbildungen. „Diese Aufgaben sind zentral zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs. Wir müssen den Pflegefachkräften endlich ermöglichen, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln und an Entscheidungen mitzuwirken, die sie betreffen. Darum müssen sie auch in den wichtigen Gremien sitzen, wie zum Beispiel der Landesgesundheitskonferenz oder dem Landesausschuss für Krankenhausplanung“, so Laumann weiter. Perspektivisch sollen der Kammer auch die Aufgaben zur Ausbildung in den Pflegeberufen übertragen werden.“ (WIR IN NRW Das Landesportal 19.11.2019, S. 2)

Der Entwurf ermöglicht der Pflege eine starke Stimme als wegweisender Fortschritt, Laumann ist überzeugt: „Damit werden sich auch die Kräfteverhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft verschieben.“ (WIR IN NRW Das Landesportal 02.07.2019). Am 20.11.2019 wurde der Gesetzentwurf der Landesregierung NRW zur ersten Lesung im Landtag eingebracht. Laumanns Rede transportiert indirekt auch die normative und daraus folgende formative Komponenten der Berufsethik:

„Die Pflegekammer kann ebenfalls Regelungen zur Berufspflicht und zur Berufsausübung treffen. Beides gehört wesentlich zur Weiterentwicklung des Berufsstandes der professionellen Pflege und soll gemäß Gesetzentwurf zum 1. Januar 2024 selbstständig von der Pflegekammer übernommen werden“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2019, S. 67).

Einen Paradigmenwechsel für Heilberufekammern läutet Laumann über die Ankündigung der perspektivischen Übernahme der pflegerischen Ausbildung durch die Pflegekammer ein:

„Die Pflegekammer muss meines Erachtens aber auch perspektivisch die Aufgaben der Organisation und der Abnahme der Prüfungen der Pflegeausbildung erhalten. Hier haben wir eine Verordnungsermächtigung ergänzt, da diese Aufgabe erst nach einer Anlaufphase übertragen werden kann“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2019, S. 67).

Der Gesetzentwurf geht in § 9 Abs. 6 weiter als die Gesetze aller bisher etablierten Pflegekammern und alle Entwürfe:

„Die Landesregierung wird ermächtigt, der Pflegekammer durch Verordnung weitere die Pflegeberufe betreffende Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung zu übertragen. Hierzu zählen insbesondere Aufgaben der Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz. Die Pflegekammer ist vorher anzuhören. In der Verordnung ist zu bestimmen, wie die Pflegekammer die übertragenen Aufgaben sachgerecht erledigen soll und wer die aus der Durchführung der Aufgaben entstehenden Kosten trägt. Der zuständige Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags ist ebenfalls anzuhören“ (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019, S. 16).

Diese Norm ermöglicht die komplette Emanzipation des Heilberufs Pflege. Die über das Selbstverwaltungsrecht gewährte berufliche Autonomie beginnt zukünftig mit Eintritt in die Pflegeausbildung, bereits die wird selbstgestaltet. Laumann sicherte sich über ein juristisches Gutachten des ausgewiesenen Kammerexperten Kluth ab. Er belegt die verwaltungsrechtliche Zulässigkeit der Übertragung (vgl. Kluth 2019, S. 42). Das Pflegeberufegesetz (PflBG) ist wie die Verkammerung des staatlich reglementierten Pflegeberufs eine grundlegende Neuordnung des Berufsrechts (vgl. Kluth 2019, S. 9). Bei der

„... Erteilung der Berufserlaubnis nach § 2 PflBG sowie die Entscheidung über deren Rücknahme, Widerruf oder Ruhenlassen nach § 3 PflBG, ... handelt (es) sich jeweils um den Erlass eines Verwaltungsaktes ...“ (Kluth 2019, S. 10).

Diese und weitere hoheitlichen Befugnisse sind grundsätzlich staatlichen Stellen vorbehalten. Der Bundesgesetzgeber hat die Wahrnehmung einiger Aspekte auf Landesebene delegiert. Das Land entscheidet, ob es unmittelbar selbst hoheitlich handelt oder die Wahrnehmung der Aufgaben überträgt an

„... landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts einschließlich der Träger funktionaler Selbstverwaltung, wie sie in Gestalt der Berufskammern in Deutschland etabliert sind ...“ (Kluth 2019, S. 10).

Diese Übertragung kann nur über die Pflegekammer im Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts legitimiert werden, die die Pflichtmitgliedschaft aller Pflegefachpersonen im Land einschließt. Die angestrebte Neuordnung hat Parallelen in den Handwerksberufen, dort sind Ausbildung und Prüfung Sache der Handwerkskammern. Laumann erschien diese für Heilberufe neue Herangehensweise wichtig und gleichermaßen konsequent, weil er selbst so sozialisiert wurde. Er betonte nämlich in zahlreichen Reden und Podiumsdiskussionen, exempl. beim

Deutschen Pflēgetag 2016, noch in der Funktion des Pflegesachverständigen des Bundesgesundheitsministeriums, dass er Schlosser sei und es im Schlosserhandwerk unvorstellbar sei, dass jemand anderes als die Berufsgruppe der Schlosser bestimmen würde, welches die Inhalte des Berufsbildes seien und was gelernt werden müsse.

Die Normierung des für alle Pflegefachpersonen bindenden Berufsrechts über die Berufsordnung ist über die Mitgliedschaft aller Pflegefachpersonen legitimiert, Kluth schreibt:

„So kann der Erlass einer Berufsordnung, bei der es sich rechtsquellentechnisch um eine Satzung handelt, nur auf der Grundlage einer (repräsentativen) Beteiligung aller Betroffenen (Normadressaten) erfolgen, weil die Legitimation der Kammerorgane nicht weiter reicht als die Mitgliedschaft. Die gesetzliche Pflichtmitgliedschaft ist insoweit aus dem demokratischen Prinzip abgeleitet, das im Falle einer Betroffenen-Selbstverwaltung eine umfassende Inklusion gebietet“ (Kluth 2019, S. 14).

Sowohl über die Ausbildung als auch über die Berufsordnung werden künftig berufsfachliche, berufsrechtliche und berufsethische Inhalte ihre Wirkung entfalten, in die Berufsgruppe hinein und gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf. Der Gesetzgeber verleiht dem Heilberuf Pflege die dafür nötige Normsetzungsautonomie:

„Die Normsetzungsbefugnisse der Träger funktionaler Selbstverwaltung beruhen alleine auf einer gesetzlichen Grundlage und sind deshalb nicht Ausdruck von verfassungsrechtlich begründeter Autonomie, sondern Folge einer gesetzlich begründeten Autonomie und damit eine delegierte Normsetzungskompetenz.“ (Kluth 2019, S. 16)

Dem Land obliegt nur die Rechtsaufsicht, von einer staatlichen Fachaufsicht rät Kluth ab,

„..., weil bei der aufsichtführenden Stelle gerade keine höhere fachliche Qualifikation vorausgesetzt werden kann. Es reicht vielmehr eine Rechtsaufsicht aus.“ (Kluth 2019, S. 35)

Den Gesetzentwurf durchzieht die die Unterstützung der Altenpflege und der Frauen:

„Wie Sie wissen, liegt mir sehr am Herzen, dass sich die Altenpflege ebenfalls in der Pflegekammer angemessen wiederfindet. In einem so sehr von Frauen geprägten Beruf ist es auch wichtig, dass Frauen in den Gremien der Pflegekammer angemessen beteiligt sind. Darum haben wir sowohl eine Frauenquotenregelung als auch

eine Quotenregelung für die Beschäftigten in der Altenpflege geschaffen.“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2019, S. 67)

Der Maßgabe des Ministers folgend enthält der Entwurf durchgehend eine Frauenquote von mindestens 50 % und einen tätigkeitsorientierten Proporz.

Mit der Bitte um konstruktive Diskussion schließt der Minister, das Gesetz wird ohne Debatte an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen überwiesen. Dort sollte am 18.03.2020 eine öffentliche Anhörung geladener Sachverständigen stattfinden. Die Verfasserin war zusammen mit dem Präsidenten der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen aufgefordert, im Vorfeld eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf abzugeben (vgl. Kuhn und Mudra 2020). Insgesamt trafen 23 Stellungnahmen ein: Die öffentliche Anhörung wurde wegen der Covid 19 Pandemie abgesagt und als schriftliche Anhörung durchgeführt. Die stellungnehmenden Verbände und Institutionen erhielten die Fragen der Fraktionen im Gesundheitsausschuss zugesandt, der bis Ende April zu beantworten war. Es gingen 18 Antworten ein, darunter die zweite Stellungnahme der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen (Kuhn et al. 2020). Alle Stellungnahmen sind auf dem Portal des Landes unter Landtag NRW (2021) zu finden¹⁶.

Zur Einschätzung des ethischen Mandats von Pflegekammern im Pflegekammergesetz NRW ist der vom Gesetzgeber angedachte Proporz relevant, weil er zu neuen Ungerechtigkeiten und Gräben führen kann. Die entsprechenden Passagen sind sinngemäß oder wörtlich aus der ersten Stellungnahme der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft entnommen (vgl. Kuhn und Mudra 2020, S. 12–14): Der Gesetzentwurf legt für alle Organe der Pflegekammer NRW einen tätigkeitsorientierten Proporz fest, für den Errichtungsausschuss (§ 115), für die Kammerversammlung (§ 12) und für den Kammervorstand (§ 24). D. h. die Zuordnung der Pflegefachpersonen soll anhand ihres jeweiligen Tätigkeitsfelds vorgenommen werden, nicht aufgrund des erworbenen Berufsabschlusses. Dies könnte die Vielfalt pflegerischer Tätigkeitsfelder abbilden. Allerdings hebt die Gesetzesbegründung auf den Schutz der Altenpflege ab:

„Die Bestimmung dient dem Schutz der Interessen der Beschäftigten in der Altenpflege im Vorstand der Pflegekammer. Sie dient in erster Linie dazu, den Vorstand fortlaufend an seine Aufgabe, alle Pflegefachkräfte in Nordrhein-Westfalen zu vertreten, zu erinnern. Der Norm kommt damit Symbolwirkung zu, sie steht für die Diversität der zu vertretenden Interessen, für eine ausgewogene Repräsentation und

¹⁶ Die Analyse aller 41 Dokumente wäre ein Desiderat für eine pflegewissenschaftliche Folgearbeit.

einen angemessenen Minderheitenschutz, der in erster Linie von der Selbstverwaltung selbst durch geeignete Mittel herzustellen ist. Gleichzeitig soll diese Beschränkung des freien Mandats nicht zu einer unverhältnismäßigen Behinderung der Arbeit im Vorstand durch Vorstandsmitglieder, die aus dem Vorstand ausscheiden oder ihr berufliches Tätigkeitsfeld wechseln, führen“ (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019, S. 77).

Die Begründung verfestigt das Vorurteil, die Altenpflege sei gegenüber der Krankenpflege benachteiligt. Der Gesetzentwurf verbleibt den traditionellen Kategorien Krankenpflege und Altenpflege verhaftet, die tatsächliche Vielfalt der Pflege wird nicht abgebildet.

„Dies ist zwar teilweise deckungsgleich mit den deutschen Finanzierungslogiken der Sozialgesetzbücher V und XI und folgend mit öffentlichen Verwaltungsstrukturen. Die beiden bekannten Kategorien tragen jedoch in der modernen Pflegelandschaft nicht mehr, weder aus Perspektive des Heilberufes Pflege noch aus Perspektive der Menschen mit Pflegebedarf. Aus Sicht der Pflegefachpersonen ist die Einteilung in keiner Weise deckungsgleich mit der beruflichen Vielfalt und dem professionellen Selbstverständnis des Heilberufs Pflege. Das Selbstverständnis ist u. a. aus der international gültigen Definition professioneller Pflege zu entnehmen“ (Kuhn und Mudra 2020, S. 13).

Das Professionsverständnis hat weitestgehend Aufnahme im neuen Pflegeberufegesetz (§ 5 Abs. 1, 2 PflBRefG. Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017) gefunden. Diese Normsetzungen wirken der bisherigen Zersplitterung der Profession Pflege in unterschiedliche Tätigkeitsfelder über die generalistische Ausbildung entgegen. Die in NRW angestrebte

„... Normsetzung hat auch berufspsychologische Auswirkungen: Bisher waren durchaus subjektive Wahrnehmungen einzelner Altenpfleger*innen zu hören, sich als Pflegefachpersonen zweiter Ordnung zu fühlen, die weniger wert seien als die Kolleg*innen aus der Gesundheits- und Krankenpflege. Vorurteile gründen jedoch oft auf gegenseitiger Unkenntnis der Aufgaben und fehlender Wertschätzung der jeweiligen Fachexpertise. In Rheinland-Pfalz ist u. E. über insgesamt acht Jahren Aufbauprozess der Pflegekammer ein Verschwinden der Vorurteile festzustellen. Eine destruktive, arbeitshemmende Lagerbildung konnte vermieden werden. Das konstruktive Miteinander der gesamten Berufsgruppe wurde gefestigt. Aus Perspektive der Menschen mit Pflegebedarf ermöglicht u. E. die generalistische Ausrichtung des Pflegeberufegesetzes und die darauf aufbauende vielfältige Fachexpertise der Pflegefachpersonen erstmals, Sektorengrenzen zu überwinden und Versorgungsbrüchen in der Gesundheitsversorgung vorzubeugen. Die Pflegewissenschaft liefert keinen Beleg, den Pflegebedarf eines Menschen allein an seinem Alter (Kind, Erwachsener, Senior) oder Aufenthaltsort (Krankenhaus/ Pflegeheim/ zuhause) festzumachen. Die Kategorien

können zwar den Pflegebedarf beeinflussen. Sie bilden aber im wesentlich umfangreicheren Kategorienset zur Einschätzung des je persönlichen Pflegebedarfes eines Menschen nur zwei Punkte ab, die durchaus nachgeordnet sein können. Es bleibt immer ein und derselbe Mensch mit seinen je individuellen Pflegebedarf, der das Versorgungssystem durchläuft, unabhängig davon, wo er gerade gepflegt wird. Eine ausschließliche Fokussierung schadet, wie die mannigfaltigen Schnittstellenproblematiken des gesundheitlichen Versorgungssystems belegen.

Darüber hinaus würden durch die Verkürzung auf die Tätigkeitsfelder Krankenpflege und Altenpflege die Expertise aller anderen Tätigkeitsfelder des Heilberufs Pflege wegfallen. Für diese Berufsangehörigen würde sich der angestrebte Minderheitenschutz des Gesetzentwurfes als Diskriminierung auswirken. Die Fachexpertise der psychiatrischen Pflege, der Pflege von Kindern, der Hospiz- und Palliativpflege, der Pflegeberatung, der Pflegelehre, der Pflegewissenschaft und vieler anderer Pflegefachgebiete sind u. E. sowohl für die Menschen mit Pflegebedarf als auch gesamtgesellschaftlich hochrelevant. U.E. ist nicht davon auszugehen, dass die Angehörigen des Heilberufs Pflege im Allgemeinen und der zukünftige Vorstand der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen im Besonderen eine fortlaufende Erinnerung „...an seine Aufgabe, alle Pflegefachkräfte in Nordrhein-Westfalen zu vertreten...“ (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019, S. 77) benötigen wird“ (Kuhn und Mudra 2020, S. 13).

Zudem ergeben die vorliegenden Datenquellen keine belastbaren Zahlen über die tatsächliche Verteilung der Pflegefachpersonen in Tätigkeitsfelder. Unklar bleibt auch, ob sich die Pflegefachperson eher dem erlernten Beruf oder der aktuellen Tätigkeit zuordnen wird, die im Berufsleben wechseln kann. Die Gefahr ergibt sich aufgrund der transportierten Ungerechtigkeit auf mehreren Ebenen:

„Für den Heilberuf Pflege ist ein tätigkeitsbezogener Proporz wie oben dargelegt nicht zielführend, sondern kontraproduktiv. Die Vielvielfältigkeit der Pflegeexpert*innen könnte nicht berücksichtigt werden. Die geforderte zweidimensionale Zuordnung in Krankenpflege/Altenpflege könnte für das berufliche Selbstverständnis der jeweiligen Pflegefachperson als Zumutung zu werten sein. Zudem würde dieses Vorgehen die durch die aktuelle Bundesgesetzgebung im Pflegeberufegesetz gerade reduzierten Brüche wieder verstärken und die Gefahr der Lagerbildung erneut beleben und forcieren. Das könnte u. E. letztendlich der pflegerischen Versorgungssicherheit schaden.

Bei den nordrhein-westfälischen Ärztekammern ist kein Proporz vorgesehen, obwohl der Heilberuf Medizin bekanntermaßen in unterschiedlichsten Tätigkeitsbereichen mit vielfältig differenzierter Fachexpertise Patient*innen aller Altersstufen mit verschiedensten Diagnosen versorgt“ (Kuhn und Mudra 2020, S. 14).

Keine der anderen Heilberufskammern, mit Ausnahme der Psychotherapeutenkammer, wurde zu einem Proporz verpflichtet. Die Hoffnung, dass die politisch Verantwortlichen erkennen, welche Ungerechtigkeit durch den Wunsch der Erzeugung von Gerechtigkeit entstehen wird, erfüllte sich nicht, das Gesetz trat unverändert in Kraft. Es ist bzgl. der Normierung der ethischen Komponenten konsistent mit den Regelungen der Heilberufsgesetze der anderen Bundesländer. Zur Sicherung der interdisziplinären Zusammenarbeit in die Ethikkommission der Ärztekammer (vgl. § 7 Abs. 2 HeilBerG NRW Landesregierung Nordrhein-Westfalen 09.05.2000) zukünftig „mindestens je eine Pflegefachperson aus der Alten- und der Krankenpflege auf Vorschlag der Pflegekammer“ (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019, S. 13) angehören.

„(3) Die Mitglieder sind in ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig, an Weisungen nicht gebunden und nur ihrem Gewissen verantwortlich. Sie sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet“ (§ 7 Abs. 3 HeilBerG NRW Landesregierung Nordrhein-Westfalen 09.05.2000)

Die Pflegekammer NRW kann eine eigene, ebenfalls interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission „zur Beratung ihrer Kammerangehörigen in berufsrechtlichen und berufsethischen Fragen“ (§ 7 Abs. 8 HeilBerG NRW Landesregierung Nordrhein-Westfalen 09.05.2000) errichten. Die Ethikkommissionen bedürfen einer Satzung (vgl. § 7 Abs 4 HeilBerG), sie sind gehalten:

„(5) Zur Vorbereitung von Voten von grundlegender Bedeutung sollen die Ethikkommissionen gutachtliche Äußerungen einschlägiger wissenschaftlicher Einrichtungen sowie Voten entsprechender Ethikkommissionen anderer öffentlich-rechtlicher Einrichtungen berücksichtigen“ (§ 7 Abs. 5 HeilBerG NRW Landesregierung Nordrhein-Westfalen 09.05.2000).

Soweit die ethisch relevanten Inhalte des Gesetzes, [Abbildung 5.12](#) gibt einen zusammenfassenden Überblick über das Outcome in NRW.

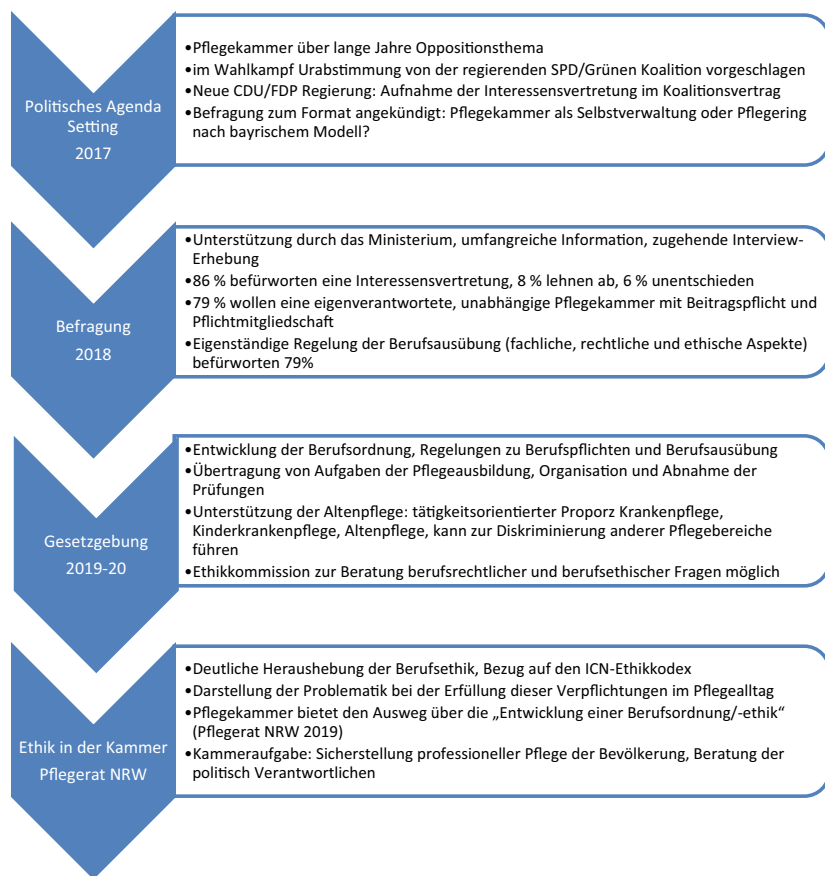


Abbildung 5.12 Pflegekammer NRW – Befragung, Gesetzgebung, Ethik

Am 30. Juni 2020 wurde das Gesetz verabschiedet (Landesregierung Nordrhein-Westfalen). Die Pflegekammer wurde gemäß § 115 errichtet, am 21.09.2020 nahm der Errichtungsausschuss seine Arbeit auf, er besteht aus 19 Mitgliedern und deren Stellvertretungen (vgl. Errichtungsausschuss Pflegekammer NRW 2021). Um der Pflegekammer NRW einen guten Start zu ermöglichen, unterstützt das Land den Aufbauarbeit finanziell „über drei Jahre mit insgesamt fünf Millionen Euro“ (WIR IN NRW Das Landesportal 02.07.2019, S. 2; vgl.

Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019, S. 2). 2022 soll die Kammer etabliert sein:

„(1) Die Wahl zur ersten Kammerversammlung hat in Abstimmung mit dem fachlich zuständigen Ministerium so rechtzeitig zu erfolgen, dass diese bis zum 1. April 2022 erstmals zusammentreten kann.“ (§ 116 Abs. 1 Landesregierung Nordrhein-Westfalen).

„(2) Die Pflegekammer hat die erforderlichen Satzungen spätestens bis zum 1. September 2022 zu erlassen. Ihre Weiterbildungsordnung ist abweichend hiervon zum 1. Januar 2024 in Kraft zu setzen.“ (§ 116 Abs. 2 Landesregierung Nordrhein-Westfalen)

Die im Gesetz festgesetzten Daten ergeben einen strengen Zeitplan für die Pflegekammer NRW. Die Ordnungswerke der Landespflegekammer RLP können als Vorlage dienen, die rheinland-pfälzischen Erfahrungswerte können in NRW als Ressource wirken.

Abschn. 5.4 fasst die Ergebnisse der Situationsanalyse zur Aufnahme des normativ gesetzten Bausteines Ethik und der relevanten ethischen Aspekte in deutschen Pflegekammern narrativ und grafisch im ersten Pipeline Logic Model zusammen.

5.4 Ethik in Pflegekammern – Mandat und Umsetzungsgrad?

Die Analyse der Dokumente und Gesetze der Landespflegekammern in Deutschland zum Themenfeld Ethik ergab mehrere relevante Ergebnisse, die eine Hintergrundtheorie für die weitere Ausgestaltung des ethischen Mandates von Pflegekammern liefern.

Bei der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz lässt sich über den gesamten Gründungsprozess die Verwendung des Begriffes Ethik als Aufgabe der Pflegekammer nachweisen. Der Diskurs bleibt jedoch oberflächlich, über die reine Nennung der Begriffe *ethische Standards* und *Beratung bei ethischen Fragestellungen* hinaus erfolgt keine tiefergehende Erläuterung zu den Gründen, Zielen und Herangehensweisen. Im HeilBG RLP, dem Gesetzeswerk für alle in Rheinland-Pfalz verkammerten Heilberufe steht die Normierung der Forschungsethik im Mittelpunkt. Die Forschungsethik wiederum findet weder Aufnahme in die Hauptsatzung noch auf die Homepage sowie die angebotenen digitalen Downloads und Print-Publikationen der Landespflegekammer RLP. Dies ändert sich erst mit der Entwicklung und Verabschiedung der Berufsordnung 2020, dort wurde

ein Verfahren zum Umgang mit forschungsethischen Fragen aufgenommen. Die Errichtung einer Ethikkommission schreibt das HeilBG RLP lediglich für die Ärztekammer verpflichtend vor (§ 6 Abs. 1 HeilBG). Deren Aufgaben sind die Beratung der Kammermitglieder „über rechtliche und ethische Fragen der Berufsausübung“ (§ 6 Abs. 1) und Stellungnahmen zu Forschungsvorhaben am Menschen. Den anderen Heilberufekammern bleibt die Errichtung freigestellt (§ 6 Abs. 5 HeilBG). Die Landespflegekammer hat in der ersten Legislaturperiode keine eigene Ethikkommission etabliert, die gesamte Entwicklung des Bausteins Ethik liegt auf Eis. Im Sommer 2021 finden die Wahlen zur zweiten Legislaturperiode statt, man wird sehen, wie die Entwicklung nach der Kammerwahl in Rheinland-Pfalz weitergehen wird.

Die Gesetzeswerke der beiden Pflegekammern in Schleswig–Holstein und Niedersachsen setzten andere Schwerpunkte. Beide Kammergesetze gelten nur für die Pflege. Das Pflegeberufekammergesetz Schleswig–Holstein schreibt die Errichtung einer Ethikkommission zwingend vor, sie soll die Kammermitglieder in ethischen und rechtlichen Fragestellungen beraten. Auffallend ist die enge Verbindung von ethischen und rechtlichen Themen, beide Punkte werden in den Gesetzeswerken in einem Atemzug genannt es fehlt eine Abgrenzung. Das Ziel der Beratung ist der Schutz der pflegebedürftigen Menschen, den Pflegefachpersonen sicherzustellen haben. Eine Unterstützung der Pflegefachpersonen ist nicht erwähnt. Forschungsethische Aspekte fanden im schleswig-holsteinischen Kammergesetz der Pflege im Gegensatz zum dortigen Kammergesetz für alle anderen Heilberufe (HBKG) keine Aufnahme. Im Frühjahr 2021 etablierte sich eine Arbeitsgruppe zur Errichtung der Ethikkommission, allerdings musste sie im Sommer 2021 ihre Arbeit schon wieder einstellen, da sich die schleswig-holsteinische Pflegeberufekammer zum Jahresende 2021 auflösen musste.

Das niedersächsische Pflegekammergesetz schreibt ebenfalls die Errichtung einer Ethikkommission vor. Sie soll zur Beratung der Kammermitglieder und der Organe der Kammer dienen. Die Forschungsethik ist in Niedersachsen kein Gesetzesinhalt im Pflegekammergesetz, allerdings findet sie sich auch nicht im dortigen Kammergesetz der anderen Heilberufe. Die Aufgabe wird an die medizinischen Hochschulen verwiesen. 2019 wurde die Ethikkommission errichtet. Sie ist die einzige im Sommer 2021 existierende Ethikkommission einer Pflegekammer, die allerdings mit der Abwicklung der Pflegekammer Niedersachsen Ende 2021 wieder aufgelöst wird.

Die Vereinigung der bayerischen Pflege nimmt einen Sonderstatus ein. Sie ist zwar eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes aber kein Selbstverwaltungsorgan des Heilberufs Pflege, da sie nicht die Legitimation der gesamten Berufsgruppe über die Mitgliedschaft besitzt. Die politisch Verantwortlichen in

Bayern stellen ihr Konstrukt als das die für die Pflege bessere Lösung dar, da sie keine Mitgliedsbeiträge leisten müssen. In anderen Bundesländern wurde der bayerische Ansatz als mögliche Option der Selbstverwaltung diskutiert, deshalb kann sie nicht ignoriert werden. Zum Themenfeld Ethik verfügt das bayerische Gesetz, die „Mitglieder in berufsrechtlichen, berufsethischen und fachlichen Belangen zu beraten“ (Art. 2 Abs. Nr. 7 Landesregierung Bayern 24.04.2017) als Aufgabe an die Vereinigung der Bayrischen Pflege. Darüber hinaus gehende Inhalte oder Konkretisierungen gibt es im Gesetz nicht. Zwischenzeitlich fand sich auf der Homepage ein Angebot zur ethischen Beratung, welches unterdessen nur noch als „ethische Corona Krisenbewältigung“ zu finden ist, das Team umfasst wenige Berater*innen (vgl. Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021a). Inoffiziell ist 2021 zu hören, dass man über die geringen freiwillige Mitgliederzahl ernüchtert sei und sich in der Corona-Pandemie gewünscht hätte, dass alle Berufsangehörigen verpflichtend registriert wären. Im Sommer 2021 wird die Evaluation der Vereinigung angestrebt, Ergebnisse stehen aus.

In den Bundesländern Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen fanden Befragungen zur Etablierung einer Landespflegekammer statt. Dies war in den jeweiligen Koalitionsverträgen verankert. Die Befragung in Hessen ging mit 51 % gegen eine Pflegekammer aus, zu beachten gilt, dass sie höchst suggestiv angelegt war und trotzdem 42 % Pflegekammern befürworteten. Die Manipulation der Pflegefachpersonen für politischen Interessen verschiedener Akteure gegen die professionelle Entwicklung steht im Raume.

Baden-Württemberg hält seit 2018 zum Thema Pflegekammer eine Homepage zur Information mit Materialien zum Download vor, die auch Aussagen zum Themenfeld Ethik bietet. Zukünftige Kammermitglieder sollen in den Genuss der Beratung zu ethischen, fachlichen und standesrechtlichen Fragen kommen. Auffallend ist der Zusammenhang, in den Ethik und Recht gesetzt werden. Als einziges Bundesland verweist Baden-Württemberg auf das Anrecht der Pflegefachpersonen auf Beratung und die Notwendigkeit eines entsprechend qualifizierten Mitarbeiterstabes in der Pflegekammer. Forschungsethik dagegen ist auch hier kein Thema für die Pflege. Nach dem Befragungsergebnis 2018 für eine Pflegekammer startete das Gesetzgebungsverfahren. Es wurde im Herbst 2020 ein halbes Jahr vor der im März 2021 anstehende Landtagswahl unterbrochen. Das Ministerium begründet dies mit der Belastung der Pflegenden durch die Corona-Pandemie. Im neuen Koalitionsvertrag (vgl. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg, CDU Baden-Württemberg 2021) ist die Errichtung einer Pflegekammer weiterhin vorgesehen, dies muss die professionelle Pflege nun aktiv einfordern.

In Nordrhein-Westfalen entschied sich eine überragende Mehrheit von 79 % für das autonome, selbstfinanzierte Kammermodell mit Pflichtmitgliedschaft in Selbstverwaltung und gegen das bayerische Modell mit freiwilliger Mitgliedschaft, ohne Mitgliedsbeiträge unter der Ägide des Ministeriums. Das Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer wurde am 30.06.2020 verabschiedet (Landesregierung Nordrhein-Westfalen). Ethisch relevant ist eine Übernormierung des strengen Proporztes zugunsten der Altenpflege, der viele andere Berufsfelder der Pflege diskriminiert, weil deren Existenz nicht abgebildet ist. So droht sich die gewünschte Gerechtigkeit in ihr Gegenteil zu verkehren. Zum Umgang mit dem Themenfeld Ethik positioniert sich der Pflegerat NRW deutlich, er denkt die Berufsordnung und Berufsethik zusammen, die Unterstützung der Pflegefachpersonen ist ein hohes Anliegen. Wie die Umsetzung aussehen wird, bleibt Mitte 2021 offen, die Pflegekammer NRW befindet sich im Errichtungsprozess, sie wird frühestens Ende 2022 arbeitsfähig sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Themenfeld Ethik in unterschiedlichen Interpretationen in die Gesetze, Homepages und diversen Dokumente enthalten ist. Der Diskurs zur Pflegekammer nimmt immer auch *Ethik* auf. Konkretisierungen, warum die Ethik im Kontext der Pflege für Menschen mit Pflegebedarf und für Pflegefachpersonen nötig sein sollte und was genau mit dem Begriff gemeint ist, erfolgen entweder gar nicht oder bleiben oberflächlich. Diese Lücke füllen auch die Regelwerke der ersten voll funktionsfähigen Kammern bisher nur ansatzweise bzw. sie kommen wegen Auflösung nicht mehr zum Tragen. Das nachfolgende Schaubild, welches bereits auf internationalen und nationalen Fachtagungen zur Diskussion gestellt und weiterentwickelt wurde (vgl. Kuhn 2018b, S. 12, 2019a, 2019b, S. 11), bildet das Logic Model der Ergebnisse des ersten Analyseschrittes grafisch ab. Es zeigt, dass Teile des ethischen Mandats, wenn überhaupt, in der Berufsordnung Konkretisierung erfahren. Diese ist gesetzlich verbindlich und beinhaltet pflegefachliche, pflegeethische und rechtliche Anteile. Die Berufsordnung erhält eine hohe Konkretisierung, sie ist normativ mit unterschiedlichen Ansprüchen gefüllt und dient im Sinne eines Rechts und einer Pflicht gleichermaßen den Kammermitgliedern. Die Berufsordnung der Pflegekammer ist ein Baustein der Umsetzung des ethischen Mandates. Darüberhinausgehend ist die Ausgestaltung der Ethikstrukturen in Kammern noch weitgehend offen. Das Schaubild verdeutlicht dies mit einer roten Linie. Zumindest in Rheinlad-Pfalz ist die Errichtung von Ethikstrukturen gesetzlich unverbindlich. Selbst wenn die Errichtung von Ethikkommissionen vorgeschrieben sind, wie in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, gab es zwar formale Normsetzungen (wie Berufung der Mitglieder, Satzung etc.), jedoch kaum tiefergehend inhaltliche Vorgaben.

Sowohl Aufgaben als auch Funktionen sind auszugestalten, die fehlende Konkretisierung können die Kammern füllen. Dies soll fachlich fundiert und theoretisch begründet erfolgen, sonst besteht die Gefahr, dass aktive Personen eine je individuelle Füllung analog ihren eigenen Moral- und Ethikvorstellungen vornehmen, die an den Bedarfen der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf vorbeigehen kann.

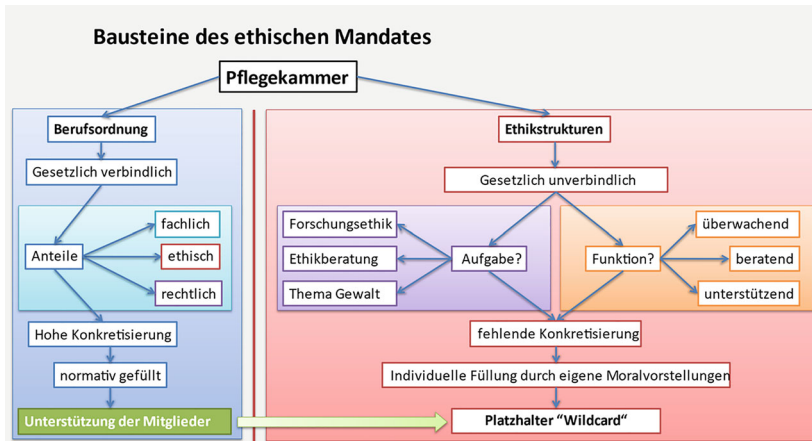


Abbildung 5.13 Bausteine des ethischen Mandates von Pflegekammern (vgl. Kuhn 2019b, S. 11)

An dieser Stelle wird klar, warum eine Programmtheorie zur Errichtung der Ethik in Pflegekammern erforderlich ist. Bisher ist die Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern unklar, der Begriff Ethik wird als Platzhalter genutzt. Der englische Begriff „Wildcard“ passt zu dem wenig strukturierten Unterfangen Ethik-AG, wie am Beispiel Rheinland-Pfalz gezeigt wurde (Abschn. 5.1.3). Oder die errichtete Ethikkommission wird kurz nach der Errichtung wieder abgeschafft, weil die zugrundeliegenden Kammerstrukturen ebenfalls abgewickelt werden, wie in Niedersachsen (Abschn. 5.2.2). Oder es kommt gar nicht zur Errichtung wie in Schleswig-Holstein (Abschn. 5.2.1). Alle Fälle zeigen, dass die Unterstützung der Mitglieder nicht zentral oder zumindest nicht zwingend nötig erachtet wird, weder kammerintern noch landespolitisch.

Festzuhalten bleibt neben dem fehlenden Konkretisierungsgrad, dass die deutsche Pflege nach wie vor Spielball der politischen Mächte ist. Die sich daraus ergebenden diversen ethischen Probleme belegte die Analyse detailliert. Dem etwas

entgegenzusetzen, ist Teil des ethischen Mandates von Pflegekammern. Pflegefachpersonen sind in ihrer Politikfähigkeit zu schulen und zu bestärken. Die Pflegekammer als Körperschaft der öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen muss sich gleichzeitig auf der politischen Ebene für den Abbau der Probleme einsetzen.

Zurückkommend auf die ethische Unterstützung der Pflegefachpersonen ergibt sich aus den Ergebnissen ein neuer Argumentationsstrang: Gäbe es adäquate ethische Unterstützung für Pflegefachpersonen im deutschen Gesundheitssystem, so hätten die Pflegekammern vielleicht gar kein entsprechendes Mandat für die einzelnen Mitglieder zu erfüllen, die Implementierung entsprechender Strukturen und Prozesse zu deren Unterstützung könnte unnötig sein. Um dazu eine belastbare Aussage treffen zu können, analysiert Kap. 6 die Situation der Ethik im deutschen Gesundheitswesen und die Aufnahme der Desiderate der Profession Pflege.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Ethik im deutschen Gesundheitssystem – die Desiderate der Pflege

6

Der zweite Argumentationsstrang umfasst den Umgang mit der ethischen Komplexität im Gesundheitssystem. In Deutschland entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten Strukturen für Klinische Ethikberatung. Ausgangspunkt waren kirchliche und ärztliche Initiativen. Die Intervention war erfolgreich, sie führte zu Normsetzungen in Standards. Abschn. 6.1 untersucht die Zielsetzungen im Verlauf, das inhärente Verständnis von Ethik in der Medizin sowie die Übertragbarkeit auf die Pflege.

Die Intervention verlief in den einzelnen Einrichtungsarten sehr unterschiedlich. In den Blick genommen werden die bestehende Ethikstrukturen im Krankenhausbereich (Abschn. 6.2) und in der Langzeitpflege (Abschn. 6.3). Neben der quantitativen Erhebung vorhandener Beratungsstrukturen soll qualitativ aufgezeigt werden, inwieweit die professionelle Pflege in den implementierten Strukturen repräsentiert ist und wie der Umgang mit pflegeethischen Fragen einzuschätzen ist. Abschn. 6.4 unternimmt einen Perspektivwechsel. Wurden bisher die vorliegenden Normen und ihre deduktive Umsetzung analysiert, steht nun die induktive Sicht der Pflegefachpersonen auf die ethischen Belange der Pflege im Mittelpunkt der Situationsanalyse. Pflegewissenschaftliche Studienergebnisse zeigen pflegeethische Problemlagen auf.

Methodisch wurden die Dokumente themenspezifisch einbezogen, die einen Bezug zur deutschen Ethikberatung im Gesundheitswesen haben und einen relevanten Beitrag zur Ausgestaltung des ethischen Mandates von Pflegekammern leisten können. Eingeschlossen wurden bis Mitte 2018 veröffentlichte Dokumente, eine zweite Recherche ging bis Mitte 2021. Analysiert wurden publizierte Ex-Ante und summative Evaluationsstudien, wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten und Positionspapiere und Standards der Fachgesellschaft Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).

Ziel ist, aufzuzeigen, welche Strukturen zur Bearbeitung ethischer Problemlagen in Deutschland bereits existieren und wo Lücken aus Perspektive der Profession Pflege bleiben. Die aus den Ergebnissen gebildeten Logic Models dienen zum Potentialabgleich: Können die bestehenden Angebote zur Lösung der vorgefundenen Problemlagen dienen? Das zweite Pipeline Logic Model führt die Ergebnisse zusammen (Abschn. 6.5). Es ergeben sich Hinweise, die die Programmtheorie aufnehmen muss.

6.1 Initiativen und Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen

Zum Umgang mit ethischen Problemlagen werden in Deutschland seit den 1990er Jahren Ethikstrukturen implementiert. Verschiedene Instrumente klinischer Ethikberatung stehen zur Verfügung. Die Entwicklung von Ethikberatungsstrukturen ist historisch gesehen als Antwort auf neue Bedarfe zu werten. Über lange Zeit bestimmte das Berufsethos der Ärzteschaft, der medizinischen Leitdisziplin, die Ethik im (deutschen) Gesundheitswesen (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1706). Das Berufsethos war auf der persönlichen Ebene des einzelnen Arztes verortet und sollte in seinem Verhalten Ausdruck finden. Eine Reflexion des Berufsethos war nicht vorgesehen, die persönliche Bindung an den Eid des Arztes schien ausreichend. Seit 400 v. Chr. gab es den hippokratischen Eid, der früher von Absolventen medizinischer Hochschulen geleistet wurde. Ethische Entgleisungen, in der Zeit des Nationalsozialismus in unvergleichlicher Perversion auf die Spitze getrieben, gab es in weitaus abgeschwächter Form weltweit schon davor, z. B. im Kontext von unkritischer Forschung und fehlender Therapiezustimmung, zeigten den Bedarf von ethischen Maßstäben (vgl. Salomon 2015, S. 204). International entschieden die Ärzte nach dem zweiten Weltkrieg sich für eine moderne, für alle Ärzte gültige Norm: Die Deklaration von Genf überführte weltweit das Berufsethos des einzelnen Arztes in einen festgeschriebenen Ethikkodex für die gesamte ärztliche Profession (vgl. Montgomery et al. 2018, S. 67). Dieses Gelöbnis bildet den formalen Rahmen der Medizinethik. Seit der ersten Fassung im Jahre 1948 wurde es mehrfach überarbeitet, zuletzt grundlegend 2017.¹ In der ältesten Version ist oberstes Anliegen

¹ Die Bundesärztekammer regte an, dass dieses Gelöbnis wieder aktiv gesprochen werden möge, an den Hochschulen bei der Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand und bei den Weltärzttagen von der gesamten Ärzteschaft (vgl. Bundesärztekammer 2017). Über solche feierlichen Anlässe solle das Aushängeschild der ärztlichen Berufsethik für die Berufsgruppe und die Öffentlichkeit wieder sichtbar werden.

der Ärzt*innen, sich für die Gesundheit ihrer Patient*innen einzusetzen, deren Erhaltung und Wiederherstellung soll oberstes Gebot des Handelns sein (vgl. Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. o. J.). Die moderne, hochtechnisierte Medizin ermöglicht ein Überschreiten der traditionellen biologischen Grenzen. Das provoziert die Frage, ob alle medizinischen Möglichkeiten sinnvoll sind und der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen.

„Die zunehmende Pluralität ethischer Positionen und der diese Vielfalt gesellschaftsphilosophisch untermauernde Pluralismus erschweren die ethische Konsensbildung“ (Böcker 2011, S. 321).

Teilweise wird medizinischem Handeln eine reine Zweckrationalität, fokussiert auf die handwerkliche Qualität, unterstellt (vgl. Böcker 2011, S. 321). Grundlage ist jedoch die Unantastbarkeit der Menschenwürde nach Artikel 1 des Grundgesetzes, sie findet in der Selbstbestimmung der Patient*innen Ausdruck (vgl. Böcker 2011, S. 322). Patient*innen steht es frei, sich gegen das Können des Arztes zu entscheiden. In die neue Version des Genfer Gelöbnisses (2017) ist dies eingeflossen, erstmals wird die Autonomie als Ausdruck der Patientenrechte betont und sein Wohlergehen aufgenommen (vgl. Montgomery et al. 2018, S. 68).

In dem Spannungsverhältnis wirkt klinische Ethikberatung: der Patientenschutz war von Anfang an das Ziel der Bestrebungen zur Errichtung von Ethikkomitees in Krankenhäusern. Ethikstrukturen ermöglichen die aktive Reflexion der Patient*innenwünsche im Abgleich mit dem medizinisch Machbaren. In den Beratungsprozessen finden die Apriori festgesetzten Normen der Kodizes ihre praktische Umsetzung zum Wohle der Patient*innen.

Ausgangspunkt für die Intervention Ethikberatung in Krankenhäusern war die Stellungnahme der kirchlichen Krankenhausträger (Abschn. 6.1.1) auf der Mesebene der Einrichtungen. Dem folgte die Positionierung der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (Abschn. 6.1.2), die sich ebenfalls für die Intervention der Kliniken aussprach. Aus den Implementierungsbestrebungen wurden dann die Standards für Ethikberatung abgeleitet (Abschn. 6.1.3), die eine Fachgesellschaft herausgab. Die Logic Models zeichnen die Kernpunkte der Dokumente nach, zeigen die Ziele der deutschen Ethikberatung sowie die Ebenen der Ansätze und die Relation zu Heilberufekammern.

6.1.1 Wegweisende Stellungnahme der konfessionellen Krankenhausverbände

In Deutschland verständigten sich 1997 die konfessionellen Krankenhausverbände auf die Notwendigkeit von Ethikkomitees nach amerikanischem Vorbild. Die Kirchen wurden für die Organisationskultur in ihren Einrichtungen aktiv. Die richtungsweisende Stellungnahme *Ethik-Komitee im Krankenhaus* gaben die Verbänden der kirchlichen Krankenhausträgern (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997) gemeinsam heraus. Mit der Empfehlung, an jedem Krankenhaus Ethikstrukturen zu errichten, startete die Entwicklung in den kirchlichen Häusern. Moralischer Begründung dieser Intervention war das christliche Bekenntnis und Erbe, dass sich in einer ethisch verantworteten Kultur im Krankenhaus erweise (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 5). Ethikstrukturen sollten als Top-Down-Element von der Krankenhausleitung implementiert und als gelebte sittliche Überzeugung, das Ethos der Ärzte und Pflegenden aufnehmend, ein wachsendes Verantwortungsbewusstsein widerspiegeln (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 5):

„Damit wird im Management des Krankenhauses die implizite Dimension der Ethik sichtbar und anerkannt“ (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 5)

Die Verfasser problematisieren bereits 1997 die unterschiedliche Interpretation und den unklaren Gebrauch des Wortes *Ethik* (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 6). Dies hat sich zwanzig Jahre später im Kontext von Pflegekammern kaum verändert (s. Kap. 5). Der Fokus der Schrift lag auf dem Arzt und der Medizin. Das zugrunde gelegte Ethikverständnis sieht das Gewissen als Motor der Ethik für die Entscheidung über richtig oder falsch (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 6). Das Personal soll über die Vermittlung allgemeiner ethischer Grundsätze zu Diskurs und Entscheidung unter Beachtung der jeweiligen Gegebenheiten befähigt werden (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 6). Die Bewältigung ethischer Fragen soll über die Beeinflussung ihres Verhaltens erreicht werden. Ethik wird als Lösungsinstrument für

Konflikte empfohlen. Inhaltlich steht die Entscheidung über verschiedene medizinische Handlungsalternativen im Mittelpunkt. Die erstmals transportierte neue Sicht, dass nicht unbedingt alles sinnvoll sein muss, was medizinisch machbar ist, war 1997 revolutionär. Heute ist dies akzeptiert.

Spannend ist die Unterscheidung von ärztlicher Berufsethik und allgemeiner Ethik (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 10): Medizinische Berufsethik komme so daher, als habe sie immer die Rettung des Menschen zum Ziel. In der praktischen Umsetzung wird dies anzweifelt. Die kritisch bewertete Haltung von Medizinern fußt auf den älteren Versionen des Genfer Gelöbnisses (s. o.). Sie passten nicht zur modernen Hochleistungsmedizin und ihren Konsequenzen und konnten deshalb zu Problemen zwischen den verschiedenen am Behandlungsprozess Beteiligten führen. Zur Problembewältigung setzt die Stellungnahme auf eine unparteiische formale Moderation zwischen verschiedenen Fachbereichen und den Patient*innen. Die Moderation habe die Aufgabe,

„...allgemeine ethische Werte wie Wahrhaftigkeit, Respekt vor dem anderen, Freiheit und Selbstbestimmungsrecht vor dem Hintergrund des konkreten Konfliktes zu entfalten“ (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 10).

Philosophisch beziehen sich die Empfehlungen strikt auf den kategorischen Imperativ nach Kant. Die heute allgegenwärtigen Prinzipien mittlerer Reichweite nach Beauchamp & Childress spielten keine Rolle, obwohl sich die Empfehlungen auf amerikanische Vorbilder bezogen. Die 1979 erschienenen *Principles of Biomedical Ethics* sind das Ergebnis der Evaluation der dortigen Ethikarbeit.

Verwiesen wird auf die belastende Komponente ethischer Herausforderungen für alle: Durch die konkrete Entscheidung in ihrer Identität getroffen können sowohl Patient*innen als auch Ärzt*innen und Pflegende sein (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 10). Diese Belastung des Personals ist auszugleichen. Aufgabe der Moderation sei es, darauf zu achten, dass durch die jeweilige persönliche Belastung kein Druck gegenüber anderen Beteiligten aufgebaut wird; Hierarchien seien über ein Gleichheitsgebot außer Kraft zu setzen (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 11). Es solle keine „ideologische“ Zensur von Weltanschauungen erfolgen, sondern eigene Standpunkte im Spiegel anderer Anschauungen besser verstanden werden (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands

e. V. 1997, S. 13). Ethik umfasse weniger die erlernten Normen und Werte der Berufsethik, die als unreflektierte Etikette daherkommen können, sondern unter Ethik sei ein situationsangepasster konkreter Normfindungsprozess durch Reflexion zu verstehen (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 13). Dazu brauche es ethische Kompetenz, Ethik ist nicht beliebig (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 16). Als Effekt der zu errichtenden Ethikkomitees wird „die Sensibilisierung und Bildung aller Mitarbeiter“ (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 20) erwartet, es sollen „... individuelle Belastungen vermindert und ‚Burn-out‘ Erscheinungen vorgebeugt...“ (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 20) werden. Deutlich wird der eindimensionale Ansatz der Intervention auf der Mesoebene der Einrichtung zur Beeinflussung des individuellen Verhaltens auf der Mikroebene. Das gewünschte Outcome ist in Abbildung 6.1 abzulesen.

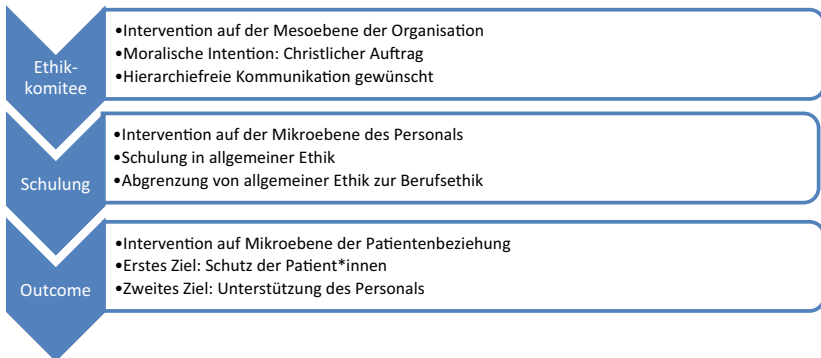


Abbildung 6.1 Klinische Ethikberatung nach den konfessionellen Krankenhasträgern 1997

Der bereits 1997 formulierte Unterstützungsanspruch für die Angehörigen der Heilberufe Medizin und Pflege ist für das ethischen Mandat der Pflegekammer zentral. Es geriet gleichwohl in den folgenden Jahrzehnten bei der Implementierung von Ethikberatung weitgehend in Vergessenheit.

6.1.2 Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

Die Stellungnahme der kirchlichen Krankenhausträger schob die Etablierung von Ethikkomitees in kirchlichen Kliniken an. 2005 evaluierten Dörries und Hesse-Jungesblut² summativ die Wirkung der Intervention der kirchlichen Krankenhausträger, definiert über den Implementierungsgrad. Eine Vollerhebung aller deutschen Krankenhäuser erhob die vorgehaltenen Ethikstrukturen. Die Ergebnisse: Von 2224 angeschriebenen Kliniken antworteten 483 Häuser (22 %) (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 148). In 235 Krankenhäusern waren Ethikstrukturen implementiert, 149 Häusern verfügten über ein Ethikkomitee (6,7 %). Weitere 77 Häuser planten zeitnah Ethikberatung zu implementieren, insgesamt also 14 % aller deutschen Kliniken (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 154). In 151 Häusern hatte man sich bisher nicht mit dem Thema befasst, 20 Häuser lehnten Ethikberatung ab (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 149), dreimal so viele Häuser in konfessioneller als in öffentlicher Trägerschaft verfügten über eine Ethikberatung, nur 12 private Kliniken hatten eine Ethikberatung. Angesichts dieser Ergebnisse liegt der Schluss nahe, dass die Denkschrift die Implementierung zumindest in den konfessionellen Häusern initiierte. Die Studie benannte diesen Impuls, stellte aber auch heraus, dass bei doppelt so vielen Häusern Zertifizierungsvorgaben konkreter Anlass waren. Weitere Auslöser zur Implementierung waren bei acht Häusern ein ethischer Konflikt, fünf Häuser benannten den Mitarbeiterwunsch (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 151). Schwierigkeiten bei der Implementierung gaben etwa die Hälfte aller Häuser an.

„Hierbei spielte ärztlicher Widerstand eine bedeutsame Rolle. Aber auch das Berufungsverfahren und die mit grundsätzlichen Fragen verbundene Erstellung der Geschäftsordnung erwiesen sich als eine Quelle für Schwierigkeiten. Außerdem wurden Zeitmangel, Desinteresse an ethischen Fragestellungen sowie Kommunikationsbarrieren, die den Aufbau behinderten, beschrieben“ (Dörries und Hesse-Jungesblut 2007),

Defizite der Öffentlichkeitsarbeit wurden für weitere Schwierigkeiten verantwortlich gemacht, trotzdem sei die Implementierung von hoher Zufriedenheit geprägt (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 155).

² Der Bericht zur Studie wurde 2007 veröffentlicht.

Nun nahmen sich die Ärztekammern über die Bundesebene über ihre *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten* („Zentrale Ethikkommission“) bei der Bundesärztekammer der Thematik an. Ihre Funktion ist auf der Homepage zu lesen:

„Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur in ihrem Berufsalltag in besonderer Weise mit diesen ethischen Fragen konfrontiert, sondern können auch in den gesellschaftlichen Diskursen einen wertvollen Beitrag leisten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deshalb 1994 die Einrichtung einer unabhängigen und multidisziplinär zusammengesetzten Zentralen Ethikkommission (ZEKO) beschlossen, welche ihre Arbeit im Juli 1995 aufgenommen hat. Die ZEKO ist in ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig und ihrem Statut gemäß der Werteordnung des Grundgesetzes und der ärztlichen Ethik verpflichtet. Adressat der Stellungnahmen der ZEKO ist vor allem die Ärzteschaft, aber auch die interessierte Öffentlichkeit.“ (Bundesärztekammer 2020)

Auf Evaluationsergebnisse antwortete die *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006)*. Verweisend auf die Ergebnisse der zum Zeitpunkt des Erscheinens der Stellungnahme noch nicht veröffentlichten Studie von Dörries und Hesse-Jungesblut heißt es:

„Die Zentrale Ethikkommission begrüßt die Entwicklung der Ethikberatung in der klinischen Medizin und ermuntert zur Einrichtung eines solchen Angebotes, wo es noch nicht besteht. Sie hofft durch die Stellungnahme zu informieren, Probleme zu benennen und Fehlentwicklungen zu vermeiden“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1703).

Über die Stellungnahme fordern die Ärztekammern die Intervention *Ethikberatung* in allen Kliniken. Das ist insofern bemerkenswert, weil Heilberufekammern als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechtes keine direkte Weisungsbefugnis an die Mesoebene der Kliniken haben. Trotzdem beeinflussten die Kammermitglieder als Arbeitnehmer*innen ihre Arbeitgeber und Einrichtungsträger der Kliniken entsprechend. Dies kann man als Zeichen der Stellung der Ärzteschaft in der Gesellschaft werten. Zudem wird indirekt der Disqualifizierung der ärztlichen Berufsethik durch die kirchlichen Krankenhausträger (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 13) widersprochen (s. Abschn. 6.1.2).

Die Studie von Dörries und Hesse-Jungesblut zeigte die Verwechslung von Ethikberatung mit der länger bestehenden Ethikkommission für Forschung. Die ZEKO grenzt inhaltlich und rechtlich ab:

„Im Gegensatz zu Ethikkommissionen, die Stellungnahmen zu medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen abgeben, sind Klinische Ethikkomitees, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten* beraten, neue Formen der medizinischen Ethikberatung in Deutschland. ... Im Gegensatz zu Ethikkommissionen, die auf gesetzlicher und berufsrechtlicher Grundlage an den Medizinischen Fakultäten, bei den Landesärztekammern oder unmittelbar auf Landesebene beraten, findet sich die Mehrheit der Klinischen Ethikkomitees in nichtuniversitären Krankenhäusern und Pflegeheimen (1), die Komitees aus eigener Initiative gegründet haben.“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1703).

Da Ethikberatung im ärztlichen Bereich immer noch wenig bekannt sei (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1703) und deshalb auf Widerstand stoßen kann (vgl. Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, S. 154), konkretisierte die ZEKO nochmals die Aufgaben des Klinischen Ethikkomitees. Geliefert werden sollen auch praxisorientierte Empfehlungen für den Aufbau (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1703), weil sich die vorgefundenen Formen der Ethikberatung erheblich in

„Struktur, Arbeitsweisen und Professionalisierungsgrad... unterscheiden, was einerseits mit der individuellen Entwicklungsgeschichte und andererseits durch weitgehend fehlende Standards zu erklären ist“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1704).

Die ZEKO weist dem Ethikkomitee als Hauptform der Ethikberatung den höchsten Formalisierungsgrad zu und benennt daneben weitere Strukturen:

„Außerdem und teilweise parallel dazu bildeten sich mehr oder weniger informelle offene Strukturen wie „Ethik-Cafés“, Ethikforen und Ethik-AGs, an denen interessierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen teilnehmen können“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1704).

Dass informelle Strukturen hilfreich für die Mitarbeitenden sein können, fehlt. Hier deutet sich bereits eine Patient*innenzentriertheit ggf. auch zulasten der Mitarbeitenden an. Der Bedarf zum Austausch über ethische Probleme als bottom-up-Initiative mit dem Ziel der Gründung eines Ethikkomitees wird positiv gewertet. Der Austausch steht ganz im Lichte der ethischen Entscheidungsfindung. Die Annahme lautete, dass die ethische Sensibilisierung der Mitarbeitenden

zur Akzeptanz des Ethikkomitees beitrage und die Umsetzung der Empfehlungen erleichtere (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1704), Ziel ist die Unterstützung des Komitees:

„Eine erfolgreiche Arbeit ist für ein Komitee nur mit der aktiven Unterstützung der Krankenhausleitung *und* der Mitarbeiter „vor Ort“ möglich“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1704).

Die Unterstützung der Mitarbeitenden bei ihren ethischen Problemlagen fehlt erneut. Dieser wichtige Befund, der sich in der weitere Entwicklung der deutschen Ethikberatung fortsetzt, führt zu Konsequenzen in der Wahrnehmung von Wirkung und Ziel von Ethikberatung bei der Pflege (s. Abschn. 6.2.2). Die ZEKO empfiehlt die Entwicklung von Leitlinien als Verhaltensnorm in ethisch sensiblen Bereichen. Leitlinien stehen im Kontext von medizinischen Entscheidungsfindungen, sie

„...beziehen sich auf die Voraussetzungen und den Prozess der jeweiligen Entscheidungsfindung, sowie auf Kommunikation, Dokumentation und Umsetzung.“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, 1704f)

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Mitarbeitenden sollen zur Förderung der „ethische(n) Sensibilität, Argumentation und Entscheidungskompetenz“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1705) beitragen. Herausgestellt wird die Freiwilligkeit der Beratung, dies soll den empirisch belegten Vorbehalten und Widerständen der „Praxis nicht zuletzt bei Ärzten“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1706) gegenüber Ethikberatung begegnen.

„Oft werden fehlende Zeit, die mögliche Störung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und eine generelle Skepsis gegenüber weiteren Gremien und Verwaltungsstrukturen angeführt. Einige Ärzte fühlen sich in ihrer ärztlichen Identität und therapeutischen Entscheidungsfreiheit durch die Klinische Ethikberatung beeinträchtigt.“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1706)

Je nach Interpretation könne der Ansatz der Ethikberatung zur Entscheidungsfindung im Widerspruch zum Genfer Gelöbnis, dem bisher von der Ärzteschaft als einzig verbindlich empfundenen Berufskodex, stehen, schreibt die ZEKO. Gerade dann, wenn eine Entscheidungsfindung unter Einschaltung eines Ethikkomitees nicht als freiwilliges Beratungsangebot zur Unterstützung der eigenen Entscheidung wahrgenommen würde, sondern das Gefühl entstünde, vor einem Tribunal

zu stehen, dass die Entscheidung abnehme bzw. die eigene Entscheidung infrage stelle. Die ZEKO betont, dass ein Ethikkomitee nur in schwierigen Entscheidungssituationen auf Anfrage aktiv würde (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, 1705 f.). Aus dieser Engführung kann das in der deutschen Medizinethik gängige Vorgehen resultieren, Probleme in *ethische* und *andere* Probleme zu sortieren, das meint das Herausfiltern von akuten medizinethischen Entscheidungssituationen im klinischen Alltag. Die damit verbundene Deklassierung *anderer* Probleme als keine *ethischen* Probleme verursacht hohe Startschwierigkeiten für die Implementierung von Ethikberatung in den anderen Settings des Gesundheitswesens, speziell in der stationären und ambulanten Altenpflege (s. Abschn. 6.3). Darüber hinaus wirkt es sich auf die Akzeptanz von Ethikberatung in der Profession Pflege aus (vgl. Kohlen 2008) (s. Abschn. 6.2.3).

Abschließend verweist die ZEKO auf die nun empirisch belegte Befunde zur hohen Zufriedenheit der Betroffenen mit Klinischer Ethikberatung zur „verbesserte(n) klinisch-ethischen Entscheidungsfindung“ (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1706). Das Fazit lautet:

„Ein gleichberechtigter, transparenter und interdisziplinärer Diskurs unter den Betroffenen erweist sich als Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit ethischen Problemen“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1706).

Die Stellungnahme schließt mit acht Empfehlungen. U. a. fordert sie die Einrichtungen des Gesundheitssystems auf, Ethikberatung zu implementieren; sie stellt die Entscheidung im konkreten Einzelfall zentral; sie schreibt Schulungen und Leitlinienentwicklung eine Verbesserung der Qualität der Einrichtung im Sinne von Organisationsentwicklung zu. Diese Wirkung wird auch für Pflegeeinrichtungen gesetzt, obwohl sich die ZEKO in Ihrer Stellungnahme ansonsten nirgendwo auf Pflegeeinrichtungen bezieht und keine entsprechenden empirischen Belege vorliegen. Darüber hinaus sind Mitglieder der Ärztekammern kaum in Pflegeeinrichtungen tätig, sie sind nicht die leitende Profession. Kritisch betrachtet, ist die Passage als übergriffig gegenüber des Heilberufs Pflege einzuordnen.

Als zwingend notwendig erachtet wird Unabhängigkeit, Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit der Berater*innen, die Freiwilligkeit, der interdisziplinäre Austausch und die Einhaltung der Schweigepflicht. Die Geschäftsleitung soll die Klinische Ethikberatung unterstützen. Drei der acht Empfehlungen widmen sich explizit der Ärzteschaft: Sie sollen in multidisziplinären klinischen Ethikkomitees mitarbeiten, um ärztliche Entscheidungen nachvollziehbarer für Patient*innen werden zu lassen; der behandelnde Arzt muss

„..., weiterhin verantwortlich entscheiden und handeln ... Eine ethische Fallberatung soll die persönliche Arzt-Patient-Beziehung nicht stören.“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006, S. 1707).

Empfohlen werden kontinuierliche Evaluation und wissenschaftliche Begleitforschung. Diese fanden nur in geringem Umfang statt, wie die Publikationsdichte zeigt. Abbildung 6.2 zeigt ausgehend von der Stellungnahme der Evangelischen und katholischen Krankenhausträger die Modifikationen des Instrumentes Klinische Ethikberatung durch die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zugunsten der Ärzteschaft.

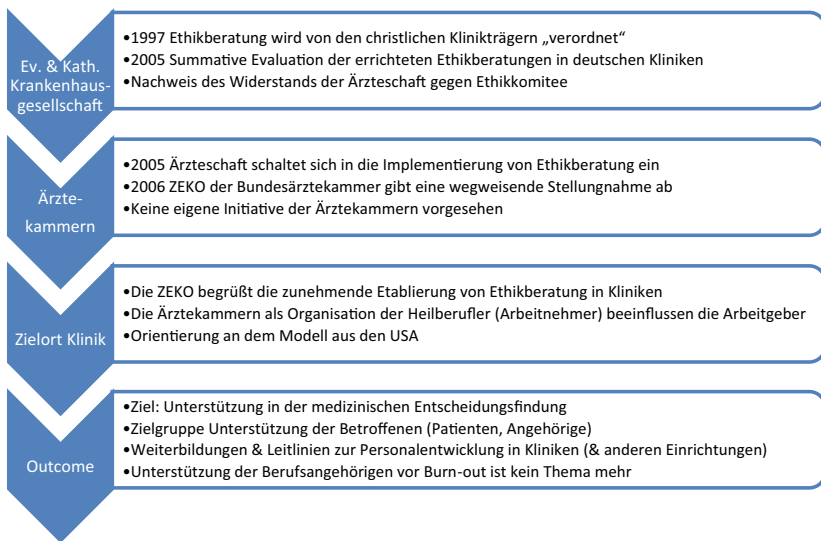


Abbildung 6.2 Klinische Ethikberatung – Modifikationen der ZEK der Bundesärztekammer

Interessant ist in dem Zusammenhang die generelle Diskussion zur Notwendigkeit von Empirie in der Ethik: Die angewandte Ethik als interdisziplinäre, praktische Wissenschaft wurde ausgeblendet (vgl. Sauer et al. 2012, S. 67). Die Idee war eher, dass ein Philosoph allgemeine Moraltheorien auf die aus der Praxis gelieferten medizinischen Fälle anwendet und normative Schlussfolgerungen zieht. Allerdings bleibt unklar, welche Theorie angewendet werden soll (vgl. Sauer et al. 2012, S. 67). Das könnte eine Ursache für die dünne Studienlage

in Deutschland sein. Abschn. 6.2.1 zeigt anhand zweier Studien zum Implementierungsgrad die Wirkung der Positionspapiere auf den Aufbau von Klinischer Ethikberatung in Deutschland.

Zusammenfassend bleibt die Engführung auf die medizinische Entscheidungsfindung und die damit zusammenhängende ethische Problemwahrnehmung; die betonte Arztzentriertheit, verdeutlicht durch die fehlende konkrete Ansprache weiterer Berufsgruppen wie z. B. der Pflege; der Bezug auf den Klinikbereich; die Definition eines ethischen Problems als Therapieentscheidungsproblem und der fehlende organisationsethische Bezug sind kritisch zu vermerken. Die Setzungen der ZEKO der Ärztekammern prägten die weitere Entwicklung von Ethik im Gesundheitswesen. Auf die Stellungnahme beziehen sich fast alle nachfolgenden Publikationen und Initiativen zur Ethikberatung in Deutschland. Die nächste normative Setzung waren die Standards für Ethikberatung (Abschn. 6.1.3).

6.1.3 Standards für Ethikberatung – Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Nach mehr als 15 Jahren Aufbauarbeit von Ethikberatung in Kliniken veröffentlichte der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) 2010 die „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“. Die AEM ist eine 1986 gegründete Fachgesellschaft für Medizinethik. Mittlerweile ist sie die größte und bekannteste, sich mit ethischen Fragen im Gesundheitswesen befassende interdisziplinäre Gesellschaft in Deutschland. Ihr Ziel ist,

„... den öffentlichen wie auch den wissenschaftlichen Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, der Pflege und im Gesundheitswesen zu fördern und für die Interessen des Faches Medizinethik einzutreten“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2018b).

Der Verein hat über 1000 Mitglieder (Stand 2021) aus unterschiedlichen Professionen, wie der Medizin, der Philosophie, der Theologie, der Pflege etc., wobei die Leitdisziplin die Ärzteschaft ist. Die AEM finanziert sich zu zwei Dritteln aus eigenen Mitteln (Mitgliedsbeiträge, Gebühren etc.) und zu einem Drittel aus Fördermitteln des Landes Niedersachsen. Eine Aufgabe ist die

„... Förderung und Qualitätssicherung der Ethikberatung im Gesundheitswesen (z. B. Veröffentlichung von Stellungnahmen und Empfehlungen, Qualifizierungsangebote für Ethikberatung, Zertifizierung für Ethikberatung im Gesundheitswesen)“ (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2018b).

In den Kontext ist die Erstellung der Standards zur Ethikberatung einzuordnen. Sie sind chronologisch gesehen das dritte bedeutende Dokument zur Ethikberatung in Deutschland. Die Standards erlangten weite Verbreitung, sie wirken normsetzend zur Implementierung von Ethikberatungen im deutschen Gesundheitswesen. Als erste Empfehlung blicken sie über das Krankenhaus hinaus in alle Pflegebereiche, sie rücken erstmals die Pflege explizit in den Blick. Ethikberatung ist

„... ein in Deutschland relativ neuer Ansatz zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen.“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149)

Fußend auf den Vorläuferpapieren setzen sie „Qualitätskriterien und Basisanforderungen, denen jede Form der Ethikberatung genügen sollte“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149). Ethikberatung ist nicht mehr auf die ursprünglichen Ethikkomitees beschränkt, sondern in Konstrukten der Ethik-Konsile und weniger formalisierten Strukturen der Ethik-Foren möglich. Diese Formen würden „... von immer mehr Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen eingerichtet“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149).

„Ethikberatung dient der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z. B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter). Zum Gelingen dieses Beratungsangebots sind klare Ziele und Aufgaben erforderlich“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149).

Die Standards benennen allgemeine Ziele von Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- „• die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen,
 - die Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen,
 - die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten“
- (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149).

Darauf folgt die Auflistung spezifischer Ziele von Ethikberatung:

- „• die Unterstützung eines strukturierten Vorgehens bei ethischen Konflikten,

- die Verbesserung der Sprachfähigkeit und kommunikativen Kompetenz bei ethischen Konflikten,
- die systematische Reflexion über ethische Fragestellungen und Konflikte,
- die Umsetzung allgemeiner moralischer Werte (z. B. Menschenwürde, Autonomie, Verantwortung, Fürsorge, Vertrauen) und spezifischer Werte der jeweiligen Einrichtung, die u. a. in Leitbildern und professionsspezifischen Traditionen verkörpert sind, in reflektiertes Handeln,
- Lösungswege bei Konflikten zwischen unterschiedlichen individuellen und/oder institutionell gefassten Werten und Moralvorstellungen zu suchen und durch gemeinsame Reflexion zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen und diese umzusetzen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150).

Alle diese Teilziele dienen dem Gesamtziel,

„Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. „gute Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ zu treffen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150).

Das bedeutet, dass alle ethischen Probleme auf Entscheidungen hinauslaufen bzw. an Entscheidungssituationen gekoppelt sind. Ethikberatung dient der Entscheidungsfähigkeit über die

„... Stärkung der ethischen Kompetenz vor Ort. Sie trägt zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patienten/Bewohnern bei“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150).

Ethische Problemlagen, die nicht unmittelbar Entscheidungssituationen fordern, sondern, wie im pflegerischen Alltag häufig, das Begleiten der Betroffenen erfordern, scheinen nicht relevant. Kernaufgaben von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind:

- „die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung),
- die Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien) sowie
- die Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung)“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150).

Die Standards geben Hinweise zur Implementierung und Organisation von Ethikberatung:

„Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ethikberatung sind die Verankerung in der Mitarbeiterschaft und die Unterstützung durch die Leitungsebene (Top-down- und Bottom-up-Prinzip)“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150).

Herausgestellt wird die satzungsgemäße Unabhängigkeit von Ethikberatung, sie „ist in ihren Inhalten und in der Gestaltung des vereinbarten Vorgehens nicht weisungsgebunden“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150). Als Teil der Organisation handelt sie integrierend „in einem strukturellen Kontext“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150), bildet dabei aber „ein kritisches Gegenüber und steuert zu konfliktbeladenen, individuellen Verläufen eine relevante Außenperspektive bei“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150). Dabei strebt sie eine angemessene Balance an (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 150). Mitglieder eines Ethikkomitees sollen interdisziplinär aus verschiedenen Hierarchieebenen der Einrichtung kommen und über eine medizinethische Ausbildung verfügen, wie sie von der AEM angeboten wird:

„Erforderlich sind Mitglieder mit ärztlicher, pflegerischer und medizin- bzw. pflegeethischer Ausbildung. Anzustreben ist darüber hinaus die Mitgliedschaft von Menschen mit einem juristischen, seelsorgerlichen/religiösen, psycho-sozialen und administrativen beruflichen Hintergrund“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 151).

Die Umsetzung und Ausgestaltung der zentralen Aufgaben des Ethikkomitees werden ausgeführt:

„Ethik-Fallberatungen dienen der Unterstützung in schwierigen Entscheidungs- bzw. Behandlungssituationen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 151).

Eine solche Fallbesprechung kann

„... von allen an der Entscheidung bzw. Behandlung Beteiligten beantragt werden (z. B. Mitarbeitende aus den verschiedenen Berufsgruppen, Patienten/ Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter)“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 151).

Die von einem Komiteemitglied moderierten Gespräche finden im geschützten Raum statt, sie unterliegen der Schweigepflicht (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 152), die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Ethik-Leitlinien sind Handlungsempfehlungen für wiederkehrende Entscheidungssituationen. Das Ethikkomitee erarbeitet sie rechtlich und fachlich korrekt, die Leitung implementiert sie.

Aufgabe des Ethikkomitees ist die Organisation von *Ethik-Fortbildungen* als drittem Baustein, sie

„... dienen der Sensibilisierung für ethische Fragestellungen, der Vermittlung von ethischem Wissen und der Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten. Zielgruppen sind u. a. die Mitarbeitenden der Einrichtung, die Patienten/Bewohner und deren Angehörige sowie die interessierte Öffentlichkeit“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 152).

Abschließend werden die Dokumentation und fortlaufende Evaluation empfohlen (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 153).

Die in den Standards für Ethikberatung niedergelegten Ansprüche wurden retrospektiv aus der Entwicklung klinischer Ethikberatung abgeleitet. Sie wurden nicht im Vorfeld als Programmtheorie zur Gestaltung der Intervention Ethikberatung formuliert, vielmehr bilden sie die gewachsenen Strukturen ab. Abbildung 6.3 fasst die von der AEM standardisierten, am biomedizinischen Entscheidungsszenario orientierten Elemente Klinischer Ethikberatung zusammen.

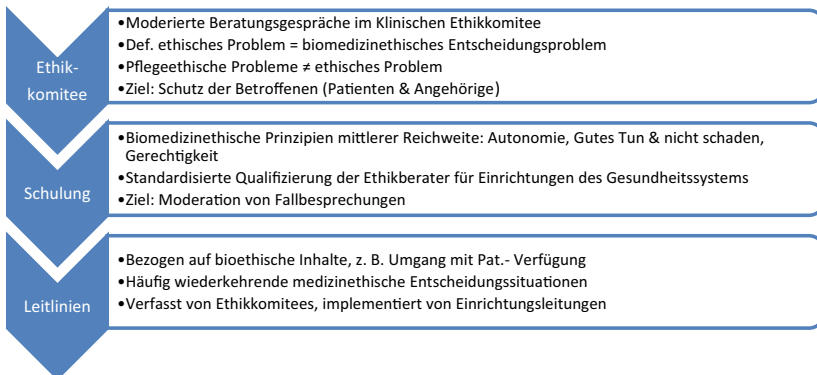


Abbildung 6.3 Elemente Klinischer Ethikberatung nach den Standards der AEM 2010

Die Intervention in Kliniken, dem Ort, an dem die meisten Pflegefachpersonen beschäftigt sind, wird in Bezug auf deren Einbindung untersucht (Abschn. 6.2).

6.2 Ethikberatung in deutschen Kliniken – Implementierung & Einbindung der Pflege

Die Implementierung neuer Strukturen stellt Anforderungen an die Qualität. Dies betrifft Ethikstrukturen und deren Prozesse genauso wie alle anderen Strukturen, das Instrument sind Evaluationen, sie tragen zur Qualitätssicherung von Ethikberatung bei (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 153).

Wirkungsvolle Evaluationen sollten zu verschiedenen Zeitpunkten stattfinden und sich ergänzen: Als Ex-Ante-Ansatz in Form einer Bedarfsanalyse vor der Implementierung; formativ den Aufbau begleitend und summativ nach abgeschlossener Implementierung. Auch im Regelbetrieb wären formativ-summative Evaluationen zur Steuerung und Erhaltung der Qualität erforderlich. Um Evaluationen gerichtet durchführen zu können, wären Programmtheorien als Messgröße und Ziel zu definieren, mit denen vorgefundene Ergebnisse abgeglichen werden können. Erzielte Evaluationsergebnisse können auf vielen Ebenen hilfreich sein und zur Schließung potentieller Lücken beitragen, beispielsweise bei der Verbesserung der Ansprache von Zielgruppen, beim Abschätzen der Wirkungen von Ethikberatung und bei der Beeinflussung von Rahmenbedingungen. Soweit die Anforderung der evaluativen Qualitätssicherung, die Realität sieht in Deutschland jedoch anders aus: Selten werden Bedarfsanalysen für Ethikberatung publiziert. Formative, den Aufbau begleitende Studien sind nicht veröffentlicht, die Anzahl der Publikationen mit summativem Ansatz ist klein, eine Metaanalyse liegt bisher nicht vor. Somit ist zur Wirkung von Ethikberatung zurzeit nur wenig bekannt.

Dieses Kapitel unternimmt den Versuch, die Wissenslücke zu verkleinern, denn für die Konzeption ethischer Unterstützung von Pflegefachpersonen in Pflegekammern wird es essentiell sein, zu wissen, welche Angebote bereits vorliegen und welche Wirkungen sie für die Pflege zeitigen. Die Analyse gibt einen kursorischer Überblick über Evaluationsergebnisse von Ethikberatung anhand von Studien mit quantitativer und qualitativer Fragestellung mit verschiedenen Designs. Abschn. 6.2.1 zeigt den Implementierungsgrad in deutschen Kliniken, Abschn. 6.2.2 gibt Einblick in eine Bedarfsanalyse für Ethikberatung im Krankenhaus, Abschn. 6.2.3 fasst das Fazit nach zwanzig Jahren Klinischer Ethikarbeit

zusammen und Abschn. 6.2.4 zeigt die Einbindung von Pflegefachpersonen in den Ethikstrukturen.

6.2.1 Implementierungsgrad Klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken

Nach der Studie von Dörries und Hesse-Jungesblut, die Anlass für die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zu Ethikberatung war, erhoben Schochow et al. 2013/14 erneut den Implementierungsgrad in allen deutschen Kliniken. Ein erster relevanter Nebenbefund ist die Abnahme von Krankenhäusern seit der ersten Erhebung: Es gab nur noch 1858 Häuser, eine Reduktion um 16,46 %. Darin begründet sich z. T. die höhere Rücklaufquote von 29,6 % im Vergleich zu Dörries und Hesse-Jungesblut 2007, der Einflussfaktor wird allerdings nicht mitberechnet. 2013 verfügten 396 von 1858 Krankenhäusern in Deutschland über eine Klinische Ethikberatung, 37 Häuser beabsichtigten deren Errichtung. Die am häufigsten benannte Struktur war die des Klinischen Ethikkomitees in 376 Kliniken (vgl. Schochow et al. 2014, S. 2186). Für 20,2 % der deutschen Kliniken konnte ein Ethikkomitee belegt werden, eine Steigerung um 9 % schreiben die Verfasser. Bezogen auf die absoluten Zahlen der Kliniken war es ein Zuwachs von 123 Häusern, also 6 % seit 2005.

Im Fazit schreiben die Autoren, dass man sowohl die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer (2006) als auch den 2010 publizierten Standards der Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens einen Effekt zuschreiben könne, allerdings habe dadurch die Gründungsaktivität nicht so stark zugenommen, wie erwartet. In Hessen gilt seit Januar 2011 erstmals eine gesetzlich normierten Pflicht für Kliniken, eine Ethikstruktur vorzuhalten (§ 6 Abs. 6 HKHG), festgelegt im Hessischen Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens (Landesregierung Hessen 21.12.2010). Der in absoluten Zahlen kleinen Schub von ca. fünf Neuerrichtungen in 2012³, der der Gesetzesnorm (§ 6 HKHG) zugerechnet wird, bewegte die Autoren zu der Feststellung, dass eine gesetzliche Normierung einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Gründungsaktivität habe als Initiativen, die auf den vorgenannten Empfehlungen beruhen (vgl. Schochow et al. 2014, S. 2183).

Interessant ist der Umgang mit Prozentwerten und die z. T. fehlenden absoluten Zahlen in der Publikation. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Konsequenzen für die Praxis sind durchaus kritisch nach der ihnen innewohnenden

³ Genaue Zahlen werden nicht genannt, sind aber an einer bereitgestellten Grafik abzulesen.

Zielsetzung zu hinterfragen, sowohl bei der oben bereits reflektierten Aussage, als auch der Aussage, ethische Strukturen seien „deutschlandweit als Mittel zur Lösung ethischer Konflikte im klinischen Alltag anerkannt“ (Schochow et al. 2014, S. 2190). Mit Bezug auf die Responserate (23 % aller deutschen Kliniken) könnte eher der Wunsch Vater des Gedankens bzw. der Interpretation sein als die empirisch angetroffene Realität.

Zwei für die Qualität Klinischer Ethikberatung brisante Informationen liefert die Studie: Das erste ist, dass nur 22,1 % der Kliniken ihrer Ethikberatung ein finanzielles Budget zur Verfügung stellten (vgl. Schochow et al. 2014, S. 2181), die übrigen knapp 78 % arbeiten ehrenamtlich. Vor dem Hintergrund ist die Nachhaltigkeit der Maßnahmen bezogen auf Schulungen, Leitlinienentwicklung und angestrebte Qualifizierung der Ethikberater*innen kritisch zu hinterfragen. Das zweite sind Widerstände bei der Implementierung: 2013 gehörten Chefärzte (25,1 %) und Oberärzte (11,9 %) nach wie vor zu der Gruppe, die die größten Vorbehalte gegen die Implementierung ethischer Strukturen hatten (vgl. Schochow et al. 2014, S. 2183). Welche Wirkungen dieser Befund auf die Schaffung eines guten ethischen Klimas in streng hierarchisch funktionierenden Kliniken hat und inwieweit dies Auswirkungen auf die pflegerische Arbeit nach sich zieht, beantwortet die Studie nicht.

In der ersten Publikation zur Studie wurde angegeben, dass „auf Erinnerungsschreiben und telefonische Nachfragen“ (Schochow et al. 2014, S. 2179) verzichtet wurde. Da die Ergebnisse bedingt durch den geringen Rücklauf auf die Frage zum Implementierungsgrad Klinischer Ethikberatung in Deutschland keine befriedigenden Informationen liefern konnte, entschlossen sich die Forscher noch im gleichen Jahr doch zur Durchführung eines telefonischen Follow-up (vgl. Schochow et al. 2015 // 2019, S. 2). Die zweite Publikation erfolgte in einem englischsprachigen Journal. Das Design wurde modifiziert, zuerst wurde bei allen 1858 deutschen Krankenhäusern angerufen und nach vorhandenen Ethikstrukturen gefragt. 912 Kliniken (49 %) hatten „at least one form of clinical ethics Consultation“ (Schochow et al. 2015 // 2019, S. 1). Im Rahmen des Telefonates wurde erfragt, ob das Krankenhaus bereits an der ersten Befragung teilgenommen hatte. Falls das nicht der Fall war, wurde um Erlaubnis gebeten, den Fragebogen der ersten Studie nochmals zuzuschicken. Von der zweiten Aussendungsrunde kamen 104 Bogen zurück (vgl. Schochow et al. 2015 // 2019, S. 2). Diese Ergebnisse wurden zu den Ergebnissen der ersten Studie hinzuaddiert. Nun konnten sich die Aussagen auf 654 teilnehmende Kliniken, also 35,2 % aller deutschen Kliniken stützen (vgl. Schochow et al. 2015 // 2019, S. 2). Allerdings ließen sich ca. ein Drittel der Häuser, die telefonisch angaben, eine Ethikstruktur vorzuhalten, erneut nicht bewegen, den zugesandten Fragebogen zu beantworten und

konkretere Angaben zur Art der vorgehaltenen Ethikstruktur und zu Gründen der Implementierung machen. Warum dies so war, wird nicht reflektiert.

Die weiteren Aussagen der Studie bzgl. des Implementierungsgrades in großen, mittleren und kleinen Kliniken sowie bzgl. Kliniken unter kirchlicher oder weltlicher Leitung bezogen sich nur auf die zurückgelaufenen Fragebögen, nicht auf die Merkmalsausprägung bezogen auf die Gesamtheit der deutschen Kliniken. Den Bezug zur Grundgesamtheit der Kliniken erstellt der Beitrag erst am Schluss. Über die Antwortraten kategorisiert nach Größe der Häuser wird eine Übertragbarkeit der Aussagen versucht (vgl. Schochow et al. 2015 // 2019, S. 5). Dies schien den Autoren wichtig, allerdings sind die dargestellten Zusammenhänge nur bedingt aussagekräftig. Die Studie liefert eine Bestätigung, dass sowohl die Stellungnahme der ZEKO (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006) als auch die Standards zur Ethikberatung der AEM (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010) und in noch deutlicherem Ausmaß die Zertifizierungsmaßnahmen des Qualitätsmanagements wie „KTQ or proCum Vert certification options“ (Schochow et al. 2015 // 2019, S. 5) als Katalysatoren zur Implementierung gelten können. Interessant ist die in dieser zweiten Publikation komplett fehlende Aussage zur Auswirkung von Gesetzesnormen, die z. B. in Hessen die Implementierung einer Ethikstruktur in Krankenhäusern vorschreiben. Zur Erinnerung: In der ersten Veröffentlichung wurde Gesetzesnormen die größte Wirkung zugeordnet (s. o.) (vgl. Schochow et al. 2014, S. 2188).

Ergänzend kann das Ergebnis einer 2017 publizierten Befragung zur Umsetzung des § 6 Abs. 6 des Hessischen Gesetzes zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens (HKHG) (Landesregierung Hessen 21.12.2010) Einblicke in die Wirkung von Gesetzen zu Ethikberatung im Krankenhaus geben. Ziel der Norm war über die verpflichtenden Benennung eines „Ethikbeauftragten“ im Krankenhaus einen konkreten Ansprechpartner für ethische Fragen der modernen Medizin zur Verfügung zu stellen (vgl. Sauer 2017, S. 7). Von 151 angeschriebenen hessischen Krankenhäusern beantworteten 58 den Fragebogen zur Umsetzung und Wirkungseinschätzung des Gesetzes (vgl. Sauer 2017, S. 7). In 44 Kliniken gab es Ethikbeauftragte, 27 der 44 Ethikbeauftragten in hessischen Kliniken wurden infolge des Gesetzes berufen; allerdings erhielten nur fünf von ihnen Arbeitszeitkontingente für ihre „Ethikarbeit“ (Sauer 2017, S. 8). Kritische Freitextkommentare von 20 Teilnehmende monierten die fehlende Finanzierung und die fehlende Freistellung, die zu Arbeitsverdichtung und Handlungsunfähigkeit führe. Sie kritisieren die fehlende ethische Kultur in den Kliniken, die durch bloßes Verordnen nicht entstehen könne (vgl. Sauer 2017, S. 9). Spannend waren die Angaben der 44 Ethikbeauftragten zu ihrer ethischen Qualifikation, nur 18 hatten eine Zusatzqualifikation als Ethikberater im Gesundheitswesen (AEM),

weitere angeführte „Qualifikationen“ hatten wenig (z. B. Supervision, Palliativmedizin) oder auch gar nichts („Prüfarzt“, langjährige praktische Erfahrung als Oberarzt“ (Sauer 2017, S. 10)) mit klinischer Ethik zu tun. Zusammenfassend stellt Sauer fest, dass das Gesetz zwar in quantitativer Hinsicht zum gewünschten Effekt geführt hat, jedoch für die qualitative Beurteilung Zurückhaltung angebracht sei (vgl. Sauer 2017, S. 10). Er attestiert

„... ,dass es eine unzureichende Wahrnehmung für spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten gibt, die effektive Ethikarbeit in Kliniken ermöglichen.“ ... „Die seltenen Freistellungen, die eher unbefriedigenden Bildungsvoraussetzungen der Ethikbeauftragten und die kritischen Kommentare der Studienteilnehmer deuten darauf hin, dass der bloße Beschluss, ein Ethikberatungsformat zu etablieren (sei es in der Folge einer rechtlichen Regelung oder auch nur im Hinblick auf die Klinikzertifizierung) nicht ausreicht, ein angemessenes Maß an Qualität zu erreichen.“ (Sauer 2017, S. 11)

Erforderlich ist „ein Mindestmaß an Arbeitszeit“ (Sauer 2017, S. 11) für die Ethikarbeit, die „Einbettung des konkreten Beratungsformats in eine Kultur der Ethik“ (Sauer 2017, S. 11) sowie auf der personellen Ebene Kompetenzen für Ethikbeauftragten, sie müssen „über angemessene medizin- und pflegeethische Kenntnisse und Moderations- und Beratungsfähigkeiten“ (Sauer 2017, S. 11) verfügen. Wenn die beiden Grundvoraussetzungen nicht gewährleistet seien,

„... wird es schwerlich möglich sein, effektive Ethikberatung und eine entsprechende Strukturbildung durchzuführen. Dies ist nicht nur wegen der ausbleibenden Wirkung ungünstig, sondern auch deswegen, weil durch einen halbherzigen Implementierungsvorhaben das gesamte Projekt Ethik im Gesundheitswesen Schaden nehmen kann.“ (Sauer 2017, S. 12)⁴

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Implementierungsgrad von Ethikstrukturen in deutschen Kliniken in den letzten 25 Jahren moderat angestiegen ist. Die quantitativen Evaluationsergebnisse sagen wenig über die Wirkung von Ethikberatung im Alltag aus. Einen Überblick über das Outcome sowie die ableitenden Interventionen gibt Abbildung 6.4.

⁴ Die Gefahr strukturellen Beliebigkeit bis hin zur empfundenen Wirkungslosigkeit wurde auch in vielen Gesprächen der Autorin mit hochengagierten Aktiven im Bereich der Ethik im Krankenhaus benannt.

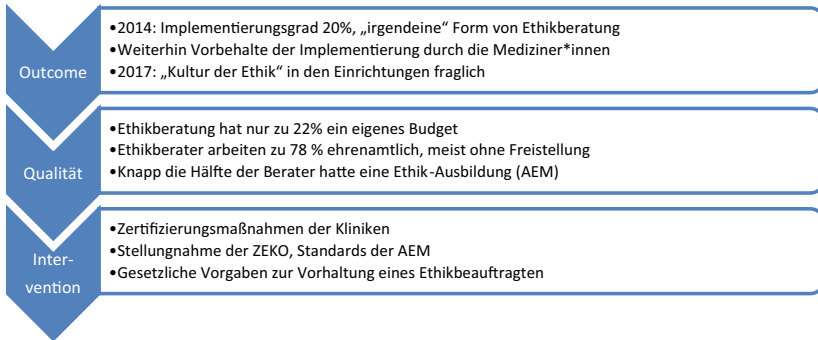


Abbildung 6.4 Klinische Ethikberatung: Evaluationsergebnisse 2014 & 2017

Weitere Evaluationen zur Gesamtsituation von Ethikberatungen in Deutschland sind 2021 nicht publiziert. Für einzelne Kliniken liegen allerdings eine Ex Ante Evaluation und qualitativ ausgerichtete summative Evaluationen, teilweise mit Mixed Methods Design vor (Abschn. 6.2.2, 6.2.4).

6.2.2 Bedarfserhebung zur Klinischen Ethikberatung im Universitätsklinikum

Nach langjährigen Bemühungen zur Implementierung Klinischer Ethikberatung führte das Universitätsklinikum Aachen (UK) erstmals im Vorfeld der Intervention eine Bedarfsanalyse durch, denn:

„Über die Implementierung Klinischer Ethikberatung und die Optimierung dieses Prozesses wurde bisher wenig bis gar nicht geforscht“ (Pestinger 2010, S. 13).

Die 2006 gegründete Arbeitsgruppe Klinische Ethikberatung des UK Aachen hatte die Ex Ante Evaluation als Aufgabe gesehen, bevor das dortige Ethikkomitee seine Arbeit aufnahm (vgl. Pestinger 2010, S. 60). Die zweiteilige Bedarfsanalyse, bestehend aus einer quantitativen Vollerhebung und qualitativen halbstrukturierten Interviews, fand von September 2007 bis Januar 2008 statt.

Die quantitative Erhebung fragte, welche ethischen Konflikte Mitarbeitende des UK Aachen im Arbeitsalltag wahrnehmen, welchen Beratungsbedarf sie formulieren und welche Maßnahmen zur gelingenden Implementierung daraus

abgeleitet werden können (vgl. Pestinger 2010, S. 15). Mittels Fragebogen wurden die Häufigkeit und subjektiv empfundener Stärke ethischer Belastung, deren vorhandenen Strategien im Umgang mit ethischen Konflikten und zu Wünschen bzgl. der Rahmenbedingungen von Klinischer Ethikberatung, wie z. B. den gewünschten Professionen im klinischen Ethikkomitee, der Beratungsform und Wünschen an die Arbeit des Komitees erhoben (vgl. Pestinger 2010, S. 17). Die Befragung richtete sich an alle 1780 Beschäftigten in der direkten Patientenversorgung, 817 Mitarbeitende im ärztlichen und 963 im pflegerischen Dienst (vgl. Pestinger 2010, S. 23). Der Zugang erfolgte durch Verteilung der Fragebögen auf allen Stationen und über die Option des Downloads in Intranet der Klinik (vgl. Pestinger 2010, S. 19).

Die Befragung war streng an der bisher praktizierten Struktur für Ethikberatung ausgerichtet. Das in den Stellungnahmen empfohlene Ethikkomitee wurde zur Beantwortung der Bedarfe von vornherein gesetzt, es wurde nicht gefragt, ob die Studienteilnehmenden dessen Implementierung als nötig erachteten. Der Rücklauf der quantitativen Befragung wurde mit 9 % angegeben (vgl. Pestinger 2010, S. 23), allerdings haben nur 6,85 % ($n = 122$) der definierten statistische Grundgesamtheit geantwortet. Alle anderen Rückläufer hätten nicht mit ausgewertet werden dürfen, weil sie aus anderen Berufsgruppen kamen (vgl. Pestinger 2010, S. 24). Es wurde nachgerechnet, dass 5,75 % aller Ärzte und 7,68 % aller Pflegenden des UK Aachen antworteten. Hier hat die Studie deutliche Schwächen bzgl. der Abgrenzung und der Repräsentativität. Die Autorin räumte zwar den geringen Rücklauf ein, wertete ihn jedoch im Vergleich zu anderen Untersuchungen von Ethikberatung als verhältnismäßig (vgl. Pestinger 2010, S. 51). Trotz der Schwächen sind die Ergebnisse der befragten Pflegefachpersonen beachtenswert:

„Etwa ein Dritte der Befragten (35,7%) gaben an, in ihrem Arbeitsbereich eher wöchentlich einen ethischen Konflikt zu erleben. Je ein weiteres Drittel gab an, eher täglich (29,3%) bzw. monatlich (21%) oder seltener (13,4%) einen ethischen Konflikt zu erleben.“ (Pestinger 2010, S. 24)

„Bei ähnlichen Einschätzung der Häufigkeit ethischer Konflikte im Arbeitsalltag, weisen die Pflegenden den durchschnittlich höchsten Wert in der empfundenen Belastung aus“ (Pestinger 2010, S. 25)

Die Ressource der Pflegefachpersonen ist ihr Team und ihre Familie:

„Als *sehr hilfreich* ist wurde am häufigsten der Austausch mit Kollegen der eigenen Berufsgruppe sowie Familien und Freunden angegeben“ (Pestinger 2010, S. 29).

Als zweiten Baustein der Bedarfserhebung wurden 19 halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (vgl. Pestinger 2010, 17, 31). Es handelte sich um eine Gelegenheitsstichprobe, die ursprünglich geplante repräsentative Stichprobe wurde „gegenüber einer ökonomischen Stichprobenziehung“ (Pestinger 2010, S. 51) aufgegeben. Einchlusskriterium war wie in der quantitativen Erhebung die Tätigkeit in der Patientenversorgung. In 13 Abteilungen interviewte Pestinger Ärzte und Oberärzte, Pflegende und Stationsleitungen. Darüber hinaus wurden auch Interviewpartner aus versorgungsfernen Bereichen wie Klinikdirektoren, Pflegedienstleitungen und Sozialarbeiter*innen eingeschlossen. Eine Begründung des Einbezugs der Leitungsbereiche gab sie nicht. Eine genauere Beschreibung der Stichprobe fehlt, die Anzahl der Interviewteilnehmenden pro Funktionsgruppe war nicht angegeben. Methodisch interessant war

„Die spürbare Unsicherheit im Umgang mit dem Begriff „Ethik“... Einige der Befragten äußerten zu Beginn der Interviews die Unsicherheit bzw. Zweifel, dass es sich bei ihren Problemen um eine ethische Fragestellung handle.“ (Pestinger 2010, S. 52)

Pestinger versuchte, die Problematik über Gespräche zu persönlichen Erfahrungen auszuräumen (vgl. Pestinger 2010, S. 52), mittels einer Modifikation der Critical Incident Technique aus der Arbeitspsychologie habe sie jeweils nach einer positiven und einer negativen Arbeitssituation gefragt (vgl. Pestinger 2010, S. 18).

„Weiterhin wurde nach Erwartungen an die Arbeitsweise und nach förderlichen Rahmenbedingungen für die Etablierung eines Ethikkomitees gefragt.“ (Pestinger 2010, S. 18)

Es wurden potentielle Schwierigkeiten und Hindernisse im UK Aachen erfasst (vgl. Pestinger 2010, S. 18). Die Interviewten lud sie zur Teilnahme am Arbeitskreis Klinische Ethikberatung ein. Die Interviewergebnisse wurden aufgrund fehlender Repräsentativität als Beispiele ethischer Belastung eingeordnet z. B. durch Abwägen von Therapierisiken, der Finalität von Erkrankungen, Konflikten zwischen den Berufsgruppen und dem Ressourcenmangel (vgl. Pestinger 2010, S. 54).

„Erwartungen der Patienten an die Ärzte, der Mangel an Leitlinien und eine mangelnde Sensibilisierung der Gesellschaft für ethische Probleme...“ (Pestinger 2010, S. 54)

waren weitere Themenfelder, bei denen sich die Teilnehmenden von Klinischer Ethikberatung Lösungen wünschten. Die Ergebnisse zeigen, dass ein nur auf eine Einrichtung beschränkter Ansatz allein keine Lösung für ethische Probleme bieten kann, sondern dass es zudem politische Lösungen auf der Metaebene brauchen wird. Darauf geht Pestinger nicht ein, Klinische Ethikberatung sucht Lösungen für medizinische Entscheidungen auf individueller Ebene (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006). Weil Pestinger die Aussagen keiner Berufsgruppe zuordnet und keine Ergebniskorrelation erfolgte, sind zu konkreten Bedarfen der Pflege kaum Rückschlüsse zu ziehen. Dass eine unterschiedliche berufliche Sozialisierung zu unterschiedlichen Ergebnissen bzgl. der Wahrnehmung und des Umgangs mit ethischen Problemen führen könnte, wurde nicht untersucht. Empfohlen wird die interdisziplinäre Kommunikation bereits zum Aufbau der ethischer Strukturen (vgl. Pestinger 2010, S. 55). Dies ist begrüßenswert. Abbildung 6.5 fasst die Bedarfsanalyse in ein rückblickendes Outcome Logic Model.

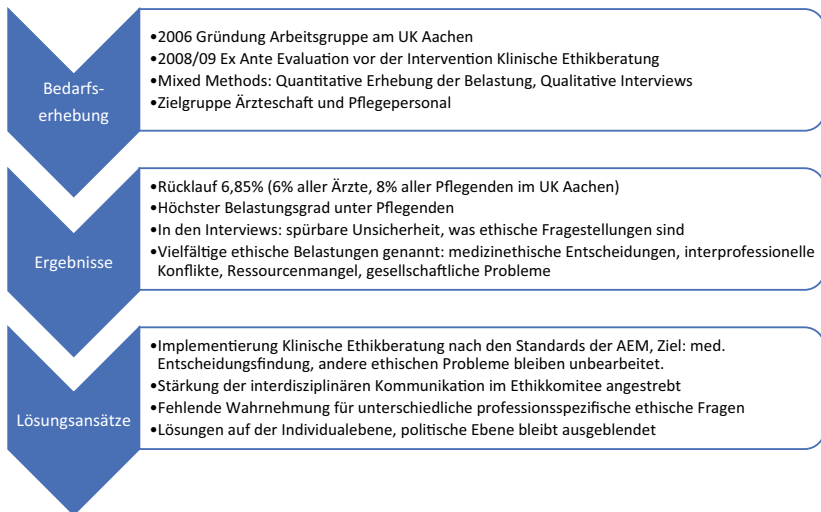


Abbildung 6.5 Bedarfsanalyse für Klinische Ethikberatung im Klinikum Aachen 2010

Es zeigte sich, dass einigen ethischen Problemen in Kliniken mit den Standards Klinischer Ethikberatung nicht beizukommen ist, vielmehr werden weiter

reichende Ansätze benötigt. Hier muss eine Programmtheorie zur Intervention Ethik in Pflegekammern Antworten geben.

Das Fazit zu zwanzig Jahren Klinischer Ethikarbeit gibt einen Einblick in die Realität (Abschn. 6.2.3).

6.2.3 Zwanzig Jahre Klinische Ethikberatung – Resümee der AEM

30 Jahre nach der Gründung der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM), zurückblickend auf zwanzig Jahre intensive Ethikarbeit erschienen 2014/15 zwei Publikationen, die den aktuellen Sachstand bewerten und Anforderungen an die Zukunft formulieren. Jox 2014 berichtet unter dem Titel „Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?“ immer noch von

„... Kritik, die den Sinn von Ethikberatung in der Medizin insgesamt in Zweifel zieht. Der Hauptvorwurf lautet, dass die Ethikberatung wenig in Anspruch genommen werde und sich dadurch erweise, dass sie keinen wertvollen Beitrag zur Lösung ethischer Fragen in der Patientenversorgung leiste, sondern dass die Heilberufe dies selbst am besten könnten.“ (Jox 2014, S. 87)

Dieser Kritik widerspricht er vehement. Seiner Meinung nach kann „die Beschreibung einer mangelhaften Realität“ (Jox 2014, S. 87) nicht dazu führen, sich von dem Konzept der Ethikberatung zu verabschieden, zumal diejenigen, die Ethikberatung anbieten, zu großen Teilen Angehörige von Heilberufen sind. Jox macht einen gesellschaftlichen „Zustand moralischer Orientierungsbedürftigkeit“ (Jox 2014, S. 88) in Verbindung mit der Auflösung der lebenslangen Patient-Arzt-Dyade verantwortlich für Probleme bei Therapieentscheidungen. Ethik soll als primäres Ziel Reflexion leisten und zur am besten begründeten Entscheidung gelangen. Als sekundäres Ziel sieht er über die Verbesserung der moralischen Urteilskraft und der ethischen Begründungskompetenz

„..., die Lösung und Prävention sozialer Konflikte sowie die Verhinderung von *moral distress* bei Patienten, Angehörigen und Behandelnden sein.“ (Jox 2014, S. 88).

Dem Anspruch an die Ethikberatung in Deutschland stehen drei Defizite entgegen:

„1) Defizite im flächendeckenden Angebot von Ethikberatung, 2) Defizite in der faktischen Realisierung von Ethikberatung, 3) Defizite in der Qualität von Ethikberatung.“ (Jox 2014, S. 88)

Weil „akutmedizinische Therapieentscheidungen“ (Jox 2014, S. 88) den Schwerpunkt bilden, wurde Ethikberatung zuerst in akutmedizinischen Settings etabliert. In allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht trotz „ethisch reflexionsbedürftigen Probleme(n)“ (Jox 2014, S. 88) eine dramatische Unterversorgung, welche am ausgeprägtesten im ambulanten Bereich ist. Es handelt „sich um ein Gerechtigkeitsdefizit im Zugang zu ethischer Unterstützung im Gesundheitswesen“ (Jox 2014, S. 88). Die Inanspruchnahme bestehender Strukturen ist ebenfalls defizitär. Gründe sind personelle und strukturelle Zugangshemmnisse, die Lösung ist ein niederschwelliger Zugang (vgl. Jox 2014, S. 89). Die Qualität von Ethikberatung ist mangelhaft, wenn Einrichtungen Ethikstrukturen zur Zertifizierung missbrauchen, aber keine Unterstützung der Ratsuchenden bieten (vgl. Jox 2014, S. 89). Qualitätssteigerung sei über die Standardisierung der Instrumente der Ethikberatung *Fallbesprechungen, Leitlinien und Schulungen* zu erreichen, wie sie in den USA erfolgt, wird erneut betont (vgl. Jox 2014, S. 90). Eine Evaluation der Programmtheorie erfolgt nicht, sie gilt als gesetzt:

„Zusammenfassend kann man sagen, dass Klinische Ethikberatung eine Antwort auf die vielfältigen moralischen Konflikte bei der Versorgung von Patienten im Krankenhaus ist.“ (Dörries et al. 2015, S. 251)

Unterreflektiert bleibt, dass ethische Problemlagen sich eben nicht nur auf Therapieentscheidungen beziehen können, sondern dass viele andere ethische Problemlagen bestehen, die bei der klassischen Ethikberatung der AEM keinen Ort finden. Die implementierten Ethikkomitees haben auch praktische Umsetzungsprobleme:

„..., so muss doch konstatiert werden, dass die vorhandenen Kenntnisse aus bisher nur zu vermutenden Gründen (Überlastung, Widerstände, Zeitmangel etc.) oft nicht so angewandt und umgesetzt werden können wie gewünscht.“ (Dörries et al. 2015, S. 250).

Deshalb werden einheitliche Qualitätsstandards für gute Fallbesprechungen, „quantitative und qualitative Parameter sowie detaillierte normative Zielsetzungen für die notwendige Evaluierung von Ethikberatung“ (Dörries et al. 2015, S. 250) gefordert. Wegen der nach wie vor nur zögerlichen Inanspruchnahme

herrscht Unsicherheit, ob andere Implementierungswege erforderlich wären oder der Fehler in der Grundeinstellung des Personals zu suchen ist. Dörries et al. (2015, S. 251) attestieren fehlende Offenheit zur Diskussion ethischer Fragen im multiprofessionellen Team.

An dieser Stelle werden Defizite aufgrund der nicht auf die Zielgruppe adaptierten Programmtheorie *Ethik im Krankenhaus* sichtbar. Top down wurde das amerikanische Modell übertragen, ohne eine Adaption an Zielgruppe und Umfeld vorzunehmen oder die konkreten Bedarfe zu analysieren, die Lösung sieht man nun in der Evaluation der Ergebnisse:

„Eine weitere Erforschung der Ergebnisqualität Klinischer Ethikberatung wäre demnach dringend zu begrüßen – und könnte sich vielleicht auch positiv auf die Akzeptanz der Beratungsangebote auswirken“ (Dörries et al. 2015, S. 252).

Kritisiert wird die Methodenvielfalt ethischer Fallbesprechungen, die die Vielfalt des Feldes aufnehmen kann. Klinische Ethikberatung solle dicht am Modell der AEM bleiben, lautet die Forderung. Der Fokus solle wieder auf einer „guten ethischen Entscheidungsfindung“ (Dörries et al. 2015, S. 251), der ethisch begründeten medizinische Entscheidung, liegen. Die vereinheitlichte Ethikberatung nach den Standards der AEM sichere die Qualität (vgl. Dörries et al. 2015, 251 f.). Dies käme jedoch einem „One fits all“ Ansatz gleich, dem Procrustes-Problem, vor dem Funnell und Rogers S. xxI (2011) warnen, weil die Passgenauigkeit eines Programms verhindert wird oder vielleicht nie angestrebt war (s. Abschn. 3.2.1). Einen Überblick über das erreichte schwache Outcome, die abgeleiteten Konsequenzen und die Bestrebungen, das Programm in alle Bereiche des Gesundheitswesens zu übertragen gibt Abbildung 6.6

Soweit die Zusammenfassung des Sachstands Klinischer Ethikberatung im deutschen Gesundheitswesen aus Sicht der Akteure der AEM, meist Medizin*innen, Philosoph*innen und Theolog*innen. In den Publikationen fehlt die Perspektive der Pflege, sie ergänzt empirische Arbeiten der Pflegewissenschaft, die die Einbindung von Pflegenden in Klinische Ethikberatung analysierten (Abschn. 6.2.4).

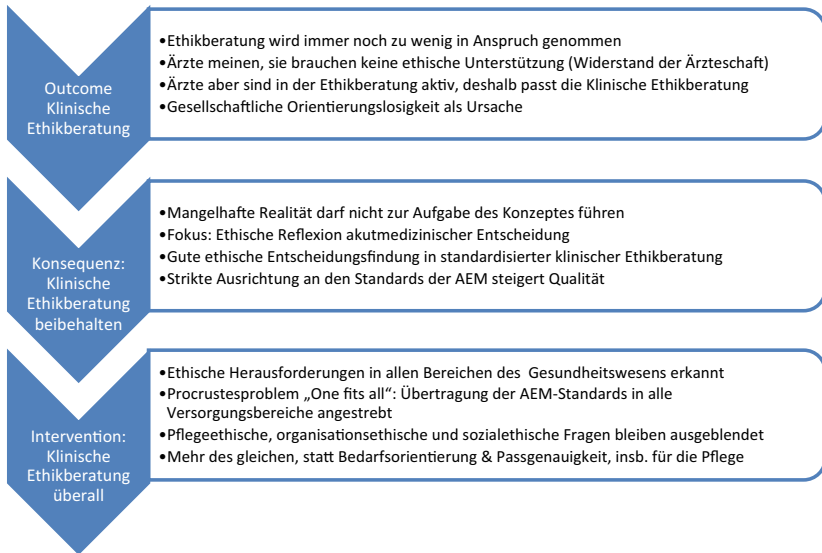


Abbildung 6.6 Klinische Ethikberatung: bisheriges Outcome, Konsequenzen, Intervention

6.2.4 Klinische Ethikberatung – Einbindung von Care?

Gute Hinweise zur Einbindung von Care in die Klinische Ethikberatung im Krankenhaus lieferte die Dissertation von Helen Kohlen (2008), die 2009 unter dem Titel „Conflicts of Care“ erschien. Kohlen verglich deutsche mit US-amerikanischen Ethikkomitees mittels Dokumentenanalyse und Experteninterviews. Sie reflektierte den jeweiligen Aufbauprozess und den Status quo der Ethikberatung und analysierte die Aufnahme der Belange der Pflege in ethischen Fallbesprechungen.

Aufbauprozess und Status quo der deutschen Klinischen Ethikberatung sind ein *Re-Make* des amerikanischen Modells (vgl. Kohlen 2008, S. 59). Selbst der in den wegweisenden Stellungnahmen (s. Abschn. 6.1) attestierte deutsche Bedarf wurde von amerikanischen Fallgeschichten, die in den USA in den 1970er Jahren zur Etablierung von Ethikberatung führten und nicht von Fallgeschichten aus Deutschland abgeleitet (vgl. Kohlen 2008, S. 60). Eine wissenschaftlich fundierte Ex-Ante Bedarfsanalyse in deutschen Kliniken erfolgte nicht, vielmehr wurde der Aufbau durch die Einschätzung einer kleinen Gruppe (selbsternannter) Experten forciert. Sie normierten die deutsche Klinische Ethikberatung über

die im Abschn. 6.1 vorgestellten Stellungnahmen und Standards (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997; Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006; Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010). Die parallel anlaufende Qualitätskontrolle in deutschen Kliniken bot den zweiten Ankerpunkt über das Gütekriterium "... that hospitals should have policies and procedures to cope with ethical issues" (Kohlen 2008, S. 60). Beides ließ die Anzahl Klinischer Ethikberatungen ansteigen (vgl. exempl. Schochow et al. 2015 // 2019, S. 5).

Eine kleine aktive Gruppe aus den Bereichen Philosophie, Theologie, Jurisprudenz und Biomedizinethik gründeten 1986 die Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2011, S. 8) als Fachgesellschaft. Die Förderung des Landes Niedersachsen ermöglicht der AEM bis heute, das Feld der Medizinethik autonom zu bespielen. Durch den Verkauf von Bildungsangeboten wurde ein Markt für Medizinethik geschaffen, durch die Durchführung ebendieser Lehrgänge werden die medizinethischen Konzepte und Interessen verbreitet und so der eigene Status quo gefestigt (vgl. Kohlen 2008, S. 60–61). Mit den Veröffentlichung des Curriculums für „Ethikberatung im Krankenhaus“ (Simon et al. 2005), den Empfehlungen zur Dokumentation von Ethik-Fallberatungen (Fahr et al. 2011), zur Evaluation von Ethikberatung (Neitzke et al. 2013) und zur Erstellung von Leitlinien (Neitzke et al. 2015) setzte die AEM medizinethische Normen für Deutschland. Die Empfehlungen regulierten das Verfahren auf allen drei Spielfeldern der Klinischen Ethikberatung. Im Praxisalltag wirken sie als (fast) rechtsverbindlich festgeschriebenes Programm. Seit 2015 zertifiziert die AEM Ethikberater*innen auf drei Kompetenzstufen (vgl. Dörries et al. 2015, S. 5): K1 Ethikberater im Gesundheitswesen, K2 Koordinator/in für Ethikberatung im Gesundheitswesen und K3 Trainer/in für Ethikberatung im Gesundheitswesen (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2018a). Somit ist das Feld Klinischer Ethikberatung in Deutschland komplett in einer Hand, von wenigen Akteuren einer Fachgesellschaft definiert und normiert. Ein Ergebnis, „...that allows a more powerful internal role in organized medicine...“ (Kohlen 2008, S. 61).

Die von Kohlen durchgeführte Feldstudie untersuchte erstmals in Deutschland die Stellung der ethischen Anliegen der Pflege und deren Partizipation bei Fallbesprechungen in klinischen Ethikkomitees am Beispiel dreier Kliniken anhand von 23 teilnehmende Beobachtungen bei Sitzungen von Ethikkomitees sowie Experteninterviews und der Analyse des schriftliche Materials der Ethikkomitees zu Vorgeschichte, Anlaufphase und Arbeitsabläufen (vgl. Kohlen 2010, S. 40–41). Die Gründe, die zum Aufbau der jeweiligen Ethikberatung führten,

spiegeln den Diskurs der Räume, in denen *Ethik* in Kliniken in Deutschland stattfindet: Das Komitee des privatisierten, ehemals öffentlichen Hauses entwickelte sich aus einer Arbeitsgruppe „Quality management and pastoral care“ (Kohlen 2008, S. 121), die Verbindung zum Qualitätsmanagement wurde deutlich. Im katholischen Haus erfolgte die Etablierung im Nachgang zum Aufbau einer Palliativstation, hier waren ethische Probleme am Ende des Lebens ausschlaggebend. Die Ethikberatung des evangelischen Hauses gab „the „old“ problem of communication“ (Kohlen 2008, S. 121) als Aufhänger zur Gründung an.

Pflegeschwestern sind sehr engagiert: Von allen Mitgliedern der Ethikberatung nahmen Pflegeschwestern am häufigsten an externen Schulungen zu Ethik und zu Moderationstechniken teil (vgl. Kohlen 2008, 128 f.), ihre Teilnahme an Ethikkonferenzen war von allen Berufsgruppen am höchsten (vgl. Kohlen 2008, S. 129). Probleme ergeben sich aus die Definition eines *ethischen Problems*:

“It is not clear how an ordinary problem in clinical care becomes a bioethical problem and what the characteristics are to name a difficult situation an “ethical case” that needs to be worked on in an ethics committee” (Kohlen 2008, S. 134).

Die Standards der AEM fordern als ersten Schritt vor der Einberufung einer Fallbesprechung die Prüfung, ob es sich bei dem geschilderten Fall um ein *ethisches Problem* im medizinethischen Sinne handelt. Die Fähigkeit, dies abzugrenzen, ist die erste Kernkompetenz, die in den Schulungen der AEM vermittelt wird (vgl. exempl. Simon et al. 2005, S. 323). Ziel einer Ethikberatung, die nur bei einem erkannten biomedizinethischen Entscheidungsproblem aktiv wird, ist die Unterstützung der *medizinethischen* Entscheidung. Über das Bedürfnis der strikten Begrenzung auf *medizinethische Entscheidungsprobleme* lässt sich nur mutmaßen. Zum einen kann es an der Abgrenzung zwischen ethischen und medizinisch-fachlichen Aspekten liegen. Die proklamierte Differenzierung könnte verdeutlichen, dass die Ethiker nicht in die medizinisch-fachliche Arzt-Patienten-Beziehung einmischen, immer wird betont, die Entscheidung bleibe beim Arzt. Die zweite Hypothese bezieht sich auf die Verbindung von klinischer Ethik und Bioethik als eine „... noch junge philosophische Disziplin und ihre Experten sind Sinnbild einer verunsicherten Epoche.“ (Prüfer und Stollorz 2003, S. 6)

„Historisch gesehen betrachten sich die meisten Bioethiker als ein legitimes Kind der medizinischen Ethik, die auf dem Vormarsch der Biomedizin keine befriedigenden Antworten zu geben wusste.“ (Prüfer und Stollorz 2003, S. 7)

Die Biomedizin beschäftigt sich mit den rasant entwickelten technischen Möglichkeiten in vielen neuen Medizinfeldern wie der Pränataldiagnostik, der Reproduktionsmedizin, der Transplantationsmedizin, und den damit zusammenhängenden Fragen um Hirntod und Organerhaltung, Lebensverlängerung und Sterbehilfe, Embryonenschutz und Abtreibung etc. Diese Fragen haben naturgemäß Auswirkungen auf die Arbeit in Kliniken, sie können große moralische Belastungen verursachen. Zu Beantwortung entstand die Klinische Ethikberatung (s. Abschn. 6.1). Philosophen, aktiv im Feld der Bioethik, nennen sich nun Bioethiker, sie waren und sind mit federführend beim Aufbau der Klinischen Ethikberatung. Aus dem Blickwinkel hat ein ethisches Problem einen bio(medizin)ethischem Inhalt. Das ethische Problem ergibt sich aus einer auf biomedizinischen Entwicklungen beruhenden Entscheidungssituation von Mediziner*innen, etwa das Leben mit Maximaltherapie zu verlängern oder einen Menschen sterben zu lassen. Medizinisch nicht mehr therapieren kann als *nichts mehr tun* und sogar als *Sterbehilfe* missverstanden werden. Im Sinne einer überprüfbaren Qualität medizinischer Leistungen beinhaltet eine so verstandene ethische Reflexion letztendlich die regulierende Aufsicht (vgl. Kohlen 2010, S. 47), die beurteilt, ob diese oder jene biomedizinische Intervention moralisch richtig oder falsch ist.

Dass die professionelle Pflege sehr viel tut, wenn keine medizinische Intervention (mehr) nötig, möglich oder indiziert ist, geht bei der Perspektive verloren. Kohlen belegte eindrücklich, dass die ethischen Themen der Pflegefachpersonen sich deutlich von denen der Mediziner*innen unterscheiden. Die Carethemen finden dann aber oder genau deshalb in Klinischer Ethikberatung kein Gehör. Pflegefachpersonen sind frustriert und sehen Ethikinterventionen als Zeitverschwendung, die nichts zur Lösung ihrer Care-Probleme beitragen (vgl. Kohlen 2008, S. 121). Sie verlassen die Komitees, weil das Vortragen ihrer pflegerischen Probleme in interdisziplinären Gruppen ihnen Unbehagen verursacht oder weil ihre umfangliche pflegerische Sorgearbeit am Ende des Lebens nicht der Wahrnehmung der Mediziner*innen, *nichts mehr zu tun*, entspricht (vgl. Kohlen 2008, S. 124).

Der Heilberuf Pflege muss ein professionelles Selbstverständnis zeigen, das sich klar von der Rolle als Arzthilfsberuf und vom medizinischen Verständnis abgrenzt. Kohlen beschreibt Situationen, die dieses professionelle pflegerische Selbstverständnis erfordern, gerade weil sie den Klinischen Ethikkomitees mit inhärenter Bioethiklogik entgehen. So wurde das Wärmen einer eiskalten Blutkonserve auf dem Bauch einer schlafenden Patientin einseitig vom Arzt im Ethikkomitee als ein bestenfalls minimales ethisches Problem abgetan (Kohlen

2010, S. 50) und zu einem Kommunikationsproblem (also keinem ethischen Problem in bioethischer Kategorisierung) erklärt. Das nächste pflegeethisch hoch belastende Beispiel befasste sich mit dem menschenunwürdigen Sterben im Krankenhaus: aufgrund fehlender Räume wurden Sterbende ins Bad geschoben. Der Fall schien dem Ethikkomitee nicht relevant als regulärer Tagesordnungspunkt, er wurde unter „Sonstiges“ besprochen. Die pflegeethische Relevanz des Schutzes sterbender Menschen und ihrer Angehörigen erkannte das Ethikkomitee nicht. Vielmehr suchten die Mitglieder Fehler und Lösungen auf der Organisationsebene, durch Einberufung einer Arbeitsgruppe sollte Abhilfe geschaffen werden (vgl. Kohlen 2010, S. 53–60). Im dritten Beispiel mochte eine alte Dame im Altenheim nicht essen. Das Ethikberaterteam, bestehend aus Arzt, Seelsorger und Krankenschwester, besuchte die Dame im Heim. Arzt und Seelsorger sahen keinen Grund für ihre Anwesenheit, die Krankenschwester bot der Dame verschiedene Mahlzeiten an. Als etwas gefunden wurde, was die Dame essen mochte, verabschiedete sich das Team. Es registrierte nicht die ethische Not der betreuenden Pflegefachpersonen, die hin und hergerissen waren zwischen der Gewährung von Autonomie und der Verantwortung für eine fürsorgliche Pflegepraxis. Die Krankenschwester des Beratungsteams stellte mit ihrem Handeln die pflegefachliche Kompetenz ihrer Kolleginnen infrage. Den Beispielen gemeinsam ist:

„Care wird marginalisiert beziehungsweise die Themen der Pflegenden werden marginalisiert, und während ihre Anliegen systematisch ignoriert werden, marginalisieren sie sich überdies selbst“ (Kohlen 2010, S. 64).

Im April/Mai 2016 diente das Lehrforschungsprojekt von Gold & Scheuring zur „Evaluation der Rahmenbedingungen in der Arbeit Klinischer Ethikkomitees“ (Scheuring und Gold 2016). Daraus entstand 2017 die Bachelorthesis von Gold. Im quantitativen Design kam ein selbstentwickelter Fragebogen zum Einsatz. Scheuring & Gold fragten die Teilnehmenden nach ethischen Problemen, es fehlte aber die Definition, was die beiden Forschenden darunter verstanden. Die Anfrage richtete sich an 18 Ethikkomitees in Kliniken im Rhein-Neckar-Raum. Nach Vorlage der Projektskizze erklärten sich 13 Ethikkomitees zur Teilnahme bereit (vgl. Gold 2017, S. 35). Erhoben wurden:

„Aufgaben der Mitglieder innerhalb des Komitees und die Rollen der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen; Sicht der Befragten auf die Aufgaben und Rolle des klinischen Ethikkomitees innerhalb der Institution Krankenhaus; Arbeit des Klinischen

Ethikkomitees in den verschiedenen Settings Klinischer Ethikberatung; Ausgestaltung der Qualitätssicherung in den einzelnen Komitees; Zugangswege der einzelnen Mitglieder und Motivation für das Engagement in einem KEK“ (Gold 2017, S. 34).

Der Fragebogen wurde an alle 180 Mitglieder der Komitees versandt, der Rücklauf von 123 Bögen (68 %) (vgl. Gold 2017, S. 35) lag deutlich über allen bisher analysierten Studien zur Ethikberatung und zeigt, wie wichtig es ist, die potentiellen Forschungsteilnehmenden gut zu informieren. Neben anderen Berufsgruppen und 42 Ärzte nahmen 26 Pflegefachpersonen an der Befragung teil, wovon 13 im direkten Patientenkontakt und 13 in Leitungspositionen tätig waren (vgl. Gold 2017, S. 36). Die Leitung der Klinischen Ethikkomitees hatten nie Pflegefachpersonen inne. Sie lag zu 2/3 bei Ärzten (vgl. Gold 2017, S. 38), Männer waren bei der Leitungsposition über alle Berufsgruppen hinweg überproportional häufig vertreten (vgl. Gold 2017, S. 39), Gold attestiert ein Gender Gap (vgl. Gold 2017, S. 40). Die Weiterbildung zur Ethikberaterin im Gesundheitswesen der AEM hatten zwei Komitee-Leitungen absolviert, von den Komitee-Mitgliedern 23 % der Pflegefachpersonen und 15 % der Ärzt*innen. Dreiviertel aller Komitee-Mitglieder sahen ihre Perspektive innerhalb des Komitees angemessen repräsentiert. Allerdings empfanden 15 % der Pflegefachpersonen und damit die größte Gruppe die eigene Perspektive am häufigsten unterrepräsentiert (vgl. Gold 2017, S. 44). Dies werteten vor allem die in der direkten Pflege tätigen Pflegefachpersonen so (vgl. Gold 2017, S. 45). Gleichzeitig gaben 51 % aller Befragten an, dass sie

„... die Berufsgruppe der Pflegenden als diejenigen empfinden, die den höchsten Bedarf an Ethikberatung im Krankenhaus artikuliert“ (Gold 2017, S. 49).

Hindernisse für die Partizipation von Pflegefachpersonen an der Klinischen Ethikberatung sahen die Komitee-Mitglieder in Hierarchien, fehlenden „verbalen Möglichkeiten und geringem Selbstwert der Pflege“ (Gold 2017, S. 45), zwar hohem Interesse der Pflege aber zu wenig Zeitressourcen, fehlender Unterstützung des Arbeitgebers, bedingt durch „mangelndes Interesse an Ethik im Allgemeinen“ (Gold 2017, S. 46). Die Ethikkomitees bezeichneten ihre mehrjährige Zusammenarbeit als gut (vgl. Gold 2017, S. 46). Am wichtigsten war den Teilnehmenden die ethische Fallberatung, gefolgt von der Ethikbildung; die Leitlinienentwicklung habe den geringsten Stellenwert (vgl. Gold 2017, S. 52). Kontrastierend wurden Leitlinien von 90 % der Befragten als nützlich und hilfreich eingeschätzt. Die

bisher verfassten Leitlinien konzentrieren sich auf medizinische und/oder juristische Fragestellungen, Gold empfiehlt die Themen zu verbreitern, bezogen auf die Pflege schreibt er:

„Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann eine angemessene quantitative, wie auch qualitative Repräsentation der pflegerischen Perspektive zumindest bezweifelt werden“ (Gold 2017, S. 67).

Insgesamt ist die Befragung eng an die Standards der AEM angelehnt, die Befragten sind über Weiterbildungen der AEM qualifiziert. Sowohl den beiden Forschenden als auch den Befragten scheint für Klinische Ethikberatung nur die Brille der AEM bekannt. Dies äußert sich insbesondere in der Einschätzung, dass Kohlens Befund der Marginalisierung von Care in den Komitees nicht bestätigt werden konnte (vgl. Scheuring und Gold 2016, S. 35). Man kann jedoch die Frage nach der zahlenmäßigen Repräsentanz von Pflegefachpersonen im Ethikkomitee nicht mit der Beantwortung von careethischen Fragestellungen gleichsetzen, zumal die Einschätzung per Fragebogen und nicht in teilnehmender Beobachtung erhoben wurde. Es steht zu vermuten, dass es an Wissen zur Careethik unter den Befragten fehlen könnte, weil sie in Deutschland nicht im Mainstream ethischer Theorien ist. Trotz der Limitationen gibt die Evaluationsstudie einen guten Eindruck zur Binnenperspektive von Klinischer Ethikberatung in einer Region in Deutschland aus Sicht der Komitee-Mitglieder.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass Klinische Ethikberatung in der in Deutschland vorgenommenen Normierung keine hinreichenden Antworten zur Bearbeitung von pflegeethischen Fragestellungen bieten kann. Deshalb ist es kaum verwunderlich, dass Pflegefachpersonen trotz hohem Interesse an ethischen Fragestellungen und hohem Engagement, sich entsprechend fortzubilden, der Klinischen Ethikberatung fernbleiben, die Zusammenfassung der Standardisierung, der Stellung von Pflegefachpersonen im KEK und des Outcomes für Care zeigt Abbildung 6.7.

Die Befunde generieren weitere Desiderate für die Programmtheorie: Wer kann Antworten auf pflegeethische Probleme von Pflegefachpersonen liefern? Welche gesellschaftlichen Werte liegen Sorgebeziehungen zugrunde? Wie kann die dringend nötige careethische Unterstützung aussehen? Wie können Pflegefachpersonen partizipativ mitgestalten?

Das nächste Kapitel befasst sich mit den Angeboten für Ethikberatung in der Langzeitpflege.

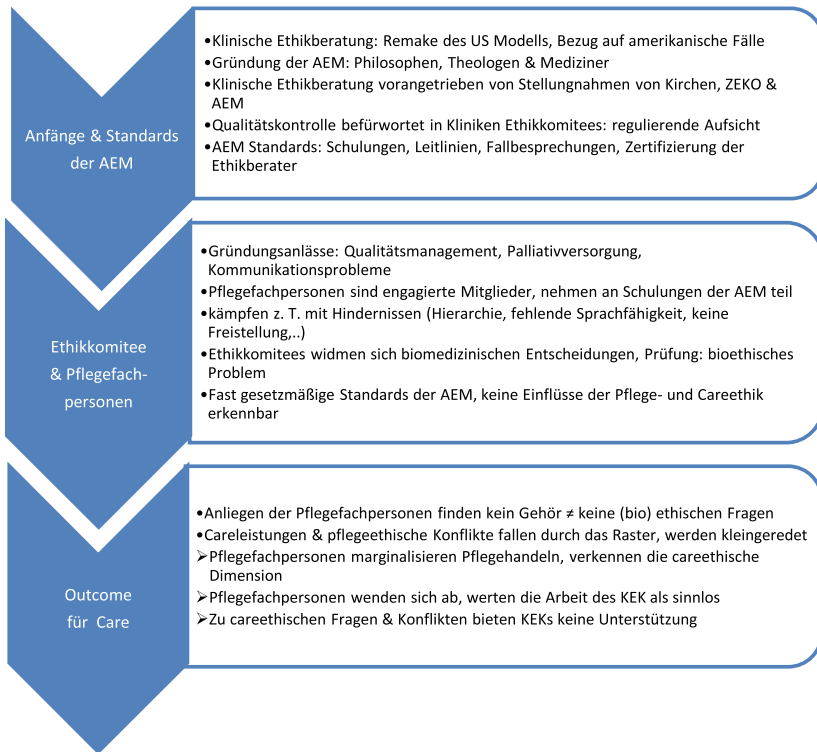


Abbildung 6.7 Klinische Ethikberatung – Einbindung von Care

6.3 Außerklinische Ethikberatung in der Langzeitpflege

Ethikberatung hat in den letzten zwei Jahrzehnten in deutschen Kliniken Verbreitung gefunden. Die Standards der AEM zu Struktur und Prozess von Ethikberatung enthält Bezüge zur Langzeitpflege:

„Ethikberatung ist ein in Deutschland relativ neuer Ansatz zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen“ ... „entsprechende Strukturen wie z. B. Ethik-Komitees, Ethik-Konsile oder Ethik-Foren werden von immer mehr Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen eingerichtet“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010, S. 149).

Die begriffliche Zuordnungen sind jedoch unklar und überlagern sich. Aus Perspektive der Ärzteschaft meint *Außerklinische Ethikberatung* Ethikstrukturen, die nicht in Kliniken verortet sind. Eine zweite Zuordnung meint mit ambulante Ethikberatung eine trägerübergreifende Intervention, die nicht allein in einer Einrichtung, bei Einrichtungen eines Trägers oder eines Trägerverbundes verortet ist, sondern unabhängig auf Anfrage ambulant in den jeweiligen Einrichtungen aktiv wird.

Die dritte Einteilung orientiert sich an den zentralen Tätigkeitsfeldern von Pflegefachpersonen: Kliniken, Pflegeheime und ambulante Dienste. Dieser Einteilung folgend, analysiert das nachfolgende Kapitel den Stand der Ethikberatung in der Langzeitpflege in Deutschland. Zur Ethikberatung in der Langzeitpflege liegen in Deutschland wenig Empirie vor. Studien, die ähnlich wie im Klinikbereich den Implementierungsgrad von Ethikstrukturen in deutschen stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen erfassen, wurden bisher nicht unternommen. Das Fehlen summarischer Evaluationen könnte in der Größe und Heterogenität der Langzeitpflege begründet liegen.

Statistische Daten vermitteln einen ersten Eindruck zu ethischen Herausforderungen (Abschn. 6.3.1). Anhand vorliegender Studien und grauer Literatur wird für die stationären Altenpflege (Abschn. 6.3.2) und die ambulante Pflege (Abschn. 6.3.3) geprüft, ob die für den Klinikbereich standardisierte Ethikberatung auf die Langzeitpflege übertragbar ist, ob Evaluationen zur Qualität der implementierten Ethikberatungen vorliegen und ob die pflegefachliche Sicht hier besser abgebildet ist.

6.3.1 Statistische Daten zu Facetten der Langzeitpflege

Zur Situation in der deutschen Langzeitpflege liefert die zweijährig erscheinende Pflegestatistik aktuelle Daten. Analysiert wurden die Pflegestatistik 2017 und 2019. Zu beachten sind zwei Punkte: Erstens sind die abgerufenen Leistungen der Pflegeversicherung die Datenquelle, d. h. nur die Daten der Menschen, die erfolgreich einen Antrag auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, gehen in die Statistik ein. Methodisch zu beachten ist, dass die amtlichen Zahlen des statistischen Bundesamtes zwar die aktuelle Anzahl der registrierten Heime und der Leistungsempfänger zum Ende des Vorjahres (Dezember 2016 bzw., Dezember 2019) angeben, gleichzeitig die Personalsituation von 2015 (Statistisches Bundesamt 2017) bzw. von 2017 (Statistisches Bundesamt 2020) abbilden. Dadurch unterliegt die Ratio Menschen mit Pflegebedarf zu Pflegefachpersonen einer Aktualitäts-Bias.

Situation in der stationären Langzeitpflege

In Deutschland „gab es im Dezember 2019 rund 15400 nach SGB XI zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeheime“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 14), das entspricht einem Wachstum von 6,2 % gegenüber 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 18) und von 24,5 % seit 2005 (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 10).

„Die Mehrzahl der Heime (53 % bzw. 8100) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. DIAKONIE oder CARITAS); der Anteil der Privaten betrug 43 % ... Öffentliche Träger haben ... den geringsten Anteil (5 %)“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 13)

Insgesamt hielten die Heime ca. 970000 Pflegeplätze vor, wovon 877000 Plätze auf die vollstationäre Dauerpflege entfielen. Die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf, die teil- und vollstationär versorgt wurden, stieg um 3,9 %. Dabei blieb die vollstationäre Dauerpflege mit 0,3 % fast konstant. Die Steigerung gründet sich auf die deutliche Zunahme teilstationärer Angebote, wie Tagespflege, Kurzzeitpflege um 34,4 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 17). Im gleichen Zeitraum wuchs die Anzahl aller Beschäftigten nur um 4,2 %, die Anzahl der Pflegefachpersonen nur um 1,28 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 25, 2020, S. 39).

„796 000 Beschäftigte: Knapp zwei Drittel (63 %) waren Teilzeitkräfte, 83 % weiblich, 43 % 50 Jahre und älter“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 16),

7 % sind Auszubildende (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 16). 185992 Beschäftigte verfügen über einen staatlich anerkannten Berufsabschluss in der Altenpflege, 51026 sind Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und 3463 sind Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, insgesamt arbeiten 240480 (30,19 %) Pflegefachpersonen in den Pflegeheimen (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 39), eine Zunahme von 1,28 %.

Die Anzahl der *zusätzlichen Betreuungskräfte* nach § 87b SGB XI wuchs um 22000 Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 20). Die Statistik gibt keine Auskunft darüber, wie viele Betreuungskräfte nach § 87b über einen staatlich anerkannten Berufsabschluss als Pflegefachperson verfügen, d. h. wie groß die Schnittmenge ist. Im Folgebericht findet sich die Angaben nicht mehr. Die Zahlen liefern den Beleg für den bereits zur Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetz in 2015 vermuteten Effekt der Deprofessionalisierung in den Altenpflegeeinrichtungen (vgl. Kuhn 2016a, S. 74). Durch die Delegation von

mehr und mehr originären Pflegeleistungen, die über das SGB XI nicht refinanziert werden, an sogenannte Betreuungskräfte oder Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI verspricht sich der Gesetzgeber eine Entlastung der Pflegefachpersonen. Wenn aber pflegefachliche Tätigkeitsfelder, wie z. B. die Beschäftigung und Aktivierung der Menschen mit Pflegebedarf, darunter viele dementiell erkrankter Menschen, von Hilfskräften mit dreimonatiger Ausbildung übernommen werden, reduziert sich die Tätigkeit der Pflegefachpersonen auf die im SGB XI definierte Grundpflege. Der Einblick in die Wünsche und Werte der Menschen mit Pflegebedarf als originäre pflegefachliche Aufgabe, wird erschwert, denn die Einschätzung und ethische Reflexion in schambesetzten Situationen zwischen Toilette, Waschen und Anziehen ist ungleich schwieriger als in entspannten Alltagssituationen der Kommunikation und Beschäftigung. Durch zusätzliche Zersplitterung und Verlust originärer pflegefachlicher Aufgaben stabilisiert sich eine schleichende Deprofessionalisierung der Pflege (vgl. Kuhn 2016a, S. 74), die sich auch auf den Umgang mit ethische Fragestellungen auswirkt.

Ein zweites hochrelevantes Ergebnis der Pflegestatistiken ist die sich verschärfende Altersstruktur der Beschäftigten, 43 % sind älter als 50 Jahre. Dies hat Auswirkungen auf die Belastbarkeit und die Nachhaltigkeit der Versorgung, denn es kommen nur 18 % Beschäftigte nach, die unter 30 Jahre alt sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 16) Hier zeichnet sich der demografische Wandel sehr deutlich ab und fordert eine Reaktion auf politischer Ebene.

Situation in der ambulanten Pflege

Von den 4,1 Mio. Menschen mit Pflegebedarf, die in 2019 Unterstützung nach SGB XI erhielten, leben 3,3 Mio. (80 %) zuhause, seit 2017 nahm die Zahl um 21 % zu (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 9). Bei 2,12 Mio. Menschen leisten allein ihre Angehörigen die nötige Unterstützung. Bei weiteren 980000 Menschen mit Pflegebedarf ist ein Pflegedienst in die Versorgung involviert (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 9). Entweder wird die Pflege zusammen mit den Angehörigen oder vollständig durch den Dienst erbracht. „Die Zahl der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen stieg seit 2017 um 18,4 % (153000)“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 9). Seit 2005 beträgt der Zuwachs 108 %. Die Anzahl der zuhause versorgten Menschen ohne Pflegedienst nahm um 19,9 % zu. Insgesamt nahmen die Versorgungsleistungen im ambulanten Bereich innerhalb von 2 Jahren um 27,5 % zu, seit 2005 um 115 % zu, die Situation in den Pflegeheimen blieb konstant (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, 9 f.).

Die professionelle Pflegeleistung decken 14688 ambulante Pflegedienste ab (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 12). 67 % der Dienste befanden sich

in privater Trägerschaft, sie versorgten im Durchschnitt 53 Menschen mit Pflegebedarf. „Der Anteil der freigemeinnützigen Träger (z. B. DIAKONIE oder CARITAS) betrug 32 %“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 12) allerdings waren die Pflegedienste größer, sie versorgten im Schnitt 96 Menschen. Ca. 52,52 % der Menschen mit Pflegebedarf, die SGB XI-Leistungen in Anspruch nahmen, wurden von privaten Pflegediensten, ca. 45,96 % von freigemeinnützigen und 1,53 % von öffentlichen Diensten versorgt. Der Anteil der Trägerschaft in öffentlicher Hand ist von ca. 5 % im Jahr 2015 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 12) auf etwas mehr als 1 % in 2019 zurückgegangen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 24). Die Pflegedienste hatten 422000 Mitarbeitende, die „Mehrheit (69 %) war teilzeitbeschäftigt, 86 % weiblich, 41 % 50 Jahre und älter“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 12). Im Gegensatz zu der Anzahl der zu versorgenden Menschen mit Pflegebedarf stieg die Anzahl des Personals in Vollzeitäquivalenten nur um 8,4 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 13), das belegt eine Vergrößerung der Versorgungslücke seit 2017 um 10 %⁵. Unter den 422000 Mitarbeitenden befinden sich 183466 (43 %) Pflegefachpersonen, 98281 verfügten über eine staatliche Anerkennung zur Altenpflege, 78129 hatten ein Krankenpflegeexamen abgelegt, 7056 Personen waren examinierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, S. 27). Dramatisch ist die Altersstruktur:

„Die Pflegestatistik 2019 bietet erneut Daten zur Altersstruktur der Beschäftigten: Demnach war weniger als ein Fünftel der Beschäftigten (18 %) unter 30 Jahre alt. 39 % waren 30 bis 49 Jahre alt. Immerhin zwei Fünftel (43 %) waren 50 Jahre und älter.“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 16). 2015

Die Gegenüberstellung zu 2017 zeigt eine Zunahme des Anteils der über 50-jährigen um 5 %:

„... waren 15 % unter 30 Jahre alt. Knapp die Hälfte (46 %) der Beschäftigten waren 30 bis 49 Jahre alt. Immerhin mehr als jeder Dritte (38 %) war 50 Jahre und älter“ (Statistisches Bundesamt 2017, S. 11).

Die Nachwuchsproblematik ist in der ambulanten Pflege höher als in der stationären Pflege, weil bedeutend weniger ausgebildet wird. Weitere Probleme verursacht der zunehmende Pflegebedarf:

⁵ Wobei die Autoren der Pflegestatistik dies vorsichtiger formulieren, ein belastbarer Beleg wäre über professionelle Pflegepersonalbemessungsinstrumente zu erbringen, die aber bis heute fehlen.

„Von den 2,9 Millionen Pflegebedürftigen wies ein Drittel (1 202 000 bzw. 42 %) auch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. Bei weiteren 180 000 Personen lag keine Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Pflegestufe nach den Definitionen des Pflegeversicherungsgesetzes vor, aber es war bei ihnen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden“ (Statistisches Bundesamt 2017, S. 7).

Diese Zahlen (die in der Pflegestatistik 2020 nicht mehr erhoben werden) geben Hinweise auf vielfältige ethische Fragen, verbunden mit mutmaßlich hohem Bedarf an ethischer Unterstützung.

Die Grauzone

Neben den in der Statistik aufgezeigten Bereichen existiert eine Grauzone, in der Menschen gepflegt werden aber aus unterschiedlichen Gründen durch das Raster des SGB XI fallen. Das umfasst zum einen die Menschen mit Pflegebedarf, die keinen Antrag gestellt haben, die Statistik spricht von „Untererfassung“ (Statistisches Bundesamt 2020, S. 4) oder deren Antrag abgelehnt wurde, z. B. weil der in der Begutachtung erhobene Zeitaufwand für die Körperpflege zu gering war. Zum anderen gibt es einen Markt für Anbieter von Unterstützungsleistungen. Menschen mit Pflegebedarf greifen neben den Unterstützungsleistungen des SGB XI auf diverse hauswirtschaftliche Dienste zurück, die keine SGB XI Leistungen der Körperpflege erbringen dürfen. Angeboten werden offiziell Haushaltsleistungen. Das heißt jedoch nicht, dass nicht informell doch körperliche Pflegeleistungen vorgenommen werden.

Zur Grauzone gehört auch der Bereich der osteuropäischen Hilfen in den Privathaushalten, den sog. Life-Inns, die oft in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen z. T. illegal arbeiten. Diese Versorgungsmodelle können der Struktur der Antragstellung auf Leistungen aus dem SGB XI entgegenstehen. Obwohl gerade in dem Bereich Probleme zu vermuten sind, seien sie arbeitsrechtlicher, juristischer oder ethischer Art, werden die Arrangements politisch toleriert. Die Gesellschaft verschloss bisher die Augen vor der Herausforderung wegen der Gefahr, dass das System nicht mehr funktioniert.⁶

Alle Bereiche pflegerischer Versorgung entziehen sich weitgehend der politischen Wahrnehmung und folglich der juristischen Kontrolle, der statistischen Aufbereitung, der fachlichen Unterstützung und der ethischen Begleitung.

Abbildung 6.8 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die statistischen Eckdaten der pflegerischen Versorgung nach SGB XI von 2019 und deren

⁶ Am 24.06.2021 hat das Bundesarbeitsgericht in Erfurt geurteilt, dass den Hilfspersonen der Mindestlohn zu zahlen sei und sie dem deutschen Arbeitsschutz unterliegen, die Auswirkungen werden gravierend sein, es braucht bessere Lösungen.

Entwicklung seit 2017 sowie die daraus resultierenden Konsequenzen. Zudem wird die Grauzone dargestellt, die sich aus der Konzeption des SGB XI als „Teilkaskoversicherung“ für körperlich orientierte Pflegeleistungen ergibt.

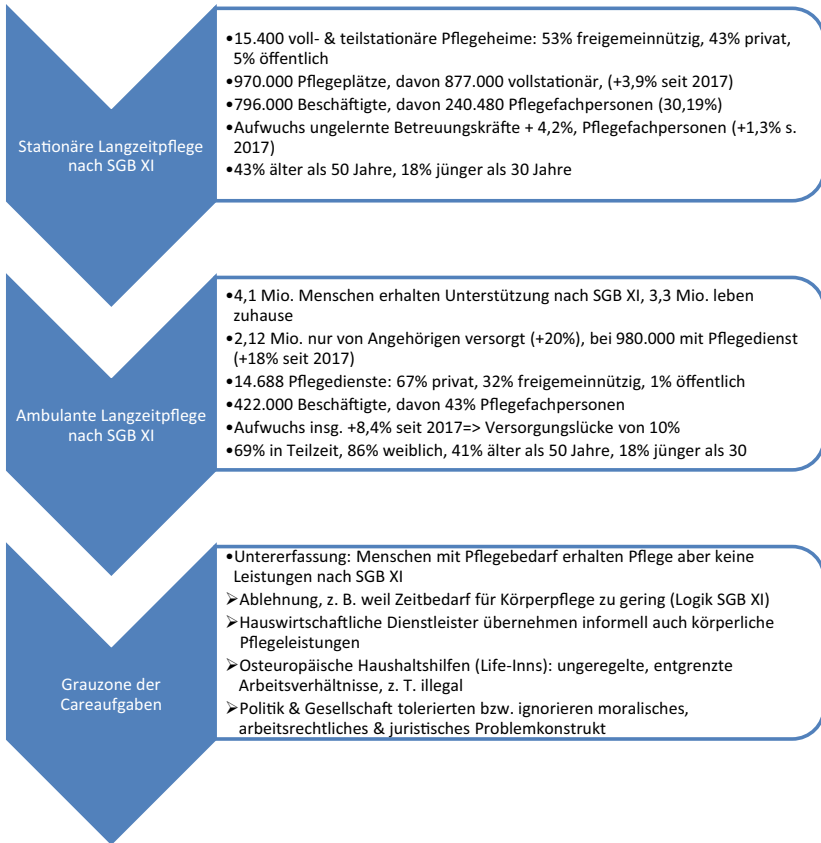


Abbildung 6.8 Langzeitpflege: Plätze, Einrichtungen, Menschen mit Pflegebedarf, Pflegepersonal, Grauzonen

Aus der fehlenden Wahrnehmung des kompletten Portfolios von Care-Aufgaben und den in den Pflegebeziehungen agierenden Menschen leitet sich die nächste Handlungsaufforderung für Pflegekammern ab. Sie sind die Akteure,

die auch politischer Ebene Veränderungen bewirken können, dies ist ihr gesamtgesellschaftliches ethisches Mandat. Wie genau dies auszugestalten sein wird, beantwortet die Programmtheorie (s. Kap. 8). Die statistischen Daten bieten zudem die Grundlage zur Analyse der implementierten Ethikstrukturen in der Langzeitpflege und deren Wirkung auf die Pflegebeziehung. Abschn. 6.3.2 beginnt mit der stationären Langzeitpflege.

6.3.2 Das Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege

In Frankfurt existiert seit vielen Jahren ein bundesweit einmaliges Konstrukt, das *Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege*, einmalig, weil es auf kommunaler Ebene angesiedelt ist und weil es über eine gute Publikationslage verfügt. Aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen (vgl. Bockenheimer-Lucius 2007, S. 321) wird Ethikberatung bisher eher einrichtungsübergreifend implementiert. Wege führen über die Trägerebene, wie z. B. bei der MTG Malteser Trägerschaft oder der Marienhaus GmbH oder über kommunale Aktivitäten wie dem Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege. Zur Entstehungsgeschichte: In Frankfurt bildete sich in den 1990er Jahren das Frankfurter Forum Altenpflege. Mitglieder des Forums sind die Heimleitungen aller in der Stadt angesiedelten 43 Frankfurter Pflegeheime. In den frühen 2000ern initiierte der Stadtrat Frankfurt das Projekt *Würde im Alter*, das beim Frankfurter Forum Altenpflege angesiedelt war (Glinski-Krause 2018). Finanziert wurden verschiedene Projekte z. B. zu Gewalt und zur Verordnung von Psychopharmaka im Pflegeheim (Bockenheimer-Lucius 2007). Diese 2004–05 durchgeführte Studie löste 2006 die Etablierung von Ethikstrukturen aus. Zuerst wurde ein Ethikkomitee in einem Frankfurter Pflegeheim gegründet (vgl. Bockenheimer-Lucius 2007, S. 111). Dem Vernetzungsgedanken folgend erwuchs daraus das *Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege*, getragen vom Dr. Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Goethe-Universität Frankfurt und dem Magistrat der Stadt Frankfurt. Ziel war

„..., ausgehend von der klinischen Ethik Strukturen zu entwickeln, die für die Fälle und Themen und vor allem für die Akteure in der stationären Altenpflege angemessen sind“ (Sauer 2010, S. 461).

2018 verfügte das Netzwerk über zwei Ethikkomitees, den NAEHE-Gesprächskreis für die Mitarbeitenden aller Einrichtungen und regelmäßige Ethik-Fortbildungen. Alle Formate werden evaluiert.

„Von Anfang an war die empirische Begleitforschung Teil des Projektes“ (Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege 2018).

Ergebnisse der Befragung von Pflegenden in den Altenpflegeeinrichtungen

Umfassende Evaluationsergebnisse liegen vor. So wurden 36 Pflegeheime mit dem Ziel befragt,

„...den Bedarf an Beschäftigung mit ethischen Fragen, nach den Möglichkeiten zur Diskussion und der Suche nach alternativen Lösungswegen zu eruieren.“ (Bockenheimer-Lucius und Sappa 2009, S. 109)

Diese Publikation gab erste Einblicke, die bereits in die Bachelorthesis der Autorin einfließen:

„Die Studie erhob statistische Daten bzgl. Bettenanzahl, Anzahl der Pflegekräfte, Pflegestufenverteilung, der Rechtsform, des QM etc. Danach fragte sie ethische Themen ab, mit denen Pflegenden in ihrer „alltäglichen pflegerischen Tätigkeit konfrontiert werden“ (ebd., S. 110). Im folgenden Teil ging es um den bisherigen Umgang mit den Problemlagen und ob der Befragte einen Bedarf für ethische Unterstützung sieht. Danach sollten sich die Probanden äußern, wer Mitglied in einem Ethikkomitee sein sollte und „in welchen Bereichen sich Ethikberatung engagieren sollte“ (ebd., S. 116). Die Befragung hatte nicht den Anspruch, als Fundament für das Projekt „*Vernetzung der Ethikberatung für die Frankfurter Einrichtungen der stationären Altenpflege*“ zu dienen. Vielmehr gründete sich das erste Ethikkomitee bereits parallel zur laufenden Studie.“ (Kuhn 2011, S. 26–27)

Die Studienergebnisse publizierten Sauer et al. 2012. Von den 555 in 36 Einrichtungen verteilten Fragebögen wurden aus 10 Einrichtungen 74 Fragebögen zurückgesandt (Rücklauf 13 %). Die standardisierten, dichotomen Antwortmöglichkeiten tangierten ethische Herausforderungen in alle Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (vgl. Krohwinkel 2008) der Bewohner. Sauer stellte aus der Literatur bekannte ethische Herausforderungen vor und erhob die Bedeutung der Problembereiche für die Befragten.

Eine zusammenfassende Ergebnisübersicht gibt Tabelle 6.1.

Ethische Problemlagen durchziehen den pflegerischen Arbeitsalltag im Pflegeheim, sie sind vor allem pflegeethischer Genese, viel seltener sind es bioethische Entscheidungssituationen (vgl. Sauer et al. 2012, S. 121). Zur Bewältigung passen die genutzte Ressource der Pflegenden, das pflegerische „Team- oder Übergabegespräch“ (89 %). Darüber hinaus holten die Befragten den Rat des behandelten Arztes (84 %), der Kolleginnen (77 %) oder von Juristen (54 %) ein. 68 % der Teilnehmenden zogen einrichtungsinterne Leitlinien zurate. Lediglich 16 %

Tabelle 6.1 Bedeutung ethischer Herausforderungen in der stat. Altenpflege (n. Sauer et al. 2012, S. 119)

Ethische Probleme in pflegefachlichen Handlungskontexten	Pflegende, alle Hierarchiestufen
Lebensqualität des Heimbewohners	91 %
Entscheidungen über adäquate Schmerzmedikation	88 %
Aufklärung und Einwilligung	84 %
Fürsorgepflicht und dem Respekt vor der Patientenautonomie	77 %
Unnötige Verzögerung des Sterbeprozesses	70 %
Grenzen pflegerischer Tätigkeit aufgrund institutioneller Vorschriften	60 %
Grenzen ärztlicher Behandlung aufgrund institutioneller Vorschriften	50 %
Überschneidung von religiösen und kulturellen Traditionen	46 %

wünschten sich ein Ethikkomitee, die Antworten kamen aus der Einrichtung, wo das Komitee im Aufbau war, vermuten Sauer et al. (2012, S. 122).

Gründe, sich nicht mit ethischen Problemlagen auseinanderzusetzen, wurden im Zeitmangel (30 %), fehlender ethischer Fortbildung (19 %), fehlenden Leitlinien (16 %), fehlender interdisziplinärer Zusammenarbeit (10 %), geringer Priorität ethischer Probleme (8 %), der Angst, ethische Probleme anzusprechen (6 %) und der Unwichtigkeit von ethischen Problemen (5 %) gesehen, 5 % meinten ethische Probleme träten nicht auf (vgl. Sauer et al. 2012, 120 f.). Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Bedarf zur Sensibilisierung und zur pflege- und organisationsethischen Kompetenzsteigerung.

Der Fragebogen gab potentielle Mitglieder für ein Ethikkomitee vor (Zustimmungsraten): Wohnbereichsleitungen (74 %), betreuende Ärzte (73 %), Angehörige der Bewohner (73 %), Sozialarbeiter (68 %), gesetzliche Betreuer (64 %), und die Heimleitung (59 %). Nicht angeboten, aber von den Teilnehmenden im Freitext gewünscht wurden: die Pflegenden „das Team“, zudem die Bewohner (vgl. Sauer et al. 2012, S. 121). Dies gibt tiefe Einblicke in vorherrschende Denkstile und Machtverhältnisse. Die Antwortmöglichkeiten spiegeln die Hierarchien in Pflegeheimen wider. Obwohl Ethikberatung einen hierarchiefreien Dialog anstrebt, in dem alle Ebenen vertreten sind und machtfrei miteinander kommunizieren sollen, suggeriert die Befragung das Gegenteil. Die einfache Pflegenden

ist nicht als potentiell Mitglied benannt, das Pflegeteam als wichtigste bisher erlebte Ressource bleibt außen vor, die Befragten müssen es selbst benennen. Die prozentualen Angaben spiegeln, welche Machtverteilung im Pflegeheim herrscht. Eine solche Herangehensweise kann bei Pflegenden den Verdacht erwecken, das Ethikkomitee sei eine „Oligarchie/Expertokratie“, ihre Meinung sei nicht gewünscht oder zumindest nicht wichtig. Das könnte ein Grund für die fehlende Teilnahme der Pflegenden als stärkste Berufsgruppe im Pflegeheim sein, welche die Protagonist*innen des Ethiknetzwerkes immer wieder beklagten (vgl. Sauer und Trost 2009, S. 57). Bei Hospitationen der Verfasserin bei diversen Veranstaltungen des *Ethiknetzwerks in der Altenpflege* äußerten die Anwesenden ebenfalls Unverständnis bzgl. der fehlenden Teilnahme. Offen blieb, was die Akteur*innen zur Überwindung des Mangels tun. Zur Steigerung der Partizipation gab es keine Ideen.

Dass Bewohner, um deren Belange es bei der Ethikberatung geht, nicht als Mitglieder aufgeführt sind aber im Freitext von den Befragten eingeführt werden, verweist zudem auf erhaltene paternalistische Denkweisen, nicht aber auf das Ermöglichen von Teilhabe für Menschen mit Pflegebedarf. Obwohl die Studie aufgrund des geringen Rücklaufes nur vorsichtig interpretiert werden darf, sollte den Erkenntnissen und Rückschlüssen für die Programmtheorie Beachtung geschenkt werden.

85 % der Befragten sahen mäßig bis viel Bedarf zur ethischen Unterstützung (vgl. Sauer et al. 2012, S. 123). Die Autor*innen interpretieren anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, dass das Modell der Klinischen Ethikkomitees in multidisziplinäre Zusammensetzung gewünscht sei, überlegen aber, ob der Einsatz eines einzelnen klinischen Ethikers nicht gewinnbringender sein könnte (vgl. Sauer et al. 2012, S. 123). Dies ist aus pflegeethischer Sicht nicht tragbar. Dagegen könnte eine pflegeethische kollegiale Beratung auf den bereits genutzten Ressourcen aufbauen. Die Einbindung möglichst vieler Pflegenden ist dringend angeraten. Die Tür ist offen, zukünftig sollen

...bei der Implementierung von Ethikberatung in der Langzeitpflege die speziellen Bedürfnisse der Heimbewohner sowie der Mitarbeiter berücksichtigt werden“ (Sauer et al. 2012, S. 123–124),

und nicht die Ergebnisse aus der Akutpflege einfach übernommen werden, raten die Autor*innen.

Evaluation der Arbeit der Ethikkomitees

2008 erfolgte die schriftliche Evaluation der Arbeit des ersten Ethikkomitees, 10 Mitglieder nahmen teil. Ergänzend wurden drei leitfadengestützte Interviews geführt. Fünf Personen werteten die Arbeit als sehr gut und den Moderationsstil angemessen. Neun Mitglieder waren zufrieden mit der Themenauswahl und der Vorbereitung der Leitung. Mit den erarbeiteten Lösungsansätzen bei angeforderten Ethikberatungen zeigten sich acht Personen zufrieden. Die monatlich stattfindenden Fallbesprechungen in den Komitee-Sitzungen fanden große Zustimmung, mit den Lösungen könne man in der Praxis gut arbeiten. Die Arbeit im Ethikkomitee wurde als wichtig gewertet, diese Einschätzung habe sich im Laufe der Zeit verstärkt, auch wenn die zusätzliche Arbeitsbelastung durch die Komitee-Arbeit manchmal als „zu viel“ empfunden wurde. Das Erstellen von Leitlinien und Empfehlungen wurde als zu zeitaufwendig und „für die Praxis zu wenig auf den Punkt gebracht“ (Sauer et al. 2012, S. 130) eingeschätzt. Erneut wurde das Fehlen der Pflegenden *der Basis* bedauert. Als Gründe wurden die fehlende Affinität für die als theoretisch empfundene Arbeit in den Komitees und die fehlende (ethische) Sprachfähigkeit angeführt. Pflegende hätten Ängste, sich zu äußern und verstünden viele ethischen Fachbegriffe nicht. Sie hätten das Gefühl, im Komitee nicht mithalten zu können. Das habe bereits zum Austritt einer Pflegekraft geführt. Zudem sei das Ethikkomitee in der Einrichtung unsichtbar, die Idee werde nicht weitertransportiert. Kritisch gewertet wurde die fehlende ethische Sensibilität, die Einstellung der Pflegenden zur Ethik und der Heimleitung zu Ethikberatung (vgl. Sauer et al. 2012, S. 131–133). Als Lösungen wurden die hälftige Besetzung der Komitees mit Pflegenden angeregt sowie die Gründung von sich monatlich treffenden Ethik-Arbeitsgruppen in jedem Haus als sinnvoll erachtet. Das würde die Hürden für Pflegende reduzieren (vgl. Sauer et al. 2012, S. 133), die meist über den eigenen Wohnbereich nicht hinaus kämen (vgl. Sauer et al. 2012, S. 135). Interessant war auch die Wahrnehmung, dass rechtlich weit aus mehr möglich sei, als die Komiteemitglieder im Vorfeld dachten (vgl. Sauer et al. 2012, S. 135). Die Mitglieder waren motiviert zum Erwerb von nötigen Ethikkompetenzen, um irgendwann selbst beratend zur Verfügung zu stehen und so Hilfe sein zu können (vgl. Sauer et al. 2012, S. 135).

2008 gründete sich ein zweites, einrichtungsübergreifendes Ethikkomitee. Erneut konnten kaum Pflegefachpersonen gewonnen werden. Die Idee, Pflegehilfskräfte ebenfalls zu berücksichtigen, wurde nicht befürwortet (vgl. Sauer et al. 2012, S. 135). Zur Evaluation der Komitee-Arbeit wurden drei Interviews mit zufällig ausgewählten Mitgliedern, einer Wohnbereichsleitung, einer Pflegedienstleitung und einem externen Mitglied, geführt, die ein ähnliches Bild wie die erste Evaluation zeichnen:

„Auffallend häufig brachten die Gesprächsteilnehmer ihre Sorge um die Pflegenden und deren schwierige Arbeitsbedingungen zum Ausdruck.“ (Sauer et al. 2012, S. 136)

Das Aufzeigen der unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Professionen in der Ethikberatung wurde positiv gewertet, hilfreich erschien die zunehmende Sicherheit bzgl. rechtlicher Grundlagen (vgl. Sauer et al. 2012, S. 136). Den beiden Pflegeleitungen ist sowohl der persönlicher Gewinn aus der Arbeit im Komitee wichtig als auch die Möglichkeit, mit dem Fachwissen hinter den Kolleginnen in der Einrichtung zu stehen und ihnen den Rücken stärken zu können (vgl. Sauer et al. 2012, 136 f.). Insgesamt verbessere Ethikberatung das ethische Klima in den Einrichtungen, man reagiere früher auf aufkommende ethische Problematiken (vgl. Sauer et al. 2012, S. 137). Durch die organisierten Zeitfenster, in denen man raus aus der täglichen Arbeit könne, böte Ethikberatung Räume der Reflexion, zur Vorbereitung guter Entscheidungen auch mit den Angehörigen; es entstehe Verbindlichkeit, die im Arbeitsalltag unterstützt und entlastet und die Reputation des Hauses steigere (vgl. Sauer et al. 2012, S. 138). Wieder wurde die mangelnde Einbindung von den Pflegenden in der direkten Pflegebeziehung zu den Heimbewohnern kritisiert. Sie würden in Entscheidungsprozessen nicht beteiligt und fühlten „sich deshalb an den Rand gestellt und alleine gelassen“ (Sauer et al. 2012, S. 138). Wenn die Pflegenden zukünftig eingebunden würden, würde ihnen der Rücken gestärkt und davon profitierten auch die Bewohner. Pflegende wären ethischen Problemen gegenüber aufmerksamer und reagierten schneller bei drohenden Konflikten, das könnte wesentlich zur Entlastung der Situation beitragen.

„Die Arbeit werde dann leichter, denn es gehe ja häufig um Situationen, bei denen man dem Bewohner gegenüber ein schlechtes Gewissen habe. ... Ein sensibler Mitarbeiter komme in solchen Situationen in Bedrängnis, und wenn er kein „Ventil“ habe, könnten solche Arbeitsbelastungen krank machen.“ (Sauer et al. 2012, S. 139)

Somit übernimmt Ethikberatung die Funktion von Psychohygiene für die Mitarbeitenden (vgl. Sauer et al. 2012, S. 139). Deshalb empfehlen die Autor*innen die Errichtung von Ethikarbeitskreisen in allen 43 Einrichtungen, zumal sich 50 % der Interviewpartner*innen zur Mitwirkung bereitfanden (vgl. Sauer et al. 2012, S. 139).

Evaluierung der niederschweligen NAEHE Treffen

Im Januar 2010 wurden Interviews mit den Teilnehmenden der NAEHE-Treffen geführt. Die ursprünglich unstrukturierten Treffen entwickelten sich schnell zur

Diskussionsplattform für ethische Konfliktsituationen im Umgang mit Heimbewohnern, die ähnlich einer Ethikberatung bearbeitet werden. Das NAEHE-Treffen wird als geschützter Raum wertgeschätzt, um ethische Fragen zu diskutieren und mehr Sicherheit zu erhalten (vgl. Sauer et al. 2012, S. 127–128). Ältere Teilnehmende und solche in Leitungsfunktion profitierten stärker als Jüngere oder Kolleginnen ohne Leitungsfunktion. Wieder wurde die auffallend niedrige Präsenz von Pflegenden *der Basis* beklagt. Angeführte Begründungen: Pflegenden seien am Ende ihrer Kraft, wollten an ihrem freien Tag nicht zum Treffen gehen, im Dienst war die Teilnahme schwierig. Die Pflegenden benötigten ein „Aha-Erlebnis“, z. B. wenn die Leitung mit ihnen ethische Probleme bespräche und „... so verdeutlicht, dass im Rahmen der Pflege auch moralische Fragen aufgeworfen werden“ (Sauer et al. 2012, S. 129), die in der Diskussion zu lösen seien. Es müsse zuerst etwas „Berührendes“ erlebt werden (vgl. Sauer et al. 2012, S. 129). Weitere Hinderungsgründe sei ein „Informationsstau“ auf Leitungsebene, viele Pflegenden wurden nicht über die Existenz der Treffen informiert. Zum anderen lehnen wohl einige Pflegenden die Anwesenheit der Leitungskräfte ab, Heimleitungen vertraten z. T. die Ansicht „ethische Dilemmata könnten intern und ohne Hilfe von außen gelöst werden“ (Sauer et al. 2012, S. 129). Das Fazit:

„In den Interviews wurden immer wieder die physisch und psychisch belastenden Arbeitsbedingungen in den Altenpflegeheimen angesprochen, und es wurde betont, wie positiv sich die Projektarbeit zum Thema Ethik auf den Arbeitsalltag auswirke.“ (Sauer et al. 2012, S. 130)

Analysiert wurden auch die Fälle und Themen der Altenpflegepraxis anhand der Sitzungsprotokolle der Ethikkomitees und NAEHE-Treffen. Dies bietet einen nicht zu unterschätzenden Wissensfundus für künftige Entwicklungen in der Altenpflege (vgl. Sauer et al. 2012, S. 149–225). Häufig wiederkehrende, belastende Themen waren: Kommunikationsprobleme zwischen den Mitgliedern der verschiedenen Heilberufe, insb. bei Entscheidungen am Lebensende; die *Defensivpflege*, die aus Angst vor rechtlichen oder gutachterlichen Konsequenzen (MDK, Heimaufsicht) durchgeführt wird, obwohl sie aus pflegfachlicher Sicht nicht sinnvoll für Bewohner ist; die Gewährung von Privatheit im Altenpflegeheim; durch finanzielle und personelle Ressourcenverknappung hervorgerufene Veränderungen im Pflegealltag; der Umgang mit Bewohnern im Wachkoma.

Im Sommer 2021 lauteten die summativen Evaluationsergebnisse:

„Bis zum Dezember 2019 fanden 110 NAEHE-Treffen statt, zu denen durchschnittlich 10-12 Personen kommen. Meist stellen Pflegenden „Fälle“ aus der Pflegepraxis

vor, die mit den Kolleginnen und Kollegen diskutiert und von der Projektleitung moderiert werden.“ (Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege 2021)

Das zentrale Ergebnis aller Evaluationen ist, dass Pflegefachpersonen im direkten Bewohnerkontakt erheblichen ethischen Problemlagen ausgesetzt sind, aber keinen Zugang zur bestehenden Ethikberatung finden und ihre Anliegen dort keine Stimme haben. Die Outcomes zeigt Abbildung 6.9.



Abbildung 6.9 Evaluationsergebnisse Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege

Der Befund birgt eine doppelte Dramatik: Das Wissen und die ethischen Belange der Pflegebeziehung erreichen die Ethikstrukturen nicht ungehindert. So kann weder auf die Belange der Menschen mit Pflegebedarf noch der Pflegenden gut eingegangen werden. Eine Programmtheorie des ethischen Mandates der Pflegekammern muss den partizipativen Ansatz auf Augenhöhe stärken und die Pflegefachpersonen befähigen, ihre professionelle Sicht einzubringen.

Die Situation und die Bestrebungen im ambulanten Bereich zeigt Abschn. 6.3.3.

6.3.3 Anfänge der Übertragung Klinischer Ethikberatung in den ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich ist die Klinische Ethikberatung am wenigsten entwickelt. War die Publikationslage im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen dünn, so ist sie für die ambulante Pflege 2018 kaum vorhanden, es fanden sich nur wenige Hinweise⁷. Die AEM fordert als Fachgesellschaft für medizinische Ethikberatung die Etablierung außerklinischer Ethikberatung. Erste Strukturen sind implementiert. Sie haben auch Einfluss auf die ambulante Pflege, wie ausgewählte publizierte Beispiele oder/und Initiativen aus den ärztlichen Heilberufekammern zeigen.

Der Pflegebericht 2017 belegt, dass nur 6 % der ambulanten Dienste in Deutschland in mehrgliedrigen Einrichtungen zusammen mit Kliniken oder Altenpflegeheimen im Trägerverbund verortet sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 10). Deshalb kann eine Initiative aus dem Klinikbereich kaum direkte Zugänge zum ambulanten Versorgungskontext eröffnen. Der Bereich blieb lange komplett ausgespart, die Standards für Ethikberatung der AEM (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010) sprachen das ambulante Setting nicht als Ort für Ethikberatung an. Aktuelle Entwicklungen weisen nun auf eine Wahrnehmung ethischer Herausforderungen hin. Erste Initiativen zur Aufnahme der Bedarfe von Hausarzt*innen gab es im Mai 2008 beim Deutschen Ärztetag:

„Konstatiert wurde von den Delegierten, dass in jüngster Zeit der Bedarf an Ethikberatung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten im Hausarztbereich zugenommen habe. Die Ärztekammern wurden deshalb aufgefordert, geeignete Maßnahmen für eine ambulante Ethikberatung zu entwickeln, um Hausärzten bei ethischen Grenzfällen eine Unterstützung zur Einholung einer

⁷ Gleichwohl liegen Studien aus der Pflegewissenschaft vor, die Belastungen und den sich ergebenden Unterstützungsbedarf der Pflege aufzeigen (s. Abschn. 6.4.3).

fachlichen Zweitmeinung oder eines Ethikvotums anbieten zu können.“ (Gerst 2008, A1187)

Es dauerte noch mehrere Jahre, bis einige Ärztekammern der Aufforderung in unterschiedlicher Form nachkamen. Eine der ersten Initiativen kam aus Rheinland-Pfalz. Die Landesärztekammer RLP verfügt über vier Bezirksärztekammern als regionale Unterorganisationen. Auf Ebene der Landesärztekammer ist gesetzlich verpflichtend die Ethikkommission für forschungsethische Fragen verortet. Auf Ebene der Bezirksärztekammern findet sich die freiwillig implementierte Ethikberatung für die Mitglieder. Die Bezirksärztekammer Trier nahm als erste die Forderung des deutschen Ärztetages auf und setzte sie intern um. Ihre Vertreterversammlung verabschiedete 2012 eine entsprechende Satzung zum Aufbau einer ambulanten Ethikberatung (vgl. Bezirksärztekammer Trier 30.05.2012). Ihr folgte 2014 die Bezirksärztekammer Rheinhessen (vgl. Bezirksärztekammer Rheinhessen 07.10.2014). Der Wortlaut der Satzungen zu Zielgruppe und Auftrag ist gleich:

„Insoweit versteht sich die ambulante Ethikberatung als Gremium ausschließlich für den Bereich der Beratung niedergelassener Ärzte in Konfliktfällen der ambulanten Versorgung“ (Bezirksärztekammer Rheinhessen 07.10.2014, S. 7).

Aufgabe ist die

„Unterstützung niedergelassener Ärzte in moralischen und ethischen Konfliktfällen durch eine professionelle, interdisziplinäre Beratung. Diese Beratung soll sich zumindest in der Aufbauphase auf Entscheidungskonflikte am Ende des Lebens beschränken, eine Erweiterung auf andere Bereiche der Medizin ist im weiteren Verlauf möglich“ (Bezirksärztekammer Trier 30.05.2012, 1f).

Die Pflege ist nicht als Zielgruppe der Unterstützung vorgesehen. Sie kann auch keine ethische Fallbesprechung, Ethikkonsil genannt, beantragen. Zur Lösung von Konflikten ist ihre Unterstützung jedoch ausdrücklich gewünscht. Strukturell bestehen die Ethikberatungen aus Vorstand und interdisziplinären Beirat sowie einem interdisziplinären Sachverständigenpool für Ethikkonsile (vgl. Bezirksärztekammer Rheinhessen 07.10.2014, S. 7; Bezirksärztekammer Trier 30.05.2012, S. 3). Beirat und Pool soll auch eine Vertretung der Pflege angehören. Wenn ein*e Hausarzt*in ein Ethikkonsil nachfragt, stellt der Vorstand der Ethikberatung aus dem Pool nach eigenem Ermessen ein ambulantes Ethikkonsil-Team zusammen. Wie genau der Prozess der Bearbeitung eines Ethikkonsils abläuft, ist der Satzung nicht zu entnehmen.

Neben diesen direkt an den Ärztekammern angesiedelten Ethikberatungen entstanden ambulante Ethikberatungen mit anderen Wurzeln an verschiedenen Orten in Deutschland. Die Kammern waren direkt oder indirekt involviert, aber nicht alleinige Akteurinnen. Beispielhaft werden Initiativen aus verschiedenen Bundesländern in chronologischer Reihenfolge skizziert. Sie verdeutlichen die Unschärfe des Begriffes ambulanter Ethikberatung.

In Bayern etablierte sich 2012 eine außerklinische Ethikberatung, verortet im Netzwerk Hospiz der Kliniken Südostbayern in Traunstein im Berchtesgadener Land (Netzwerk Hospiz 2018). Den Implementierungsprozess von 2013–2015 evaluierte Thiersch in ihrer Dissertation.

„Im Rahmen der Evaluation wurden 3 Experteninterviews, 19 Interviews mit Mitgliedern der „Außerklinische Ethikberatung“ sowie zehn Interviews mit ratsuchenden Personen (Angehörige und gesetzliche Betreuer) durchgeführt.“ (Thiersch 2017).

Bei den Experten handelte es sich um die Gründer der Außerklinischen Intensivberatung (vgl. Thiersch 2017, S. 49). Die 19 Mitglieder des interdisziplinären Teams rekrutierten sich aus

„... fünf Hausärzten, drei Seelsorgern, vier Juristen, vier Krankenschwestern mit Zusatzausbildung zur Palliative Care Nurse, einer Pflegedienstleitung sowie zwei Sozialpädagogen.“ (Thiersch 2017, S. 69)

Zwei Personen verfügen über eine Qualifikation als Ethikberater (vgl. Thiersch 2017, S. 69). Mittels quantitativen Fragebögen befragte Thiersch ergänzend die niedergelassenen Hausärzte der beiden Landkreise.

„Die Befragung der niedergelassenen Ärzte erschien sinnvoll, da sie als eine der wichtigsten Personengruppen in der Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich (...) identifiziert wurde.“ (Thiersch 2017, S. 51)

Die Begründung zur Befragung der Hausärzte ist nicht aus den 48 in Jahren 2012–2015 stattgefundenen Ethikberatungen abzuleiten: 17 Anfragen kamen von Angehörigen/ Bevollmächtigten/ Betreuern, 12 Anfragen stellten Pflegeeinrichtungen und die außerklinische Intensivpflege; zwei wurden von Brückenschwestern gestellt; lediglich acht Anfragen kamen von Hausärzten und eine von einem Arzt eines spezialisierten ambulanten Palliativteams (vgl. Thiersch 2017, S. 73). All diesen Personen wurde ein Interview als ratsuchende Person angeboten, wovon 10 Personen Gebrauch machten. Ambulante Pflegedienste oder Einrichtungen der Altenpflege wurden nicht in die Evaluation einbezogen, obwohl sie

ausdrücklich als Zielorte der außerklinischen Ethikberatung genannt wurden (vgl. Thiersch 2017, S. 72), die Implementierung unterstützten (vgl. Thiersch 2017, S. 97), die Einrichtungen Ziel der Öffentlichkeitsarbeit waren (vgl. Thiersch 2017, S. 99) und etliche Beratungen dort stattfanden. Eine Begründung zur Auswahl allein der Hausärzte könnte der relativ einfache Feldzugang über die Adressenliste der Arztpraxen des Ärztlichen Kreisverbands, einer Unterorganisation der Landesärztekammer Bayern, sein. Der Verband stand der Implementierung von Ethikberatung zudem außerordentlich positiv gegenüber (vgl. Thiersch 2017, S. 97).

Insgesamt wurden 195 Arztpraxen angeschrieben und nach den ethischen Konflikten im Arbeitsalltag gefragt (vgl. Thiersch 2017, S. 86), 58 antworteten. Mehrheitlich belasteten die Befragten Konflikte am Lebensende, wie z. B. palliative Versorgung, Sterbehilfe, Krankenhauseinweisung, unklarer Patientenwille und die Ablehnung ärztlich indizierten Maßnahmen durch den Patienten (vgl. Thiersch 2017, S. 87).

Eine zweite Hypothese des Nichteinbezuges der Pflege wäre, dass die Belastung durch ethische Fragestellungen für die Pflege nicht erkannt oder für den Versorgungsprozess der hausärztlichen Patienten nicht relevant erachtet wurde. Thiersch beschreibt ihre ethische Not, sie führe zu

„...unüberbrückbaren Differenzen zwischen den Angehörigen/dem (gesetzlichen) Betreuer/Bevollmächtigten, dem Hausarzt und den Pflegekräften...“ (Thiersch 2017, S. 75).

Die Kommunikation mit dem Seniorenheim wird ebenfalls als Problem benannt (vgl. Thiersch 2017, S. 75). Eine dritte methodische Ungereimtheit ergibt sich aus dem Bekanntheitsgrad der Außerklinischen Ethikberatung. Die Mitglieder attestierten fehlende Bekanntheit und möchten diese ausdrücklich erhöhen (vgl. Thiersch 2017, 85, 92, 93, etc.). Eine Befragung der Pflegeeinrichtungen hätte dies unterstützt.

Weitere Probleme ergeben sich für die Pflege aus den Bedenken der Mitglieder der Außerklinischen Ethikberatung. Sie unterstellen, dass im Feld nur Mediziner*innen als Ethikberater*innen akzeptiert würden (vgl. Thiersch 2017, S. 92). Die fehlenden Anerkennung pflegeethischer Fachkompetenz qua Abschluss des Heilberufs Pflege gestaltet den Aufbau interdisziplinärer Prozesse schwierig. Strukturell ist die Aufnahme von pflegeethischen Fragestellungen blockiert. Ambulante Pflegedienste werden nur als potentielle Unterstützer für die Bekanntmachung des Angebotes der Klinischen Ethikberatung gesehen

(vgl. Thiersch 2017, S. 144), nicht aber als dessen Nutzer. In ihrem Fazit reflektiert Thiersch

„..., dass der außerklinische Bereich Besonderheiten für das Aufgabengebiet der Ethikberatung aufweist. Diese beziehen sich auf das Themengebiet (z. B. pflegerische und pflegeethische Themen)...“ (Thiersch 2017, S. 175)

und dass zur Bewertung Perspektiven anderer Stakeholder, wie z. B. den Pflegeheimen, fehlen (vgl. Thiersch 2017, S. 175). Hier wäre dringend nachzusteuern, damit die Pflege sprechfähig wird und die careethischen Desiderate aufgenommen werden können.

Das dritte Beispiel kommt aus Niedersachsen. In Göttingen gründete sich 2015 das *Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG)*, vorgeschaltet war eine von der Robert-Bosch-Stiftung finanzierte dreijährige Projektphase.

„Getragen wird es vom Institut für Allgemeinmedizin und dem Institut für Palliativmedizin der Unimedizin Göttingen, von der Akademie für Ethik in der Medizin und der Ärztekammer Niedersachsen“ (Beneker 2015).

Die Akteure sind über die AEM verbunden, einige sind Mitglied in allen drei o.g. Trägerorganisationen. Der Gründung vorgeschaltet war eine Bedarfserhebung bei Hausarzt*innen in Niedersachsen, die Ergebnisse veröffentlichte Kallusky 2017 im Rahmen seiner Dissertationsschrift. An der Erhebung mittels Fragebogen, verschickt an ca. 1000 Hausarzt*innen nahmen 57,5 % teil.

„Über die Hälfte der Teilnehmer empfand die Etablierung einer Ethikberatung sinnvoll, ein gutes Drittel war sich nicht sicher, 11 % der Befragten empfanden die Etablierung als nicht sinnvoll. Ethikberatungen sollten vor allem telefonisch erfolgen; Beratungen in der Praxis oder am Krankenbett wurden selten gewünscht. Beratend tätig sein sollten vorwiegend Ärzte, besonders Hausärzte. Ambulante Pflegekräfte in Ethikkomitees wurden vergleichsweise selten gewünscht. Berater sollten über medizinisches Fachwissen und Erfahrungen in der ambulanten Patientenversorgung verfügen und sich im Medizinrecht auskennen. Eine Vergütung für die Inanspruchnahme einer Ethikberatung hielt ein Viertel für erforderlich“ (Kallusky 2017, S. 48).

Aus Sicht der ambulanten Pflege relevant ist die gewünschte Zusammensetzung von Ethikberatungsteams: Über die Hälfte der Teilnehmenden sprachen sich für Hausärzte, dagegen nur ein Viertel für Pflegefachpersonen als Mitglieder aus (vgl. Kallusky 2017, S. 44). Obwohl die Studie nur die Hausarzt*innen befragte, ist die professionelle Pflege essentieller Teil des Netzwerkes in Göttingen, viele Mitglieder sind Pflegefachpersonen. Das Angebot des NEG richtet sich an die Stadt

und den Landkreis Göttingen. Pflegende gehören zur Zielgruppe, im Pflegeheim und im ambulanten Bereich:

„Die Projektbeteiligten wollen Hausärzten, Angehörigen und Pflegenden in Stadt und Landkreis Göttingen eine Klinische Ethikberatung für die ambulante Versorgung anbieten. Speziell geschulte Mitarbeiter kommen auf Anfrage von Angehörigen, Ärzten oder auch Pflegenden als Moderatoren zu den Patienten nach Hause und ins Pflegeheim.“ (Beneker 2015)

Die Homepage des NEG führt das Ziel, die „Unterstützung bei ethischen Fragen in der ambulanten Patientenversorgung“ (Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG) 2016) im Namen. Diese Unterstützung will das NEG über Fallbesprechungen ermöglichen. Eine Fallberatung anfordern können „Patient*innen und alle in der Betreuung engagierte Personen – insbesondere (Haus-)ärzt*innen, Pflegende, Angehörige oder Seelsorger*innen“ (Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG) 2016). Man beachte die Reihenfolge: Erstmals sind Patient*innen als an erster Stelle stehende aktive Subjekte benannt, die sich beraten lassen, nicht nur als Objekte, um die es geht, denen aber häufig die Teilnahme an der Besprechung verwehrt bleibt. Dies ist ein vorbildliches Beispiel zur Auflösung der paternalistischen Sicht hin zu einer partizipativen Haltung auf Augenhöhe. Inwieweit dies auf den Einfluss der Pflegefachpersonen zurückzuführen sein könnte, bleibt offen. Die Inanspruchnahme ist kostenlos.

Das vierte Beispiel ist der 2016 auf Initiative der Landesärztekammer Hessen gegründete Verein „Ambulante Ethikberatung in Hessen“:

„Wir möchten durch unsere Arbeit ermöglichen, dass in Hessen „die Bearbeitung von ethischen Fragestellungen am Ende des Lebens im häuslichen Umfeld“ etabliert bzw. weiter ausgebaut wird. Zielgruppe hierbei sind neben den betroffenen Patienten, die betreuenden Hausärzte, Fachärzte, ambulante Pflegedienste, aber auch Angehörige.“ (Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. 2017)

Interessant ist die Projektbeschreibung, die Initiator*innen schreiben:

„Einrichtungen ambulanter Ethikberatung stecken in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Erst in einer Handvoll Landkreise bzw. Städte wird sie angeboten, auch gibt es kaum wissenschaftliche Daten hierzu. Somit ist die Implementierung, der Auf- und Ausbau, sowie die Evaluation einer solchen Struktur, Pionierarbeit und wird einiges Engagement bedürfen.“ (Seifart 2015, S. 1)

Die Beschreibung betont den interdisziplinären Ansatz, es sollen

„20 Personen als EthikberaterInnen aus verschiedenen Professionen für den ambulanten Bereich ausgebildet werden“ (ebd.). „Mögliche Mitglieder des „ambulanten Ethikberatungsteams“ können Alten,- und KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen, SeelsorgerInnen, SozialarbeiterInnen, JuristInnen etc. sein.“ (Seifart 2015, S. 1)

Die nötige pflegeethische Kompetenz wird ausdrücklich benannt:

„Ethikberatung dient im Allgemeinen der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen, Personen. Sie soll eine Sensibilisierung für ethische Fragestellungen und eine Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen vermitteln und zur Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten beitragen.“ (Seifart 2015, S. 1)

Das Projekt ist streng an den Vorgaben der AEM ausgerichtet. Die definierten Zielgruppen der ambulanten Ethikberatung offenbart eine unscharfe Trennung der Institutionsformen, angesprochen

„... sind Einrichtungen in der Altenpflege, Behindertenhilfe, HausärztInnen, niedergelassene FachärztInnen, ambulante Pflegedienste, Hospize, Angehörige, BetreuerInnen etc.“ (Seifart 2015, S. 1)

Die Initiatoren verstehen alles außerhalb der Klinik als ambulante Ethikberatung, sowohl der häusliche Bereich als auch stationäre Versorgungsformen. Der Verein hat mittlerweile zwei Standorte, in Frankfurt-Offenbach und in Marburg/Biedenkopf (vgl. Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. 2017, S. 1).

„Eine telefonische Beratung ist kostenfrei. Für eine Ethikberatung betragen die Kosten pauschal 120 €.“ (Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. 2017, S. 2).

Seit 2017 bietet die Fortbildungsakademie der Landesärztekammer Hessen begleitend eine Fortbildung zur*m Ethikberater*in mit Schwerpunkt für die ambulante Versorgung an.

„Die Fortbildung richtet sich an alle in der ambulanten Betreuung Schwerkranker tätigen Berufsgruppen, insbesondere an Ärzte/innen und Pflegekräfte im Hospiz, im Alten oder Pflegeheim und in der häuslichen Versorgung.“ (Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung 2017)

Ausgerichtet ist die Fortbildung an „einem von der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) anerkannten Curriculum“ (Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung 2017), die Absolvent*innen können sich anschließend bei der AEM als Ethikberater zertifizieren lassen.

Im November 2016 luden die Landesärztekammer Hessen, die AEM, die Evangelische Akademie Frankfurt und das Zentrum für Ethik in der Medizin, Frankfurt/M. gemeinsam zu einer Tagung in Frankfurt ein. Ziel der Tagung war, den aktuellen Stand und die künftige Entwicklung ambulanter Ethikberatung zu beleuchten. Deshalb riefen die Veranstalter im Vorfeld der Tagung über ihre digitalen Kanäle dazu auf, sich zu melden, falls man in Deutschland ambulante Ethikberatung anbiete. Mithilfe der gewonnenen Daten hofften die Veranstalter an der Tagung in der Lage zu sein, einen Überblick zum Stand ambulanter Ethikberatung in Deutschland geben zu können (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 08.10.2016). 2019 fand die zweite Tagung zu dem Thema in Frankfurt statt.

„Im Vorfeld erfolgte eine Bestandserhebung, wie schon vor der ersten Tagung im Jahr 2016. Demzufolge hat sich die Anzahl der ambulanten Ethikberatungsprojekte in Deutschland mit aktuell über 40 aktiven Angeboten mehr als verdoppelt, ca. 15–20 weitere sind in Planung.“ (Seifart 2019)

Neben den bis hierhin ausführlich beschriebenen aufgebauten Ethikstrukturen im ambulanten Bereich gab es 2018 noch weitere Initiativen, beispielsweise in Darmstadt, in Reutlingen, in Groß-Gerau und Fürth sowie in den Landkreisen Lippe und Mainfranken, (Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 08.10.2016; Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e. V. o. J.), die Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Zu den meisten der genannten Initiativen existieren nur einzelne Dokumente wie Flyer oder Hinweise in der Tagespresse, selten ist eine Homepage geschaltet. Die bereits geschilderte Unschärfe der begrifflichen Zuordnung ambulanter Ethikberatung bleibt auch bei diesen Beispielen bestehen.

Eine begriffliche Einheit ist nicht über den Ort oder die Berufsgruppe, sondern nur über das definierte Ziel der Ethikberatungen auszumachen. Alle gefundenen ambulanten Ethikstrukturen sind eng mit Fragestellungen am Ende des Lebens verbunden. Dies betrifft sowohl die Zielsetzung der Ethikberatung als auch die Initiative zur Gründung. Bei allen kooperativen Gründungen sind Institutionen und Akteure des Palliativkontexts beteiligt, z. B. Hospize, Hospiz-Netzwerke, Palliativstationen, Palliativmediziner, Palliative Care Nurses, Seelsorger, meist ist die Ärztekammer involviert.

Zeitlich parallel zum Aufbau einiger der genannten ambulanten Ethikstrukturen entwickelte sich das neue Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Im April 2015 wurde der Kabinettsentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) (Bundesregierung Bundesrepublik Deutschland 2015) in den Bundestag eingebracht. Ziel war die Verbesserung der Betreuung sterbender Menschen in Deutschland. Das Angebot zur Beratung wurde verpflichtend für Krankenkassen, Ärzte und Pflegeeinrichtungen ins SGB V aufgenommen (vgl. § 39b Abs. 2, § 132 g Abs. 1 und 4 SGB V). Es steht zu mutmaßen, dass die seit 08.12.2015 gesetzlich verbindlich geforderte Auseinandersetzung mit Fragen am Ende des Lebens zumindest ein Bewusstsein für die damit einhergehenden ethischen Herausforderungen geschaffen hat und gleichermaßen als Bestätigung der bestehenden und als Anlass zu Implementierung weiterer Ethikstrukturen im ambulanten Bereich zu sehen ist.

Festgestellt werden muss auch für das ambulante Setting, dass die Pflege bei den implementierten Strukturen selten als Zielgruppe für ethische Unterstützung wahrgenommen wird. Darüber hinaus findet, zumindest teilweise, eine doppelte Marginalisierung der Sicht der Pflege statt, zum einen bei ihrer Perspektive auf die ethischen Fragestellungen am Ende des Lebens und zum anderen bei der Unterschätzung oder gar Missachtung ihre beratende pflegeethischen Kompetenz. Einen Überblick über die Initiativen der Ärztekammern und des Outcomes für die Pflege gibt Abbildung 6.10.

In den vorgefundenen ambulanten Ethikstrukturen sind ethische Fragestellungen, die sich nicht mit Entscheidungssituationen am Ende des Lebens befassen, sondern mit alltäglichen care-ethischen Themen, den sogenannten „everyday ethics“, nicht abgebildet. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass gerade diese Fragen den Löwenanteil ethischer Herausforderungen in der Langzeitpflege erzeugen, egal ob wir uns im stationären oder im ambulanten Pflegesetting bewegen. Wie der Name Langzeitpflege schon impliziert, dauern solche Pflegebeziehungen über Jahre auch und gerade im ambulanten Bereich. Durch verbesserte ambulante Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wird der Zeitraum, in denen Menschen mit Pflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, weiter zunehmen. Dies entspricht dem politischen Willen, die statistischen Daten belegen diese Entwicklung (s. Abschn. 6.3.1). Unterstützung bei den in diesem Zusammenhang aufkommenden ethischen Fragestellungen für Pflegefachpersonen ist bisher in Deutschland zumindest literaturbasiert und über die Recherche mittels Internetsuchmaschinen nicht nachweisbar. Abschn. 6.4 zeigt die Konsequenzen, ethische Belastungen und die Unterstützungswünsche des

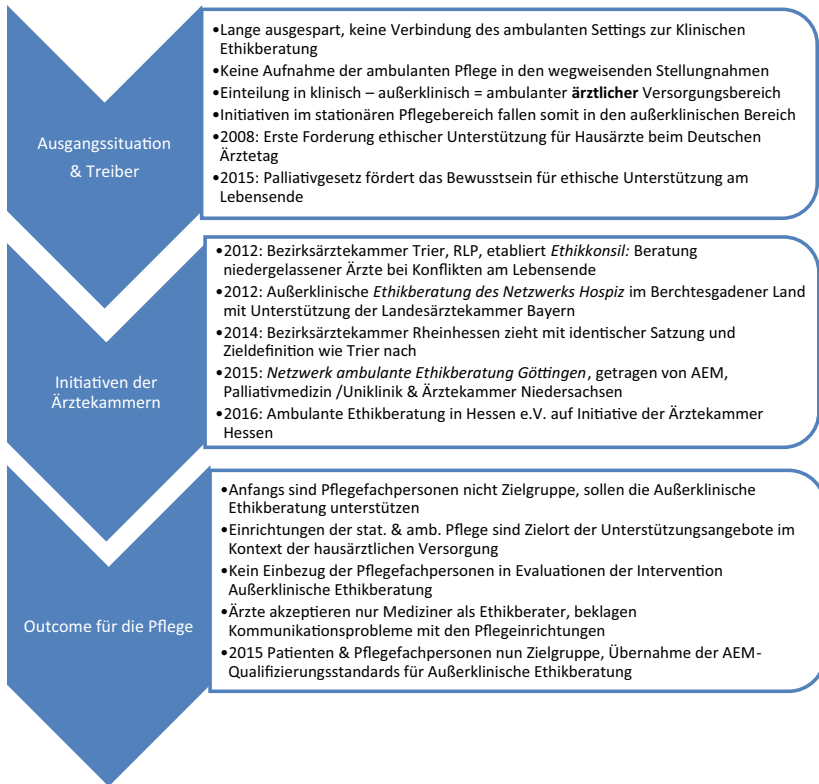


Abbildung 6.10 Außerklinische Ethikberatung und das Outcome für die Pflege

Heilberufs Pflege. Dem Schluss dieser Lücke müssen sich Pflegekammern sowohl auf politischer als auf individueller Ebene annehmen. Die Beispiele zeigten, dass Ärztekammern federführende Akteure für ihre Mitglieder gerade im ambulanten Bereich sind. Die Programmtheorie wird Möglichkeiten und Verfahren für den Heilberuf Pflege ableiten, mit deren Hilfe die Pflegekammern die ethische Bedarfe ihre Mitglieder unterstützen.

6.4 Ethische Belastungen und Unterstützungswünsche der Pflege

Ethische Belastungen bei Pflegefachpersonen entstehen in allen Pflegebereichen. Bereits in den analysierten Positionspapieren gab es Hinweise, dass dies bekannt ist. Exemplarisch sei die erste grundlegende Stellungnahme zur Errichtung von Ethikberatung im Krankenhaus der kirchlichen Krankenhasträger angeführt (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997). Das Dokument verweist auf die belastende Komponente ethischer Herausforderungen für alle Beteiligten: Durch die konkrete Entscheidung in ihrer Identität getroffen können sowohl Patienten als auch Ärzte und Pflegenden sein (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 10). Allein, es erfolgte aus der These keine Messung der Belastung.

Wie wohl symptomatisch für das komplette Feld der medizinischen Ethik in Deutschland, ist die empirische Lage auch in diesem speziellen Bereich außerordentlich dünn. Verstärkend kommt hinzu, dass für pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte im Allgemeinen und pflegeethische Forschungsprojekte im Besonderen kaum Mittel zur Verfügung stehen und sehr selten Drittmittel zur Finanzierung eingeworben werden können. Somit bezieht sich der bescheidene Fundus empirischen Arbeiten in Deutschland auf unentgeltlich erstellte akademische Abschlussarbeiten.

Man könnte zu der Annahme gelangen, dass die Pflege neben den üblicherweise diskutierten medizinethischen Problemen keine anderen ethischen Probleme habe. Dass dies nicht so ist, zeigt das nachfolgende Kapitel. Trotz existierender Strukturen zur Bearbeitung ethischer Problemlagen im deutschen Gesundheitswesen bleiben Lücken aus Perspektive der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf. Pflegefachpersonen erkennen dies sehr wohl.

Immer wieder belegten Studien in den letzten 20 Jahren, dass Ethikstrukturen im Gesundheitswesen zwar bestehen und sich verbreiten, die Pflegefachpersonen jedoch kaum Zugang finden. Umgekehrt belegen Studien, dass pflegerische Themen in den vorhandenen Ethikstrukturen der Kliniken kaum bearbeitet werden (vgl. Kohlen 2008; Rester et al. 2017). In das Spannungsfeld sind die Ergebnisse der nachfolgend analysierten Arbeiten einzuordnen.

Die Untersuchung der Studien ist ihren Forschungsfeldern zugeordnet. Erneut lässt sich ein Gefälle der Publikationen zwischen Kliniken und den Bereichen der stationären und ambulanten Langzeitpflege feststellen. Im Klinikbereich finden sich zwei Studien, eine unter Leitung der ärztlichen eine zweite unter Leitung

der pflegerischen Profession. Darüber hinaus lagen medizinischen und philosophischen Qualifikationsarbeiten empirische Erhebungen zur ethischen Belastung von Ärzten und Pflegenden im Klinikbereich zugrunde (s. Abschn. 6.4.1). In den Bereichen der stationären Langzeitpflege (Abschn. 6.4.2) und der ambulanten Pflege (Abschn. 6.4.3) lagen dagegen Qualifizierungsarbeiten der Pflege vor.

6.4.1 Ethische Belastungen von Pflegefachpersonen – Studien im Klinikbereich

Eine der ersten Studien zur Erfassung ethischer Belastung von Ärzt*innen und Pflegefachpersonen in Deutschland führte der Arzt und Medizinethiker Gerhard Neitzke 2001 an der Medizinischen Hochschule Hannover durch, sie wurde erst 2007 veröffentlicht (vgl. Neitzke 2007). Diese Befragung bildet die *Blaupause* für die nachfolgenden Analysen sehen, denn die dort entwickelten Fragekomplexe wurden in späteren Befragungen häufig übernommen (z. B. Pestinger 2010, Sauer 2014, Kagerl 2014, Rester et al. 2017). Neitzke führte eine „Bestandsaufnahme ethischer Problem- und Konfliktfelder“ (Neitzke 2007, S. 6) durch. Er definierte den Begriff „ethischer Konflikt“ nicht, „die Befragten sollten ... jedes als ethisches Problem wahrgenommene Thema benennen können.“ (Neitzke 2007, S. 6).

„Eine umfangreiche Liste von möglichen Konflikten im klinischen Alltag wurde im Fragebogen vorgegeben. Die Liste war aufgrund der beruflichen Erfahrungen der Mitglieder des Ethik-Komitees und zusätzlich durch Aspekte aus der Fachliteratur zusammengestellt worden.“ (Neitzke 2007, S. 10).

Der Ansatz ging nicht so weit, die Studienteilnehmenden selbst ihre wahrgenommenen ethischen Konflikte schildern zu lassen. Als häufigste Ursachen ethischer Probleme im Berufsalltag von Pflegefachpersonen wurden angegeben:

„...Zeitmangel“ (50,3 %), „Hierarchiekonflikte“ (43,7 %), „zu wenig Einfühlungsvermögen/ Sensibilität“ (41,8 %), „unklares Vorgehen, wie Entscheidungen getroffen werden“ (39,8 %), „unterschiedliche Wahrnehmung/Einschätzung der Situation“ (39,4 %), „Probleme durch Ablauf und Organisation der Krankenversorgung“ (37,2 %), „mangelnde oder schwierige Kommunikation mit Patienten/Angehörigen“ (36,0 %), „mangelnde oder schwierige Kommunikation im Team“ (35,6 %), „schwierige/ umstrittene Folgen von Entscheidungen“ (33,6 %), „persönliche Überlastung“ (32,9 %), „ungenügende Ausbildung/Schulung im Umgang mit ethischen Fragen“ (31,3 %), fehlende Verantwortung (29,6 %), bestimmte Anforderungen stehen im Konflikt mit meinem eigenen Gewissen (25,5 %) ...“ (Neitzke 2007, S. 12).

Dieses Portfolio ethischer Probleme zeigt mannigfaltige Ansätze für Lösungen, die viele Systemebenen betreffen. Die Belastung war hoch,

„... etwa 10 % der Antwortenden erleben sogar täglich belastende ethische Konflikte an ihrem Arbeitsplatz... Von den Pflegenden geben etwa ein Drittel, von der Ärzteschaft etwa ein Fünftel eine hohe Belastung durch ethische Konflikte an.“ (Neitzke 2007, S. 16)

70 % der Pflegefachpersonen vermissten, trotz bestehender Ethikberatung, im weitaus größeren Umfang als die Ärzteschaft „mehr kompetente Beratungsangebote“ (Neitzke 2007, S. 14). Entlastung wurde dringend gewünscht. Es besteht eine „hohe Sensibilität für ethische Aspekte der Patientenversorgung“ (Neitzke 2007, S. 20). Neitzke sieht darin „eine der Voraussetzungen für den Erfolg von Ethikberatung an deutschen Kliniken“ (Neitzke 2007, S. 20). Beim Austausch über ethische Konflikte sahen Pflegefachpersonen die größte Ressource in der eigenen Berufsgruppe (74,5 %) und bei Freunden und Familie (65,5 %) (vgl. Neitzke 2007, S. 20). Offen bleibt, warum nicht die bestehende Ethikberatung der Medizinischen Hochschule Hannover oder andere professionelle Strukturen und Fachleute „aus den Bereichen Psychologie, Supervision, Seelsorge o.ä.“ (Neitzke 2007, S. 14) genutzt werden.

Kagerl misst in seiner 2014 veröffentlichten medizinischen Dissertationsschrift die ethische Belastung von Ärzt*innen und Pflegefachpersonen auf sechs Intensivstationen mithilfe des modifizierten Instrumentes von Neitzke 2007. Auch er arbeitete mit den feststehenden Aussagen zu ethischen Problembereichen, ohne diese den Studienteilnehmenden näher zu erläutern und erfragte die Belastungsintensität sowie Belastungshäufigkeit. Der Rücklauf betrug bei Ärzten 50,7 %, bei Pflegefachpersonen 36,5 % (vgl. Kagerl 2014, S. 17). Gemessen mit 10 Punkt Likert-Skalen zeigte sich eine etwas höhere Belastung bei Pflegefachpersonen (Mittel 5,9) als bei Ärzt*innen (Mittel 5,0) im Erwachsenen-Intensivbereich (vgl. Kagerl 2014, 32 f.). Im Vergleich lag die Belastung auf der Kinder-Intensivstation sowohl bei Ärzt*innen (Mittelwert (MW) 5,8) als auch bei Pflegefachpersonen (MW 6,7) höher. Aufgrund der Stichprobengröße sind Verzerrungen möglich (Kagerl 2014, S. 58). Hauptressource war das Gespräch mit Kolleg*innen der eigenen Berufsgruppe (96 %) oder der anderen Berufsgruppe (82 %), mit Freunden und Familie (83 %), gefolgt von Vorgesetzten (64 %) (vgl. Kagerl 2014, S. 34). Professionellen Angebote wie

„... Seelsorger (24,8%), Beratungs- und Supervisionseinheiten (13,8%) oder das Klinische Ethikkomitee (32,0%) sind nur für eine Minderheit eine zufriedenstellende Option.“ (Kagerl 2014, S. 54)

Auffallend war, dass etwa ein Viertel der Studienteilnehmenden bei den professionellen Möglichkeiten nichts ankreuzten. Kagerl vermutet

„..., dass sich viele dieser Optionen gar nicht bewusst sind bzw. nicht wüssten auf welchem Weg Ihnen dabei Hilfe angeboten werden könnte.“ (Kagerl 2014, S. 34)

Dies widerspricht jedoch den erhobenen Daten zum Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung, fast 97 % der Pflegefachpersonen und 76,5 % der Ärzt*innen kennen sie (vgl. Kagerl 2014, S. 35), allerdings berufen Ärzt*innen (29,4 %) eher Fallbesprechungen ein als Pflegende (15,7 %) (vgl. Kagerl 2014, S. 37).

Kagerl erhob die Einschätzung zur Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte bei beiden Berufsgruppen in der Eigen- und Fremdwahrnehmung mittels Zehnpunkt-Likertskala. Die Pflegefachpersonen schätzten die Wichtigkeit für die eigene Berufsgruppe im Mittel (MW) von 7,46 hoch ein, den Ärzten sprachen sie nur einen MW von 4,11 zu. Umgekehrt schätzte die Ärzteschaft die Wichtigkeit bei sich selbst im MW bei 6,56 ein und billigte der Pflege mit dem MW 7,56 gar einen höheren Wert als sich selbst zu (vgl. Kagerl 2014, S. 35) insgesamt ist die Situation für Pflegende belastender:

„Ethische Konflikte sind in der Intensivmedizin allgegenwärtig. Es wurden zahlreiche Bereiche identifiziert, die sowohl für Pflegende als auch für Ärzte auf Intensivstationen eine häufige Belastung in ihrem alltäglichen Arbeitsleben darstellen. Vor allem viele Pflegepersonen erleben bestimmte Konflikte sogar täglich und damit noch einmal deutlich häufiger als ihre ärztlichen Kollegen.“ (Kagerl 2014, S. 49)

„In dieser Studie gibt fast ein Viertel der Pflegenden (23,4%) aller Intensivstationen an, allein den normalen, alltäglichen Umgang mit Patienten täglich als Belastung zu erleben. Im Vergleich dazu sind es unter den Ärzten nur 5,9%.“ (Kagerl 2014, S. 53)

Die Befragten fordern aktive Unterstützung durch das klinische Ethikkomitee, so

„... erwartet sich auch fast jeder, dass der Moderator die Teilnehmer an einer ethischen Fallberatung aktiv unterstützt (97,5%) und verschiedene Perspektiven aufzeigt (93,0%), was eine reine Moderation deutlich übersteigt“ (Kagerl 2014, S. 55).

Die Motivation zur Teilnahme an Fortbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen ist hoch:

„... auf einer numerischen Analogskala von 0 bis 10 bildeten sich sowohl für Ärzte (7,18) als auch für Pflegende (7,87) Mittelwerte im oberen Bereich (Gesamt 7,73)“ (Kagerl 2014, S. 57).

Durch regelmäßige Fortbildungen können die

„... ethischen Kernkompetenzen der Mitarbeiter deutlich erhöht werden, was sowohl den Umgang mit als auch die Lösung von ethischen Konfliktsituationen deutlich erleichtert. Die Weiterentwicklung von Sensibilität, Argumentation und Entscheidungskompetenz kann dazu führen, dass viele ethische Probleme bereits selbstständig auf Station gelöst werden können, was längerfristig eine Entlastung der Ethikberatungsinstitutionen bedeutet.“ (Kagerl 2014, S. 57)

Die Empfehlungen bleiben dicht an den Standards für Ethikberatung der AEM, die mutmaßlich leitend für die Arbeit im Klinischen Ethikkomitee waren. Wünschenswert wäre die Überprüfung der Hypothese, dass die Belastung durch das Angebot der Instrumente Klinischer Ethikberatung sinkt. Parameter für die Pflegefachpersonen könnten der Nutzungsgrad von Fortbildungen sowie die Inanspruchnahme von Fallbesprechungen und die tatsächlich wahrgenommene Unterstützung sein. In diese Lücke stößt zehn Jahre nach der Veröffentlichung von Neitzke (2007) eine größer angelegte Befragung in 34 Kliniken, die über eine etablierte Ethikberatung nach den Standards der AEM (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010) verfügten. Die Studie wurde von Pflegewissenschaftlern und Theologen durchgeführt, sie war nach telefonischer Auskunft eines der Autor*innen nicht drittmittelgefördert. Rester et al. bemängeln die fehlende Thematisierung des Zusammenhangs zwischen ethischem Konflikt, der subjektiv wahrgenommenen Belastung bis hin zur psychischen Erschöpfung und dem Berufsausstieg (vgl. Rester et al. 2017, S. 4), welche international durch mehrere Studien belegt ist (s. Abschn. 7.3.3). Zweitens fehle die Information, ob die Nutzung der standardisierten Klinischen Ethikberatung helfen kann (vgl. Rester et al. 2017, S. 5). Studienziel war

„...das Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung durch ethische Konflikte unter Mitarbeitern auf onkologischen, geriatrischen und palliativen Stationen sowie Intensivstationen zu erheben, die Gruppe der durch ethische Konflikte subjektiv Hochbelasteten zu charakterisieren sowie Bekanntheit, Teilnahme und Einberufung Klinischer Ethikberatungen zwischen hochbelasteten und weniger belasteten Mitarbeitern zu vergleichen“ (Rester et al. 2017, S. 5)

Als Erhebungsinstrument diente wieder der bekannte Fragebogen von Neitzke mit Modifikationen:

„Ergänzt wurden Fragen zur Bekanntheit, Teilnahme und Einberufung, zur Kommunikation von und den Erwartungen an Klinische Ethikberatungen sowie Fragen zu ethischen Fortbildungsbedarfen.“ (Rester et al. 2017, S. 5)

Neben der deskriptiven Auswertung wurde das Belastungsempfinden verschiedener Berufsgruppen im unmittelbaren Patientenkontakt (Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegefachpersonen u. a.) Signifikanztests unterzogen. Die Berufsgruppen unterscheiden sich signifikant voneinander, Pflegefachpersonen fühlten sich subjektiv am stärksten belastet, egal um welches aufgezeigte ethische Problem es sich handelte (vgl. Rester et al. 2017, S. 6). Bei der Frage nach genutzten Entlastungsressourcen zeigte sich das bekannte Bild: Platz eins nahm das Gespräch mit Berufskollegen und dem Team ein, gefolgt von der Familie. Abgeschlagen war auch in dieser Studie die Seelsorge als Ansprechpartnerin. Höchst relevant ist, dass die in allen teilnehmenden Häusern etablierte Klinische Ethikberatung als möglicher Ansprechpartner den letzten Platz belegte (vgl. Rester et al. 2017, S. 7). Dies liegt weniger an der Unkenntnis, denn 46,3 % der Pflegefachpersonen kannten sie, 38,8 % gaben an, dass in ihrem Arbeitsbereich bereits eine Ethikberatung stattgefunden hätte, allerdings nahmen nur 14,9 % daran teil (vgl. Rester et al. 2017, S. 7). Hochbelastete nahmen die Klinische Ethikberatung nicht öfter in Anspruch als weniger Belastete. Die Studie attestiert einen hohen Belastungsgrad unter den Teilnehmenden, Rester et al. schreiben, „mehr als jeder 7. Mitarbeiter gibt sehr hohe Belastungswerte durch ethische Konflikte an“ (Rester et al. 2017, S. 8). Die Hochbelasteten finden sich tendenziell öfter in der Altersgruppe der über 50-jährigen, auf Intensivstationen tätigen Pflegefachpersonen. Gerade diese Gruppen nehmen jedoch seltener an Klinischen Ethikberatungen teil als andere, obwohl ihnen das Angebot bekannt ist (vgl. Rester et al. 2017, S. 8). Zur Erklärung führen Rester et al. drei Thesen an: Erstens werden von den Akteuren Klinischer Ethikberatung die pflegerischen Kernthemen, wie z. B. der Schutz der Menschenwürde und der Umgang mit Verwirrtheit, zu wenig adressiert. Zweitens bringen die Pflegefachpersonen ihre empfundenen ethischen Belastungen zu wenig zur Sprache. Zusammengenommen führt das dazu, dass Pflegefachpersonen und ihre pfelethischen Themen „nicht entsprechend ihren ethischen Konfliktpotenzialen in gegenwärtigen Klinischen Ethikberatungen abgebildet“ (Rester et al. 2017, S. 8) sind und die subjektiven Problemlagen umgekehrt nicht von Ethikberatungen wahrgenommen werden, weil die Hürden zur Teilnahme an Klinischer Ethikberatung als zu hoch wahrgenommen werden. Das Resümee:

„Damit stellen die vorliegenden Erkenntnisse die umfassende Wirksamkeit häufig praktizierter Ethikberatungsmodelle in Frage, die genuin außerhalb des beruflichen Nahbereichs angesiedelt sind. ... Die gegenwärtige Praxis Klinischer Ethikberatung erfasst im klinischen Kontext entstehende ethische Belastungsszenarien nur unzureichend.“ (Rester et al. 2017, S. 8)

Gefordert werden niederschwellige Zugänge sowie die Aufnahme der seit 30 Jahren unberücksichtigten Themen der Pflege und der Erwerb „situationsbezogener ethischer Kompetenz“ (Rester et al. 2017, S. 8). Rester et al. raten von Sonderformen für die Pflege ab, sie streben interprofessionelle Lösungen zur Erhöhung der Bewältigungsfähigkeit an. Die politische Ebene bleibt ausgeblendet.

Ob die empfohlenen interprofessionellen Lösungsansätze alleine greifen können, ist aufgrund der Daten von Sauer 2015 zumindest kritisch zu reflektieren. Sauer hat als gelernter Krankenpfleger im Rahmen seiner philosophischen Dissertation in den Bereichen Onkologie und Intensivmedizin des Uniklinikums Frankfurt durchgeführten Studie empirische Belege für die Alltagswahrnehmung der Unterschiedlichkeit der Perspektiven von Pflegefachpersonen und Ärzt*innen gesucht.

„Pfleger nehmen in der klinischen Praxis auftretende ethische Fragestellungen anders wahr als Ärzte. Besonders in Fragen der Therapiebegrenzung scheinen Pfleger früher und eindeutiger zum Schluss zu kommen, dass aus „ethischen Gründen“ auf den Beginn oder die Fortsetzung von therapeutischen Maßnahmen zu verzichten ist“ (Sauer 2015, S. 124).

Sauer nimmt ebenfalls das Phänomen des *Moral Distress* auf (s. Abschn. 7.3.3), es beschreibt die

„... belastend empfundene Diskrepanz zwischen dem, was man moralisch für richtig hält, und dem, was man aus verschiedenen Gründen gezwungen ist zu tun... Folge dieser Diskrepanz sind krankmachende Stressreaktionen, die im besten Fall zur akuten Arbeitsunzufriedenheit und im schlechtesten Fall zu Burnout und Berufsunflucht führen“ (Sauer 2015, S. 139).

Der Rücklauf betrug bei Pflegefachpersonen 34,96 %, bei Medizinerinnen 27,7 %. Diese Studie attestiert wiederum eine hohe ethische Belastung, die bei den Pflegefachpersonen deutlich intensiver ausfällt (vgl. Sauer 2015, S. 128). Gleichzeitig sehen Pflegefachpersonen in der fehlenden „*ethische Kompetenz*“ bei der Ärzteschaft hohes Konfliktpotential. Dies nimmt die Ärzteschaft bei sich selbst auch wahr, allerdings im geringeren Maße, jedoch überraschenderweise nicht bei den Pflegefachpersonen (vgl. Sauer 2015, S. 131). Der Begriff „*ethische Kompetenz*“ wird in der Befragung nicht näher definiert. Sauer sieht die Kompetenz weniger in kognitiven Fähigkeiten der medizinisch-normativen Abwägung, sondern eher in der „Empathiefähigkeit gegenüber Patienten“ (Sauer 2015, S. 131).

Pflegefachpersonen artikulieren erneut einen deutlich höheren Bedarf an ethischer Unterstützung als die Ärzteschaft (vgl. Sauer 2015, S. 133). Dafür führt

Sauer drei Gründe an: Pflegefachpersonen reagieren sensibler als Ärzt*innen auf ethische Konflikte. Zweitens sei die Möglichkeit der Einflussnahme begrenzt, weil die Ärzteschaft über Therapiemaßnahmen entscheidet, diese oft nicht gut kommuniziere, Pflegefachpersonen die Entscheidungen aber mittragen müssen. Der dritte geht in Richtung Berufssozialisation:

„Da die Befragten beider Berufsgruppen in den gleichen klinischen Kontexten arbeiten, kann der Grund für die perspektivische Differenz nicht in der „objektiven“ klinischen Realität liegen, sondern vielmehr in der „subjektiven“, d. h. spezifischen Berufspraxis. Aus der spezifischen Berufspraxis resultiert die höhere „Sensibilität“ für ethische Fragestellungen.“ (Sauer 2015, S. 133)

Sauer konnte seine Hypothese der perspektivischen Differenz belegen, er präzisiert

„... eine regelmäßige und regelhafte Unterschiedlichkeit der Blickwinkel von Pflegenden und Medizinerinnen in Bezug auf ethische Fragestellungen der medizinisch-pflegerischen Alltagspraxis, die sich in einer grundsätzlich höheren „Sensibilität“ der Pflegenden für ethische Probleme der beruflichen Alltagspraxis zeigt.“ (Sauer 2015, S. 133).

Die „fest im berufsspezifischen Habitus verankert(e)“ (Sauer 2015, S. 138) hohe ethische Sensibilität wirke als Hindernis,

„..., die Konflikte etwa durch Verfahren der ethischen Fallberatung zu lösen. Punktuell durchgeführte Ethikberatung und der bloße Appell, sich berufsgruppenübergreifend, hierarchie- und funktionsunabhängig über strittige Sachverhalte auszutauschen, werden nichts an der Grundproblematik ändern“ (Sauer 2015, S. 138).

Zusammenfassend ist aus Sicht des Heilberufs Pflege festzustellen, dass ihre pflegeethischen Themen nach wie vor kaum Beachtung in Klinischer Ethikberatung finden. Trotz der auch für Deutschland empirisch belegten, durch ethische Konflikte verursachten Belastung von Pflegefachpersonen, weichen die Lösungsvorschläge kaum von den seit 30 Jahren von der deutschen Ethikberatungsszene proklamierten Standards zur Klinischen Ethikberatung ab (vgl. Rester et al. 2017, S. 8; vgl. Neitzke 2007, S. 14). Die Gefahr des Burnouts und des Berufsausstiegs aufgrund Moral Distress wird zwar thematisiert, die Zusammenhänge als „noch nicht hinreichend geklärt“ (Sauer 2015, S. 139) eingeordnet. Andere Lösungsmodelle, beispielsweise aus der Careethik werden nicht in den Blick genommen.

Abbildung 6.11 stellt die wiederkehrende Methodik, die sich sehr ähnelnden Studienergebnisse zu Belastungen und Einschätzung der Entlastungsoptionen sowie die Defizite im Outcome zusammenfassend dar.



Abbildung 6.11 Ethische Belastungen von Pflegefachpersonen in Kliniken – Entlastung?

Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass die Standards für Ethikberatung zwar nützlich aber nicht hinreichend zur Bearbeitung ethischer Problemlagen in Kliniken sind. Alle Ergebnisse, die einen evaluativen Charakter zur langjährigen Arbeit

Klinischer Ethikberatung haben, führen bisher nicht zu Konsequenzen in der Konzeption und Ausrichtung. Eine Überarbeitung der Standards sowie ein Umdenken im Umgang mit ethischen Problemlagen der Pflegefachpersonen in deutschen Kliniken steht aus. An dem Punkt müsste sich der Heilberuf Pflege im eigenen Interesse selbstbewusster positionieren. Die Pflegekammer muss dieses ethische Mandat annehmen und in die Programmtheorie integrieren. Sie hat die politische Macht, etwas zu ändern, wie die Initiativen der Ärztekammer beispielhaft zeigen. Die Unterstützung der Pflegekammer muss zudem sektorenübergreifend ansetzen, wie die Bedarfsanalyse in der stationären Langzeitpflege in Abschn. 6.4.2 zeigt.

6.4.2 Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der Altenpflege

Für die Langzeitpflege ist die Studie der Autorin die einzige in Deutschland zum Erhebungszeitpunkt 2018 durchgeführte und publizierte Bedarfserhebung, Teile der Bachelorthesis (Kuhn 2011) wurden als peer-reviewten Kongressbeiträge (Kuhn 2015, 2017b) veröffentlicht. Nachfolgend eine Zusammenfassung.

Zum Zeitpunkt der Studienkonzeption (2010/11) lag in Deutschland wenig Literatur zu Ethikberatung in der Altenpflege vor (exempl. Dörries et al. 2010, Heinemann 2010, Krobath und Heller 2010), deutschsprachige pflegeethische Lehrbücher beleuchteten die spezielle Situation der Altenpflege kaum. Eine Perspektive boten Publikationen aus der Schweiz, herausragend ist das fünfbändige „Handbuch Ethik im Gesundheitswesen“ von Baumann-Hölzle et al. 2009. Diese Inhalte verknüpft mit den Erfahrungen eines Praktikums an der Fachstelle für Ethik am Bethesda in Basel waren richtungweisend für den Aufbau der Befragung und das Ziel der Intervention, der ethischen Unterstützung. 2011 gab es viele Stimmen, die, aus der klinischen, bioethischen Entscheidungslogik kommend (vgl. Abschn. 6.1), den Sinn von Ethikberatung in der Altenpflege wegen angeblich fehlender *ethischer* Probleme infrage stellten. In der Altenpflege geht es selten um bioethische *end of life decisions*, es stehen vielschichtige pflegeethische Alltagsprobleme mit hoher Brisanz zentral, weil

„... der Lebensalltag ausschließlich mit fremder Hilfe aufrechterhalten werden kann und pflegerische Unterstützung dauerhaft in Anspruch genommen werden muss.“
(Simon et al. 2010, S. 186)

Die Fähigkeit der Menschen mit Pflegebedarf, selbst für ihre Wertvorstellungen einzustehen, nimmt progressiv ab. Symptomatisch ist „die Gleichzeitigkeit von

Asymmetrie und Nähe als Grundgegebenheit der pflegerischen Beziehung“ (Monteverde 2009, S. 52). Gerade in der Altenpflege macht sie das Spezielle der Pflegesituation aus, da sie auf längere Zeit ausgerichtet ist. Pflegefachpersonen sind fachlich und ethisch gefordert: Aus ihrem Pflegeethos heraus begründet sich die Aufgabe, für die Menschen mit Pflegebedarf einzutreten. Dies verlangt eine hohen Professionalitätsgrad, um in der Beziehung auf Augenhöhe Sorge für die anvertrauten Menschen tragen zu können (vgl. exempl. Benner 2000, 66f; Heinemann 2010, 166f; Schmitt-Mannhart 2009, S. 253; Nagel-Studer 2009, S. 191). Sorge im Sinne von Care ist nicht mit Fürsorge gleichzusetzen,

„... anders als bei dem traditionellen Konzept der Fürsorge besteht bei der Sorge eine enge Wechselbeziehung zwischen den beteiligten Partnern in einer helfenden Handlung,...“ (Großklaus-Seidel 2002, S. 151)

Abweichend von der Situation in Kliniken, wo sich Menschen kurzzeitig zur Krankheitsbehandlung aufhalten, leben Menschen im Pflegeheim. Dort treten Alltagsprobleme mit ethischer Dimension auf, z. B. problematisch empfundenes Verhalten aufgrund demenzieller Erkrankungen, fehlende Privatheit, vorhandene, aber in Abrede gestellte sexuelle Bedürfnisse, Heimweh, Depressionen, fehlende Zeit für Zuwendung über die Grundpflege hinaus, ethische Problematiken am Ende des Lebens u.v.m. All dies belastet die Trias von Pflegenden⁸, Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen, sie

„...prägen die Situation und das Arbeiten in den Alten- und Pflegeeinrichtungen und können Ursprung vielfältiger Konflikte sein.“ (Simon et al. 2010, S. 186)

Allerdings ordneten die Pflegenden in der Einrichtung die Problemlagen nicht als ethische Konflikte ein, sondern als fachliche Probleme. Sie erkannten zwar intuitiv die ethische Dimension, die begriffliche Zuordnung erfolgte aber nicht. Eine Bearbeitung der Konflikte mit Instrumenten der Ethikberatung war 2010 in der Altenpflege weitgehend unbekannt. Bis heute ist unklar, wie viele Einrichtungen Strukturen implementiert haben. Aus der Außenperspektive der Forscherin war hoher Bedarf für ethische Unterstützung erkennbar, die Innenperspektive war offen. Die Forschungsfragen lauteten deshalb:

⁸ Im Kontext der stat. Langzeitpflege wird der Begriff „Pfleger“ dann genutzt, wenn nicht zwischen den Berufsgruppen der Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen differenziert wird. Die vorgestellte Studie richtete sich an alle Pflegenden der Einrichtung.

- Nehmen die Pflegenden in der Einrichtung ethische Konflikte wahr, belasten sie sie und können sie differenzieren?
- Wie stark ist die Belastung, reden sie darüber und hilft es Ihnen?
- Erscheinen Pflegenden die von der AEM empfohlenen Instrumente der Ethikberatung hilfreich zur Bewältigung der ethischen Belastung?
- Spielt die berufliche Sozialisation eine Rolle in der Wahrnehmung, im Umgang mit und in der Verarbeitung von ethischen Problemen?

Auf die Instrumente vorliegender deutscher Studien konnte aufgrund abschlägig beschiedener Nachfragen nicht zugegriffen werden. Internationale Studien maßen den Moral Distress (vgl. exempl. Zuzelo 2007), diese Instrumente waren zur Beantwortung der Forschungsfragen aus drei Gründen unbrauchbar: Erstens maßen sie lediglich die Belastung, boten aber keine Lösungsvorschläge an. Zweitens bildeten sie die Situation der Pflege im amerikanischen Gesundheitssystem ab, die sich sehr von der Situation in Deutschland unterscheidet. Drittens lag 2011 keine deutsche Übersetzung vor, dies vorzunehmen war im Rahmen der Studie nicht leistbar. Schwedischen Studien (vgl. exempl. Juthberg et al. 2010) gingen einer etwas anderen Forschungsfrage nach, zudem war auf Nachfrage das Instrument nicht zugänglich.

Die Neukonzeption eines Befragungsinstrumentes barg einige Herausforderungen: Zuerst war die Zielgruppe der Ethikberatung zu klären. Das Ziel Klinischer Ethikberatung ist der Schutz der Patient*innen vor ethisch schlechten medizinischen Entscheidungen, dieser Ansatz wurde bisher mit mäßigem Erfolg auf die Altenpflege übertragen (s. Abschn. 6.3). Die geplante Studie wollte einen Perspektivwechsel einleiten. Ethikberatung sollte von den Pflegenden als Unterstützungsinstrument begriffen werden. Der Ansatz wurde nicht zuletzt deshalb verfolgt, weil die mit Ethikberatung in der Altenpflege befassten Akteure berichteten, dass die bisherige Inanspruchnahme von Ethikberatung durch die Pflegefachpersonen im direkten Kontakt mit den Menschen mit Pflegebedarf sehr gering sei (s. Abschn. 6.3.2). Der Perspektivwechsel sollte keinesfalls den Bedarf der Menschen mit Pflegebedarf ausblenden. Die Hypothese lautete vielmehr, dass ethische Unterstützung Pflegenden und Menschen mit Pflegebedarf gleichermaßen hilft, weil Pflege Beziehung und soziale Interaktion ist, die nur im ausgewogenen Miteinander wirkungsvoll sein kann. Die abnehmenden kognitiven Fähigkeiten von Bewohner*innen in Pflegeheimen erschwert es, selbst für ihre ethischen Belange einzutreten. Sie brauchen die Advocacy von Pflegefachpersonen, welche über einen hohen Professionalisierungsgrad (vgl. Benner 2000) verfügen, um im Modell der relationalen Autonomie für die Belange der Menschen mit Pflegebedarf eintreten zu können.

Die methodische Herausforderung war die Abfrage des Bedarfs nach ethischer Unterstützung bei Pflegenden. Schwierigkeiten verursachte ein tradiertes Verständnis des Begriffes *Ethik*, der häufig mit Aspekten der Etikette verwechselt wird. Darüber hinaus sind mit dem Begriff *Ethik* hohe Ansprüche an die Berufsausübung verwoben, die Pflegenden bereits 2010 aufgrund der Rahmenbedingungen in der Pflegepraxis unerfüllbar schienen. Dies belegten Äußerungen des Unverständnisses von Kolleg*innen aus der Praxis, sobald die Autorin als angehende Pflegewissenschaftlerin ihr Interesse an ethischen Fragestellungen erwähnte. Dann hieß es: „*Was willst du denn damit?*“ „*Mach doch etwas, was uns wirklich hilft!*“ und ähnliches mehr. Erschwerend kommt eine in der Pflege verbreitete Gruppenmoral hinzu, in der implizite oder gesetzte Regeln nach dem Motto *Das haben wir schon immer so gemacht!* unhinterfragt zu befolgen sind (vgl. Großklaus-Seidel 2002, S. 68). Möglichkeiten zur Reflexion erhalten Pflegende jedoch nicht (vgl. Lay 2004, S. 219), sie ist unüblich und erfolgt, wenn überhaupt, nur unstrukturiert.

Die Bedarfserhebung war der Konzeptentwicklung für die Intervention in der Einrichtung vorgeschaltet. Sie sollte einen Zugang herzustellen, Vorurteile vermeiden und ein modernes Ethikverständnis nach Schweizer Vorbild vermitteln. Dort wird Ethik in der Pflege nämlich als Unterstützung von Pflegepersonen gelebt. Damit Hand in Hand geht das Ziel, etwas gegen die empirisch belegte geringe Inanspruchnahme von Ethikberatung zu tun. Was nutzt das schönste Konzept, wenn nachher keiner hingeht bzw. die Angebote in Anspruch nimmt. Schon durch die Befragung sollte die aktive Beteiligung aller Pflegenden gefördert werden. Es ging nicht darum, etwas für die Pflege zu tun, sondern etwas mit ihr zusammen aufzubauen. Damit sollte ein Gegengewicht zur wahrgenommenen *Expertokratie* gesetzt werden, bei der die Experten von außen verordnen, was gut für die Pflegenden in der Einrichtung ist, ohne sie selbst zu fragen. Der tiefere Sinn und Zweck der Bedarfsanalyse lag darin, alle Pflegenden von Anfang an mitzunehmen. Die Studie erhob den Anspruch einer *Türöffner-Funktion* für die gelebte ethische Unterstützung im befragten Pflegeheim.

Die Übersetzung des Anspruches ist im Forschungsdesign abgebildet. Als erstes bedeutete dies eine Vollerhebung unter allen in der Pflege tätigen Personen in der Einrichtung. Ein qualitativer Zugang mit 70 potentiellen Teilnehmenden war aus Ressourcengründen (zeitlich, personell) nicht umsetzbar. Bei Fokusgruppensitzungen stand zu befürchten, dass nicht alle ihre Meinung kundtun würden. Deshalb fiel die Entscheidung auf eine papierbasierte quantitative deskriptive Querschnittstudie. Zur Motivation übergab die Forscherin jedem Mitarbeitenden der Pflege den Fragebogen persönlich und erläuterte die Zielsetzungen sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme.

Relevante Hinweise für das Design boten der Ansatz der Vignettenstudie von Schöne-Seifert und Eickhoff 1996 sowie die Studie von Pestinger (2007) (s. Abschn. 6.2.2), ihr Instrument war frei zugänglich, die Nutzung gestattet. Der Fragebogen bestand aus vier Teilen. Teil I enthielt fünf Vignetten, die typische Situationen der Altenpflege beinhalteten. Drei der Vignetten stammten aus einem Buchbeitrag von Schmitt-Mannhart (2009), zwei weitere bildeten verfremdete Situationen ab, die die Autorin selbst in dem Heim für die Pflegenden als belastend erlebt hatte. An jede Vignette schlossen sich sechs Fragen an. Vier bildeten die medizinethischen Prinzipien Autonomie, Gutes tun, Nichtschaden und Gerechtigkeit nach Beauchamp und Childress ab, eine fragte nach der Bekanntheit der Situation und eine erhob, ob die Teilnehmenden die geschilderte Situation belastend empfanden. Teil II maß in Anlehnung an den Fragebogen von Pestinger die Häufigkeit und Stärke der Belastung. Als Ressource wurden die Häufigkeit der über diese Themen geführten Gespräche sowie die Gesprächspartner (Kolleginnen, Freunde & Familie, Vorgesetzte, Seelsorger) erhoben. Neu eingefügt war die Frage nach dem Vertrauen, sich mit solchen Themen an die Ressource Team zu wenden. Der dritte Teil stellte den Pflegenden die standardisierten Angebote der Ethikberatung Leitlinien, Fallbesprechungen, Schulungen (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010) in Form eines beschreibenden Textes vor. Die in Deutschland üblichen Angebote ergänzte ein niederschwelliger Gesprächskreis, den die Autorin in der Schweiz kennenlernen durfte und den die Pflegefachpersonen dort als sehr hilfreich werteten. Zum Schluss dieses Blocks erhob das Instrument die Bereitschaft der Pflegenden, sich aktiv am Aufbau der Unterstützung zu beteiligen. Teil IV erfragte berufsbiografische, soziodemografische Daten. Dies ermöglichter die Ableitung von Korrelationen, z. B. ob der Unterstützungsbedarf bei Pflegehelfern anders gelagert war als bei Pflegefachpersonen. Zur Umgehung der oben angesprochenen Vorurteile sprach der Fragebogen von schwierigen Entscheidungssituationen. Das Leitprinzip lautete: *Ethik fragen ohne Ethik zu sagen!* Insgesamt umfasste der ausgedruckte Fragebogen 13 ansprechend gestaltete Seiten.

Nach der Studienlaufzeit von 14 Tagen lag der Rücklauf bei 80 %. Die statistische Analyse der codierten Daten erfolgte deskriptiv bzgl. Häufigkeiten, zentraler Tendenz, Streuung und den Korrelationen mit den berufsbiografischen Daten sowie der qualitativen Analyse der Freitextangaben.

Die Befragung deckte die ethischen Konflikte auf. Der Bekanntheitsgrad der Fallgeschichten lag bei knapp 90 %, Ausreißer war die Vignette zur Ressourcenallokation. Als Begründung wäre 2011 eine geringere Bekanntheit im Altenpflegebereich oder ein Ignorieren durch die Pflegenden zu vermuten.

Teilweise kreuzten Pflegende bei den Antworten zu den Vignetten sich widersprechende Aussagen an, die gewünschte Entscheidung für eine Lösung erfolgte nicht. Hierin zeigte sich das hin- und hergerissen sein der Pflegenden. Zudem variierten die Prinzipienkonflikte je nach Situation, es handelte sich nicht nur um den häufig angeführten Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge.

Der zweite Teil der Befragung zeigte eine deutliche Belastung der Pflegenden. 33 % erlebten ethische Belastungen selten, 25 % einmal im Monat, 21 % einmal pro Woche und 21 % täglich. Die Höhe des Belastungsempfindens schätzten die Pflegende auf einer zehnstufigen Skala (0 = keine Belastung, 10 = maximale Belastung) im Schnitt bei 5,3 ein. Dabei lag die höchste Belastung mit 5,7 bei den Auszubildenden und der Praktikantin.

Die Ressource *Gespräch zur Entlastung* suchten 85 % der Pflegenden, 15 % nicht. Bei diesen 15 % handelte es sich jedoch nicht um die Pflegenden mit geringem Belastungsempfinden. 96 % sprachen mehrmals in der Woche mit Kolleginnen, 74 % suchten das Gespräch im privaten Umfeld, dort eher einmal im Monat. 61 % wandten sich ca. einmal im Monat mit den Problemen an ihre Vorgesetzten. Insgesamt 60 % empfanden diese Gespräche als hilfreich. An Seelsorger als die einzigen vorgeschlagenen professionellen Ansprechpartner wandten sich nur 15 %, sie stuften diese Gespräche als überhaupt nicht hilfreich ein. Hier decken sich die Ergebnisse mit denen von Sauer (2010) und Rester et al. (2017).

Der dritte Teil der Befragung zur Akzeptanz der vorgeschlagenen Instrumente der Ethikberatung erbrachte die höchste Zustimmung für Schulungen mit 74 %, 8 % waren unentschlossen. Leitlinien befürworteten 54 %, 25 % waren unentschlossen. Fallbesprechungen befürworteten 54 % der Teilnehmenden, 16 % waren sich nicht sicher. Den neben den standardisierten Instrumenten angebotenen Gesprächskreis hätten 47 % der Pflegenden gerne, 27 % waren unsicher. Die Annahme der vorgeschlagenen Instrumente in Korrelation zur Qualifikation der Studienteilnehmenden ergab ein differenzierteres Ergebnis. Der Zustimmungswert war bei allen Instrumenten hoch, die Spitzenreiter waren allerdings jeweils andere: So erhielten bei Pflegefachpersonen Schulungen mit 85 % den höchsten Zustimmungswert, Pflegehelferinnen (einjährige Ausbildung) und Pflegeassistentinnen (angelernt) bevorzugten mit 85 % den Gesprächskreis, die Auszubildenden wünschten sich dagegen zu 100 % Leitlinien.

Das Interesse an der aktiven Mitarbeit bei den Unterstützungsinstrumenten war beeindruckend: 44 % wollten definitiv mitarbeiten, 40 % waren unentschlossen, nur 16 % lehnten die Mitarbeit ab.

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden betrug 42 Jahre, 92 % waren Frauen, 8 % Männer. Sie waren im Schnitt 11,4 Jahre in der Pflege tätig und seit

durchschnittlich 9,8 Jahre in der Einrichtung beschäftigt. Soweit der Überblick über zentrale Ergebnisse, nachzulesen in Kuhn 2011.

Aufbauend auf den Ergebnissen wurde ein passgenaues Konzept für die Einrichtung entwickelt. Dieses Konzept stieß bei den Mitarbeiter*innen und der Leitung auf große Zustimmung. Leider konnte die Heimleitung die Trägerebene nicht von der Umsetzung überzeugen. Angeführte Gründe waren mangelnde personelle Ressourcen und die fehlende Bereitschaft, finanzielle Mittel und Arbeitszeit zu investieren. Einen Überblick über Bedarfsanalyse, Ergebnisse und Outcome gibt Abbildung 6.12.

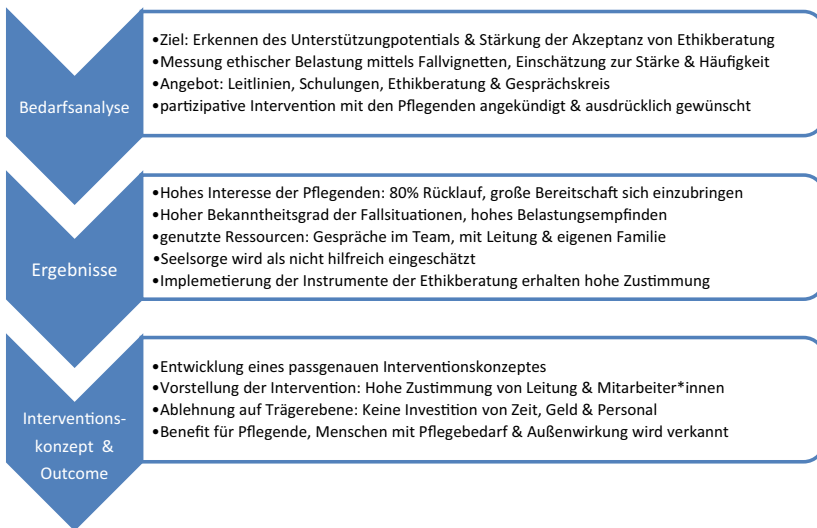


Abbildung 6.12 Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der stationären Altenpflege

Dieses Ergebnis reiht sich ein in das mehrfach beschriebene Szenario, dass Ethikberatung kaum Vorschub bei den Trägern der Einrichtungen des Gesundheitswesens findet. Die Unterstützung der Mitarbeiter*innen zur Verbesserung des Arbeitsklimas und zur Mitarbeiterbindung wurde nicht erkannt oder zumindest nicht genutzt. Einzig Zertifizierungsmaßnahmen und zum gewissen Grad christliche Unternehmensleitbilder können Träger zur Implementierung von Ethikberatung bewegen. Wie dann aber die finanzielle und personelle Ausstattung ausgestaltet ist, differiert wiederum stark. Die meisten Einrichtungen der

Langzeitpflege scheinen aber auch in der Analysephase 2018 von dem grundsätzlichen Schritt noch weit entfernt. Dies war besonders schade, da die vorliegende Studie sowohl sehr deutlich die Belastung der Pflegenden und deren Wunsch nach Unterstützung nachweist als auch das Interesse, Ethikberatung aktiv zu gestalten, belegte. Die durch die Studie geöffnete Tür ließen die Träger leider wieder zufallen. Noch Jahre später wurde die Autorin bei zufälligen Begegnungen von Studienteilnehmenden angesprochen, ob und wie das Konzept doch noch umgesetzt werden könnte, es würde immer nötiger.

Hier ist der nächste Ansatzpunkt für das ethische Mandat der Pflegekammer: Wenn die Einrichtungen sich nicht in der Lage sehen, die Pflegefachpersonen zu unterstützen, sollte sich die Kammer dieser Aufgabe annehmen. Ziel dabei ist die Steigerung der Qualität pflegerischen Handelns und damit der Versorgungssicherheit für die Menschen mit Pflegebedarf. Die Kammer kann den engen Zusammenhang von Pflegefachlichkeit, Pflegeethik und Gesundheit verdeutlichen. Wie das aussehen kann, erläutert die Programmtheorie (s. Kap. 8). Abschließend analysiert Abschn. 6.4.3 die Belastungen und Bedarfe der ambulanten Pflege.

6.4.3 Ethische Belastungen in der ambulanten Pflege

Für den ambulanten Bereich liegen 2018 zwei Studien zur Belastung der Pflegenden durch ethische Fragestellungen im Berufsalltag vor. Beide Studien sind Qualifizierungsarbeiten aus der Pflegewissenschaft, Auszüge wurden als peer-reviewte Zeitschriften- bzw. Kongressbeiträge veröffentlicht.

Lauxen war 2008 der pflegewissenschaftliche Vorreiter für die ambulante Pflege in Deutschland. Die Ärzteschaft hat sich, wie in Abschn. 6.3.3 geschildert, erst seit neuestem im ambulanten Bereich auf den Weg gemacht. Somit ist die Perspektive der Pflege bedeutend früher empirisch belegt, sie fand 2014 mit der Dissertation von Adam-Paffrath Unterstützung. Mittels Interviews, denen ein „themenzentrierter ethnografischer Ansatz zugrunde lag“ (Lauxen 2009, S. 422), wurde erhoben, welche moralischen Probleme Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege in Deutschland erleben (vgl. Lauxen 2009, S. 422). Einleitend beschreibt Lauxen häufige Entscheidungen im beruflichen Alltag, denen neben der pflegefachlichen Dimension eine ethische Dimension innewohnt, „die in der Praxis allerdings oftmals übersehen wird“ (Lauxen 2009, S. 421). Während seiner Tätigkeit als Pflegefachperson sah sich Lauxen immer wieder mit Situationen konfrontiert,

„... in denen Unsicherheit bestand, welche Handlungsalternative die gute und richtige ist. Solche Situationen waren oftmals mit «Bauchschmerzen» verbunden, die auch einige Zeit später noch zu spüren waren.“ (Lauxen 2009, S. 421)

Diese Erfahrungen betrachtete das Pflegeteam „allerdings nicht unter einem ethischen Blickwinkel“ (Lauxen 2008, S. 5). Dass es sich dabei (auch) um moralische Konflikte handelte, wurde dem Autor selbst erst „durch die intensive Beschäftigung mit pflegeethischen Fragestellungen“ (Lauxen 2008, S. 5) im Rahmen seines pflegewissenschaftlichen Studiums bewusst, jedoch fehlte die Thematisierung ethischen Fragestellungen des ambulanten Pflegesettings. Ursache sei die auch international sehr dünne Literaturlage (vgl. Lauxen 2008, S. 11–14). Die erlebten Konfliktsituationen fanden sich nur beim niederländischen Pflegeethiker van der Arend 1998:

„Er definiert ein moralisches Problem in der Pflege als die «häufig auf Kontrasterfahrungen beruhende Beschreibung eines inneren Konflikts, den wir aus einem ethischen Blickwinkel betrachten können und bei dem Unsicherheit hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung besteht».“ (ebd. S. 16, zit. nach Lauxen 2009, S. 421)

Lauxen verfolgte mit der qualitativen Studie das Anliegen, den Wissensstand zum in Deutschland wenig beforschten Phänomen moralischer Probleme in der ambulanten Pflege zu erweitern (vgl. Lauxen 2009, S. 422). Nach einem Stichprobenplan zur Erzielung von Heterogenität wählte er neunzehn Interviewpartnerinnen und einen Partner aus, die in einer Einrichtung in kirchlicher Trägerschaft beschäftigt waren. Das Sample umfasste eine breite Altersstruktur (26 – 59 Jahre, Durchschnitt 44 Jahre) und die drei pflegeberuflichen Qualifikationen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege (vgl. Lauxen 2009, S. 423). Die Befragten arbeiteten durchschnittlich 11,2 Jahre in der Einrichtung. Wegen des Nichterkennens der moralischen Dimension von Konfliktsituationen, startete die Interviews einheitlich mit der Frage nach Situationen im Berufsalltag,

„..., die ein *schlechtes Gewissen*, einen *Gewissenskonflikt* oder *Gewissensbisse* zur Folge haben. Diese Begriffe wurden immer mit den Begriffen *moralische Konfliktsituation* oder *moralisches Problem* gekoppelt, um zu verdeutlichen, dass der Fokus nicht auf rein pflegepraktische Probleme gerichtet werden sollte.“ (Lauxen 2009, S. 423)(kursive Passagen im Original)

Die Auswertung erfolgte angelehnt an das Kodier-Paradigma der Grounded Theory. Zur Einordnung der vorgefundenen Entscheidungskonflikte wurde der Ansatz um das theoretische Rahmenkonzept pflegeethischer Prinzipien erweitert.

Nach Fry 1995 sind Fürsorge, Autonomie, Gerechtigkeit sowie Loyalität und Aufrichtigkeit die wichtigsten ethischen Prinzipien pflegerischer Berufsausübung (Lauxen 2009, S. 423). Dies erbrachte eine Rangordnung:

„Als Schlüsselkategorie (vgl. Strauss, 1998) kristallisierte sich das Prinzip der Fürsorge heraus. Dieses steht im Kern nahezu aller geschilderten moralischen Probleme. Das primäre Interesse der befragten Pflegekräfte gilt ihren Patientinnen. Ihr Ziel ist es, Gutes zu tun, Leiden zu lindern, Schaden zu verhüten oder – ganz allgemein formuliert – *«für den Klienten das Bestmögliche rauszuholen»*...“ (Lauxen 2009, S. 424).

Dieses *Bestmögliche* wollen die Pflegefachpersonen über die Durchführung guter Pflege erreichen, die sowohl fachlichen Standards entspricht als auch die Anforderungen an psychosoziale und spirituelle Begleitung der Menschen mit Pflegebedarf erfüllt (vgl. Lauxen 2009, S. 424).

„Moralische Probleme werden dann erlebt, wenn die befragten Pflegekräfte nicht ihren Vorstellungen von guter Pflege gemäß handeln können“ (Lauxen 2009, S. 424).

Dies geschieht in unterschiedlichsten Situationen, bei denen jeweils divergierende Werthaltungen in Konflikt geraten. Die autonome Entscheidung der Menschen mit Pflegebedarf ist zu respektieren, pflegefachliche Vorstellungen sind jedoch nicht immer deckungsgleich mit den Wünschen von Menschen mit Pflegebedarf und/oder deren Angehörigen sein. Dies ist im ambulanten Pflegesetting besonders virulent, weil Pflegefachpersonen den Status von Gästen in den Häusern der Menschen mit Pflegebedarf innehaben, manchmal werden sie als Bedienstete wahrgenommen. So kann es Situationen geben, die von Pflegefachpersonen als „gefährliche Pflege“ erlebt werden, der sie machtlos gegenüber stehen, ihnen sind die Hände gebunden, weil nicht erlaubt ist, Nötiges zu tun (vgl. Lauxen 2009, S. 424). Große Probleme verursacht die knapp kalkulierte Ressource Zeit, gerade psychosoziale und spirituelle Aspekte des Pflegehandelns sind sozialversicherungstechnisch nicht abrechnungsfähig und somit nicht zeitlich einkalkuliert. Wirtschaftliches Arbeiten lautet das Gebot der Arbeitgeber (vgl. Lauxen 2009, S. 425). Dieses Problem lösen Pflegende, indem sie Betreuungsleistungen außerhalb der Arbeitszeit übernehmen:

„Der Wertkonflikt wird also auf einer personaethischen Ebene zwischen Pflegekraft und Patientin gelöst, obwohl es sich eigentlich um ein Problem der Verteilungsgerechtigkeit handelt, das auf einer gesellschaftlichen, soziaethischen Ebene zu verantworten ist.“ (Lauxen 2009, S. 425)

Divergenzen entstehen auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es kam vor, dass über das SGB V refinanzierte ärztliche Anordnungen der sog. Behandlungspflege nicht dem aktuellen Stand pflegefachlichen Wissens entsprachen, die Pflegefachpersonen sich aufgrund der Weisungsbefugnis der Hausärzte aber verpflichtet sahen, diese der Anordnung durchzuführen. Grundpflegerische Leistungen, die die Pflege eigenständig abrechnen kann, werden über das SGB XI vergütet. Die auf unterschiedliche Sozialgesetzbücher fraktionierte Leistungen und Pflegematerialien erweisen sich als zusätzliche Hürde.

Loyalitätskonflikte belasten die Pflegenden. Sie können im professionellen Kontext im Bezug zu den Menschen mit Pflegebedarf, den Hausärzt*innen und den Arbeitgebern entstehen, ein Beispiel sind Unsicherheiten in der Handhabung der Schweigepflicht im interprofessionellen Kontext (vgl. Lauxen 2009, S. 425). Der zweite Loyalitätskonflikt liegt im privaten Kontext der Pflegefachpersonen, so können Pflichten der eigenen Familie mit Anforderungen der Arbeit, wie Flexibilität des Dienstplanes und „Einspringen“, kollidieren (vgl. Lauxen 2009, S. 425). Der dritte Loyalitätskonflikt entsteht unmittelbar aus den Organisationsdefiziten, wird aber fälschlicherweise auf der privaten Ebene angesiedelt. Hierbei handelt es sich um die Selbstpflege der Pflegefachpersonen: Sie haben „... die Pflicht, für die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen zu sorgen (vgl. Canadian Nurses Association, 2002; ICN, 2004)“ (Lauxen 2009, S. 425). Diese Pflicht stellen Pflegefachpersonen, beruflich sozialisiert, nur allzu oft hinten, das schlechte Gewissen gegenüber dem Team oder den Menschen mit Pflegebedarf nötigt sie geradezu. Die Verinnerlichung alter Ideale der Dienstbarkeit, der Treue und des Gehorsams aus dem 19. Jh. scheinen noch immer nachzuwirken (vgl. Lauxen 2009, S. 427). Das den Pflegefachpersonen wertvolle Gut Freizeit wird geopfert, häufig arbeiten sie sogar, wenn sie krank sind (vgl. Lauxen 2009, 426 f.) (s. Abschn. 7.3.2). Dabei handelt es sich gar nicht um private Probleme, sondern um arbeitsrechtliche, der Arbeitgeber ist nach den allgemeinen Grundsätzen des deutschen Arbeitsschutzgesetzes (§ 3 Bundesrepublik Deutschland 07.08.1996) in der Pflicht, gesunde Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Erholung der Arbeitnehmer*innen ist sicherzustellen, dies scheint in der Praxis nur allzu häufig in Vergessenheit zu geraten. In der häuslichen Pflege tätige Pflegefachpersonen sind oftmals gezwungen, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Dies betrifft alltägliche Entscheidungen bei nicht mehr entscheidungsfähigen Menschen oder die adäquate Reaktion in Notfallsituationen.

„Solche Entscheidungssituationen werden zu einem moralischen Problem, wenn die Pflegenden unsicher sind, was in der konkreten Situation das Beste für die Patientinnen ist ..., welche die gute, d. h. moralisch richtige Handlung wäre.“ (Lauxen 2009, S. 426)

Lauxen empfiehlt das Besprechen von ethischen Konflikten im Team und kollegiale Beratung als Ressource zum Umgang mit moralischen Problemen, um den Verantwortungsdruck für die Einzelnen zu reduzieren (vgl. Lauxen 2009, S. 428). Ethische Kompetenzen sollen in der Pflegeausbildung und über Fort- und Weiterbildungen ausgebaut werden, damit u. a. die Verbalisierung moralischer Probleme, der Umgang mit ihnen, die Perspektivübernahme und die Rollendistanz besser gelingen.

Zusammenfassend stellt Lauxen fest, dass sich moralische Konflikte vor allem im Spannungsfeld zwischen den Fürsorgepflichten der Pflegefachpersonen und dem Prinzip der Gerechtigkeit entzünden (vgl. Lauxen 2009, S. 427). Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die ethischen Probleme nicht (nur) auf personeller Ebene zu lösen sind, sondern einen systemischen Ansatz benötigen, der die politische Ebene umfasst. Dabei kann eine ethische Fallbesprechung wenig zur Lösung beitragen (s. Abschn. 6.5). Lauxen stellt zwar Überlegungen zur Übertragung der Instrumente der Ethikberatung auf die ambulante Pflege als evtl. individuellen Lösungsansatz in den Raum. Eine wesentlich bedeutendere Entlastung für die ambulant Pflegenden sieht er jedoch auf politischer Ebene:

„..., wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SBG XI dahingehend modifiziert würde, dass sie ihre Patientinnen entsprechend ihres pflegerischen Ethos betrachten könnten. Dazu würde gehören, dass auch Leistungen wie die psychosoziale Betreuung refinanziert werden, da sie ohnehin kaum von den pflegerischen Maßnahmen der Grund- oder Behandlungspflege zu trennen sind und darüber hinaus einen positiven Effekt auf Gesundheit und Wohlbefinden der Patientinnen haben ...“ (Lauxen 2009, S. 428).⁹

Als dritte Entlastungsmöglichkeit für moralische Problemlagen der Pflegefachpersonen nimmt Lauxen die Politikfähigkeit und die Gestaltungspotentiale der Berufsgruppe in den Blick:

⁹ Zeitlich parallel liefen seit 2008 bereits pflegewissenschaftliche Studien zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vgl. Wingenfeld et al. 2011. Die Umsetzung ließ jedoch noch fast zehn Jahre auf sich warten.

„Wenn es um die Verteilung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen geht, könnten die ambulant Pflegenden politisch Einfluss nehmen, indem sie sich in Berufsverbänden engagieren und die Wohlfahrtsverbände unterstützen.“ (Lauxen 2009, S. 428)

2008 war eine Pflegekammer noch weit entfernt von der Umsetzung. Zwar fand eine Selbstverwaltung in fast allen pflegewissenschaftlichen Buchpublikationen zum Thema Professionalisierung zumindest Erwähnung. Die Kammer war aber kein realistisches Thema, vielmehr wirkte sie wie ein Wunschtraum einiger weniger pflegepolitisch engagierter Pflegefachpersonen. Heute, über zehn Jahre später, ist die Pflegekammer zumindest in Rheinland-Pfalz das Organ, welches aus seinem politischen Auftrag heraus das von Lauxen geforderte politische Mandat anzunehmen hat, Empfehlungen zur Umsetzung liefert die hier entwickelte Programmtheorie (s. Kap. 8).

Als zweite pflegewissenschaftliche Studie geht die 2014 veröffentlichte Dissertation von Adam-Paffrath genauer auf die Phänomene Würde und Demütigung im ambulanten Pflegebereich ein. Dabei nimmt sie nicht nur das Würdekonzept der vulnerablen Menschen mit Pflegebedarf in den Blick (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 37), sie unternimmt einen Perspektivwechsel auf die Pflegefachpersonen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 39), ihre Fragestellungen lauten:

„Wie empfinden professionell Pflegenden ihre Würde in Bezug auf ihre Tätigkeit im ambulanten Arbeitsbereich? In welcher Hinsicht sehen die professionell Pflegenden ihre Würde beeinflusst?“ (Adam-Paffrath 2015, S. 6)

Zur Beantwortung diente ein qualitatives Forschungsdesign, bestehend aus der Triangulation von Interviews und Gruppendiskussion und der Auswertung mittels dem Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) und dokumentarischer Methode nach Bohnsack. Literaturbasiert baut sie auf den von Hodson 2001 2001 beschriebenen Einfluss von Würde auf Arbeitnehmern auf. Würde in der Arbeit ist abhängig „von der Umsetzung bestimmter Ziele“ (Adam-Paffrath 2014, S. 37), sie sind die

„... „Essenz und das Entscheidende“ für das Wohlbefinden der Arbeitnehmer. Die Ziele sind (...) die Arbeitszufriedenheit, eine lebenswerte Arbeitsgeschwindigkeit, Kreativität und die Bedeutung der Arbeit“ (Adam-Paffrath 2014, S. 37)

Der Faktor Wohlbefinden als Teil der Gesundheit von Pflegefachpersonen liefert essentielle Hinweise für die Programmtheorie zur Bearbeitung des ethischen Mandats von Pflegekammern. Adam-Paffrath stellt Hodson folgend den direkten

Zusammenhang von Erreichen von Wohlbefinden und Würde der Arbeitnehmer*innen dar (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 37). Hodson leitete aus den Ergebnisse seiner ethnografischen Studien in verschiedenen Settings „vier Gesichter der Würde in der Arbeitswelt“ (Adam-Paffrath 2014, S. 48) ab und stellt darüber die die Würde der Arbeitnehmer*innen untergrabenden Faktoren dar.

Das erste Gesicht, welches die Würde der Arbeiter*innen untergraben kann, ist Missmanagement und Missbrauch. Probleme, die (auch) die Würde tangieren, sind ineffektive und fehlerhafte Organisationen, veraltete Produktionsmittel, starke Kontrolle der Arbeitnehmer durch Bürokratie und/oder steile Hierarchien; jeder Faktor „fördert unwürdige Arbeitsbedingungen und den Missbrauch von Humanität“ (Adam-Paffrath 2014, S. 49). Die von Hodson in seiner Studie in einer Reifenfabrik vorgefundenen Ergebnisse gleicht Adam-Paffrath mit internationalen pflegerischen Forschungsbefunden zu Missmanagement/ Missbrauch ab, Studien aus Deutschland lagen nicht vor, Studienergebnisse aus der ambulanten Pflege in den USA

„... spiegeln sich entwürdigende Mechanismen im Bereich des Managements, so wie Hodson sie beschreibt, auch in den Befunden der Studien aus dem Home Care Bereich wider“ (Adam-Paffrath 2014, S. 56).

Die Politik entwickelte keine Strategie zum Umgang mit den Anforderungen von Pflegebedürftigkeit. Bei Nurses entsteht ein Höchstmaß an Unsicherheit wegen gefährlicher Arbeitsplätze, geringen Entscheidungsspielräumen und Depersonalisierungsprozessen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 56).

Das zweite Gesicht der Würde braucht die „Verteidigung der Autonomie und das Recht, unabhängige Initiativen zu starten, sind zentral für eine würdevolle Arbeit...“ (Adam-Paffrath 2014, S. 57). Nach Hodson erfährt die Würde bei Ärzt*innen in einem Hospital Beschränkung durch steile Hierarchien, hohen Arbeitsdruck, den Konkurrenzkampf sowie bürokratischer Hürden. All dies behindert den Einsatz der professionellen Arbeitskräfte, die Lösung:

„Die berufliche Autonomie und Würde kann nur mit Berufsstolz, Fachwissen und einer Arbeitsqualität erbracht werden, die ohne Kostendruck erbracht wird.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 57)

Das zweite Gesicht der Würdeverletzung findet sich sowohl in internationalen und diesmal auch in deutschen Studien des Pflegebereichs wieder und hat Folgen:

„Eine ständige Einschränkung dieser Autonomie scheint Formen der Demütigung, des Nicht-Anerkennens und Nicht-Wertschätzens sowie der Unsichtbarkeit der professionellen Pflege im ambulanten Arbeitsbereich zu manifestieren“ (Adam-Paffrath 2014, S. 70).

Das dritte Gesicht der Würdeverletzung drückt sich nach Hodson bei Arbeiterinnen in einer Elektroteilefabrik in deren permanenter Überlastung, bedingt durch hohes Arbeitstempo und der die körperlich stark einschränkende Fließbandarbeit aus. Die Überlastung verursacht ein Arbeitsklima des Misstrauens unter den Arbeitnehmerinnen:

„Überlastung führt zu einem Verlust von Autonomie, Kreativität und der Sinnstiftung von Arbeit. Sie ist gekennzeichnet durch extreme Arbeitsverdichtung sowie emotionaler, körperlicher und psychischer Erschöpfung.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 71)

Auch zu diesem Gesicht gibt es Studienbefunde aus der ambulanten Pflege. So konnten internationale und nationale Studien (Lauxen 2009) belegen, dass Pflegefachpersonen sich moralisch verpflichtet fühlen, die Arbeitsintensivierung verbunden mit inadäquaten Ressourcen persönlich durch freiwillige unentgeltliche Mehrarbeit zu kompensieren. Das Bewusstsein des

„... „letzte Strohhalms“ für ihre alten, schwachen und sozial isolierten Klienten übt bei Home Care Workers oft einen unwiderstehlichen moralischen Druck aus und löst den Zwang aus, diesen einfach beantworten zu müssen.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 73 nach Aronson & Neysmith 1996)

Für die Lösung politisch verursachter Probleme und unbeantworteten sozialetisch-gesellschaftlichen Fragen fühlen sich die Pflegefachpersonen auf der individuellethischen Ebene verantwortlich. Das Schaffen einer professionellen Distanz gelingt den Pflegefachpersonen oft nicht, vielmehr unterliegen ihre Gefühle den Begleiterscheinungen der Kommerzialisierung und der damit einhergehenden Arbeitsverdichtung. Verschärfend wirken informelle Normen der Berufsausübung und die Erwartungen der Klienten. Sie formten soziale Verhaltensprozesse, das Image und die dazu gehörende Gefühlsarbeit der Pflegefachpersonen in den letzten einhundert Jahren. Pflegenden sind sozialisiert, ihre negativen Gefühle zu unterdrücken, sie erhalten dabei meist keine Hilfe. Wenn Pflegefachpersonen ihren Gefühlshaushalt und die erfahrenen Würdeverletzungen nicht ausbalancieren können, entsteht chronische Überlastung, die „langfristig zu einer Dehumanisierung in den Einstellungen zu den Menschen“ (Adam-Paffrath

2014, S. 75 nach Overlander 2001) oder zum Berufsausstieg führen kann. Das vierte Gesicht der Würde ist die Partizipation und Mitbestimmung:

„Einschränkungen in der Mitbestimmung und der Beteiligung an Entscheidungen reduziert nach Hodson die berufliche Identität und Würde von Mitarbeitern auf eine Befehlsempfängerrolle.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 76)

Zum vierten Gesicht der Würde lagen 2014 aus der Pflegewissenschaft nur internationale Studien vor. Diese Arbeiten bestimmen u. a. die Begriffe Partizipation und Mitbestimmung genauer, sie haben in der Pflege verschiedene Dimensionen. Zu einen umfasst das Begriffspaar Partizipation und Mitbestimmung die Abstimmung von Gestaltungs- und Handlungsspielräume in Care-Beziehungen gemeinsam mit dem Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 76). Die ambulante Pflege hat in besonderem Maße mit ihrem „Gaststatus“ im Hause des Menschen mit Pflegebedarf zu kämpfen. Die Rolle wird zwiespältig und ambivalent wahrgenommen, weil die Konstruktionen der jeweiligen Lebenswelten der Menschen mit Pflegebedarf auf der einen Seite und der Pflegefachpersonen auf der anderen Seite stark voneinander abweichen können. Die professionelle Gewährung und Sicherung der Autonomie der Menschen mit Pflegebedarf, u. U. basierend auf der eigenen pflegerischen Fachlichkeit entgegenlaufenden Werten, bildet eine hohe Anforderung an die professionelle Pflege. In der Rolle als Gast im Haus hat man da scheinbar weniger Verantwortung (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 77). Interessant in dem Zusammenhang ist, dass Pflegefachpersonen zwar sich selbst als Gast, den Menschen mit Pflegebedarf jedoch nicht als Gastgeber wahrnehmen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 77). Dieser Part wird ausgeblendet und ist deshalb Teil des Konfliktes schreibt Adam-Paffrath. Rollenkonflikte bedingt durch kulturelle Unterschiede können ebenfalls zu Würdeverletzungen bei Pflegefachpersonen führen, wenn sie zu Einschränkungen ihrer professionellen Gestaltungsmöglichkeiten führen. Zum anderen sind mit dem Begriffspaar Partizipation und Mitbestimmung die Mitbestimmung und Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden gemeint. Dazu gehört die Einbindung der Pflegefachpersonen in gesundheitspolitische Entscheidungen (vgl. Adam-Paffrath 2014, 76 f.). Die internationale Literatur reklamiert, dass es nicht üblich sei, Pflegefachpersonen zu politischen Entscheidungen zu hören und sie in die Prozesse der Normgebung einzubeziehen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 78). Trotzdem ist Mitbestimmung und Mitbeteiligung in Gestaltungsprozessen für die jeweils betroffene Gruppe professionell Pflegenden von hoher Bedeutung. Die Einschränkung der politischen Teilhabe oder gar der totale Ausschluss führt nach Hodson zum Verlust der beruflichen Identität und verletzt erneut die Würde von

Arbeitnehmer*innen. Dies ist auf die Pflege zu übertragen (vgl. Adam-Paffrath 2014, 78 f.). Adam-Paffrath beforschte vor 2014 in ihrer auf den Ergebnissen der Literaturanalyse aufbauenden qualitativen empirischen Studie die Situation der ambulanten Pflege in Deutschland. Eines ihrer Forschungsdesiderate waren Informationen zu potentiellen Möglichkeiten der politischen Beteiligung und deren Auswirkungen auf das Würdeempfinden der Pflegefachpersonen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 78) zu finden. Zu allen drei beschriebenen Dimensionen der Partizipation und Mitbestimmung kann eine Pflegekammer viel zur Verbesserung beitragen.

Die Ergebnisse der Studie von Adam-Paffrath bestätigten die herausgearbeiteten und überwiegend für die internationale Pflege verifizierten vier Gesichter der Würde nach Hodson für die ambulante Pflege in Deutschland. Darüber hinaus konnten aus dem Datenmaterial fünf neue Kategorien der Würdeverletzung extrahiert werden (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 116).

Unter der Kategorie „Missmanagement, Missbrauch, ergänzt um Kümmern“ verletzen vier Subkategorien die Würde der Pflegefachpersonen. „Kümmern“ beschreibt die Arbeitsanforderungen an ambulante Pflegefachpersonen, die sie neben den von der „Teilkasko-Pflegeversicherung“ nach SGB XI bezahlten Pflegetätigkeiten in hochkomplexen Pflegesituationen zusätzlich unbezahlt erbringen, um Menschen mit Pflegebedarf zu Hause eine adäquate pflegerische Versorgung zu sichern (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 124). Die Würde der Pflegefachpersonen untergraben genau diese mit den starren Tätigkeitsvorgaben und festgelegten pflegerischen Leistungskomplexen nicht abrechenbaren aber trotzdem im professionellen Selbstbild als auch von Menschen mit Pflegebedarf, Angehörigen und der Gesellschaft erwarteten Koordinationsleistungen. Adam-Paffrath führt als Beispiel die Organisation eines Zahnarztbesuchs bei akuten Zahnschmerzen an (vgl. Adam-Paffrath 2014, 124 f.). Dem zugrunde liegt auch das Kümmern um die Rechte der Menschen mit Pflegebedarf, die professionelle anwaltschaftliche Verantwortungsübernahme hat hohe Bedeutung (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 181). Dieses Kernelement professioneller Pflege ist unter dem Begriff *Advocating* u. a. in der Definition von Pflege des ICN (DBfK 2012), dem ICN-Ethikkodex (DBfK 2013) und in der Ottawa-Charta (Weltgesundheitsorganisation 1986) niedergelegt.

Die Genehmigungspraktiken der Pflege- und Krankenkassen, die Pflegefachpersonen als Machtmissbrauch und z. T. Willkür einschätzen, schließen sich daran an (vgl. Adam-Paffrath 2014, 126 ff.): So sind zusätzlich erbrachte Leistungen nicht abrechnungsfähig; die Genehmigung genehmigungsfähiger Leistungen lässt vier bis sechs Wochen auf sich warten und eigentlich gesetzlich festgelegte Leistungen werden nicht genehmigt, weil die Zieldefinition unklar ist. Verschärfend

wirkt das über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Kontrollinstanz permanent transportierte unterschwellige Misstrauen bzgl. der korrekten Leistungserbringung der Pflegefachpersonen. Das Misstrauen kann sich u. a. in ausgesetzter Erstattung von Leistungen äußern. Es beherrscht „eine Ignoranz der Arbeit und Expertise des Pflegepersonals“ (Adam-Paffrath 2014, S. 126) das Bild.

Willkür und mangelnde Einsicht kann zu Machtmissbrauch führen, dazu gehören u. a. das Ablehnen fachlich nötiger Pflegemaßnahmen durch Angehörige und Fehlanordnungen von Medikamenten durch Hausärzte trotz Intervention der Pflegefachpersonen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 126).

Die aufgezeigten Probleme verschärfen sich durch die von den Krankenhäusern praktizierte schnelle Entlassung (vgl. Adam-Paffrath 2014, 129 f.): Entlassungen erfolgen zu allen Tageszeiten und an Wochenenden, sehr frühzeitig nach operativen Eingriffen, ohne Rücksicht auf die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Entlassung, wie z. B. die Aufklärung bzgl. der Nachsorge, Überleitungsmanagement etc. Pflegefachpersonen fühlen sich verantwortlich, die Versorgungsbrüche kompensieren. Meist sind sie nicht rechtzeitig informiert und einbezogen, was zu akuten Unterversorgungen der Menschen mit Pflegebedarf führen kann. Die Pflegefachpersonen sehen „sich als letztes Glied in der Kette des Versorgungssystems“ (Adam-Paffrath 2014, S. 130), die Position ermöglicht ihnen kaum Einfluss.

Das Gesicht der Autonomiebeschränkung drückt sich einerseits in mangelndem Gestaltungsspielraum in der Pflegesituation vor Ort aus, die berufliche Autonomie kann nicht umgesetzt werden, der Spielraum zum persönlichen Eingehen auf die Patienten wird immer kleiner (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 131). Die bei den Leistungskomplexen hinterlegte Zeit ist zu eng gefasst und lässt den Pflegefachpersonen kaum professionelle Möglichkeiten im System des SGB XI, z. T. werden nicht erbrachte Leistungen abgezeichnet, die Pflegefachperson begibt sich „in Abhängigkeit von den Patienten“ (Adam-Paffrath 2014, S. 131).

Die Zeit ist eine wichtige neue Kategorie, die Pflegenden rasen von einem Menschen mit Pflegebedarf zum nächsten, Adam-Paffrath nennt es die „*Gejagte Gegenwart*“ (Adam-Paffrath 2014, S. 134): Diese steht im Kontrast zur Vergangenheit vor Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI), als Pflegefachpersonen ihre zeitlichen und fachlichen Ressourcen wesentlich autonomer und qualitativ hochwertiger nach den Bedarfen der Menschen einsetzen konnten. Teilweise werden die Defizite durch Einsatz der Freizeit der Pflegefachpersonen kompensiert (vgl. Adam-Paffrath 2014, 134 f.). Eng an die sowohl für Menschen mit Pflegebedarf als auch für die Pflegefachpersonen unwürdige Zeitknappheit schließt

sich die neue Kategorie Überlastung an, die ihren Ausdruck in der immer weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung und in der überbordenden Bürokratie findet (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 135–138):

„Diese Arbeitsverdichtung führt zu einer andauernden Überlastung des Pflegepersonals und dem ständigen Gefühl, den Aufgaben nicht mehr gerecht werden zu können.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 136)

Damit zusammen hängen hohe Krankheitsraten der Pflegefachpersonen sowie Präsentismus trotz Krankheit, weil sie das Team und die Menschen mit Pflegebedarf nicht hängen lassen wollen. Zudem dürfen in einigen Einrichtungen Anfragen von potentiellen Pflegeempfängern nicht zurückgewiesen werden (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 136).

Die Anforderungen von außen finden Ausdruck in der Erfüllung bürokratischer Vorgaben (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 137): Auf jeden Fall muss alles dokumentiert sein, falls der MDK kontrolliert. Es findet eine Werteverchiebung statt, hin zur Dokumentation und weg vom Menschen mit Pflegebedarf, dem man, aus dem beruflichen Ethos heraus, helfen will. Prüfungen der pflegerischen Leistungen auf Basis der Dokumente ohne Fallorientierung und Gespräch mit den Menschen ärgert Pflegefachpersonen. Ihnen wird die Einflussnahme vorenthalten (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 155).

„Professionell Pflegenden werden dadurch zu Gehilfen des Systems reduziert und nicht ernst genommen“ (Adam-Paffrath 2014, S. 155).

Das von Hodson beschriebene vierte Gesicht der Partizipation und des Involvements ist ebenfalls negativ besetzt (vgl. Adam-Paffrath 2014, 154 ff.): Pflegefachpersonen erleben sich den geschilderten Rahmenbedingungen ohnmächtig ausgeliefert, weil sie keinen Einfluss nehmen können. Sie resignieren und sehen die Situation als ausweglos. Sich selbst nehmen sie gegenüber den übermächtigen anderen Akteuren im Gesundheitswesen als unsichtbar wahr:

„Von Beginn an nicht an strategischen Entscheidungen über die Ausgestaltung des Arbeitsbereiches einbezogen zu sein erzeugt bei dem professionellen Pflegepersonal Ohnmacht“ (Adam-Paffrath 2014, S. 154).

Die Ohnmacht wird nicht trennscharf zugeordnet. So haben Pflegefachpersonen weder Einfluss auf streng hierarchische höhere Stufen im eigenen Unternehmen noch auf die Organisationsebene der Kostenträger noch auf die Politik, die für die gesetzlichen Vorgaben verantwortlich ist. Sowohl bei der Gesetzgebung als auch

bei der Umsetzung sehen sich Pflegefachpersonen weder selbst noch die pflegerischen Berufsorganisationen beteiligt oder wirkungslos (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 154).

Diese Resignation gegenüber einer möglichen politischen Einflussnahme oder überhaupt nur der Eindruck, dass eine politische Einflussnahme wirken könnte, konnte die Autorin im Rahmen ihre Tätigkeit als Ansprechperson zur Information über den Sinn und Zweck einer Pflegekammer in den meisten Gesprächen und Telefonaten ebenfalls nachvollziehen. Hier wird es für Pflegekammern essentiell sein, gegenzusteuern, damit die Pflegefachpersonen ihre Würde im politischen Raum zurückgewinnen können und das auch als solches wahrnehmen.

Der fehlende politische Raum hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Pflege: Die Reduzierung der Pflege auf die reine Tätigkeitsebene demontiert die Pflege als professionelles Berufsfeld und die dort arbeitenden Fachpersonen gleichermaßen (vgl. Adam-Paffrath, S. 156). Was Kern, Kompetenz und Mehrwert professioneller Pflege ist, bleibt unsichtbar. Das wiederum verleitet zu der in der Politik noch verbreiteten Ansicht, dass jede*r pflegen könne, die/der über ein gutes Herz und zwei gesunde Hände verfügt (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 150). Zusammengenommen wirkt es wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung.

Berufsstolz und Berufsidentität, als weitere Kategorie (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 144–154), bleiben in diesem facettenreichen Problemportfolio auf der Strecke. Wenn überhaupt erhalten Pflegefachpersonen sie in gut funktionierenden Pflegebeziehungen auf der individuellen Ebene (vgl. Adam-Paffrath 2014, 144 f.). Anerkennung auf gesellschaftlicher und politischer Ebene hat jedoch paradoxe Facetten (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 145). Zwar wird die Arbeit der Pflegefachpersonen anerkannt, häufig ist zu hören: „Toll, das könnte ich nicht!“ Die dahinterliegende Wahrheit könnte sein, dass derjenige, der das äußert, froh ist, dass jemand anderes die ungeliebte Pflege Tätigkeit übernimmt.

Negative Skandalpresse beschädigt das Image der Pflege vor allem im Langzeitbereich, die defizitorientierte Ausrichtung der Pflegehandlungen ebenfalls (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 150). Das führt dazu, dass die Bevölkerung Pflegebedürftigkeit genauso wie Krankheit als negativ und angstbesetzt aus ihrem Leben verdrängt. In einer Gesellschaft, die sich als aktiv, selbstbestimmt und eigenständig definiert, betreffen existenziellen Bedrohungen nur die anderen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 211).

Ebenfalls zur Beschneidung der beruflichen Würde tragen erhebliche Defizite in der Sicht der Pflegefachpersonen auf sich selbst und ihre professionelle Selbstdarstellung bei (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 149–153): Es fehlt Pflegefachpersonen an Selbstreflexivität und an Engagement, sich mittels Fort- und Weiterbildungen auf dem aktuellen Stand pflegerischen Wissens zu halten.

„Die Fähigkeit zur Selbstreflexivität des Pflegepersonals setzt eine Bildung voraus, die über die normalen Inhalte eine Berufsbildung hinausgeht.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 152)

Die Pflegefachpersonen sehen die Defizite und fordern eine fünfjährige Ausbildung und lebenslanges Lernen, damit die ambulante Pflege aus dem Grau hervortritt (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 149–152).

„Für die Würde des Pflegepersonals sind der Berufsstolz, würdevolle Arbeitsbedingungen und eine ausreichende Qualifikation, die zum Arbeitsbereich passt, wichtig.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 152)

Pflegefachpersonen erleben das Gegenteil, nämlich Demütigung. Demütigung als Verletzung der Würde ist die über allen anderen stehende zentrale Kategorie, „da sie sich in allen neun Kategorien wiederfindet“ (Adam-Paffrath 2014, S. 186). Die Kategorie Demütigung „beleuchtet die Aspekte Degradierung, Demontage und Funktionalisierung der Pflege“ (Adam-Paffrath 2014, S. 156). „Klein, blöd, unwürdig“ (Adam-Paffrath 2014, S. 156), das Zitat einer Interviewpartnerin, trifft es gut. Mit der Degradierung geht die Depersonalisierung einher. Pflegefachpersonen wird suggeriert, eine jederzeit austauschbare und ersetzbare „Kraft“ zu sein, deren Aufgaben sich auf die Erledigung der von Pflegekassen, Angehörigen und Ärzten aufgetragener Aufgaben beschränkt (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 157). Mit der fachlichen Degradierung erhält die Pflegefachperson den Status einer Hilfskraft, der Überblick und Urteilsfähigkeit zu nötigen pflegerischen Leistungen abgesprochen wird (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 158). Die professionelle Kompetenz wird demontiert, ihre Fachlichkeit nicht ernst genommen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 160).

Der komplette Pflegeprozess, das Kernelement professionellen Handelns, wird ebenfalls demontiert und zerlegt. Er wird in einzelne, an streng getaktete Zeitvorgaben gebundene Tätigkeiten aufgelöst (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 160). Die dadurch herbeigeführte Funktionalisierung dient wiederum zur Aufrechterhaltung des Systems, der Kreis schließt sich. Manchmal demontieren sich die Kolleginnen in der Folge jedoch selbst, weil sie sich nicht als wirksam erleben (vgl. Kategorie Ohnmacht). Die dahinter liegenden Haltungen sind schon an der Begriffswahl zu erkennen: Dem im Gesundheitswesen allgemein üblichen Begriff „Pflegekraft“ wohnen genau die beschriebenen Bedeutungsfacetten inne. Die professionelle Verantwortung der Pflegefachperson als Heilberuf, die mit der Dienstleistung „Pflege“ verbunden ist, kommt zu kurz oder wird sogar völlig übersehen. Um Würde und Berufsstolz nicht weiter zu untergraben, vermeidet die vorliegende Dissertationsschrift den Begriff. Die Begründungen flossen in die Berufsordnung der rheinland-pfälzischen Pflegefachpersonen ein.

Insgesamt erleben Pflegefachpersonen ihre tägliche Arbeit als ständigen Kampf nach außen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 117–123): Sie stehen unter permanentem Legitimationszwang, erfahren hohen Druck durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit all seinen Auswüchsen und kämpfen an unterschiedlichsten Fronten, wie Angehörige, Hausärzte, Krankenhäuser, Kostenträger etc. für die Anliegen der Menschen mit Pflegebedarf. Nach innen steht die ethische Dimension der Demütigung zentral, sie durchzieht als Ergebnis der Würdeverletzung alle übrigen Kategorien. Zusammengenommen führt das zu Grenzerfahrungen, denen die Pflegefachpersonen allzu oft schutzlos zurücklassen. Das Phänomen der Schutzlosigkeit scheint für Pflegefachpersonen im ambulanten Pflegesetting besonders prägnant. Besondere Risiken ergeben sich aus der Trias der Demütigung, die Adam-Paffrath als Gesamtschau der Kategorien entworfen hat (s. Abbildung 6.13).

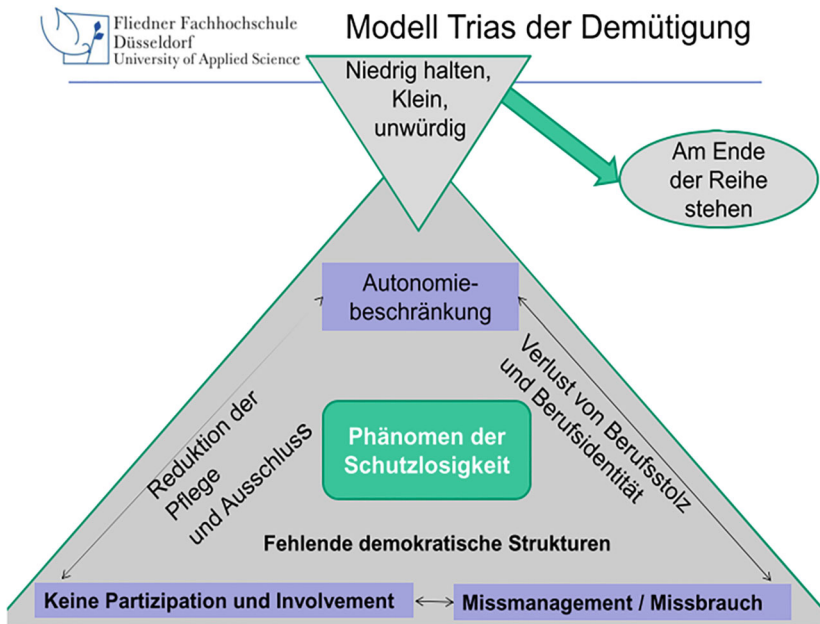


Abbildung 6.13 Modell Trias der Demütigung (Adam-Paffrath 2015, S. 19)¹⁰

¹⁰ Abbildung zur Verfügung gestellt von Frau Prof. Dr. Adam-Paffrath.

Adam-Paffrath erläutert das Phänomen:

„Die Merkmale dieser Schutzlosigkeit werden an Schnittstellen sichtbar, wo es Entscheidungen zwischen legalen und illegalen Leistungen (Stichwort Kassenbetrug) gibt, gefährliche Situationen in den Haushalten oder Anpassungsleistungen von unpassenden Rahmenbedingungen auf die jeweilige Pflegesituation erforderlich sind.“ (Adam-Paffrath 2014, S. 190)

Schutzlosigkeit äußert sich im „Alleine sein, ohne Unterstützung von außen,...“ (Adam-Paffrath 2014, S. 190). Die Vulnerabilität der Pflegefachpersonen findet Ausdruck in Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die latente Gefahr der Gewalt gegen Pflegefachpersonen ohne die Möglichkeit, in einer solchen Situation Hilfe und Unterstützung zu erhalten, ist im ambulanten Arbeitsbereich ständiger Begleiter (vgl. Adam-Paffrath 2014, 190 f.). Die Forderung von Adam-Paffrath lautet, Pflegefachpersonen ein Recht auf Schutz zuzuerkennen, der über die Fürsorgepflichten der Unternehmen und Organisationen hinausgeht. Der Anspruch ist vielmehr wieder auf der politisch-gesellschaftlichen Ebene zu verorten. Der einseitige Blick der Politik auf den Verbraucherschutz für die Menschen mit Pflegebedarf trägt nicht, „er verschleiert die Schutzlosigkeit“ (Adam-Paffrath 2014, S. 191). Es braucht die Ergänzung durch entsprechende gesetzliche Regelungen zum Arbeitsschutz von Pflegefachpersonen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 191). An diese Forderung schließt sich die gesetzlich verpflichtende Berufsordnung der Pflegekammern an. Adam-Paffrath empfiehlt: Pflegefachpersonen „sollten befähigt werden, Kompetenzen und Haltungen zu entwickeln, um ihre Würde zu schützen“ (Adam-Paffrath 2014, S. 210).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Würdeverletzungen von Pflegefachpersonen systemisch angelegt sind. Sie erfolgen sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf Ebene der Organisationen im Arbeitsbereich und auf Ebene von Politik und Gesellschaft. Die resultierenden Demütigungen bedingen einander und sind auf vielfältige Weise miteinander verwoben, es handelt sich um ein hochkomplexes, systemisch zu betrachtendes Phänomen. Lauxen und Adam-Paffrath belegen dies für Deutschland, Abbildung 6.14 gibt eine grafische Zusammenfassung der Studienergebnisse und der abzuleitenden Empfehlungen.



Abbildung 6.14 Ethische Belastungen in der ambulanten Pflege

Eine Pflegekammer bietet diverse Ansatzpunkte auf rechtlicher, politischer und ethischer Ebene, um den geschilderten Befunden entgegenzuwirken. Die Programmtheorie muss politisch- gesundheitssystemisch wirken, den Berufsstolz, die Fachlichkeit und die Berufsethik der Pflegefachpersonen stärken und sie partizipativ mitbestimmen lassen. Diese Unterstützung muss weit über einen Berufskodex oder die in Deutschland existierenden Formate Klinischer Ethikberatung hinausgehen (Abschn. 6.5).

6.5 Ethikstrukturen in Deutschland – pflegeethische Unterstützung?

Die Ergebnisse der Situationsanalyse zur Klinischen Ethikberatung im deutschen Gesundheitswesen verdichtet das zweite Logik Modell. Die vorhandenen Strukturen und Prozesse Klinischer Ethikberatung wurden auf Passgenauigkeit für die Pflege hinterfragt. Methodisch wurden Probleme und Bedarfe analysiert, die sich aus der aktuellen Praxis im Umgang mit ethischen Problemen ergeben.

Ihren Start hatte Klinische Ethikberatung in Deutschland im Krankenhaus. Dort ist die größte Zahl Pflegefachpersonen tätig. Die erste Empfehlung der kirchlichen Krankenhausverbände aus dem Jahr 1997 fokussierte noch sehr stark alle Mitarbeitenden der Klinik, die durch Ethikkomitees für ethische Probleme sensibilisiert und im Umgang damit ausgebildet werden sollen. Ziel war die Verminderung von individuellen Belastungen und das Vorbeugen vor ‚Burn-out‘ Erscheinungen (vgl. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. 1997, S. 20). Schon in der zweiten wegweisenden *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin* aus dem Jahr 2006 fehlte die Unterstützung der Mitarbeitenden bei ethischen Problemlagen. Es kristallisierte sich die Engführung auf die medizinethische Entscheidungsfindung und die damit zusammenhängende bioethische Problemwahrnehmung heraus. Zielgruppe waren die Patient*innen. Die Stellungnahme war naturgemäß arztzentriert. Sie verstärkte die Definition eines ethischen Problems im Gesundheitswesen als ein Problem der medizinischen Therapieentscheidung. Ein organisationsethischer Bezug fehlte genauso wie ein pflegeethischer Bezug. Diese Setzungen erbrachten eine Engführung von Ethikberatung und führten zu Konsequenzen in der Wahrnehmung von Wirkung und Ziel von Ethikberatung für die Pflege. Die von der AEM aufgestellten Standards für Ethikberatung (s. Abschn. 6.1.3) wurden dann 2010 rückblickend aus der bisherigen Entwicklung der Klinischen Ethikberatung in den Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens abgeleitet. Sie bilden lediglich die gewachsenen Strukturen ab. Da die Pflege aber bisher kaum eine tragende Rolle spielte, wird sie folglich nur am Rande als weitere relevante Berufsgruppe angesprochen. Settings, in denen der Heilberuf Pflege als hauptsächlicher professioneller Akteur agiert, wie die Langzeitpflege, sind zwar benannt, jedoch kaum spezifiziert.

Die Stellungnahmen und Standards empfehlen die kontinuierliche Evaluation, die fand jedoch nur in geringem Umfang statt. Die wenigen vorliegenden quantitativen Studien (s. Abschn. 6.2.1) zeigen zwar über fast 25 Jahre eine ansteigende

Implementierungsrate von Ethikstrukturen in deutschen Krankenhäusern. Die an quantitativen Evaluationsergebnisse sagen jedoch wenig über die qualitative Wirkung von Ethikberatung im Allgemeinen und im Pflegealltag im Besondern aus. Die Studie von Pestinger gab erste Hinweise, das Thema anders anzugehen (s. Abschn. 6.2.2). Sie schaltet erstmals eine Bedarfsanalyse vor die Intervention. Als Psychologin empfahl sie die Aufnahme der Sicht aller Professionen, und die Förderung der interdisziplinäre Kommunikation (vgl. Pestinger 2010, S. 55). Die Studie deckt bereits 2010 ethische Problemlagen auf, die mit Ethikberatung in der bisher standardisierten und praktizierten Form nicht zu bewältigen sind. Ressourcenmangel und gesellschaftsethische Probleme verweisen auf die politische Metaebene, für die die Mesoebene einzelner Einrichtungen keine Lösung bieten kann. Klinische Ethikberatung nach den Standards der AEM und der ZEKO (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2006) sucht Lösungen auf individueller Ebene. Die Ebene der politischen Rahmenbedingungen wird nicht angesprochen. Mit Klinischer Ethikberatung ist dem Problemkomplex nicht beizukommen.

Wie Dörries et al. 2015 feststellten, ist die Forderung der Qualitätssicherung an die Ethikberatung in der Realität nicht erfüllt (Abschn. 6.2.3). Trotzdem stärken die Autor*innen das Modell der Klinischen Ethikberatung erneut. Der Fokus müsse auf der ethisch begründeten medizinische Entscheidung liegen. Die vereinheitlichte Ethikberatung nach den Standards der AEM angewandt in allen Bereichen des Gesundheitswesens, sichere die Qualität (vgl. Dörries et al. 2015, 251 f.). Nach der Methodik der Programmtheorie müsste das Evaluationsergebnis des Programms „Klinische Ethikberatung“ zur Modifikation und bedarfsorientierte Anpassung des bisher durchgeführten Programms führen. Das ist allerdings nicht die angestrebte Strategie. Vielmehr sind die Restaurierung und Verstärkung des etablierten Programms angestrebt.

Die qualitativen Analyse von dokumentierten Ethikberatungen (Abschn. 6.2.4) belegen, dass die Anliegen der Pflege nicht wahrgenommen werden. Klinische Ethikberatung registrieren die ethische Not der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf in der Pflegebeziehung nicht. Nach den Standards für Klinische Ethikberatung agierende Pflegefachpersonen in Beratungsteams können die pflegefachliche Kompetenz der Kolleginnen infrage stellen, anstatt ein eigenes pflegeethisches Professionsverständnis vom medizinethischen Verständnis abzugrenzen und pflegerischen Probleme ins Licht der Wahrnehmung zu rücken, wie es Kohlen (2008) erarbeitet hat. Zusammenfassend heißt das:

„Care wird marginalisiert beziehungsweise die Themen der Pflegenden werden marginalisiert, und während ihre Anliegen systematisch ignoriert werden, marginalisieren sie sich überdies selbst“ (Kohlen 2010, S. 64).

Das Stadium des *sich selbst klein machen* hat die deutsche Pflegeprofession bis heute nicht überwunden. Zwar finden sich unterdessen mehr Pflegefachpersonen in Ethikkomitees in Kliniken, wie Scheuring und Gold 2016, S. 35 belegen konnten. Die bloße Repräsentanz liefert aber noch keine hinreichende Beantwortung pflegeethischer Fragestellungen. Pflegefachpersonen sind interessiert an ethischen Fragestellungen. Deshalb bringen sie hohes Engagement bei der Etablierung von Ethikberatung auf und besuchen Fortbildungen. Die herausgearbeiteten programmtheoretischen Defizite führen in der Praxis zu fehlenden Antworten auf die Fragen der Pflege. Die Frustration veranlasst Pflegefachpersonen, der Klinischen Ethikberatung in Kliniken fernzubleiben, weil ihre Themen nicht bearbeitet werden. International fassen *Care Ethics* pflegeethischen Fragen. In Deutschland wird diese philosophische Richtung bisher weitgehend ausgeblendet. Es fehlt an Wissen zur Careethik als sinnvolle Erweiterung der verbreiteten bioethischen Theorien. Die Programmtheorie für Ethik in Pflegekammern muss die careethischen Theorien in den Mittelpunkt stellen und so professionelles Pflegehandeln stützen.

Noch dramatischer stellt sich die Lage in der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Akut- und Langzeitpflege dar. Die Daten des Statistischen Bundesamts (2017, 2020) (s. 6.3.1) verweisen auf komplexe Problemlagen, genannt sei exemplarisch die zunehmenden kognitiven Einschränkungen der Menschen mit Pflegebedarf. Die in diesen Settings naturgemäß auf längere Zeit ausgelegten Pflegebeziehungen erfordern hohe pflegefachliche und pflegeethische Kompetenz. Den steigenden Bedarfen stehen jedoch immer weniger Pflegefachpersonen gegenüber, die Altersstruktur (38 % älter als 50 Jahre, 15 % jünger als 30 Jahre) prognostiziert einen dramatischen Nachwuchsmangel. Dies befördert ethische Problemlagen der Verteilungsgerechtigkeit auf allen Ebenen. Nötig sind Interventionen der Pflegekammer auf der Mikroebene und der politischen Ebene, die Programmtheorie muss ein Modell vorschlagen, dass gute Lösungen ermöglicht.

Das Frankfurter Netzwerk Ethikberatung in der Altenpflege (s. Abschn. 6.3.2) rückt die ethische Belastung von Pflegefachpersonen in den Blick. Das Netzwerk bietet einen Schatz an empirischen Ergebnissen, die als wertvolle Grundlage für die weiteren Überlegungen zu ethischer Unterstützung für Pflegefachpersonen dienen können. Die Standards der AEM wurden in die stationäre Langzeitpflege übertragen. Das ernüchternde Evaluationsergebnis der mehr als zehnjährigen

Bemühungen zeigt, dass Pflegenden im direkten Bewohnerkontakt zwar erheblichen ethischen Problemlagen ausgesetzt sind aber trotzdem keinen Zugang zu den implementierten Strukturen der Ethikberatung finden und ihre Anliegen deshalb dort keine Stimme haben. Das Wissen um die ethischen Belange der Pflegebeziehung erreicht die Ethikstrukturen nicht. Weder auf die Belange der Bewohner*innen noch der Pflegenden kann gut eingegangen werden. Wirklich funktionierende Unterstützung kann auch in diesem Setting nicht vermeldet werden. Ursächlich kann der Bezug der Ethikstrukturen auf die für den Klinikbereich entwickelnden Standards der AEM sein. Deren Passgenauigkeit wurde nicht überprüft, es wurde keine Programmtheorie für Ethik in der Langzeitpflege entwickelt. Die Probleme der Marginalisierung der Pflege setzen sich als Folgefehler einfach fort.

Im ambulanten Bereich sind noch weniger Aktivitäten beschrieben (s. Abschn. 6.3.3). Die vorgefundenen Beispiele für Ethikberatung wurden von Ärzt*innen und Ärztekammern initiiert. Die Gründungsinitiativen waren eng an Entscheidungssituationen am Ende des Lebens gebunden. Erneut wurde das Standardmodell der AEM übertragen. Folglich ist für ethische Fragestellungen des Pflegealltags kein Raum erkennbar, obwohl die empirisch belegt ist, dass gerade *Everyday Ethics* den Löwenanteil in der Langzeitpflege erzeugen, egal ob im stationären oder im ambulanten Pflegesetting.

In Deutschland gibt es keine Unterstützung für pflegethische Fragestellungen. Vielmehr prägen die umfassenden Standards der AEM, die den Anspruch erheben, sowohl Struktur als Prozess zu normieren, die deutsche Ethikszene. Die AEM unternimmt den Versuch, sie durch allen Versorgungssettings zu deklinieren. Zudem kommen fast alle publizierten Forschungsarbeiten zur Evaluation aus dieser einen Quelle. Somit wird der erreichte Status quo stabilisiert (vgl. Kohlen 2009, S. 93). Deutschland ist geprägt von der medizinethischen Herangehensweise, welche u. a. definiert, was ein *ethisches* Problem ist und was nicht. An dem Punkt ist in aller Deutlichkeit festzuhalten, dass man nicht davon ausgehen kann, dass nur weil kein bioethisches Problem vorliegt, es kein (pflege)ethisches Problem gibt. Die Deklassierung von *anderen* Problemen als keine *ethischen* Probleme verursachte hohe Implementierungsprobleme von Ethikberatung in allen Settings des Gesundheitswesens. Die bioethische Verkürzung wirkt als Gatekeeper zur Klinischen Ethikberatung. Dies stellt als solches bereits ein ethisches Problem dar, ein breiter, professionsübergreifender Diskurs fehlt. Die Standards der AEM suggerieren, dass Ethikberatung in der normierten Form ausreichend für die Pflege sei. Durch kritiklose Übernahme der biomedizinischen Sicht gehen careethische Ansätze verloren:

“In sum, the German scientific community in nursing has not yet critically examined ideas about an ethics of care”(Kohlen 2008, S. 75).

Alle summativen Evaluationen ergaben Hinweise, dass die fehlende Inanspruchnahme der Klinischen Ethikberatung nicht gleichzusetzen mit fehlenden ethischen Fragen ist. Für den Bereich Krankenhaus belegen Sauer (2015) und Rester et al. (2017) hohe ethische Belastungen unter Pflegefachpersonen, die durch die vorhandenen Strukturen Klinischer Ethikberatung nicht aufgefangen werden. Hochbelastete gehen nicht hin, ihre Themen sehen sie dort nicht abgebildet. Die resultierende Gefahr des Burnouts und des Berufsausstiegs aufgrund von Moral Distress thematisieren die Forschenden zwar, die Zusammenhänge seien „noch nicht hinreichend geklärt“ (Sauer 2015, S. 139). Als Lösung verordnen die Autoren ein Mehr des Bekannten: Ethikberatung, Schulung, Leitlinien nach den Standards der AEM. Konsequenzen in Konzeption und Ausrichtung sind nicht festzustellen. Ein adaptierter Umgang mit pflegeethischen Problemen steht in deutschen Kliniken aus.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege sieht es nicht besser aus (s. Abschn. 6.4.2). Die ethische Belastung ist bereits unter den Auszubildenden hoch. Pflegefachpersonen fordern passgenaue Konzepte, sie wollen bei der Umsetzung mitarbeiten. Ihr Gestaltungsinteresse war sehr hoch. Leitungspersonen der Pflege unterstützten sie. Auf Trägerebene scheiterte es, weil personelle und finanzielle Ressourcen verwehrt wurden. Die Unterstützung der Mitarbeiter*innen als Möglichkeit zur Verbesserung des Arbeitsklimas und zur Bindung wurde nicht erkannt oder zumindest nicht genutzt (vgl. Kuhn 2011). In den Einrichtungen der Langzeitpflege scheint auch 2021 kein Veränderungsprozess vorzuliegen.

Mannigfaltige moralische Konflikte im ambulanten Pflegebereich belegten Lauxen (2008) und Adam-Paffrath (2014) (Abschn. 6.4.3). Die Herausforderungen der Pflegebeziehung sind aufgrund der privaten Häuslichkeit etwas anders gelagert. Pflegefachpersonen kompensieren Würdeverletzungen der Menschen mit Pflegebedarf, sie gleichen strukturelle Mängel und Probleme der Verteilungsgerechtigkeit über vermehrten persönlichen Einsatz aus. Gleichzeitig wird ihre eigene Würde verletzt. Sie fühlen sich professionell gedemütigt über die „... Degradierung, Demontage und Funktionalisierung der Pflege...“ (Adam-Paffrath 2014, S. 156). Persönlich fühlen sie sich „Klein, blöd, unwürdig“ (Adam-Paffrath 2014, S. 156) und jederzeit austauschbar. Sie werden nur als *Kraft* zur Erledigung der aufgetragenen Aufgaben gesehen, nicht als *Person* und Angehörige eines Heilberufes. Die professionelle Kompetenz der Pflegefachperson wird von außen demontiert, sie wird in ihrer Fachlichkeit nicht ernst genommen (vgl. Adam-Paffrath 2014, S. 160) und marginalisiert. Pflegefachpersonen haben diesen, aus

der beruflichen Sozialisation erwachsenden Problemen auch nach 150 Jahren noch wenig entgegenzusetzen. Die alten Ideale der Dienstbarkeit und Treue wirken nach, die Pflegefachpersonen haben ein schlechtes Gewissen, moralischen Stress, fühlen sich psychisch überlastet bis hin zum Burn-out. Pflegefachpersonen arbeiten, auch wenn sie krank sind, oft genug werden sie von den eigenen pflegerischen Vorgesetzten genötigt. Gesundheitsschutz scheint nicht für Pflegenden zu gelten. Das Ergebnis ist schlimmstenfalls Krankheit und Berufsausstieg. Dabei sind viele Probleme nicht auf individueller Ebene lösbar. Abbildung 6.15 fasst die Analyseergebnisse der Ethik im deutschen Gesundheitswesen im grafischen Logik Modell zusammen und leitet Hinweise auf Lösungen ab.

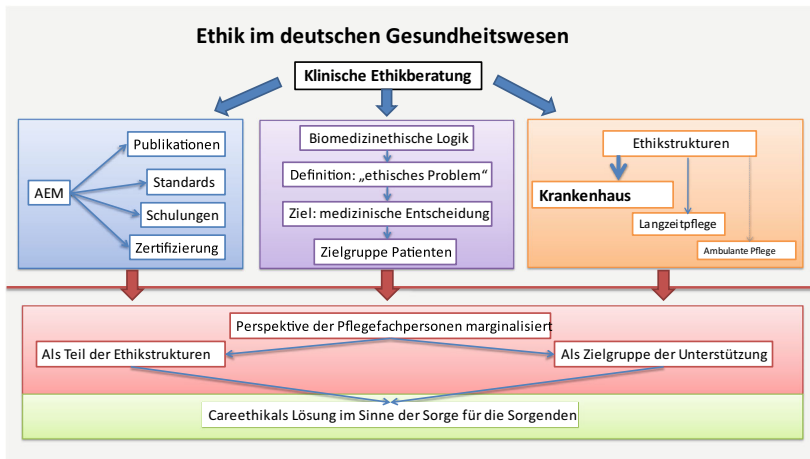


Abbildung 6.15 Klinische Ethikberatung und die Sorge um die Sorgenden (vgl. Kuhn 2019b, S. 17)

Die empirischen Ergebnisse zum Stand der Klinischer Ethikberatung belegen über zwanzig Jahren intensiver Entwicklungsarbeit der AEM. Es wurde eine komplette Standardisierung Klinischer Ethikberatung entwickelt, die streng der biomedizinischen Entscheidungslogik folgt, Zielgruppe sind die Patienten. Klinische Ethikberatung wird zunehmend in allen Versorgungsbereichen implementiert.

Die Evaluationen allerdings zeigen deutliche Lücken im Interventionsprozess: Selten werden der Implementierung vorausgehende Bedarfsanalysen für Ethikberatung durchgeführt. Formative, den Aufbau von Ethikstrukturen begleitende

Studien sind nicht veröffentlicht. Es fehlen flächendeckende Evaluationsergebnisse, es liegen nur Einzelberichte vor. Die Intervention der deutschen Klinischen Ethikberatung basiert auf der Übernahme des US-amerikanischen Modells. Die Entwicklung einer elaborierten, auf die deutschen Settings angepassten Programmtheorie, wie sie professionsübergreifend Funnell und Rogers (2011) und davor schon die Pflegewissenschaft van Meijel (2003) fordern, ist nicht nachzuweisen. Folglich liegt keine Programmtheorie vor, die die Steuerung der Interventionen ermöglicht (s. Abschn. 3.2.1) und aufkommende Bedarfe integriert (und nicht ignoriert). Aktuell wird häufig versucht, wenigstens nachträglich eine Programmtheorie zu konstruieren, um die Wirkungen der Interventionen messen zu können (vgl. exempl. Adlbrecht et al. 2018). Bisher ist auch das nicht erfolgt, deshalb sind zielgruppenadaptierte Nachsteuerungen zur Erhöhung der Passgenauigkeit nicht möglich. Dies führt zur roten Linie im Schaubild: Die Standards der AEM sind weit davon entfernt die ethischen Anliegen der Pflege aufzunehmen. Sie können das Finden guter Ergebnisse für den Pflegealltag kaum unterstützen. Ethische Herausforderungen bewertet die Profession Pflege aufgrund ihrer Nähe zu den Menschen mit Pflegebedarf oft anders als die ärztliche Profession. Spannungsfelder ergeben sich z. B. aus dem medizinisch Möglichen vs. pflegfachlichen Grenzen; aus den je persönlichen Grenzziehungen des Einzelnen, die von anderen Akteuren überschritten werden, seien es Professionelle untereinander oder die Menschen mit Pflegebedarf und deren Familien; aus der Diskussion des ethischen Gehaltes von alltäglichen Situationen vs. medizinischen Therapieentscheidungen; aus der Umsetzbarkeit von Patientenverfügungen als Ausdruck der Autonomie; dem pflegfachlichen Begleiten des Sterbens vs. dessen Ignorierens inklusive des Ortes, an dem Sterben unter welchen Bedingungen stattfinden (darf); aus der pflegfachlichen Handlungsbedarf vs. Ressourcenallokation aufgrund Personalknappheit; und vieles weitere mehr.

Der rote Bereich ergibt die Anforderung an das ethische Mandat von Pflegekammern: Sie muss den Heilberuf Pflege in den Einrichtungen unterstützen, damit er sich mit seinen pflegeethischen Lösungsansätzen selbstbewusster positionieren kann. Die Marginalisierung von Pflegefachpersonen und pflegeethischen Herausforderungen muss aufhören, systematische, einander bedingenden Würdeverletzungen der Pflegefachpersonen sind zu unterbinden! Das ungute Bauchgefühl, das schlechte Gewissen aufgrund irritierter eigener Wertvorstellungen braucht seinen Platz. Pflegekammern müssen die Schaffung ermöglichender Rahmenbedingungen in allen Pflegesettings einfordern, genau wie es die Ärztekammern 2006 über die ZEKO getan haben.

Der grüne Bereich zeigt die Lösung: Die Pflegekammer muss *Sorge für die Sorgenden* tragen. Dem hochkomplexen, systemischen Phänomen der ethischen

Belastung kann nur eine Pflegekammer nachdrücklich beikommen. Was bei Lauxen 2008 ein Wunschtraum und bei Adam-Paffrath 2014 gerade im Entstehen war, kann 15 Jahre später Wirkung entfalten. Zumindest in Rheinland-Pfalz ist die Pflegekammer *das* Organ, welches diese ethische Mandat anzunehmen hat.

Die strategische Theorie of Change der Programmtheorie muss Pflegefachpersonen in die Steuerung der Interventionen systematisch einbinden, damit ihre ethischen Bedarfe diesmal beantwortet werden. Das pflegeethische Berufsethos muss wieder lebbar werden und seine positiven Effekt für die Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf zeitigen können. Dazu zeigt die Careethik wertvolle Zugänge, die in die Programmtheorie zu integrieren sind. Die Theorie of Action muss systemische Lösungsansätze für individual-, organisations- und gesellschaftsethische Ebenen miteinander verweben können. Hier hat eine Pflegekammer als politisch agierende Körperschaft des öffentlichen Rechts diverse neue Ansatzpunkte auf rechtlicher, politischer und ethischer Ebene, um den ethischen Belastungen entgegenzuwirken. Diese Möglichkeiten sind allerdings noch auszufüllen. Dies zeigt der Argumentationsstrang des ethischen Mandats der Kammer auf politischer Ebene (Kap. 7), welche zur Ableitung einer passgenauen Programmtheorie noch fehlt.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Pflegekammern – ethisches Mandat auf der politischen Ebene

7

In Deutschland begaben sich mehrere Bundesländer auf den Weg, über landesrechtliche Gesetze professionelle Selbstverwaltungsorgane des Heilberufs Pflege zu errichten (s. Kap. 5). Die Zuständigkeit der gesetzlichen Regelungen, die Heilberufe betreffend, legte bereits das Grundgesetz fest (Art. 74, Nr. 19 Bundesrepublik Deutschland 23.05.1949). Es verleiht dem Bund und den Ländern konkurrierende Befugnisse. Konkurrierend bedeutet, dass die Gesetzgebungskompetenz sowohl auf Ebene des Bundes als auch der Länder verortet sein kann. Die Begründung für die Aufteilung liegt einerseits in Bestrebungen zu bundeseinheitlichen Regelungen, andererseits in der Stärkung des Föderalismus und des Subsidiaritätsprinzips. Die Berufsgesetze sowie die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der staatlich anerkannten Pflegeberufe erlässt der Bund für alle Länder einheitlich (vgl. Lehmann et al. 2019, S. 53). Die entsprechenden bis 2019 gültigen Regelwerke waren das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Bundesrepublik Deutschland 16.07.2003) sowie das Gesetz über die Berufe der Altenpflege (Bundesrepublik Deutschland 25.08.2003). Nach der Reform der Pflegeberufe gilt seit 2020 für beide Berufe nur noch ein Regelwerk, das Pflegeberufegesetz (Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017) (s. Abschn. 7.1). Das Gesetz folgt europäischen Gesetzen, es

.... konkretisiert jedoch vornehmlich die Einhaltung europarechtlicher Mindestanforderungen für das Erreichen der Berufszulassung (z. B. Schutz der Berufsbezeichnung, Ausbildungsziel-, -dauer und -struktur, Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsverhältnis). Detaillierte Ausbildungsregelungen bleiben den Bundesländern überlassen, die ihre Verantwortung in diesem Bereich unterschiedlich wahrnehmen. Beispielsweise gibt es nur vereinzelte Bundesländer, die für die Pflege konkretisierende der Ausbildung entwickelt und verabschiedet haben. Von einer einheitlichen Pflegeausbildung jenseits der bundesrechtlichen Bestimmungen ist in Deutschland nicht auszugehen“ (Lehmann et al. 2019, S. 53).

Kammerrecht ist originäres Länderrecht, die Etablierung von Heilberufekammern unterliegt im föderalistischen deutschen Staatsgefüge den Bundesländern. Jedes einzelne Land kann den Bedarf sehen, den die Selbstverwaltung eines Heilberufs in einer Kammer beantworten kann und entscheiden, ob eine entsprechende Heilberufekammer etabliert werden soll oder nicht. Als Begründung zur Errichtung einer Pflegekammer führen die Akteure zwei deutlich differierende Hauptargumente an: Für die *Berufsgruppe* steht die professionelle Selbstverwaltung und damit die Abkehr von der Fremdbestimmtheit im Mittelpunkt. Die *Länder* versprechen sich von der Errichtung eine Erhöhung der pflegerischen Versorgungssicherheit der Bürger*innen. Zur Sicherung des gesellschaftlichen Zentralwerts verleihen sie den Kammern den Status *Körperschaft des öffentlichen Rechts*, der sie im besonderen Maße an die Gesetze bindet.

Gegründet zur Erfüllung der staatlich normierten Aufgabenstellung und aufgrund ihrer Situierung im Staatsgefüge sind Kammern politisch agierende Institutionen. Diese politische Dimension ist der Berufsgruppe bisher aber eher fremd, die Pflege ist aus ihrer historisch gewachsenen Sozialisation heraus bis heute als unpolitisch einzustufen (vgl. Kuhn 2016, S. 95). Dafür spricht der geringe Organisationsgrad in Berufsverbänden und Gewerkschaften weit unter 10 % (vgl. Krampe 2009, S. 27). Die Gesamtzahl der in der Pflege tätigen Personen beruht auf Hochrechnungen mit vielen Annahmen (u. a. Kap. 5, Abschn. 6.3.1). Erst eine Registrierung *aller* Berufsangehörigen in Deutschland liefert belastbare Zahlen. Die erstmalig vollzogene Organisation der *gesamten* Berufsgruppe in *einer* Institution eröffnet neue politische Möglichkeiten. Das Nutzen der aus der Institution Pflegekammer erwachsenden Optionen müssen die Pflege als Ganzes und die Akteur*innen im Einzelnen erst lernen, zur Ausgestaltung der neuen Wege braucht es an Wissen und Erfahrung (vgl. Kuhn 2016a, S. 106). Eine Grundlage zur Nutzung der neuen Möglichkeiten bildet die Analyse der die Pflege im engeren und weiteren Sinn betreffenden Gesetze, um sich aktiv in die politische und praktische Ausgestaltung einbringen zu können. Daran anschließend ist die Mitgestaltung von neu zu entwickelnden Gesetzen und Normen einzufordern und voranzutreiben. Soweit an dieser Stelle ein erster Einblick in die Ausgestaltung des politischen Mandates. Das ethische Mandat der Pflegekammern hängt damit zusammen. Wie in Abschn. 5.4 herausarbeitet, erfährt *Ethik* unterschiedlichste Konkretisierungen und Abgrenzungen, die eher in Richtung Gesetzgebung oder eher in Richtung der Haltung der Pflegefachpersonen tendieren können. Relevant ist Ethik sowohl als Baustein der Profession als auch der Kontext der politisch zu sichernden Gesundheitsversorgung. Beide Aspekte beleuchtet dieses Kapitel. Aufbauend auf der Vorarbeit (Kuhn 2016a) erfolgt in Abschn. 7.1 ein kurzer Abriss zur Professionalisierung der Pflege und der Funktion von Kammern.

Neue politische und gesetzgeberische Entwicklungen aktualisieren die Professionsbausteine, Aufnahme findet die Freiheit vor Fremdkontrolle als originäres Kammerelement. Abschn. 7.2 widmet sich dem Professionsbaustein Ethik. Den Einstieg bildet die Zusammenfassung historisch gewachsener ethischer Wertegerüste. Dies bietet einen Eindruck der berufsspezifischen Entwicklung der Pflege in Deutschland, soweit dies anhand der wenigen vorliegenden empirischen Arbeiten möglich ist. Es liefert den Einbezug der neuen politischen Entwicklungen. Abschn. 7.3 nimmt die Versorgungssicherheit, das Kernkonzept der Daseinsberechtigung von Pflegekammern in den Blick. Hier ist die zweite Komponente des ethischen Mandates, die Gemeinwohlorientierung einer Profession, zu verorten. Zusammenführend ergeben sich Hinweise zum ethischen Mandat von Pflegekammern, die in Abschn. 7.4 zur der Präzisierung der Anforderungen an die Programmtheorie führt. Hier scheinen die Zusammenhänge des politischen und des ethischen Mandates auf, die einer Programmtheorie zur Bearbeitung bedürfen.

7.1 Pflegekammern in Deutschland – Baustein einer Profession?

Professionalisierungsbestrebungen bestimmen die berufspolitische Diskussion der Pflege international seit dem neunzehnten Jahrhundert. Mit starker Verzögerung ist die Diskussion um die Professionalisierung zu Beginn der 1990er Jahren in der deutschen Pflege angekommen. *Professionalisierung* war der „meistgebrauchte Begriff in der berufspolitischen Debatte um die Pflege (Bollinger et al. 2005 // 2016, S. 9). Sobald man sich tiefer in die Quellen einliest, bleiben viele Fragen offen. Diese bedürfen der Klärung, um mit einem gemeinsamen Professionsverständnis zu argumentieren. Für die politische Diskussion mit meist berufsfremden Akteuren, der sich der Heilberuf Pflege mit der Etablierung von Kammern verstärkt stellen muss, ist die Entwicklung des eigenen Selbstverständnisses essentiell. Zur Analyse des inhärenten ethischen Mandates von Pflegekammern und zur Konzeption der passgenauen Programmtheorie ist diese Klärung unerlässlich.

Kellnhauers Grundlagenwerk *Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege* orientierte sich an den Merkmalen einer Profession. Im Zuge der Akademisierung Mitte der 1990er Jahre wollte die Pflege nun Profession sein. Dieser Wunsch barg jedoch definitorische Schwierigkeiten, es fehlten die Merkmale *berufliche Selbstverwaltung* und *vorbehaltenen Aufgaben*. Deshalb veränderte sich der Diskurs hin zur Untersuchung des Pflegeprozesses, das professionelle Pflegehandeln diente nun als Ausdruck der Professionalisierung (vgl.

Kuhn 2016, S. 29). Allerdings hilft es nicht, den Merkmalsansatz auszublenden, nur weil entscheidende Strukturelemente fehlen, die die Abgrenzung zum Beruf darstellen (vgl. Hartmann 1972, 37 ff.). Der Prozess der Professionalisierung baut entweder auf den Strukturmerkmalen auf, leitet daraus Professionsziele und Strategien für den Entwicklungsprozess ab (vgl. Hartmann 1972, 42 f.) oder er hängt sozusagen *in der Luft* (vgl. Kuhn 2016a, S. 34). Deshalb griff die parallel zum Gesetzgebungsverfahren zur ersten deutschen Pflegekammer in Rheinland-Pfalz 2014 entstandene Vorarbeit den merkmalsorientierten Ansatz auf, beschrieb den Prozess und das Ergebnis:

„Bei oberflächlicher Betrachtung verfügt die Pflege über die nötigen Professionsbausteine. Sie vertritt den Zentralwert Gesundheit, ist akademisiert und es gibt eine Pflegeethik. Nach dem Merkmalskatalog fehlt nur die Selbstverwaltung, die nach deutschem Recht am besten in einer Kammer umzusetzen ist. In der Summe wäre die Professionalisierung in RLP demnächst abgeschlossen. Die Gesamtschau erfordert das Abweichen vom additiven Bausteinmodell. Dies geschieht nicht, weil der Merkmalskatalog unzutreffend wäre. Die LPFK ist sehr wohl ein fehlender Baustein zur Professionalisierung, sie ist jedoch nicht der letzte fehlende Baustein zur Profession. Das Problem ist, dass es bei den Bausteinen universelles Wissen und gesellschaftlicher Zentralwert erhebliche Lücken gibt und auch der Baustein Berufsethik im modernen Verständnis der flächendeckenden Umsetzung harrt. Allen Bausteinen ist eine gewisse Instabilität zu bescheinigen. Dadurch ergibt sich für die LPFK der Status eines Grundsteines, auf dem die Professionalisierung aufzubauen ist. Sie hat die Ermöglichungsfunktion zur Umsetzung des vollen professionellen Anspruchs und kann zur Stabilisierung der anderen Bausteine beitragen und so eine stabile Profession ausbilden.“ (Kuhn 2016a, S. 102)

Seit 2014 hat sich einiges bewegt. Die Merkmale ermöglichen Beschreibung, Zuordnung und Messen des aktuellen Entwicklungsstandes. Daraus leitet sich das ethische Mandat der Pflegekammer ab. Die Situationsanalyse folgt dem fünfteiligen Modell nach Schmeiser: Universelles Wissen, staatlich garantierte exklusive Berechtigung der Funktionsausübung, der Sachkompetenz und Gemeinwohlorientierung entsprechenden hohe Entlohnung, Freiheit von Fremdkontrolle durch Berufslaien oder den Staat sowie der Berufsethik (vgl. Schmeiser 2006, S. 301). Die enge Verwobenheit der Merkmale zeigt sich deutlich im seit 2020 gültigen Pflegeberufegesetz. Es normiert und beeinflusst die Entwicklungen des *universellen Wissens* (Abschn. 7.1.1), der *Kontrollmöglichkeiten des Berufszugangs und der exklusiven Berechtigung der Berufsausübung* (Abschn. 7.1.2) sowie indirekt die *Entlohnung* (Abschn. 7.1.3). Das Bundesgesetz folgt EU-Richtlinien, es schlägt

über die Landesgesetze bis zu den Ordnungen der Pflegekammer durch. Die Pflegekammer normiert die Freiheit vor Fremdkontrolle (Abschn. 7.1.4). Abschn. 7.2 widmet sich der Berufsethik.

7.1.1 Universelles Wissen – akademische Primärqualifizierung

Das universelle Wissen sollte über die Akademisierung der Pflege sichergestellt werden. Meist wird der Begriff Professionalisierung synonym mit dem vor 30 Jahren begonnenen Akademisierungsprozess verwandt. Heute ist der Prozess in Deutschland lange nicht so weit fortgeschritten, wie in den frühen 1990er Jahren gewünscht. Bis 2020 etablierte sich die Akademisierung fast ausschließlich über Weiterbildungsstudiengänge mit der Zugangsvoraussetzung pflegerische Berufsausbildung (Ausnahme Hessen, dort ließ das Hochschulgesetz dies nicht zu). Die „zehn- bis zwanzigprozentige Durchdringung der Pflege- und Gesundheitsberufe mit akademisch qualifizierten Mitarbeitern“ (SVR Gesundheit 2014, S. 534), wie in der *Agenda Pflegeforschung für Deutschland* (Behrens et al. 2012), vom Wissenschaftsrat 2012 und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014 gefordert, ist utopisch. Der Durchdringungsgrad liegt unter einem Prozent (vgl. Lehmann et al. 2019, S. 210). Die Anerkennung der Pflege als Profession ist nur ansatzweise erfolgt, auch innerhalb der Berufsgruppe. Die Art der akademischen Qualifizierung in Deutschland qualifiziert akademische Pflegefachpersonen für Management, Lehre und Wissenschaft. Ziel war von Anfang an die „Heranbildung einer beruflichen Elite“ (Robert Bosch Stiftung 1992, S. 5) nicht die Voll-Akademisierung. In der direkten Pflege fehlen bis heute akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen. „Am Bett“ sind Pflegefachpersonen mit traditioneller sekundärer Berufsausbildung eingesetzt. Dies führt zu Brüchen innerhalb der Berufsgruppe. Deutliche Differenzen zwischen auf sekundärem Niveau ausgebildeter Pflege und akademischer Pflege sind auszumachen. Schlimmstenfalls stempeln dreijährig ausgebildete Pflegefachpersonen akademisch weitergebildete Pflegefachpersonen als *bettflüchtig*, *arbeits scheu* und *nicht mehr zur Berufsgruppe gehörend* ab. Akademische Pflegefachpersonen berichten über einen Heimatverlust, die Fremdidentifikation eines akademischen Abschlusses in der Pflege fehlt (vgl. Gerlach 2013, S. 212–213). Diese berufsgruppeninternen Probleme bedürfen dringend der Klärung, bevor die nach dem neuen Pflegeberufegesetz akademisch primärqualifizierte Pflegefachpersonen in der Berufspraxis ankommen. Es besteht die Gefahr, dass sich die Probleme vergrößern, weil sich die Berufsgruppe weiter auseinanderentwickelt.

Hier kann eine Pflegekammer konstruktiv gestaltend auf die Berufsgruppe Einfluss nehmen, sofern sich die oben beschriebenen Brüche nicht auch in den Kammern manifestieren und die Thematik aus Scheu davor nicht angegangen würde.

Das ethische Mandat der Kammer umfasst das mit dem Akademisierungsgrad zusammenhängende Qualitätsniveau von Pflegefachpersonen in Deutschland. Der angestrebte 20 %ige Anteil tertiär qualifizierter Pflegefachpersonen bleibt deutlich hinter dem Akademisierungsgrad der anderen Länder in Europa und weltweit zurück. Der deutsche Berufsabschluss entspricht nach europäischem und deutschem Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR, DQR) dem Qualifikationsniveau 4 (vgl. Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) 2017, S. 22). Auf DQR 4 Niveau befinden die meisten Mitglieder der Pflegekammern, die Berufszugehörigkeit definiert die verpflichtende Mitgliedschaft (§ 1 Abs. 3 Nr. 4,5 Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Viele Pflegefachpersonen verfügen über Weiterbildungen (DQR 5), nur wenige über einen Bachelorabschluss (DQR 6). Überall in den Nachbarländern steigen Pflegefachpersonen dagegen auf EQR 6 = Bachelor-Niveau in den Pflegeberuf ein.

Das Niveau der deutschen Pflege unterschreitet an weiteren Punkten deutlich die Anforderungen der Europäischen Union: So liegt die Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung mit mittlerer Reife und teilweise Hauptschulabschluss unter dem in den EU-Staaten geforderten zwölfjährigen Schulabschluss; die Berufsabschlüsse der Altenpflege sind nicht anerkennungsfähig, da sie nur auf eine Altersgruppe zentrierte Facetten der Pflege abbilden; ein Studium, das direkt zur Berufsankennung führt (nicht diese voraussetzt), gab es bis 2020 nur in Modellstudiengängen. Die niedrigeren Kompetenzansprüche erzeugten Umsetzungsprobleme des Rechtes auf Freizügigkeit verbunden mit der freien Berufsausübung innerhalb der Europäischen Union. Diese Grundrechte aller EU-Bürger stärkt die Lissabon-Strategie im Jahr 2000 (vgl. Kok 2004, 37, 40). Ziel war die Annäherung der Staaten zur Wettbewerbsstärkung der Union als Ganzes nach außen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung und Kultusministerkonferenz 2013, S. 7). Die angestrebte Angleichung erforderte eine Einordnung und ggf. Neuordnung aller deutschen Berufsabschlüsse. Dabei wurden die Defizite der deutschen Ausbildungsgesetze der Pflegeberufe sichtbar, anerkennungsfähig waren nach der Richtlinie 2005/36/EG lediglich die Ausbildungsgänge zur Krankenpflege und zur Kinderkrankenpflege als speziellem Ausbildungsgang, nicht jedoch zur Altenpflege (vgl. Art. 11, Anhang II und V Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union 30.09.2005). Erforderliche Nachbesserungen der Richtlinien der Mitgliedsstaaten sollten bis

2007 erfolgen (vgl. Art. 63 Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union 30.09.2005). Die Zusammenführung der drei Ausbildungsgänge in einer generalistischen Ausbildung und die Anhebung auf tertiäres Niveau ermöglicht die Angleichung. Nach langem Zögern der deutschen Regierung lag Ende 2015 ein Referentenentwurf zur Reform des Pflegeberufgesetzes vor (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015). Das neue Pflegeberufgesetz sollte den Forderungen der EU zur Zusammenführung der Berufsabschlüsse und der akademischen Primärqualifizierung nachkommen. Die Angleichung wurde in Deutschland auch 20 Jahre nach der Ratifizierung der Lissabon-Strategie nur partiell umgesetzt. Zwar führt das Gesetz seit 2020 die Ausbildungsgänge in eine generalistisch ausgerichtete Ausbildung zusammen. Allerdings ermöglicht es nur im Seitenstrang die hochschulische Primärqualifizierung (vgl. §§ 37–39 Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017). Man trennte sich nicht von der Ausbildung auf sekundärem beruflichem Niveau, dort verblieb der Schwerpunkt. Darüber hinaus verharrt das neue Gesetz nach mehr als 100 Jahren auf dem Sonderweg der Pflege außerhalb des auch im Ausland hochgelobten dualen deutschen Ausbildungssystems (vgl. Krampe 2007, S. 239).

„Die *Ausbildungen der besonderen Art* für die Gesundheitsfachberufe sind weder auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), dem dualen Berufsbildungssystem, noch sind sie einheitlich in allen Bundesländern dem Schulberufssystem (auch: Fachschulwesen) zuzuordnen.“ (Lehmann et al. 2019, S. 52)

„Sie unterliegen den meisten Bundesländern nicht dem schulgesetzlichen Ordnungsrahmen sowie den damit verbundenen Qualitätsbestimmungen (z. B. Schulaufsicht, Lehrerausbildung).“ (Lehmann et al. 2019, S. 52–53)

Das Fazit: Die von der EU geforderte Qualitätssteigerung der Profession zugunsten der gesundheitlichen Versorgung ist nicht erfolgt. Auch im Jahr 2017 konnten sich der Heilberuf Pflege politisch nicht gegen mannigfaltige Machtinteressen, z. B. der Trägerverbände der Altenpflege, der Ärzteschaft und auch ministeriale Bedenkenträger*innen durchsetzen. Weder die Landespflegekammer RLP als einzige zu diesem Zeitpunkt arbeitende Pflegekammer noch die Berufsverbände oder der Deutsche Pflegerat wurden gehört, obwohl sie sich deutlich positionierten. Das bei der Gesetzgebung viele divergierende Machtansprüche im Streit lagen, ist an der Dauer bis zur Vorstellung des Referentenentwurfes im November 2015 und dann bis zur Verabschiedung im Juli 2017 sowie der bisher unüblichen strikten Kontrolle der Reglementierung der nachgeordneten Ordnungen zum Rahmenlehrplan, Vergütung und Durchführung durch den

Bund zu sehen. Zwischenzeitlich stand sogar eine Aussetzung des kompletten Gesetzgebungsverfahrens im Raum (Station 24 15.02.2016). Als *Kompromiss* zur Befriedung der divergenter Interessen weichte man selbst den von der EU geforderten generalistischen Abschluss, die Vereinigung der drei bisherigen pflegerischen Ausbildungen wieder auf. Die alten Berufsabschlüsse der Alten- und Kinderkrankenpflege wurden als Wahlmöglichkeit ins Gesetz aufgenommen. Die Politik nahm in dieser machtgeladenen Gemengelage ihr Mandat, die verantwortliche Entscheidung im Sinne der Versorgungsqualität, nicht an. Sie überließ die Entscheidung über den abzulegenden Abschluss den Schwächsten im System, den Auszubildenden und begründete dies mit deren Autonomie: Die Auszubildenden treffen künftig nach ihrem zweiten Ausbildungsjahr die Wahl, welchen Abschluss sie anstreben, den neuen generalistischen, der ihnen alle Optionen offenlässt oder den abgeschwächten Altenpflegeabschluss. Die Abgabe der Verantwortung wirft mannigfaltige organisatorische, berufspolitische und ethische Probleme auf. Es steht die Frage im Raum, ob es sich dabei nur um eine Autonomiezumutung handelt oder die Auszubildenden gar zugunsten der Interessen der jeweiligen ausbildungstragenden Einrichtungen instrumentalisiert werden. Der Kompromiss ist zudem einer Deprofessionalisierung gleichzusetzen, weil Kompetenzanforderungen für den Abschluss in Altenpflege gegenüber der generalistischen Abschluss abgeschwächt wurden. Die praktische Umsetzung ist 2021 offen, die ersten Auszubildenden werden 2023 ihre Ausbildung abschließen. Das ethische Mandat der Pflegekammer erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung und die Forderung auf Nachbesserung des Gesetzes.

Auch die Qualifizierung auf akademischem Niveau steht auf tönernen Füßen. Der Seitenast der Primärqualifizierung auf tertiärem Niveau generiert nur für Wenige internationale Anschlussfähigkeit (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2015). Zudem fördert das Gesetz erhebliche Qualitätslücken: Die Durchlässigkeit zwischen Ausbildung und Studium ist zwar zu begrüßen, die bedingungslose Anrechnungsfähigkeit beruflicher Kompetenzen auf hochschulische Leistungen aber zu kritisieren. Man befürchtet, dass

.... die hochschulischen Ausbildungsziele und die anvisierte professionelle Haltung als Ergebnis eines wissenschaftsorientierten Sozialisationsprozesses damit aber nicht erreicht werden kann.“ (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. 2015, S. 2)

Gerade für die Kompetenz zur Ausgestaltung des politisch-ethischen Mandats der Profession ist dies hochrelevant. Mittelfristig fordert die DGP differenzierende Regelungen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2015, S. 2).

Das Gesetz erweckt den Anschein, dass der Gesetzgeber die Hochschulen nur als einen weiteren Ausbildungsstandort wahrnimmt, nicht als einen Ort zur Generierung universellen Wissens zur Stärkung der Theorie der Pflege. Dies findet Ausdruck in der von der DGP bemängelnden Benennung im Gesetz: Es spricht von *hochschulischer Ausbildung*, nicht vom *primärqualifizierenden Pflegestudium* (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2015, S. 3). Zum Vergleich: Beim Heilberuf Medizin heißt es *Medizinstudium*. Die Approbationsordnung für Ärzte ist die zentrale, staatlich reglementierte Voraussetzung der Zulassung zum Arztberuf.

„Ziel der ärztlichen Ausbildung sind wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und ständiger Fortbildung befähigt sind“ (Wissenschaftsrat 2018, S. 7).

Im Kontrast dazu sind deutliche Nachholbedarfe für den Heilberuf Pflege zu postulieren.

Die 2018 verabschiedete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verbleibt im Paradigma *Pflegeausbildung* für die hochschulische Qualifikation. Viele Punkte, z. B. die Ermöglichung, Ausgestaltung, Betreuung und Finanzierung der geforderten Praxiseinsätze bleiben zudem ungeregelt. Sie bergen die Gefahr, den stärkeren Akademisierungsgrad zu behindern, statt die Ziele der EU zu erreichen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2018, S. 2). Bei der Etablierung der Studiengänge an den Hochschulen sind aktuell vielfältige finanzielle und organisatorische Hürden zu überwinden. Das neue Pflegeberufegesetz kann lediglich ein Anfang zur Steigerung der Akademisierung sein. Normsetzungen der Länder könnten Spielräume eröffnen. Bisher sind solche Ansätze nicht erkennbar, die Pflegekammer kann diese im politischen Bereich einfordern. Abbildung 7.1 fasst die Entwicklung und das Outcome des professionellen Wissens im Zeitverlauf grafisch zusammen.



Abbildung 7.1 Universelles Wissen – berufspolitische, internationale vs. gesellschaftliche, deutsche Interessen

Zu beachten gilt, dass Pflegekammern auf den Professionsbaustein nur indirekt Einfluss ausüben können. Die Freiheit von Fremdkontrolle durch Berufslaien oder den Staat, die Ausdruck in der Kontrolle des Berufszugangs findet, war bisher nicht gegeben. Die Ausbildung, egal ob auf sekundärem oder tertiärem Niveau, unterliegt nicht dem Heilberufekammerrecht. Die regulierende Gesetzgebung des Zugangs ist für alle Heilberufe beim Bund verortet. Berufsangehörige werden erst nach ihrem staatlich anerkannten Berufsabschluss bei Aufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit verpflichtend Kammermitglied. Heilberufekammern können zwar Mitglieder in die Prüfungskommissionen entsenden, die Ausbildungsnormen jedoch nicht oder nur indirekt mit ausgestalten.

Allerdings plant Nordrhein-Westfalen im Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer die Öffnung (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2019): Die Pflegekammer soll künftig auch für die Ausbildung zuständig sein, was einem Paradigmenwechsel gleichkommt (Abschn. 5.3.3). Hier bekommt die Kammer einen starken Hebel zur Stärkung des universellen Pflegewissens.

Das Pflegeberufegesetz schafft exklusive Berufsrechte, die Kammern ausgestalten (Abschn. 7.1.2).

7.1.2 Exklusive Berechtigung der Funktionsausübung – vorbehaltene Tätigkeit

Die *staatlich garantierte exklusive Berechtigung zur Funktionsausübung* gab es bisher für die Pflegeberufe nicht. Die allgemeine Haltung war eher: „*Pflegen kann jeder*“ ein Zitat, dass Norbert Blüm, Arbeitsminister zur Zeit der Einführung der Pflegeversicherung, zugeschrieben wird (vgl. Deutscher Bundestag 1999, S. 5279). Pflegehandeln, für das es „... nur ein gutes Herz und eine ruhige Hand braucht“ (Blüm, Deutscher Bundestag 1999, S. 5277), bedurfte keiner besonderen Berechtigung. Es kann von Frauen mit einer gewissen Lebenserfahrung übernommen werden, es „...ist besser, Hinwendung, Zuspruch, Herzlichkeit zu geben, als die in der Pflegeplanung vorgegebenen Punkte statisch abzuarbeiten“ (Blüm, Deutscher Bundestag 1999, S. 5278). Die zitierten Passagen stammen aus der Niederschrift der Debatte um die Gesetzgebung zur bundeseinheitlich geregelten Altenpflegeausbildung 1999. Die Debattenbeiträge stehen exemplarisch, weil sie so typisch für den politischen Diskurs um die Pflege sind. Die gleichen alten, aus dem vorletzten Jahrhundert stammenden Argumente finden heute, 20 Jahre später, immer noch Verwendung, sowohl von der Öffentlichkeit, von Einrichtungsträgern als auch bei manchen Mitgliedern der Berufsgruppe selbst. Sie zeigen, wie umfänglich eine Programmtheorie zur Ausgestaltung des etischen Mandates sein muss.

Interessanterweise wurden in der Bundestagsdebatte 1999 bereits der Berufsausstieg aufgrund schlechter Rahmenbedingungen und fehlender Zeit zur Durchführung qualitativ-fachlich guter Pflege angemahnt, schon damals lag die Verweildauer im Beruf bei zwei Jahren. Von der Einführung einer geregelten dreijährigen Ausbildung in der Altenpflege versprach man sich eine Attraktivitätssteigerung des Berufes (vgl. Deutscher Bundestag 1999, S. 5279). Diskutiert wurde eine generalistische Ausbildung,

„... nach einer über zehn Jahre dauernden Reformdiskussion der Einstieg in die integrierte Pflegeausbildung möglich wird. Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege können – zunächst in einem Modellversuch – in einem einheitlichen Ausbildungsberuf zusammengefaßt werden“ (Deutscher Bundestag 1999, S. 5280).

Erst 2003 wurde das Altenpflegegesetz verabschiedet. Allerdings erhielt der geschaffene staatlich anerkannte Berufsabschluss nicht die Anerkennung der EU, weil gerade dieser integrative Ansatz keine Aufnahme fand und stattdessen ein besonderes pflegerisches Berufsbild etabliert wurde. Die bereits in den Debatte 1999 geforderte Zusammenführung fand erst 2020 im neuen Pflegeberufegesetz (teilweise) Umsetzung (s. Abschn. 7.1.1).

In den Berufsgesetzen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege / Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 2003 fanden sich keine den Pflegefachpersonen vorbehaltenen Tätigkeiten. Beide Gesetze bescheinigten ihnen zwar „erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ (§ 1 Bundesrepublik Deutschland 25.08.2003; § 1 Bundesrepublik Deutschland 16.07.2003; § 1 Bundesrepublik Deutschland 16.07.2003) und stützen somit den Status eines Heilberufs, wiesen Pflegefachpersonen jedoch lediglich *eigenverantwortlich auszuführende Aufgaben* zu (§ 3 Abs. 2 Nr. 1 Bundesrepublik Deutschland 16.07.2003; § 3 Abs. 1 Bundesrepublik Deutschland 25.08.2003). Vorbehalte für den Heilberuf Pflege konnten bisher nur von wenigen Vorbehaltsstellungen anderer Gesetzeswerke abgeleitet werden, z. B. ist in Rheinland-Pfalz die Führung einer Pflegeeinrichtung an das Vorhandensein einer pflegerischen Qualifikation mit entsprechender Weiterbildung zur Pflegedienstleitung gebunden (§ 10 Abs. 3 & 4 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 22.03.2013). Nun definiert das Pflegeberufegesetz erstmals *Vorbehaltene Tätigkeiten*, die seit 2020 *nur* Pflegefachpersonen durchführen dürfen:

- „1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4, Abs. 2 Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017).

Vorbehaltene Tätigkeiten sind nicht mehr nur *eigenverantwortlich*, sondern *eigenständig* wie es in der Berufsordnung der Landespflegekammer RLP heißt. Semantisch bedeutet *eigenständig = auf eigener Grundlage fußend* (vgl. Dudenverlag), weitere beschreibende, synonyme Adjektive wären *autonom* und *selbstbestimmt*.

Verwaltungsrechtlich beruht die *Autonomie* der Berufsgruppe auf der entsprechenden Gesetzgebung, *selbstbestimmt* beschreibt das Ausleben der legislativ gewährten beruflichen Autonomie im pflegerischen Handeln.

Das Pflegeberufegesetz normiert entscheidende Schritte hin zur Profession, es erkennt *Pflege* als gesellschaftlicher Zentralwert (s. Abschn. 7.2.3) gesetzlich an, professionelles pflegerisches Handeln genießt erstmals besonderen Schutz. Ab 2020 kann nicht mehr *Jeder* beruflich pflegen. Im Gegenteil, Arbeitgeber*innen dürfen Personen ohne Berufserlaubnis, die der professionellen Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten weder übertragen noch die Durchführung dulden. Dies ist ein Quantensprung für die Profession und verleiht dem Baustein deutlich mehr Stabilität als 2014, zusammenfassend s. Abbildung 7.2.

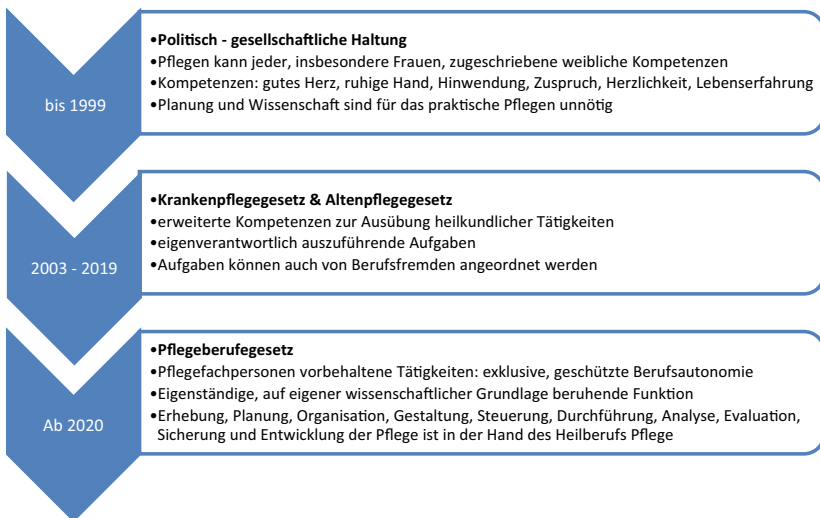


Abbildung 7.2 Politische Entwicklung bis zur exklusiven Berechtigung der Berufsausübung

Zur Umsetzung des Gesetzes in die Praxis muss die Pflege den Paradigmenwechsel mit Leben füllen und ihre Rechte einklagen, dabei können die Pflegekammern unterstützen. Die Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz fordert das Recht nachhaltig ein. Die Ausgestaltung der vorbehaltenen Tätigkeiten ist in der berufspolitischen Diskussion von Pflegekammern

und Berufsverbänden. Inwieweit die Professionalisierung sich in der Entlohnung niederschlägt, zeigt Abschn. 7.1.3.

7.1.3 Entlohnung pflegerischer Arbeit – Maßstab des gesellschaftlichen Wertes?

Die Entlohnung in der Pflege ist ein vielschichtig diskutiertes Thema, das vermehrt als Instrument zur Fachkräftesicherung auftaucht. Als Professionsmerkmal trägt eine entsprechend hoch anzusetzende Entlohnung der besonderen Sachkompetenz und Gemeinwohlorientierung einer Profession Rechnung und bringt hohes soziales Prestige in der Gesellschaft zum Ausdruck (vgl. Schmeiser 2006, S. 301). Die Argumentation gelingt dem seit langem als Profession etablierten Heilberuf Medizin sehr gut, der Pflege dagegen weniger. In den letzten Jahren gab es diverse politische Initiativen zur finanziellen Besserstellung, bewegt hat sich wenig. Exemplarisch steht von den Bundesminister*innen für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen & Jugend sowie für Arbeit & Soziales ins Leben gerufene *Konzertierte Aktion Pflege (KAP)*. Das Gremium von ca. 50 Akteure des Gesundheitswesens, wie z. B. Länderministerien, Dachverbände der Einrichtungsträger, Leistungserbringer, Berufsverbände der Pflege und den Pflegekammern (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 6–7) trat im Juni 2018 an

„... , um den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, sie zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken.“
(Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 2)

Konsentiert wurde eine am 04.06.2019 veröffentlichte Vereinbarung. Fünf Arbeitsgruppen (AG) wurden implementiert: 1. Ausbildungs Offensive Pflege, 2. Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, 3. Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, 4. Pflegekräfte aus dem Ausland, 5. Entlohnung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 5). Die AG Entlohnung ließ das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit eine Übersicht der Gehälter in der Pflege erstellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 161). Zudem verglichen die KAP-Mitglieder ihre Tarifverträge (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 162): Erstmals flossen die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes, der Arbeiterwohlfahrt, des Roten Kreuzes, und der Paritätischen Träger, die Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie Deutschland, des Deutschen Caritasverbandes e. V. und des bpa Arbeitgeberverbandes e. V. privater Träger in eine Übersicht

ein. Lediglich der Arbeitgeberverband Pflege e. V. als größter, auf Bundesebene agierender Verband, legte die gezahlten Entgelte nicht offen. Die Lohngestaltung privater Arbeitgeber ist nicht tarifgebunden.

Die Übersicht der Bruttolöhne zeigt, dass sich das Lohnniveau der Pflegefachpersonen im unteren Bereich der in Deutschland gezahlten Stundensaläre bewegt. Der durchschnittliche Bruttoverdienst 2021 betrug ohne Sonderzahlungen 4100 € (Statistisches Bundesamt 2022) in Deutschland. Bei den Hilfskräften geht es gar um die Sicherung des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohns, insb. private Träger zahlen Hilfskräften Mindestlohn oder unwesentlich mehr (vgl. Konziertierte Aktion Pflege (KAP) 2019, S. 11). Zum Hintergrund: 2015 wurde in Deutschland der generelle Mindestlohn eingeführt, 2019 beträgt er branchenübergreifend 9,19 € (vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2019). Daneben gibt es einige branchenspezifische Regelungen, in der Pflege ist der Mindestlohn mit 11,05 € in West- bzw. 10,55 € in Ostdeutschland etwas höher (vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2019). Zudem bestehen deutliche Lohngefälle, sowohl zwischen der Krankenpflege und Altenpflege als auch zwischen der Beschäftigung in West und Ost, Tabelle 7.1 gibt den Überblick.

Tabelle 7.1 Durchschnittsgehälter von Pflegefachpersonen in Deutschland (n. Zahlen der KAP 2019¹)

	Brutto-Durchschnittsgehälter von Pflegefachpersonen in Deutschland			
Einrichtungsart	Altenpflege Ost	Krankenpflege Ost	Altenpflege West	Krankenpflege West
Durchschnittsgehalt	2356 €	3026 €	2855 €	3415 €
Differenz AP/KP in €	-670 €		-560 €	
Erford. Angleich in %	+28,4%		+22,8 %	
Diff. AP Ost/ KP West	-1059 €			
Erford. Angleich in %	+ 45 %			

Eine Altenpflegefachperson im Westen verdient mit 2855 € durchschnittlich 560 € weniger als die Kolleg*in der Krankenpflege. Eine Pflegefachperson in der Altenpflege in Ostdeutschland erhält durchschnittlich 2356 € und damit 670 € weniger als in der Krankenpflege im Osten, 17 % weniger als in der Altenpflege im Westen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 160). Trotz Lohnsteigerungen in der Altenpflege haben sich die Niveaus bezogen auf die Qualifikation und den Beschäftigungsort in den letzten Jahren kaum angenähert

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019.

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 160). Insgesamt wäre für eine Pflegefachperson in einer Einrichtung der Altenpflege im Osten ein durchschnittliches Lohngefälle von 1059 € gegenüber einer Pflegefachperson in einer Klinik im Westen zu überbrücken, was einer Gehaltssteigerung von 45 % gleichkäme. Dass sich die Trägerverbände angesichts dieser Zahlen vehement gegen die generalistische Ausbildung wehren, die branchenübergreifende Möglichkeiten für Pflegefachpersonen schafft, ist gut nachvollziehbar.

Bei den Zahlen gilt zu beachten, dass die Durchschnittswerte erheblichen Schwankungen unterliegen. Das Gehalt von Pflegefachpersonen differiert darüber hinaus je nach Bundesland, Träger und Berufsjahren. Beim Berufseinstieg lässt sich tendenziell feststellen, dass diakonische Träger am meisten zahlen, andere kirchliche, freigemeinnützige Träger etwas weniger, private und öffentliche Träger liegen etwa gleichauf. Im Gesamtdurchschnitt bewegt sich der Stundenlohn je nach Berufsjahren und Zulagen zwischen 13,14 € und 17,58 € zum Einstieg, nach fünf Jahren zwischen 14,49 € und 18,50 €. Nach zehn Jahren Berufstätigkeit liegt das Maximum bei 19,43 €. Gerade beim niedrigsten aufgeführten Bruttostundenentgelt wird keine Steigerung nach Berufsjahren gewährt. Vertiefend seien die Analysen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) empfohlen (vgl. Konzertierte Aktion Pflege (KAP) 2019).

Fachpersonen in der Altenpflege sind mit der Höhe der Entlohnung in Relation zur ihrer Verantwortung nicht zufrieden, zumal oft unbezahlte Mehrarbeit verlangt wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 165). Trotz des klaren Bildes der aktuellen finanziellen Situation im Niedriglohnbereich und des bekundeten Konsens aller, „dass in der Pflege weitere Verbesserungen bei der Entlohnung erreicht werden müssen“ (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 170), konnten sich die Akteure lediglich auf eine Selbstüberprüfung einigen. Es bleibt den Unterzeichnenden der Vereinbarung überlassen, zu prüfen, ob ihre Löhne „im Branchenvergleich angemessen und konkurrenzfähig sind, und gegebenenfalls anzuheben“ (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 170). Eine noch zu schaffende verbindliche Festlegung von *Lohnuntergrenzen*, differenziert nach Pflegefach- und -hilfskräften soll zur Orientierung dienen.

Über weiterführende Regelungen, z. B. die Sicherung von Mindestarbeitsbedingungen und die Einführung von verbindlichen Tarifverträgen für die Pflege war keine Einigung zu erzielen. Die privaten Arbeitgeber, die nach eigenen Angaben 43 % aller Pflegepersonen in ihren Einrichtungen beschäftigen, lehnten eine Einmischung grundsätzlich ab. Das Deutsche Rote Kreuz lehnt den Tarifvertrag ab. Die kirchlichen Träger waren kompromissbereit, bestanden aber auf der Achtung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 170).

Kritisch werteten die Akteure, dass die Erhöhung der Entgelte für Pflegende zwingend die Erhöhung der Pflegesätze nach sich ziehen müsse. Schon heute seien mehr als 70 % der Einrichtungskosten Personalkosten. Verlangt wurde eine Anhebung der Beiträge in Kranken- und Pflegeversicherung, um die Eigenanteile der Menschen mit Pflegebedarf nicht anzuheben, sie seien vor Überforderung zu schützen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 171).

Der Diskurs zeichnet politische Spannungsfelder zwischen „Beitragsstabilität, Generationengerechtigkeit, Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und anderer Finanzierungswege“ (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2019, S. 171) nach. Er bildet gängige moralische Werthaltungen ab. Die Schwierigkeit ergibt sich in der Darstellung als konkurrierende Interessen zweier scheinbar voneinander unabhängigen Parteien, nämlich der Menschen mit Pflegebedarf und der Pflegenden. Dass Pflege, verstanden als Beziehungsarbeit, nur dann gut gelingen kann, wenn beide Parteien ein Ganzes bilden, denen es beiden in der Beziehung gut geht, scheint immer noch nicht am Horizont der Wahrnehmung angelangt. Vielmehr wird die Pflege implizit genötigt, auf ihre Ansprüche zu verzichten, das historische Pflegemodell schwingt mit (s. Abschn. 7.2.1).

Für die Schaffung einer der professionellen Verantwortung entsprechenden Entlohnung sieht es schlecht aus. Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) blieb bei Willensbekundungen. Weder im Abschlussdokument noch in den anderen verabschiedeten Gesetzen sind die ethischen Mandate der Gerechtigkeit und Verantwortung gegenüber den Menschen, die den Zentralwert Pflege für unsere Gesellschaft erbringen, benannt. Aktuell ist nicht festzustellen, dass die Entwicklung des Professionsmerkmals der Entlohnung, welches

.... aufgrund der besonderen Sachkompetenz und der Gemeinwohlorientierung entsprechend hoch anzusetzen ist und ein hohes soziales Prestige der Berufsangehörigen mit einschließt“ (Kuhn 2016a, S. 57)

in den letzten Jahren vorangeschritten wäre. Ein Ausdruck der Wertschätzung, und sei es nur über das Gehalt, ist nicht erfolgt, einen Überblick über die Situation gibt Abbildung 7.3.

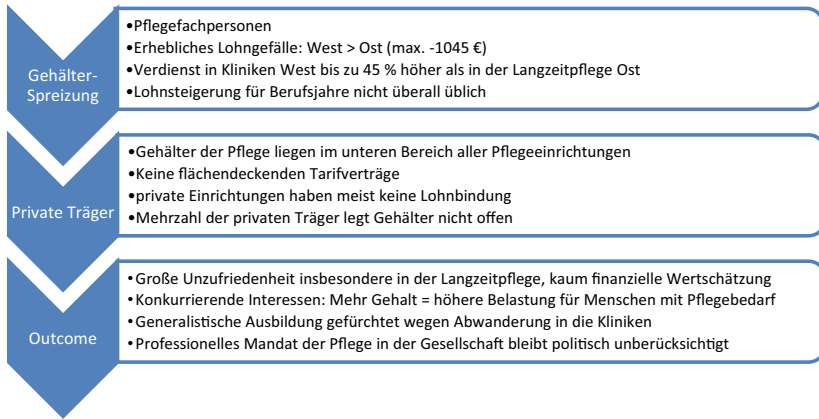


Abbildung 7.3 Entlohnung pflegerischer Arbeit in Deutschland

Aushandlungsprozesse für höhere Gehälter obliegen den Gewerkschaften. Sie müssten einrichtungübergreifend Tarifverträge auf einem Niveau abschließen, dass die gesellschaftliche Leistung der Pflegefachpersonen zum Ausdruck bringt. Kammern können politisch argumentativ unterstützen, sie vertreten die Interessen der Berufsgruppe, führen aber keine Tarifverhandlungen.

Der wichtigste Akteur ist die Politik auf Bundes- und auf Landesebene. Es bleibt abzuwarten, wie ernst den drei Bundesministerien ihr Anliegen der Stärkung der Pflege ist. Zurzeit ist ein Hin und Her gerissen sein zwischen divergenten, einander ausschließenden Politikzielen wahrnehmbar. In der Gemengelage die Abrechnungsfähigkeit des Heilberufs Pflege als finanzielles Element mit in die Diskussion zu bringen, scheint utopisch, wäre aber die logische Konsequenz der vorbehaltenen Aufgaben des neuen Pflegeberufegesetz (§ 4 Abs. 2 Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017) (vgl. 7.1.2).

Veränderungen brauchen Zeit, ein Umdenken der Akteure und neue Programme zur Ermöglichung. Die Integration der Ansprüche von Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf in partizipativen Prozessen kann eine Lösung bieten und neue Policies ableiten. Sie wirken auf die Bedingungen im Gesundheitssystem, Machtverschiebungen eröffnen Entwicklungsräume für die Pflege und die Gesellschaft. Dieses politisch-ethische Mandat muss die Programmtheorie aufnehmen.

7.1.4 Freiheit von Fremdkontrolle der Berufsausübung – Landespflegekammer

Die *Freiheit vor Fremdkontrolle bei der Berufsausübung* regeln im subsidiäre Föderalismus die Länder in den Heilberufsgesetzen. Eine Berufsgruppe steuert gesetzlich legitimiert ihren Beruf autonom. Die Kontrolle von außen, seien es Berufslaien oder der Staat, ist obsolet. Die Beurteilung der Umsetzung ist aufgrund des Föderalismus nicht so einfach. Wie in Abschn. 7.1.1 festgehalten, kontrolliert die Berufsgruppe nicht den Berufszugang. Allerdings ist das kein besonderes Handicap der Pflege, vielmehr ist es in Deutschland bei keinem Heilberuf so. Jedoch sollte eine regelhafte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse inklusive eines Vetorechts auf Bundesebene erfolgen. Strukturell kann dies zukünftig die Bundespflegekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landespflegekammern in Kooperation mit den Fachverbänden übernehmen (vgl. Pflegekammerkonferenz. Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer 14.06.2019).

Die zweite Hälfte des Professionsmerkmals, die Kontrolle der regelkonformen, qualitativ hochwertigen Ausübung des Berufes ist in den Ländern mit etablierten Pflegekammern per Gesetz auf die Berufsgruppe übergegangen. Hier muss sich eine staatlich anerkannte Pflegefachperson bei Arbeitsaufnahme bei der Pflegekammer registrieren lassen (vgl. § 1 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Zur Steuerung der Qualität ihres pflegerischen Handelns verfügen Landespflegekammern über Instrumente für verschiedene Zielgruppen. Das Instrument zur Regulierung der Tätigkeit der Pflegefachpersonen ist die Berufsordnung. Das Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz normiert allgemeine und spezielle Berufspflichten und verpflichtet die Pflegekammern, diese in einer Berufsordnung auszugestalten (vgl. §§ 21–24 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Die Berufsordnung der Landespflegekammer verabschiedete die Vertreterversammlung Ende 2019, sie ist seit 2020 bindend für alle Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz. Das zuständige Landesministerium behält lediglich die Aufsicht über die Rechtskonformität der Ordnung. Die Kontrolle zur Umsetzung der Berufsordnung liegt bei den Mitgliedern und der Landespflegekammer als Institution (s. Abschn. 5.1.4).

Das zweite Instrument für die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen ist der Schlichtungsausschuss (vgl. § 7 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Sie können sich bei Problemen bei der Ausführung der Pflege an die Kammer wenden. Zur Einschätzung, ob ein Pflegefehler des Kammermitglieds vorliegt, kann ein untergerichtliches Schlichtungsverfahren durch die Landespflegekammer durchgeführt werden.

Eine schwerwiegende Pflichtverletzung kann an die Berufsgerichtsbarkeit als drittes Instrument verwiesen werden. Die Fremdkontrolle wird ein Stück weit aufgehoben, die Landespflegekammer ist über die Berufung ehrenamtlicher Richter*innen eingebunden. Zwei berufene Mitglieder unterstützen die hauptamtlichen Richter*innen. Somit ist die judikative Ebene nicht wie bisher ausschließlich fremdkontrolliert, sondern die Expertise der Pflegefachpersonen fließt mit ein (vgl. Teil 4 Berufsgerichtsbarkeit HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014).

Als viertes Instrument dient die Sicherung der Qualität der pflegerischen Leistungen über kontrollierte Fort- und Weiterbildungen. 2018 wurde in Rheinland-Pfalz die Weiterbildungsordnung verabschiedet (vgl. §§ 47–50 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Die Kammer regelt eigenständig die Bildungsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung und Spezialisierung. Die dazugehörigen Anlagen normieren die einzelnen Weiterbildungsgänge wie z. B. Intensivpflege, Praxisanleitung, perioperative Pflege etc., sie werden sukzessive erarbeitet und ergänzt (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 17.01.2018). Daneben sind Kriterien zur Zulassung von Weiterbildungen und Weiterbildungsstätten und weitere Formalia definiert, sie stehen zum Download auf der Homepage der Landespflegekammer bereit (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2019). Alle Pflegefachpersonen haben als Angehörige eines Heilberufes die Pflicht, sich auf den aktuellen Stand pflegerischen Wissens zu halten. Die Pflegekammer unterstützt über pflegefachliche Informationen, Informationen über Fortbildungsangebote, Zertifizierung der Fortbildungsveranstaltungen, dem Register der absolvierten Fortbildungen sowie Zertifikaten als Nachweis (§ 3 Abs (2) Nr. 14 f., Abs (3) HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Die Fortbildungsordnung ist 2021 noch in Erarbeitung. Soweit der kursorische Überblick über Strukturen autonomer Berufsausübung.

Eine generelle und wirkungsvolle Einflussnahme auf die Bundesgesetzgebung ist über eine Bundespflegekammer möglich. Die befindet sich im Entstehen, am 14. Juni 2019 wurde die Pflegekammerkonferenz als vorbereitendes Gremium gegründet. Die Arbeitsgemeinschaft soll zukünftig „aktiv an pflege- und gesundheitspolitischen Entscheidungen im Bund mitarbeiten“ (Pflegekammerkonferenz. Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer 14.06.2019, S. 1). Der Bundesgesundheitsminister Spahn wünschte sich ausdrücklich eine entsprechende Unterstützung (vgl. aerzteblatt.de 2019).

Abbildung 7.4 zeigt die Ansätze der Freiheit von Fremdkontrolle differenziert nach der Bundesebene und der Landesebene. Auf Landesebene wurden nochmals die Perspektiven der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf unterschieden.

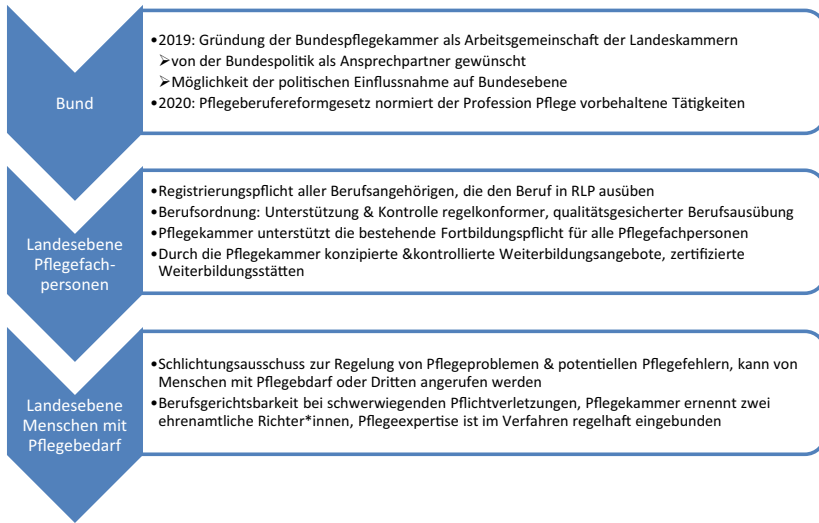


Abbildung 7.4 Freiheit vor Fremdkontrolle – Bund & Landespflegekammer

Es bleibt zu wünschen, dass die Bundespflegekammer Einfluss nehmen kann. Nach wie vor bestimmen andere Akteure über die Pflege. Bisher ist von professioneller Freiheit von Fremdkontrolle und der Autonomie der Pflege zur Regelung der eigenen professionellen Angelegenheiten wenig zu spüren. Andererseits soll die Profession Pflege für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung eintreten, wie dies zusammenpasst, beleuchtet Abschn. 7.2.

7.2 Ethik – Facetten des Professionsbausteines

Nach dem kursorischen Überblick und zur Entwicklung der Professionsbausteine *universelles Wissen*, *exklusive Berechtigung der Berufsausübung* in der Pflege und dem Update zur *Freiheit vor Fremdkontrolle* und der *Entlohnung* widmet sich dieses Kapitel dem Professionsbaustein *Ethik*. Allen bisher diskutierten Aspekten wohnt eine moralische Dimension inne. In politischen Diskussionen schwingen implizit Werte mit. Sie beeinflussen die zu fällenden Entscheidungen auf individueller, organisationaler und gesellschaftlicher Ebene; sie finden Ausdruck in der Gesetzgebung auf Bundes- oder Landesebene und in der Umsetzung ebendieser Normen durch die jeweiligen Akteure. Die zugrunde liegenden moralischen

Werthaltungen werden allerdings selten ethisch reflektiert. Ethik in der Pflege hat den Auftrag, gesellschaftlich wertebasierte Aspekte durchzusetzen.

Was verbirgt sich jedoch hinter dem Begriff *Ethik*? Ethik bildet sowohl historisch betrachtet als auch im Empfinden von Pflegefachpersonen immer schon ein Kernelement der Pflege. Aber was bedeutet das im Bezug zur Professionalisierung? Hier lohnt ein Blick in die USA. Dort ist der Pflegeberuf bekanntermaßen sehr viel weiter entwickelt als in Deutschland. Bereits 1960 sprach Merton ihm den Stand einer Profession zu. Interessant sind die Faktoren, an denen er dies festmachte: Professionalität drücke sich u. a. in altruistischer Gesinnung, ethischen Standards und Qualität der Dienstleistung aus (vgl. Arnold 2008, S. 34–35). Die drei Kriterien erheben einen hohen moralischen Anspruch an den Pflegeberuf. Die altruistische Gesinnung ist das Einstiegsmerkmal in den Beruf, die hohen ethischen Standards sollen Struktur geben und im Pflegeprozess wirken, so dass im Ergebnis die Qualität der Dienstleistung sichergestellt werden kann. Doch auf welchem berufsethischen Wertegerüst gründet die Pflege in Deutschland? Welche Wirkebenen sind für die Programmtheorie der ethische Arbeit von Pflegekammern relevant?

Abschn. 7.2.1 zeichnet einen historischen Überblick in Schlaglichtern auf Wertegerüste von 150 Jahren Pflegegeschichte in Deutschland nach. Abschn. 7.2.2 nähert sich modernen pflegerischen Grundbegriffen an und schließt die Konturierung eines modernen Ethikverständnisses an. Die zweite Wirkebene der Programmtheorie bezieht sich auf die Gesellschaft, in der die Pflegekammer als Institution im Gesundheitswesen agiert. Die Profession Pflege ist für die Gewährleistung der pflegerischen Versorgungssicherheit verantwortlich, sie vertritt den Zentralwert Gesundheit (Abschn. 7.2.3) in Selbstverwaltung, in Deutschland umgesetzt im Kammerwesen. Die Selbstverwaltung kann die Versorgungssicherheit nur dann positiv beeinflussen, wenn es der Profession gelingt, „gesellschaftliche Machtverhältnisse zu beeinflussen. Professionelle Autonomie wird nämlich aufgrund politischer und ökonomischer Machtverhältnisse zuerkannt“ (Kuhn 2016, S. 33). Damit befinden wir uns mitten in der ethisch-politischen Diskussion, den Einstieg in die Historie liefert Abschn. 7.2.1.

7.2.1 Berufsethik – historische Wertegerüste und ihre Nachwirkungen

Die Berufsethik ist essentielles Professionsmerkmal (vgl. Schmeiser 2006), sie unterwirft professionelles Pflegehandeln einem strengen Verhaltenskodex, der den Schutz der Menschen mit Pflegebedarf garantieren soll. Die Heilberufsgesetze

verpflichten Berufskammern zur Erstellung von Berufskodizes (s. Abschn. 5.1.4) in Form von Berufsordnungen. Indem sie die Rechte und Pflichten des Heilberufes beschreiben, werden Wertegerüste der Profession nach außen sichtbar und einklagbar.

Wertegerüste und Normsetzungen der Pflege wurzeln in ihrer Historie. Deren kritische Reflexion ist für die Professionsentwicklung hilfreich, weil dadurch Aspekte und Perspektiven der Pflege in Deutschland begründungsfähig werden. Die Ergebnisse fallen anders aus als in einem anderen Land mit einer anderen Geschichte. Das weite Feld der deutschen Pflegehistorie gelangt mehr in den Blick der Pflegeforschung, vieles ist noch unerforscht. Die Arbeiten dreier Autor*innen bieten stellvertretend einen Einblick in mehr als 150 Jahre Pflegegeschichte in Deutschland: Christoph Schweikardt wirft ein Licht auf die Entwicklung der Krankenpflege im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Hilde Steppe, Pionierin der deutschen Pflegewissenschaft und Pflegehistorikerin begann 1981, die tabuisierte Zeit des Nationalsozialismus aufzuarbeiten. Susanne Kreuzer ergänzt mit Studienergebnissen zur Situation der Pflege von den fünfziger bis in die siebziger Jahre in der Bundesrepublik Deutschland. Wohl wissend, dass lediglich Schlaglichter auf transportierte Wertegerüste geworfen werden, die nicht den Anspruch eines Gesamtbildes erheben können, sind die Eindrücke essentiell zur Ausgestaltung der Programmtheorie des ethischen Mandates von Pflegekammern.

Den Einstieg bietet ein Zitat von Hilde Steppe aus einem im Jahre 1991 gehaltenen Vortrags, der im Jahr 2000 nach ihrem Tod veröffentlicht wurde. Es ist heute unvermindert gültig und fasst das Anliegen in unnachahmlicher Weise zusammen:

„Zweifellos ist der Beruf Pflege derzeit in einem Prozeß der Veränderung und des Aufbruchs begriffen, und ich meine, daß dieser Prozeß, berufspolitisch gesehen, der wichtigste ist, in dem wir uns seit der Etablierung der Pflege als Beruf befinden. Gerade deswegen erscheint es mir notwendig, den Blick auch zurück zu lenken, denn nur, wenn wir wissen, woher wir kommen, können wir bestimmen, in welche Richtung wir gehen wollen. Die heutige Struktur des Pflegeberufs ist das Ergebnis ihrer spezifischen historischen Entwicklung und diese hat sowohl Grenzen gesetzt als auch Möglichkeiten eröffnet.“ (Steppe 2000, S. 77)

Die Geschichte der Pflege ist so entscheidend, weil Wertegerüste und normativen Setzungen zwar in jeweiligen zeitlich-sozialen Zusammenhängen geprägt wurden, jedoch die Zeit überdauerten und heute Einfluss haben, obwohl sich die Rahmenbedingungen ebenfalls weiterentwickelt haben. Es lassen sich Parallelen zu impliziten Anspruchshaltungen und Verhaltensweisen erkennen, die bei Akteuren innerhalb und außerhalb der Profession persistieren. Offen ist, ob

sich die Rahmenbedingungen gerade so entwickelten, *weil* historisch geprägte Wertegerüste mitschwingen. Die Auswirkungen sind sowohl in der individuellen Pflegebeziehung als auch in der Kultur in den Einrichtungen der Pflege spürbar und beeinflussen nicht zuletzt die Ausrichtung der Politik. Unreflektiert wirkende Altlasten und Vorurteile haben großen Einfluss, möglicherweise ändert sich wenig und das System bleibt stabil, weil die Reflexion unterbleibt.

Die Vorarbeit gab der Reflexion der Historie der deutschen Pflege im Kontext von Professionalisierung und damit zusammenhängender Selbstverwaltung großen Raum (vgl. Kuhn 2016). Vertiefend werden nun die historisch gewachsenen moralisch-ethischen Wertegerüste der Pflege beleuchtet.

Die Grundlage des ethischen Mandates von Pflegekammern bildet die Sicherung des gesellschaftlichen Zentralwerts Gesundheit (s. auch Abschn. 7.2.3). Dazu bedarf es einer besonderen, fachlich hoch einzuordnenden Haltung, die die moralischen Elemente Altruismus und Gerechtigkeit vereint.

„Zentral ist dabei der Aspekt der Uneigennützigkeit und des Einsatzes des beruflichen Wissens als Dienst am Gemeinwohl ohne Ansehen der Person“ (Kuhn 2016a, S. 29).

Daran dockt die *Dienstgesinnung* als Differenzierungskriterium zwischen Arbeit, Beruf und Profession an: Professionen verfügen über eine ausgeprägte gesellschaftliche Dimension neben ihrer funktionalen Dimension, die sich in Wissen und Qualifikation ausdrückt. Dienstgesinnung entfaltet sich zwischen den Polen der individuellen Bedürfnisbefriedigung der Menschen und dem altruistischen Handeln der Professionsangehörigen (vgl. Hartmann 1972, S. 47). Der attestierte altruistische Dienstleistungscharakter, die Hinwendung zum Menschen, ist originäres Kernelement der Pflege:

„Die Wurzeln liegen im frühchristlichen Liebesdienst am Nächsten. Sie war Ausdruck der Haltung gegenüber Kranken und Hilfsbedürftigen. Das christliche Gebot der Barmherzigkeit setzte den Dienst am Nächsten als nicht auflösbare Einheit mit dem Dienst an Gott gleich.“ (Kuhn 2016, S. 38)

Die Wurzeln sind in den Namensgebungen der Pflegeeinrichtungen christlicher Träger noch nachvollziehbar, im Evangelischen heißt es *Diakonia* = Dienst am Menschen und im Katholischen *Caritas* = Nächstenliebe, Wohltätigkeit (vgl. Kuhn 2016a, S. 28). Die christliche Krankenpflege entstand im vorletzten Jahrhundert. Die Schwestern als Angehörige der jeweiligen katholischen und evangelischen Gemeinschaften gehörten einem Mutterhaus an, wurden dort auf ihren Dienst vorbereitet und zur Pflege in Krankenhäuser und Gemeinden

ausgesandt. Die Schwestern leisteten selbstlosen, tugendhaften, unentgeltlichen Liebesdienst, Bezugspunkt war die religiöse Motivation als Dienst an Gott. Sie waren in einem ethisch überhöhten Wertegerüst eingebunden (vgl. Schweikard 2008, S. 272). Die Schwesternschaften des Roten Kreuzes waren ebenfalls im Mutterhaussystem organisiert, ihr moralischer Bezugspunkt war der Dienst am Vaterland. Ansonsten waren die zu befolgenden Normen und Werte ebenso hoch angesiedelt und die Schwestern genauso fest eingebunden (vgl. Schweikard 2008, S. 272). Eine Standesvertretung der Schwestern als Personen oder gar Vertreterinnen des Pflegeberufs gab es in beiden Fällen nicht. Dies hätte in der streng hierarchischen Konstruktion der Mutterhäuser widersprochen. Nach außen vertrat das jeweilige Mutterhaus die Pflege. Die Leitungen der Mutterhäuser sprachen als Institutionen unter vordringlicher Berücksichtigung von kirchenpolitischen bzw. verbandspolitischen Erwägungen für ihre Schwestern. Der 1903 gegründete erste Berufsverband freier, nicht mutterhausgebundener Schwestern, die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.)² schrieb das Mutterhaus-Modell inklusive des Wertegerüsts fort.

„Als berufsethischen Rahmen wurden die Prinzipien christlicher, unentgeltlicher Pflege auch auf den weltlichen Bereich übertragen, die weitestgehend den bürgerlichen weiblichen Sittlichkeitsnormen entsprachen. Alle angeblich den Frauen angeborenen Eigenschaften wie Selbstaufgabe, Dienen, Opfertum und Nächstenliebe wurden gleichgesetzt mit beruflichen Anforderungen an die Pflege.“ (Steppe 2000, S. 78)

„Schwester sein bedeutete auch für die freien Schwestern gebildete, unverheiratete, unbescholtene, in der Öffentlichkeit arbeitende Pflegerinnen zu sein, die dienen über verdienen stellten und bereit waren, gegen geringen Lohn große Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. Schmidbaur 2002, S. 60).“ (Kuhn 2016, S. 46)

Der berufsethische Rahmen, in dem Schwestern agierten, war deckungsgleich mit der im 19. Jahrhundert entwickelten *bürgerlichen Moralmodell*,

..... deren wichtigste Pfeiler sittliche Integrität, ein sehr eng gefaßter Ehrbegriff, Staatsloyalität und ausgeprägtes Standesbewußtsein waren und die stark geschlechtsspezifisch ausgerichtet war. In der Welt des Bürgertums war alles wohl geordnet: Die Frau verkörperte Dienen, Opfertum, Emotionalität, Selbstlosigkeit und Gehorsam. Der Mann hingegen Rationalität, Stärke, Selbstbewußtsein und absolute Entscheidungsgewalt. Eine strenge bürgerliche Erziehung sollte garantieren, daß schon die

² Der B.O.K.D. ist der Vorläuferverband des DBfK, des größten Berufsverbandes der Pflege in Deutschland.

Kinder diese Werte entsprechend verinnerlichen und ihr Leben an ihnen ausrichten. Die Begriffe Pflicht, Ordnung und Gehorsam können als Symbole der idealen bürgerlichen Gesellschaft gelten.“ (Steppe 2000, S. 78)

Pflegende Frauen bewegten sich innerhalb dieses festgefühten patriarchalen Machtgefüges. Durch die Industrialisierung waren Familienverbände verloren gegangen und hatten soziale Leerstellen hinterlassen. Die Gesellschaft nahm die Verantwortung für ihre Mitglieder an, denn Arbeitskraft und Wehrfähigkeit (vor allem der Männer) waren wertvolle Güter des jungen deutschen Staates. Unter dem Begriff *Gemeinwohl* implementierte und normierte die Politik die Sozialversicherungen in den 1880er Jahren, schuf Bildungsanstalten, Altenheime, Erholungsheime für Arbeiter und Heilanstalten für Kranke etc. (vgl. Steppe 2000, S. 78). Die Berufskonstruktion der Pflege ging mit den politischen Entwicklungen Hand in Hand. Entsprechend den dominierenden Interessen männlicher Mediziner und Politiker definierten sie *Pflege* als *natürliche weibliche Fähigkeit*. So genügte die Pflege zugleich „dem staatlichen Interesse, der personellen Mangelsituation begegnen zu können und den öffentlichen Versorgungsauftrag sicher zu stellen“ (Steppe 2000, S. 78). Zitate berufspolitischer Werke aus dieser Zeit illustrieren die geforderten Wertegerüste nachdrücklich:

„«Wünschenswerte, zum großen Teil unabweisbare Eigenschaften einer guten Krankenpflegerin sind Selbstlosigkeit, Pflichttreue, Folgsamkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit, Verschwiegenheit und eigene volle Gesundheit und Rüstigkeit ... Sie ist die unentbehrliche geschätzte Hilfskraft des behandelnden Arztes und seiner Stellvertreter ... Er muß von der Pflegerin verlangen, daß sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich nach den Regeln der Wissenschaft und der Schule präzise durchführt und sich durch nichts in der Durchführung beirren läßt ... Nicht nur für den Kranken, auch und in erster Reihe für die Pflegerin ist der Besuch des Arztes, die ärztliche Visite, das Hauptereignis des Tages.» (Aus Bum, A. (Hrsg.): Handbuch der Krankenpflege, Berlin/Wien, 1917.)“ (zit. n. Steppe 2000, S. 78).

Das geschaffene berufsethische Wertgerüst duplizierte das Gesellschaftsbild und erbrachte darüber hinaus den Vorteil absoluter Wirtschaftlichkeit. Pflege war mit Geld nicht zu bezahlen und musste deshalb auch nicht bezahlt werden. Vielmehr hätte eine Bezahlung die Pflege in ihrem gesellschaftlich legitimierten „sittlichen Hochstand“ (Steppe 2000, S. 79) abgewertet. Dieses schamhafte Verhältnis zum Gehalt, die aus Gehaltserhöhungen resultierende Belastung der Menschen mit Pflegebedarf und der Gesellschaft wird bis heute fortgeschrieben (s. Abschn. 7.1.3).

Als Anfang des 20. Jh. die ersten geregelten Ausbildungen in den Kliniken aufkamen, standen sie der hierarchisch-paternalistischen Logik folgend unter ärztlicher Leitung. Die Ärzteschaft brauchte gut ausgebildetes Hilfspersonal, deshalb bestimmte sie, was die Pflege fachlich können musste und verfasste die Lehrbücher. Ziel war die Indienstnahme der Pflege für medizinische Belange. Die christlich-ethische Sozialisation der Schwestern verblieb bei den Mutterhäusern (vgl. Schweikardt 2008, S. 250). Alle noch so zaghafte Bestrebungen der Anerkennung der Pflege als Heilberuf und der Care-Aufgaben als essentiell zur Versorgung der Patient*innen wurden von der Ärzteschaft strikt unterdrückt (vgl. Schweikardt 2008, S. 287; vgl. Kuhn 2016a, S. 42) und als Konkurrenz für den eigenen, in der bürgerlichen Gesellschaft frisch etablierten Stand ausgeschaltet (vgl. den Überblick zur Professionalisierung der Ärzteschaft in Kuhn 2016 S. 35–37).

Das geschaffene System des opferbereiten Dienens produzierte die weibliche Selbstaufgabe als höchsten berufsethischen Anspruch. Die Schwestern grenzten sich strikt vom Lohnwärtertum ab, das Pflege ausführte, um den eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten. Sie stellten sich moralisch über solche niederen Beweggründe, wie ein Zitat aus dem Jahr 1916 belegt:

„«Das, was von einer Schwester verlangt wird an körperlicher Anstrengung, an Hingabe aller persönlicher Lebensansprüche, an Aufopferung, an Selbstüberwindung, läßt sich nicht bezahlen. Mit dem Moment, wo auch diese Arbeit zu Lohnarbeit würde, wäre der hohe, ideale Grundgedanke dieses nicht mit gewöhnlichem Arbeitsmaß zu messenden Berufes stark beeinträchtigt. Die besten unter den Schwestern wären einer sie unter Schwierigkeiten und Widrigkeiten, unter Herabsetzung aufrecht haltenden Stütze beraubt, des stärkenden Bewußtseins, ihr Leben einer hohen, sittlichen Pflicht, einem freiwilligen Liebeswerk gewidmet zu haben, ohne den Hauptgedanken pekuniären Vorteils. Die Selbstüberwindung, die mancher Pflegedienst erheischt, wird zur höchsten Ethik, wenn die Triebfeder der selbstlose Wunsch der helfenden Liebe ist ... Man wird nicht als Schwester geboren, sondern in Ausübung des Berufs durch alle Anforderungen, Schwierigkeiten und Mühsale zur Schwester erzogen, und diese Erziehung währt das ganze Schwesternleben ... Es werden große Ansprüche an sie gestellt, manch hohe und schöne Eigenschaft wird von ihr gefordert. Sie alle kommen zum Ausdruck und gipfeln in der Liebe und Treue. Die Liebe spricht aus der Selbstlosigkeit, Aufopferung, Selbstbeherrschung, Freundlichkeit, dem Takt, der Ruhe, Geduld, Sanftmut und Verträglichkeit. Die Treue äußert sich als Gemeinsinn, Loyalität, Gehorsam, Pflichtgefühl, Wahrhaftigkeit, Verschwiegenheit, Gewissenhaftigkeit, der Sauberkeit, Ordnung und Pünktlichkeit – der Zuverlässigkeit. Sie liegt in der Tapferkeit, die sich in der Furchtlosigkeit gegen eigene Ansteckungsgefahr zeigt, und in der Beharrlichkeit, mit Willenskraft Anstrengungen und Beschwerden im Dienste des Nächsten zu ertragen.» (Aus: Zimmermann, A. von: Was heißt Schwester sein? Berlin, 1916.)“ (zit. n. Steppe 2000, S. 79).

Die aus der beruflichen Haltung resultierende Überlastung und der in Kauf genommene Verschleiß der Schwestern wurde als adelnde Tugend umdefiniert. Dies hat auch heute noch Wiedererkennungswert: Pflegefachpersonen stellen ihre eigene Gesundheit häufig hintan, akzeptieren widrige Arbeitsbedingungen bis sie u. U. nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf auszuüben. Die sittlich hochgeadelte soziale Kultur der Pflege war und ist nicht sozial zu Pflegenden (s. Abschn. 7.3.2 & 7.3.3).

Trotz der ethischen Überhöhung als Berufung gelang es den Gewerkschaften in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts, einen *Pflegeberuf* zu etablieren. Die Berufsangehörigen, die von der Gewerkschaft repräsentiert wurden, kamen allerdings aus dem Arbeitermilieu, sie gehörten dem Lohnwärtertum, nicht den Schwesternschaften an. Das Lohnwärtertum umfasste die weitaus größte Gruppe Pflegenden der damaligen Zeit, sie ist weitgehend unerforscht. Gewerkschaftsmitglieder waren meist männliche Lohnwärtner, sie distanzieren sich vom bürgerlich-christlich-weiblichen Ideal der Schwestern. Die weiblichen Lohnwärtnerinnen waren in Gewerkschaften ebenfalls nicht repräsentiert, Frauen traten zu der Zeit kaum auf der politischen Bühne auf. Falls sie es doch wagten, sahen sie sich starken gesellschaftlichen Repressalien ausgesetzt, so wurde das Frauenwahlrecht erst 1918 erstritten.

Die Professionalisierung der Pflege war kein Anliegen der Gewerkschaften. Die männlichen Gewerkschaftsfunktionäre hielten an der Subordination der weiblichen Pflegenden unter die männliche Ärzteschaft fest. Erste zarte Professionalisierungsbestrebungen der Pflege, die Ausdruck in Ansätzen zur Akademisierung in den ersten beiden Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts fanden, waren weder mit dem christlichen, gesellschaftlichen Frauenbild noch mit dem gewerkschaftlichen, sozialistisch geprägten Weltbild vereinbar. Standesprivilegien und höhere Bildungsabschlüsse widersprachen prinzipiell der Idee einer *geeinten Arbeiterklasse*, „die bestehenden Ansätze der beruflichen Standesvertretung durch die Oberinnen wurden vehement abgelehnt und bekämpft“ (Ley 2006, S. 5). Alle Arbeiter sollten gleich sein, jedoch nicht Arbeiter und Arbeiterinnen, Frauen standen unter den Männern.

Die Gewerkschaft erkannte, dass Pflege, damals (wie heute) ein körperlich anstrengender Beruf war, die Arbeitszeit sollte, wie in den anderen Berufen auf einen Acht-Stunden-Tag begrenzt werden. Dagegen kam die stärkste Kritik aus der Pflege selbst. Sowohl die Mutterhäuser als auch Agnes Karll als Vorsitzende des B.O.K.D. wehrten sich mit der Begründung, dass diese Einschränkung „mit der berufsethischen Selbstdefinition als dienende christliche Liebestätigkeit“ (Kuhn 2016, S. 44) unvereinbar sei. Pflege hatte damals und hat bis heute zu funktionieren. Wenn eine ausfällt, wurde von den Kolleginnen als Leistung für

die Pflegebedürftigen gefordert, diese Lücken zu füllen. Der Missstand, welcher nichts von seiner Aktualität eingebüßt hat, hat sehr alte Wurzeln in der Haltung der Pflege und führt damals wie heute zu großen Problemen, wenn der Beruf der Pflegefachperson zu viel abverlangt (s. Abschn. 7.3.2). Ergebnis und gleichermaßen bis in die heutige Zeit getragenes Überbleibsel ist die tiefe Zerstrittenheit von Mutterhäusern, Gewerkschaft und Berufsverbänden. Die Fähigkeit zur berufspolitischen Solidarisierung war und ist bis heute nicht entwickelt. Im Gegenteil, man verwand damals und z. T. bis heute Kraft darauf, sich innerhalb der Berufsgruppe gegenseitig zu attackieren, statt gemeinsam die gesamte Berufsgruppe zu vertreten und sich für ihr Vorankommen einzusetzen. Jüngstes Beispiel ist die Aufweichung des neuen Pflegeberufgesetzes entgegen der Professionalisierungsbestrebungen, die auch von den Berufsverbänden der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege unterstützt wurde (s. Abschn. 7.1.1) und die Abwicklung der beiden Pflegekammern im Norden (s. Abschn. 5.2.1, 5.2.2).

Die Pflege transportiert damals wie heute Argumente der Medizin als eigene Werthaltungen. Pflegerische Expertise hatte und hat oft genug in der Hierarchie zurückzustehen, Caring ist den medizinischen Anforderungen unterzuordnen. Es fehlt das Anerkennen eigenständigen pflegerischen Handelns. Darüber hinaus wurden und werden fachliche und organisatorische Notwendigkeiten mit persönlichen Eigenschaften und Werthaltungen vermischt. Auch im Jahr 2021 fühlen sich viele Pflegefachpersonen persönlich verantwortlich für die Kompensation organisatorischer Defizite (s. Abschn. 7.3.3). Die Lösung der dabei entstehenden ethischen Herausforderungen wird von Akteuren und Verbänden ebenfalls auf persönlicher Ebene belassen. In der Summe führten die aufgezeigten berufsfeindlichen Elemente zum Unvermögen der Pflegefachpersonen, berufliche Forderungen zu formulieren (vgl. Steppe 2000, S. 80), daran hat sich leider bis heute nicht viel geändert.

Diese Berufsethik birgt in der weiteren historischen Entwicklung im Nationalsozialismus eine besondere Brisanz. Die berufsethischen Werte und Zuschreibungen des ausgehenden neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhunderts blieben stabil, „sie wurden von den Berufsangehörigen offensichtlich total verinnerlicht und an die jeweils nächste Generation weitergegeben“ (Steppe 2000, S. 80). In der Zeit des Nationalsozialismus wurden sie in erschreckender Kontinuität fortgeschrieben. Die bereits im Kaiserreich angelegte Ideologie von Führer und Gefolgschaft wurde verstärkt, Ärzte waren die *Gesundheitsführer* und die Krankenpflege die *Gefolgschaft* (vgl. Schweikardt 2008, S. 293). Die sozialisierten Normen wie Gehorsam, Aufopferung und Dienen als Gotteslob wurden erschütternd bruchlos umgemünzt als Dienst an Volk, Opfer für das Vaterland und Gehorsam gegenüber dem Führer. Die Organisationen des Deutschen Roten

Kreuzes, welche den Dienst am Vaterland schon als *Unternehmenszweck* trugen, wurde auf den Führer vereidigt (vgl. Steppe 2000, S. 80; vgl. Schweikardt 2008, S. 293). Interessant ist die von nationalsozialistischen Funktionären identifizierte politische Dimension der Pflege, deren gesellschaftlichen Möglichkeiten sie höchst effizient zu nutzen wussten:

„Ausgerechnet die Nationalsozialisten waren es, die als erste eine Aufwertung der Pflege betrieben, allerdings nur, um die Pflege für ihre Zwecke einzuspannen. Sie erkannten rasch die Bedeutung dieser großen Berufsgruppe für ihre gesundheits- und rassenpolitischen Ziele.“ (Rabe 2017, S. 27)

Damit das gelingen konnte, erteilte das komplette Krankenpflegepersonal kurz nach der Machtübernahme 1933 die „*Gleichschaltung*“, d. h. alle Pflegenden wurden in Verbänden wie der *NS-Schwesternschaft* und dem *Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen* zusammengefasst und der *Reichsfachschaft Deutscher Schwestern und Pflegerinnen*, einer Abteilung des Innenministeriums und damit direkt der nationalsozialistischen Führung und der staatlichen Kontrolle unterstellt (vgl. Schweikardt 2008, S. 293). Rasseideologisches Gedankengut wurde in die Ausbildung und in das alte Pflegelehrbuch und somit abprüfbar in das Wertegerüst der Pflegenden eingefügt (vgl. Schweikardt 2008, S. 294). Das berufsethische Prinzip der Fürsorge für den Einzelnen wurde abgelöst von der Fürsorge für das Volk als Ganzes, orientiert an dessen Leistungsfähigkeit:

„Das bedeutet nichts anderes, als daß nun nur noch derjenige von der Gesellschaft Solidarität zu erwarten hatte, der für die Gesellschaft etwas zu leisten im Stande war.“ (Steppe 2000, S. 80)

In Publikationen zur Berufserziehung der Pflege hieß es:

„.... Im Interesse der Gesamtheit liegt selbstverständlich nur die Erhaltung lebensfähiger Einzelner, und wenn man auch die körperlich Minderwertigen nicht darben lassen will, so wäre es andererseits doch verkehrt, die Fürsorge für sie so weit zu treiben, daß dadurch das, was man die «natürliche Auslese» nennt, ausgeschaltet würde.» (Aus: Cauer, M.: Leitfaden für die Berufserziehung..., Berlin, 1940.)“ (zit. n. Steppe 2000, S. 80)

Die erlernte Weltanschauung transportierten die Schwestern mit ihrer Tätigkeit *unters Volk*. Sie wirkten als Multiplikatorinnen und kontrollierten das Volk gleichermaßen (vgl. Schweikardt 2008, S. 294). An der Stelle drängt sich die Frage

auf, ob die damals staatlich verordneten Zwangsmitgliedschaften mit all den daraus resultierenden schrecklichen Konsequenzen unbewusst nach dem Krieg zur Abwehrhaltung gegenüber einer wie auch immer gearteten beruflichen Organisation, sei es in Gewerkschaften oder in Verbänden, geführt hat, die kulturell unreflektiert in der Pflege weitergegeben wurde. Das könnte ein Puzzlestein zum geringen Organisationsgrad und der Ablehnung einer Pflichtmitgliedschaft in Pflegekammern sein (s. Kap. 5). Gespräche mit älteren Pflegefachpersonen deuten in diese Richtung.

Eine bewusste, strukturierte Reflexion des Nationalsozialismus mit all seinen Auswirkungen fand nach 1945 kaum statt, weder in der Gesellschaft allgemein noch in der Krankenpflege im Speziellen. Steppe zieht eine erschreckende Bilanz zum Schuldempfinden aus fast zweihundert Interviews mit Schwestern, die in der Zeit des Nationalsozialismus tätig waren:

„...dabei war sehr auffällig, daß fast alle äußerten, es hätte sich für sie «nichts verändert». Die Synagogen brannten, die Juden wurden vertrieben und ermordet, Homosexuelle, Sinti, Roma, Sozialisten, Kommunisten, Gewerkschafter und Christen wurden verfolgt und verhaftet, psychisch Kranke wurden zu Tausenden zwangssterilisiert in vielen Allgemeinkrankenhäusern – und doch hatte sich subjektiv für die meisten der Interviewten «nichts verändert».“ (Steppe 2000, S. 81)

Nach dem Krieg arbeiteten die Schwestern weiter, sie wurden dringend gebraucht, niemand zog sie zur Verantwortung. Die wenigen, mit großer Verzögerung in den 1960iger Jahren stattfindenden Gerichtsverfahren gegen Pflegende führten fast nie zur Verurteilung. Im Zentrum gesellschaftlichen Interesses standen Vergessen und Wiederaufbau. Nach Ende des Nationalsozialismus wurden Wertgerüste unreflektiert weitergegeben.

„Sie haben auch die nächste Generation von Schülern und Schülerinnen ausgebildet. Wie es scheint, hat das berufsethische Gerüst der freiberuflichen Pflege alle Widrigkeiten und Stürme des 20. Jahrhunderts überstanden, ohne sich grundlegend zu verändern.“ (Steppe 2000, S. 82)

Kreutzer analysierte den Wandel des pflegerischen Ausbildungskonzeptes ab der Mitte des 20. Jahrhunderts. Sie beschreibt die Wertegerüste, Tätigkeitsfelder und Strukturen in Kliniken:

„Noch Anfang der 1950er Jahre war das Berufsfeld Krankenpflege in Westdeutschland stark religiös geprägt. Ärzte und Schwestern galten als sich ergänzende Berufsgruppen, die jeweils einen spezifischen und eigenständigen Beitrag zur Heilung der

Patienten leisteten: Während Ärzte als »Sachverwalter des Wissens« an den Krankheitssymptomen, deren Diagnose und Therapie ansetzten, sollten sich die Schwestern dem Patienten in seiner gesamten Persönlichkeit widmen und nicht zuletzt auch seelsorgerische Aufgaben übernehmen. Gerade die Vermittlung von »Geborgenheit« galt als entscheidender Heilungsfaktor und machte die hohe Bedeutung pflegerischer Arbeit aus.

Der Aufbau eines persönlichen Kontaktes zwischen Schwestern und Patienten setzte ein extrem hohes Maß an Verfügbarkeit der Pflegenden voraus. Die Stetigkeit im Einsatz am Krankenbett galt als unabdingbare Voraussetzung einer »guten« Krankenpflege, da den Patienten ein Wechsel der Betreuungspersonen nicht zugemutet werden könne. Eine 70- bis 80- Stunden-Woche gehörte deshalb Anfang der 1950er Jahre zur Normalität in der Pflege.“ (Kreutzer 2007, S. 161)

Schwestern und Schwesternschülerinnen lebten in den Einrichtungen. Soziale Kontakte hatten sie zu ihren Mitschwestern und den Patienten, sie bildeten eine Pflegefamilie. Ein Privatleben jenseits der Anstalt war nicht vorgesehen (vgl. Kreutzer 2018, S. 96–99). Sie waren unverheiratet, sobald sie heirateten, verließen sie sowohl die Gemeinschaft als auch die Berufstätigkeit.

„Diesem familiär gedachte Verständnis von Krankenpflege entsprach das Konzept der »Ganzheitspflege«, in dem die Arbeitsteilung nicht tätigkeits-, sondern patientenorientiert erfolgte.“ (Kreutzer 2007, S. 162)

Selbstverständliche Pflegepraxis bis in die 60er Jahre hinein war die Einheit von pflegfachlichen, seelsorgerischen und palliativen Elementen (vgl. Kreutzer 2018, 96 f.). Ein Zitat der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1953 ist sehr aufschlussreich sowohl für die Ausbildung als auch für das gesellschaftlich erwünschte Wertegerüst der Zeit:

„Der Schwesternberuf erfordert mehr als jeder andere Beruf eine Berufung. Er setzt – wie jeder andere Beruf – eine gute Ausbildung voraus. Sie erfolgt in Krankenpflegeschulen, deren Aufgabe die Entwicklung der Persönlichkeit, die Erlernung der Pflege-tätigkeit und die Verinnerlichung der Berufsauffassung umschließt. Die berufliche Bildung soll die natürliche Bereitschaft zur Nächstenliebe festigen und gründliche Kenntnisse vermitteln, die der Schwester bei der Fürsorge für den Kranken eine echte Befriedigung geben.“ (Kreutzer 2007, S. 162)

Es erfolgte eine „... sehr umfassende Normierung der Persönlichkeit. Eine »gute« Schwester hatte auch »im Herzen« eine »gute« Schwester zu sein“ (Kreutzer 2007, S. 162). Das ethisch Gute der Berufsangehörigen war definiert und unmittelbar an ihre Person gebunden. Das beschriebene Wertegerüst dürfte, zumindest

in abgeschwächter Form, immer noch vorhanden sein. Diese Hypothese stärkt der Umstand, dass knapp 63 % der heute in der Pflege tätigen Pflegefachpersonen im Alter von 40 Jahren und älter ist (Quelle Destatis, Stand 2017; dies belegt auch die Mitgliederstatistik der Landespflegekammer RLP). Die Altersgruppe wurde mit hoher Wahrscheinlichkeit von Schwestern sozialisiert, die diese Art der Ausbildung durchlaufen, das Wertegerüst internalisierten und weitergaben. Die Vermutung ist anschlussfähig an Steppe, die die Widerständigkeit des Wertegerüsts beklagte.

Ein interessanter Gesichtspunkt ist der Umgang mit *Theorie* in der Pflege. Nach Auffassung der Lehrenden entwickelte sich das auf dem »Herz« gründende Berufsethos in der praktischen Tätigkeit und nicht in der theoretischen Ausbildung. Schülerinnen nahmen unvorbereitet die Pflegearbeit auf Station auf. Erst am Ausbildungsende durchliefen sie einen halbjährigen Examenskurs mit den gesetzlich vorgeschriebenen 300 Theoriestunden. Erst jetzt wurden einige theoretisch-pflegerischen Zusammenhänge erläutert und es gab es Arztunterricht zu Krankheitsbildern (vgl. Kreutzer 2007, S. 163), der als praxisfern eingeordnet wurde (vgl. Kreutzer 2007, S. 165). Weder Schulschwestern noch Ärzte verfügten über eine didaktische Ausbildung. Die Schülerinnen lernten am Modell der Stationsschwestern durch stete Wiederholung der Tätigkeiten. Positiv zu vermerken ist, dass sie durch die ganzheitliche Versorgung die Patient*innen und deren unterschiedliche Krankheitsverläufe besser kennenlernten und ein Gefühl für deren Individualität entwickelten konnten. Kernkompetenz der Pflege war die Krankenbeobachtung, der Anspruch blieb bis heute erhalten. Allerdings kann eine umfassende Krankenbeobachtung heute gar nicht mehr geleistet werden, weil die Arbeit im Krankenhaus zunehmend fragmentiert und die Patient*innenversorgung den medizinischen Ansprüchen angepasst wurde, die Pflege wurde Arzthilfsberuf mit Schwerpunkt auf der Leibpflege, die Seelenpflege ging verloren (vgl. Kreutzer 2018, 105 f.). Das wirkt sich sowohl auf das Wohlbefinden der Menschen mit Pflegebedarf als auch der Schwestern aus. Schon in den 1960er Jahren sind ethische Belastungen durch fehlende Sterbebegleitung, Arbeitsverdichtung und verminderten Kontakt und fehlende Kommunikation mit den Patient*innen belegt. Das stellte das christliche Pflegeverständnis infrage und konnte zum Verlassen der Pflege führen (vgl. Kreutzer 2018, 109 f.). Ein Hinterfragen der pflegerischen Arbeit war nicht angedacht, Begründungen waren nicht vorgesehen. Noch heute antworten Pflegenden „*Das haben wir schon immer so gemacht!*“, wenn etwas Neues auf Widerstand stößt. Hier schließt sich der Kreis zur inhaltlichen Diffusität, Unendlichkeit und Grenzenlosigkeit pflegerischer Arbeit, fehlender Eigenständigkeit und dem Unvermögen der Formulierung beruflicher Forderungen (vgl. Steppe 2000, S. 80).

Auch den Berufsorganisationen fehlt Einflussmacht. Nach Kriegsende gründeten sich die im Nationalsozialismus verbotenen Berufsverbände und Gewerkschaften zwar neu, die kirchliche Mutterhauskrankenpflege erstarkte zumindest kurzfristig wieder. Die Berufsverbände strebten die Professionalisierung der Pflege an, konnten sich aber gegen Gewerkschaften und konfessionelle Träger nicht durchsetzen. Verhindert wurde in allen Novellen der Krankenpflegegesetze bis 2003 „... den gesetzlichen Schutz der Berufsausübung. Dauer und Eingangsvoraussetzung zum Beruf wurde weiter auf geringem Niveau festgeschrieben“ (Kuhn 2016, S. 47). Eine Akademisierung war nicht gewünscht, entsprechende Versuche der britischen und amerikanischen Besatzungsmächte nach dem Krieg, beispielsweise in Heidelberg, setzten sich nicht bundesweit durch. Akademische Ausbildungsangebote, wie der Musterstudiengang in Berlin, blieben Ausnahmen, die keine Verstetigung erfuhren. Warum war das so? Hinweise liefern die Ergebnisse von Kreutzer. Identifiziert wurden zwei Arten von Ausbildungen, zum einen das alte „am Familienbild orientierte, von Schwesternschaften getragene Pflegekonzept“ (Kreutzer 2007, S. 173) zum anderen das Lernen im neueren „rein funktional organisierten Pflegesystem“ (Kreutzer 2007, S. 173). Neben Diakonissen hat sie verschiedene Protagonistinnen gleichen Alters interviewt, die sich in der Zeit für die Professionalisierung der Pflege einsetzten. Deren verbindendes Element war die „Forderung nach Begründungen für pflegerisches Handeln“ (Kreutzer 2007, S. 168). Die Frauen hatten höhere Bildungsansprüche, sie verlangten Erklärungen und läuteten den Wandel ein.

In den sechziger Jahren zogen viele gesetzlichen Neuerungen in die berufliche Pflege ein. 1957 wurde das erste bundesdeutsche Krankenpflegegesetz verabschiedet, dass bereits 1965 neu gefasst wurde. Der Anteil an Theoriestunden erhöhte sich von 300 auf 400 und 1965 drastisch auf 1200 Stunden. Zwar schützten die Krankenpflegegesetze von 1953 und von 1965 die Berufsbezeichnung des *anderen Heilberufs* Pflege (nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz) über eine staatliche Erlaubnis zum Führen ebendieser Bezeichnung, nicht geschützt war aber die pflegerische Berufsausübung. Dies änderte sich 1985 und 2003 nicht. Erst das 2017 verabschiedete Pflegeberufgesetz hat den Schutz der Berufsausübung über vorbehaltene Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufereformgesetz) aufgenommen (s. Abschn. 7.1.2).

Die tradierten Ordensstrukturen verloren durch die Novellierung der Ausbildung ihre Legitimation (vgl. Kreutzer 2007, S. 170), Mutterhäuser hatten massive Nachwuchssorgen. Das Berufszölibat der Schwestern fiel, die Berufsausübung wurde mit einer Eheschließung vereinbar. Die Pflege entwickelte sich zu einem schwerpunktmäßig im Krankenhaus tätigen Beruf mit geringer Berufsautonomie. Aus der der Pflegearbeit zugrunde liegenden Werthaltung *ich dien* wurde

das *Helpen* (vgl. Kuhn 2016, S. 47). Gesamtgesellschaftlich war ein Prozess der Liberalisierung und Demokratisierung, teilweise bis hin zur Revolte gegen überkommenen Strukturen und Autoritäten (1968er Bewegung) zu verzeichnen. Somit entstand doppelter Druck nach Begründungen für das Pflegehandeln, zum einen forderten sie die neue Generation der Schwestern, zum anderen Patient*innen und deren Angehörige. *Die Oberin hat immer Recht!* trug nicht mehr, Pflegende wurden zunehmend in die Verantwortung genommen, ihr Tun zu begründen (vgl. Kreutzer 2007, S. 170).

Auffallend ist noch eine zweite Perspektive, die in den Interviews von Kreutzer deutlich wird, nämlich die schwierige Verknüpfung von Theorie und Praxis und die damit zusammenhängende fehlende fachliche Begründungs- und ethische Reflexionsfähigkeit dessen, was man in der Pflege tut. Das Erfahrungswissen galt als zentrale Wissensquelle, Schülerinnen „etwas zu vermitteln, obwohl sie noch keine Erfahrung hatten“ (Interviewzitat n. Kreutzer 2007, S. 156) empfanden die Lehrenden als schwierig. Zwar wurden die theoretischen Anteile zunehmend mit der praktischen Ausbildung verknüpft. Gleichzeitig verloren die Schülerinnen den festen Einbezug ins Team, die Pflege wird funktionalisiert. Schülerinnen dürfen nicht mehr ganzheitlich und umfassend für eine*n Patient*in verantwortlich sein, sie werden für unliebsame Aufgaben abgestellt. Die Verantwortung für die Ausbildung obliegt nun der Schule (vgl. Kreutzer 173 ff.). Damals wie heute wird das Theorie-Praxis-Gap in der Pflege beklagt. Das verbreitete Phänomen der Widerständigkeit der Praxis gegen *die Theorie* und *die Theoretiker, die nicht am Bett stehen*, könnte in der Zeit ihre Wurzeln haben. Immer noch werden Auszubildende in der Praxis und von den Praktiker*innen so sozialisiert, dass sie nur dann theoriegeleitet arbeiten sollen, wenn Ausbilder*innen aus der Schule anwesend sind, dass es aber ansonsten im Stationsalltag aufgrund der Rahmenbedingungen ganz anders läuft bzw. laufen muss. Warum sich die Pflege so der eigenen Professionalität und Wertschätzung gegenüber dem eigenen Berufskern entzieht, ist schwer nachvollziehbar aber umso stabiler.

Professionelles pflegerisches Handeln erfordert eine doppelte Handlungslogik, die die Beherrschung wissenschaftlich fundierten Regelwissen mit der hermeneutischen Kompetenz des Verstehens des Einzelfalls verschränkt (vgl. Walter 2015, S. 7). Verschiedene Antinomien durchziehen dabei das pflegerische Handeln, der Umgang damit macht die Professionalität aus. Zwei Antinomien spielen für das Wertegerüst eine Rolle. Die erste ist die Praxisantinomie: „... theoretisches Wissen ist nicht einfach in die Praxis zu transformieren, professionelles Handeln muss aber theoriegeleitet sein“ (Walter 2015, S. 8). Die zweite ist die gelebte Anforderung der Menschen mit Pflegebedarf zur Autonomie und die gleichzeitige

Unmöglichkeit zur Gewährung ebendieser „... im Rahmen heteronomer organisatorischer Strukturen“ (Walter 2015, S. 8). Beide fordern die berufsethische Dimension. Entweder lernen die Auszubildenden mit solchen Antinomien umzugehen, indem sie diese reflektieren, oder die professionelle Fachlichkeit kann sich in der Berufspraxis nicht ausbilden. „Die berufliche Praxis benötigt reflektierte Praktikerinnen und Praktiker“ (Walter 2015, S. 7). Die Reflexionskompetenz wäre auch und gerade zum Hinterfragen des Wertegerüsts, das die Fachlichkeit durchzieht, nötig.

Historisch spielt die internationale Anschlussfähigkeit eine entscheidende Rolle für die Ausprägung von Fachlichkeit und Berufsethik. Zwar gelang den deutschen Berufsverbänden nach dem Krieg die Wiederaufnahme in den International Council of Nurses (ICN), die dort dominanten berufsethischen Vorstellungen orientiert am Konzept *Care* fanden in Deutschland jedoch keine Aufnahme. Es gab sogar Stimmen, die dies vehement ablehnten, weil sie irrtümlicherweise die Careethik mit den historischen Ethikmodellen aus der Mutterhauszeit gleichsetzten. Erst Anfang des neuen Jahrtausends trug u. a. das Grundlagenwerk „Take care“ von Conradi ganz langsam zur Verbreitung dieses Zugangs bei. Eine Rolle spielt sicher auch die Erkenntnis, dass das medizinische Ethikmodell der Komplexität der Pflegebeziehung nicht gerecht werden kann und es deshalb originäre, auf pflegerischem Handeln basierende Wertegerüste auf Augenhöhe mit den Menschen mit Pflegebedarf braucht (s. Kap. 6). In den letzten Dekaden des 20. Jahrhunderts emanzipierte sich die Pflege vom historisch gewachsenen Status als Arzthilfsberuf, sie grenzte sich gegenüber der Medizin zunehmend ab (vgl. Steppe 2000, S. 82). Das zog Veränderungen im Wertegerüst nach sich:

„Parallel dazu dringen langsam und zögernd Eigenschaften wie Selbstbewußtsein, Selbstbestimmung oder Kritikfähigkeit als positive Werte in den Pflegeberuf ein; es ist von Professionalisierung und Eigenständigkeit im Zusammenhang mit Pflege die Rede.“ (Steppe 2000, S. 82)

Allerdings hat sich die Erkenntnis der Eigenständigkeit noch nicht bei allen Berufsangehörigen durchgesetzt: Man will zwar nicht mehr dienen, hat aber kein tragfähiges *Alternativprogramm*, welches einen paternalistischen Umgang umschifft, indem es die Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen auf Augenhöhe stellt und partizipative Ansätze stärkt. Steppe empfiehlt

„...ethische Normen und Werte kritisch zu hinterfragen und eine inhaltliche Bestimmung pflegerischer Werte so präzise vorzunehmen, daß sie nicht beliebig an gesellschaftliche Veränderungen anzupassen sind.“ (Steppe 2000, S. 82)

Der rote Faden, der die Historie durchzieht, ist die fehlende politische Haltung der Pflege. Der Selbstverwaltungsansatz blieb auf der Trägerebene hängen, die einzelne Pflegefachperson agiert nur auf der Mikroebene im direkten Kontakt zu dem Menschen mit Pflegebedarf. Politische Aktivität war nie gewünscht. Das reflektierte selbstständige Festlegen eigener Werthaltungen war kein Thema, es oblag den Trägern. Verbände und Institutionen mischten sehr wohl auf politischer Bühne mit und sprachen *für die Pflege*. Die einzelne Pflegefachperson dagegen hatte keine Stimme, sie hatte zu funktionieren, Partizipation ist ein fremdes Konzept, das gelernt werden muss (s. Abschn. 8.2).

Den Quantensprung für die Berufsgruppe erzeugt die Verkammerung der Pflege: Erstmals in Deutschland ist jede einzelne Pflegefachperson gefragt, selbst politisch aktiv zu werden und ihre eigene Stimme zu erheben, damit nicht mehr nur *über die Pflege* und damit *über sie* gesprochen wird, sondern *mit der Pflege* gesprochen werden muss. Dieser Anspruch drückt eine geänderte politische Werthaltung gegenüber den Berufsangehörigen aus und stärkt deren Autonomie, die sie jetzt ausfüllen müssen. Es fehlt der Pflege zwar noch an Übung, aber das kann gelernt werden, wenn man die neuen Möglichkeiten gut einsetzt. Die Programmtheorie bietet die Grundlage (s. Kap. 8).

Das Kapitel zur Historie schließt mit Steppes Thesen, die sie 1991 als Vorschläge zum Lernen aus der Geschichte formuliert hat. Weil diese Desiderate 2021 unvermindert gültig und aktuell sind, gebührt dem Originaltext hier Aufnahme. Sie halten der professionellen Pflege den Spiegel vor und bilden die Kategorien, anhand derer wir entscheiden können, wie weit wir uns in 30 Jahren bewegt haben und wie viel zu tun bleibt:

„Pflege hat eine wichtige gesellschaftspolitische Bedeutung

Damit ist gemeint, daß wir Abschied nehmen sollten vom Mythos der wertfreien Pflege, die immer gut ist, egal welche Bedingungen sie umgeben. Wie die Geschichte beweist, haben immer schon gesellschaftliche Bedingungen Grenzen gesetzt und Möglichkeiten geschaffen, und nur die Pflegenden selbst haben dies lange negiert. Für heute heißt das, daß die Pflege sich einmischen soll und muß auf allen Ebenen des öffentlichen Lebens und ihren Standpunkt zu gesellschaftlichen Problemen deutlich machen muß.

Pflege ist eine eigenständige Profession des Gesundheitswesens

Die Pflegenden selbst begreifen sich schon lange nicht mehr als die Dienerinnen der Ärzte, aber es hat den Anschein, als ob außer den Pflegenden noch nicht sehr

viele dies auch so sehen. Hier ist sicher der radikalste Schnitt zur historischen Entwicklung zu sehen, denn die Pflege wurde explizit als unselbständig und zuarbeitend konstruiert.

Gute Pflege ist unabhängig von der primären Motivation der Pflegenden

Damit ist gemeint, daß qualitativ hochwertige Pflege aus vielen Beweggründen möglich ist – aus christlichem, humanitärem oder anderem Engagement heraus. Fachliche Qualifikation kann und muß unabhängig von der primären Motivation möglich sein. Dies bedeutet auch einen Abschied von der Konkurrenz und die Entwicklung von echter Solidarität innerhalb der Berufsgruppe.

Gute Pflege ist nicht angeboren, sondern lern- und lehrbar

Die Gleichsetzung von persönlichen weiblichen Eigenschaften mit guter Pflege hat eine Professionalisierung lange verhindert. Die geschlechtsspezifische Zuordnung hat im Ergebnis zur Ausbildung eines typischen Frauenberufs geführt. Aus heutiger Sicht betrachtet, waren eigentlich gerade diese Frauenberufe für Frauen völlig ungeeignet, weil sie ihre gesellschaftlich untergeordnete Rolle zementierten, eine Emanzipation im Sinne von Gleichberechtigung verhinderten und den diese Arbeit Ausübenden keine Möglichkeit der freien Entfaltung der Persönlichkeit erlaubten. Gute Pflege ist geschlechtsunabhängig; sie muß wie alle anderen Berufe systematisch gelernt und gelehrt werden; sie besteht aus harter Arbeit, die entsprechend vergütet werden muß.

Die Qualität der Pflege ist abhängig von der Qualität der Arbeitsbedingungen

Die jahrzehntelange Ablehnung aller beruflichen Rechte in der Pflege von den Pflegenden selbst hat zu einer überproportional hohen physischen und psychischen Ausbeutung der Pflegenden geführt. Qualitativ hochwertige Arbeit, gleich welcher Art, ist jedoch nur möglich, wenn die Bedingungen, unter denen sie angeboten wird, auch dieser Qualität entsprechen. Hierzu gehören Regelungen der Arbeitszeit, der Vergütung, der formellen Kompetenz und Gleichberechtigung mit den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und – last but not least – gesellschaftliche Anerkennung.

Auch Pflegende sind Menschen wie du und ich

Die Überbetonung des sittlichen Hochstands der Pflegenden war zu Beginn der freiberuflichen Pflege eine existentielle Notwendigkeit für die ersten freien Pflegerinnen, um ihre gesellschaftliche Anerkennung zu erreichen. Heute müssen sich Frauen nicht mehr permanent entschuldigen, wenn sie berufstätig sein wollen, noch müssen sie auf ein Privatleben verzichten, wenn sie Schwester werden wollen. Die alte Selbstlosigkeit sollte einer realistischen Einschätzung der persönlichen Stärken und Schwächen

weichen, denn nur sie garantiert einen lebendigen Umgang mit dem Patienten und eine realistische Einschätzung der vorhandenen Möglichkeiten.

Pflege ist eine Dienstleistung, in der Altruismus und Autonomie eine Synthese eingehen

Pflege als eine Dienstleistung an pflegebedürftigen Menschen sollte die Freude an genau dieser Tätigkeit beinhalten. Altruismus im positiven Sinne meint, daß ich gerne mit und für pflegebedürftige Menschen etwas tun will, daß ich bereit bin, ihre Bedürfnisse zu akzeptieren und sie weitestgehend zu erfüllen. Dies bedeutet aber nicht, daß ich mich dabei selbst aufgeben muß. Pflege als ganzheitliche und individuelle Tätigkeit basiert auf einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten. Dies setzt voraus, daß beide als autonome Menschen akzeptiert werden, die ein Stück Lebensweg gemeinsam gestalten. Altruismus und Autonomie sind für mich keine unvereinbaren Gegensätze, denn die Brücke zwischen beiden bildet die Pflege als Profession“ (Steppe 2000, S. 83).

Abbildung 7.5 fasst die logischen Zusammenhänge des Überblicks über die historischen Wertgerüste und deren Konsequenzen für die Profession Pflege bis zum heutigen Tag zusammen.

Die Desiderate bilden gleichermaßen Ansporn und Basis, die sich in der Programmtheorie niederschlagen. Die strategische Theorie muss partizipativ ausgerichtet sein (s. Abschn. 8.2), eine pflegeethische und eine politische Dimension haben und das Gesundheitswesen als System mit diversen, ineinandergreifenden Ansatzpunkten begreifen (s. Abschn. 8.3), um zielgerichtet Interventionen des ethischen Mandats zu ermöglichen. Die Reflexion vermeintlich alter Konzepte und deren Transformation in die aktuellen Gegebenheiten ist gewinnbringend: Seelenpflege zur Steigerung des Wohlbefindens, Sterbebegleitung und auch die Selbstpflege der Pflegenden waren alle schon mal da (vgl. Kreuzer 2018, S. 116). Abschn. 7.2.2 nähert sich der Pflege und den zu pflegenden Menschen und den dahinterliegenden moralischen Werten in der heutigen Zeit.



Abbildung 7.5 Berufsethik – historische Wertgerüste

7.2.2 Pflege, Mensch mit Pflegebedarf, Ethik – Begriffe von Care

Die historischen Wertegerüste der Pflege sind für den modernen Heilberuf nicht mehr hinreichend. Zusammengeführt werden neue Begriffe, die am internationalen Selbstverständnis der Profession ausgerichtet eher tragfähig erscheinen. Die Erläuterungen der Definition von Pflege, des Begriffs *Mensch mit Pflegebedarf* sowie die Zusammenführung und ethische Einordnung der Begriffe von Care verweisen auf das neue Wertgerüst und das zugrundeliegende Menschenbild. Deutlich wird die enge Verwobenheit von gesundheitssoziologischen mit ethischen und rechtlichen Aspekten. Zusammen generiert sich daraus ein normatives System, das den Umgang mit Gesundheit in einer Gesellschaft kennzeichnet und sich auf die gesellschaftliche Sicht auf pflegende und zu pflegende Menschen auswirkt. Der Ausgangspunkt ist das professionelle Pflegeverständnis des International Council of Nurses (ICN), die 2002 im Original erschien und 2012 ins Deutsche übersetzt wurde:

„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“³ (DBfK 2012)

Die Definition verdeutlicht, dass Menschen in allen Lebenslagen einen sehr verschieden gearteten Pflegebedarf mit unterschiedlichsten Facetten bzgl. Struktur, Inhalt, Zeit, Umfang, Auswirkungen auf das Leben etc. haben können. Mögliche Bedarfslagen spiegeln die Aufzählung in der Definition wider. Die in Deutschland je nach Setting verwandten unterschiedlichen Begriffe *Pflegebedürftige, Patienten, Bewohner, Klienten, Kunden, ...* bringen den umfassenden Lebenslagenansatz der Definition nicht zum Ausdruck. Vielmehr reduzieren die am jeweiligen Setting Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflege zuhause, ... ausgerichteten Bezeichnungen des zu pflegenden Menschen diesen auf seine Krankheit, seinen Pflegebedarf, seine Wohnsituation, etc.. Dadurch verfestigt

³ Offizielle, von den Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz anerkannte Übersetzung der ICN-Definition of Nursing.

sich die Asymmetrie zwischen dem Menschen und der Fachperson, die ihm Hilfe und Unterstützung gewährt. Der Begriff *Mensch mit Pflegebedarf* dagegen stellt die Würde des Menschen deutlicher heraus. Der *Mensch* mit seiner ihm innewohnenden unveräußerlichen Würde, wie bereits in Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes festgeschrieben, bleibt im Mittelpunkt. *Pflegebedarf* ist, wissenschaftlich gesehen, die *abhängige Variable*, also eine Zustandsbeschreibung einer Facette der aktuellen Lebenssituation, die durch die Intervention der Pflege beeinflusst werden kann. Die *unabhängige Variable* in dem Denkmodell ist der Mensch mit der ihm innewohnenden Würde. Diese feststehende Variable steht nicht und darf niemals zur Disposition stehen. *Pflegebedarf* als variable Zustandsbeschreibung eines Menschen erfordert ein je individuelles, mit dem Menschen gemeinsam abzustimmendes, hochflexibles Hilfehandeln von Pflegefachpersonen. Der Aufenthaltsort ist dabei von untergeordneter Bedeutung.

Darüber hinaus transportieren die ICN-Definition der Pflege zusammen mit dem Begriff *Mensch mit Pflegebedarf* den Grundgedanken der Salutogenese nach Antonovsky: Alle Menschen sind zeit ihres Lebens und in jedem einzelnen Moment immer mehr oder weniger krank, mehr oder weniger pflegebedürftig, mehr oder weniger unterstützungsbedürftig (vgl. Bengel et al. 2006, S. 24). Die dichotome Abgrenzung in gesund oder krank, gesund oder pflegebedürftig, gesund oder behindert etc., als die Struktur des deutschen Gesundheitssystems stützende Begriffswahl, ist mit der Salutogenese unvereinbar. Weil Worte immer auch Haltungen ausdrücken, denen Werte zugrunde liegen, verursachen die bisher genutzten Begriffe Patient, Bewohner, Klient, Kunde etc. umfangreiche ethische Problemlagen, die sich in vielerlei Formen von würdelosem Umgang und Stigmatisierung der Menschen mit Pflegebedarf aber auch der Pflegenden äußern können. Zudem transportieren sie die alten, in der Historie begründeten Wertegerüste unreflektiert weiter (s. Abschn. 7.2.1). Im Ergebnis bleibt der Mensch mit seiner je eigenen unveräußerlichen Würde dann eben nicht die im Mittelpunkt stehende, bereits im Grundgesetz geschützte unabhängige Variable. Vielmehr steht seine Würde aufgrund seines Pflegebedarfs zur Disposition, weil die Pflegebedürftigkeit zur das komplette Leben überlagernden, unabhängigen Variablen wird.

Diesen Problemen versucht man zwar im Nachgang durch normative Setzungen z. B. in Gesetzen, Kodizes oder durch allgemeine Benimmregeln wieder beizukommen, was nicht selten auf dem Papier gelingt aber in der hochkomplexen Praxis wenig Umsetzung findet. Vielmehr erscheinen diese Normen häufig praxisfern, sie können durch ihren hohen Anspruch ein schlechtes Gewissen bei Pflegefachpersonen und noch mehr Druck in der Pflegebeziehung verursachen. Dem Phänomen widmet sich die Moral-Distress Forschung (s. Abschn. 7.3.3).

Dem Menschenbild der Salutogenese dagegen wohnt durch die a priori gegebene umfassende Betroffenheit aller Menschen ein präventiver Charakter vor solchen ethischen Problemlagen inne, die dann nicht nachträglich wieder eingefangen werden müssen. Auf politischer Ebene umgreift der salutogene Ansatz die gesamte Gesellschaft, sie ist eine politische Aufgabe (vgl. Bengel et al. 2006, S. 19). Eine Ausgrenzung einzelner Menschen oder einzelner Gruppen käme gleich der eigenen Ausgrenzung, denn wir alle haben Pflegebedarf, manchmal brauchen wir professionelle Unterstützung. Die philosophische Analyse dieses Menschenbildes erfährt Unterstützung über care-ethische Zugänge. Joan Tronto sagt:

“We are all, every day, care receivers; we are in constant need of care to maintain our lives. ... If we are all care receivers, though, we are also all caregivers. ... We are all interdependent.” (Tronto 2020, S. 96)

Insbesondere Claire Martin hat sich in ihren Reflexionen über Krankheit mit dem kranken Menschen als Person auseinandergesetzt. Sie kritisiert, dass in der Pflege der Kranke als Person oft vergessen wird und die Gefahr besteht, die kranke Person zu objektivieren und auf ihre Krankheit zu beschränken (vgl. Martin 2016, S. 149). *Die Galle von Zimmer 6* ist jedem, der im Krankenhaus gearbeitet hat, ein Begriff. Durch diesen medizinischen Jargon verschwindet „der >kleine< Kranke hinter dem >großen< Patienten, der Krankheit“ (Martin 2016, 149 f.). Die Krankheit ist zu behandeln, dazu werden unterschiedliche Diagnostik und Therapiemethoden angewandt und der Mensch in das System Krankenhaus integriert. Der Patient wird als Person nicht mehr wahrnehmbar, seine Integrität und Würde stehen zur Disposition (vgl. Martin 2016, 149 f.). Nach Martin ist „Pflege keinesfalls gleichbedeutend mit Krankheitsbehandlung“ (Martin 2016, S. 150). *Gute Pflege (Care)* dagegen wirkt der Gewalt der Krankheit, den Gefühlen der Entmachtung, Infantilisierung und Entpersonalisierung entgegen und gibt dem Patienten das Gefühl zurück, ein Mensch zu sein und als solcher wahrgenommen zu werden. Zugewandte Pflege hilft, die Krankheit in das Leben, das Selbstbild und die Biografie des jeweiligen Menschen zu integrieren und ihm somit letztendlich ein existenzielles Sinnverstehen ermöglichen. In alle pflegerischen Aktivitäten steht die Einbindung des Menschen als Patient, als Bewohner, als Klient auf Augenhöhe zentral. Er ist die erste Person, wie Martin schreibt, um ihn geht es in seiner Ganzheit. Genau diesen Anspruch fasst der Begriff *Mensch mit Pflegebedarf*. Die Person hat Patientenrechte, Bewohnerrechte etc., eben Menschenrechte. Sie bestimmt bei der Pflege und Behandlung im Sinne einer Shared Decision mit, sie ist die Spezialistin ihrer selbst. Allerdings darf die Person auch

die Entscheidungen verantwortungsvoll in die Hände der Professionellen legen, wenn die geforderten Entscheidungen sie trotz aller Unterstützung überfordern (vgl. Martin 2016, 153 f.). Deshalb gibt sie jedoch niemals ihre Würde auf. Die aus den Anforderungen an *Gute Pflege* erwachsenden Herausforderungen verschweigt Martin nicht. Bekannt sei die Belastung der Angehörigen, die Belastung der professionell Pflegenden dagegen kaum:

„Es gibt ein Leiden der Pflege, über das kaum gesprochen wird. Ein Leiden, das auch die professionellen Helfer und Pflegenden betrifft, eine Bevölkerungsgruppe, die besonders von Burnout, Suizid und Abhängigkeit betroffen ist... nicht vergessen lassen darf, dass Pflege (care) auch denen, die sie leisten, manchmal auf eine sehr schonungslose Weise zusetzt. Wenn es Gewalt gibt, die von der Krankheit ausgeht, dann spart sie natürlich nicht die Menschen aus, die täglich mit ihr konfrontiert sind.“ (Martin 2016, S. 165)

Gute Pflege kann nur über die Aufmerksamkeit gegenüber der Stimme der Menschen mit Pflegebedarf erfolgen. Dazu braucht es als Allererstes Zeit für die sorgende, pflegerische Zuwendung. Die Aufnahme der Fragen von Versorgung und Care erfolgt mit dem Ziel der Verbesserung, darin ist der gerechtfertigte Anspruch der Professionellen enthalten

„...für uns selbst zu sorgen; für uns, die wir darunter leiden, dass wir diejenigen weder heilen noch unterstützen können, die uns umgeben“ (Martin 2016, S. 166).

Zusammenfassend bietet sowohl die internationale Definition professioneller Pflege, das integrative Gesundheits- und Gesellschaftsmodell der Salutogenese und die Zugänge der Careethik eine Untermauerung der Nutzung des Begriffes Mensch mit Pflegebedarf. Es ergeben sich starke Hinweise und Konsequenzen für die Programmtheorie und die ihr innewohnende philosophische Ausrichtung zur Annahme des ethischen Mandats von Pflegekammern.

Das aufgezeigte Pflegeverständnis bildet die Brücke zur Pflegeethik im modernen Verständnis. Wenn man sich die bisherige Verwendung des Begriffes *Ethik* in der Pflege anschaut, trifft man auf ein sehr heterogenes Feld, *Ethik* in der Pflege wird in unterschiedlichen Zusammenhängen benutzt. Dabei scheinen in der Praxis weder konkrete Inhalte noch Abgrenzungen zu anderen Begriffen klar. Auf der personellen Ebene könnte der Verdacht aufkommen, dass der Ruf nach *Ethik* immer dann als Platzhalter gebraucht und subjektiv mit Inhalten gefüllt wird, sobald irgendein Sachverhalt oder eine Entscheidung mit den je individuellen Ansichten und Werthaltungen der betreffenden Person nicht konform zu gehen droht. Zudem scheinen Schnittmengen zum Recht, zu gesellschaftlich

akzeptierten Anstandsregeln und theologischen Haltungen zu bestehen, sowohl Abgrenzung als auch Synergie bleiben unklar. Eine Vermutung wäre, dass die bisher weitgehend fehlende inhaltliche Ausgestaltung des Themenfeldes Ethik im Kontext von Pflegekammern ebenfalls aus dieser begrifflichen Unklarheit rührt (s. Kap. 5).

Zur Klärung des Ethikverständnisses werden die Begriffe Pflege und Ethik verknüpft und mit dem salutogenen Menschenbild verbunden: Ethik in der Pflege reflektiert moralische Werte, die in Bezug zum beruflich-fachlichen Handlungsfeld der Pflege stehen und setzt sie zueinander in Beziehung. Dabei sind im engen Sinne sowohl die Werte der Menschen mit Pflegebedarf als auch die Werte der Pflegefachpersonen, im weiten Sinn die Werte der jeweiligen Gesellschaft gemeint. Pflegeethik verbindet philosophische mit pflegepraktischen Aspekten und integriert diese in die soziale Wirklichkeit von Pflegefachpersonen, den Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Monteverde 2011, S. 26) und der Gesellschaft.

„Pflegeethik ist die systematische Reflexion des Pflegeethos resp. geltender Vorstellungen von Pflege als moralische Praxis. Diese findet in einem Umfeld statt, dass durch ethische Komplexität gekennzeichnet ist. Pflegeethik macht sich für diese Reflexion Instrumente, Methoden und Begriffe der philosophischen Ethik zunutze, die für jede Bereichsethik konstitutiv sind.“ (Monteverde 2020, S. 34)

Pflegeethik reflektiert die dem Pflegehandeln zugrundeliegenden moralische Werte. Der Begriff *moralischer Wert* bedarf ebenfalls der Konkretisierung. Kants These in der *Metaphysik des Guten* lautete, dass das Gute aus objektiven, letztgültigen Moralprinzipien bestehe und so einen unveränderbaren Kern menschlicher Natur ausmache. Die jüngere Wertediskussion relativiert den Ansatz (vgl. Wils 2009, S. 26): Werte sind nicht stabil, sondern ständigen Veränderungen unterworfen. Jede Intervention von Menschen als Subjekte verursacht Veränderungen. Deshalb betonen Werte die Subjektivierung der Moral, sie verliert die von Kant angenommene Objektivität. Nach Nietzsche sei die Moral eine menschliche Konstruktion, ausgehandelt in menschlichen Machtkämpfen schreibt Wils. Werte sind darüber hinaus nicht neutral, sie sind interessengeleitet, bei Bedarf austauschbar und schaffen günstige Konditionen für Subjekte (vgl. Wils 2009, S. 27). Im Wertekanon einer Person (intrasubjektiv) oder von Gruppen (intersubjektiv) triumphieren je situationsbezogen einige Werte, andere werden zurückgestellt. Mit Werteaussagen zu den Fragen *Was ist für mich wichtig? Was sind meine Ideale?* strukturieren Menschen ihre praktisch-moralische Einheit. Subjektive Werte verkörpern eigene Erwartungshaltungen, motivieren, sie sind die treibende Kraft

ihres Handelns. Werte verleihen dem eigenen Tun Sinn und helfen so, den Alltag zu bestehen. Darüber hinaus suggerieren sie Verbesserungspotential für die Gesellschaft. Sie sind aber keine verbindlichen Regeln, sondern bleiben subjektive Ideale, die nach Verfahren und Maßstäben der Konkretisierung verlangen, z. B. durch normative Festlegungen. Ohne normative Ethik verkommen Werte zu Parolen und zu hohlen Formeln postuliert Wils (vgl. Wils 2009, S. 28 ff.). Kluge Kompromisse, gefunden in Reflexion und Diskussion, vermitteln gute Lösungsansätze. Die Reflexion über Werte stellt Routinen in Frage und eröffnet (neue) Handlungsoptionen (vgl. Wils 2009, 28 ff.). Es ist einfach, über Werte zu diskutieren und sich auf Werte in ihrer abstrakten Form zu verständigen. Sie verpflichten noch zu nichts, weil sie lediglich subjektive Einstellungen zum Ausdruck bringen. Erst mit der Ableitung von handlungsleitenden Normen entstehen massive Herausforderungen, denn Normen haben einen Zwangscharakter, sie nehmen uns konkret in die Pflicht (vgl. Wils 2009, 28 ff.).

Die theoretische Analyse nach Wils 2009 übersetzt ins Pflegehandeln bedeutet für Pflegefachpersonen, dass es bei einem ungenuten Bauchgefühl aufgrund irritierter eigener Wertvorstellungen im ersten Schritt einer Reflexion der eigenen Werte bedarf, der im zweiten Schritt ein Abgleich mit den Werten der anderen Beteiligten folgt. Beteiligte können Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige, andere Pflegefachpersonen, Kolleg*innen anderer Disziplinen, etc. sein. Interaktiv wird eine Entscheidung gefällt, d. h. es wird eine Handlungsnorm für diese Situation abgeleitet, die möglichst für alle Beteiligten tragbar und verantwortungsvoll umzusetzen ist. So führen Werte zu praktischen Konsequenzen, welche gute Lösungen im Pflegealltag zeitigen. Zudem haben sie Auswirkungen auf die ethische Kultur in den Organisationen des Gesundheitswesens und die gesamtgesellschaftlichen Wertegerüste, die wiederum politische Lösungen beeinflussen und in gesetzliche Normen einfließen. Der skizzierte Idealfall ist in der Realität an vielen Stellen Gefahren und Unwägbarkeiten unterworfen, die das Gelingen in Frage stellen. Deshalb sind Strukturen und Prozesse für Pflegeethik in der Gesundheitsversorgung nötig, die beim Finden guter Ergebnisse für das professionelle Pflegehandeln unterstützen. Kernziel muss sein, die Würde der Menschen mit Pflegebedarf und der Pflegefachpersonen zu schützen und beide dabei zu unterstützen. Ergänzend zur engen individuellen Perspektive muss der weite ethische Reflexionsprozess auf der gesellschaftlicher Ebene erfolgen. Es bedarf der Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Sinn pflegerischen Handelns, der ethischen Implikationen der Sicherung der pflegerischen Versorgung. Abbildung 7.6 zeigt das zusammenfassende, grafische Logic Model.



Abbildung 7.6 Definition Pflege, Mensch mit Pflegebedarf, Carekonzept & Pflegeethik

Die Aspekte des Logic Models sind grundlegend für die Ausgestaltung der Programmtheorie zur Umsetzung des ethischen Mandates der Pflegekammer und ihrer Mitglieder. Bestimmender Faktor ist der Zentralwert Gesundheit, dem sich das Handeln des Heilberufes Pflege widmet (Abschn. 7.2.3), allerdings genügen nur Teile der Berufsgruppe diesen hohen Ansprüchen.

7.2.3 Zentralwert Gesundheit – Professionalität und Ethik Hand in Hand

Zentralwerte sind philosophisch begründete Werte, denen eine Gesellschaft besondere Bedeutung zumisst. Zentralwerte explizieren den Verantwortungsbereich einer Profession in einer Gesellschaft. Gesundheit ist einer unserer gesellschaftlichen Zentralwerte, ein weiterer wäre beispielsweise das Recht. Berufe, die sich der Sicherung gesellschaftlicher Zentralwerte widmen, werden als Professionen bezeichnet. Die berufliche Auseinandersetzung mit dem philosophisch fundierten Zentralwert Gesundheit ist Professionsmerkmal aller Heilberufe, es ist auf der Prozessebene professionellen Handelns anzusiedeln. Eine theoretische und empirische Annäherung bietet die Pflegewissenschaftlerin Dörge 2009, sie definiert den Bezug auf den Zentralwert Gesundheit ausgehend von der verbreiteten Angst vor Krankheit und Pflegebedürftigkeit, die als gesellschaftliche Bedrohung wahrgenommen wird:

„**Zentralwertbezug:** Vor dem Hintergrund einer Vielzahl gesamtgesellschaftlicher Veränderung ist die Bevölkerung einer steigenden Bedrohung durch Krankheit und Tod ausgesetzt. Gleichzeitig erhöht sich für jeden Einzelnen die faktische Wahrscheinlichkeit subjektiven wie objektiven Pflegebedarfes. Auch dies stellt eine zentrale Bedrohung dar.“ (Dörge 2009, S. 124)

Zum Umgang mit dieser Bedrohung bieten Professionen der Gesellschaft exklusive Kompetenzen:

„Spezifikum einer Profession ist nun die ihr zugeschriebene Kompetenz, dass sie – und nur sie – über das spezifische Wissen verfügt, den zentralen und existentiellen Bedrohungen, denen jedes Gesellschaftsmitglied ausgesetzt sein kann, wirkungsvoll zu begegnen.“ (Dörge 2009, S. 124)

Die Gesellschaft erkennt die Kompetenzen an und erteilt der Profession das ethische Mandat, die Bedrohungen abzuwehren – auch den als Bedrohung empfundenen Pflegebedarf:

„Professionen haben das gesellschaftliche Mandat, existentielle Bedrohungen gesellschaftlicher Zentralwerte abzuwehren. Subjektiver und objektiver Pflegebedarf bedroht die gesellschaftlichen Zentralwerte Unabhängigkeit und Unversehrtheit. Genau an dieser Stelle aber, die das originäre Aufgaben- und Tätigkeitsfeld von pflegerischer Handlungspraxis darstellt, leistet Pflege ihren spezifischen Beitrag.
»Die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten, der Erhalt der Alltagskompetenzen und

die Förderung eines selbstbestimmten Lebens« (Isfort 2003: 275) zählen zu den Kernaufgaben und -zielen pflegerischen Handelns.“ (Dörge 2009, S. 124)

Gut beschrieben ist der spezifische gesellschaftliche Beitrag des Heilberufs Pflege im Gesamtfeld Gesundheit. Konkretisierend ist festzuhalten, dass die Werte *Unabhängigkeit* und *Unversehrtheit* als moralische Bausteine des Zentralwertes Gesundheit einzuordnen sind, welche *Gesundheit* näher ausdifferenzieren und Hinweise zur ethischen Reflexion und fachlichen Umsetzung geben.

Bezugnehmend auf die Ausführungen zum Begriff *Mensch mit Pflegebedarf* ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht die deutlich negative Konnotation von Pflegebedürftigkeit kritisch zu sehen. Die salutogene, careethisch ausgerichtete Sichtweise auf Gesundheit, Pflegebedarf und Krankheit fehlt komplett. Das Zitat beschreibt die Denklöge einer Dichotomie zwischen Gesundheit (=gut) und Krankheit (=schlecht), der sog. Pathogenese, der Logik der das *Gros* der Gesellschaft nach wie vor anhängt, Pflegebedürftigkeit ist Ausdruck von Krankheit. Dieser gesundheitssysteminhärenten Logik folgend sind die Argumente politischer Akteure und die Gesetzgebung besser nachvollbar. Sie ist entscheidend zur Einordnung der Verkammerung der Pflege als Umsetzung einer Politikformulierung und des darauf beruhenden gesellschaftlichen Mandates, welches dem Heilberuf Pflege erteilt wurde. Hieraus leitet sich das ethische Mandat der Pflegekammer ab, zusammen mit den Mitgliedern über professionelles Pflegehandeln zur Verbesserung der Situation beizutragen. Professionelles Handeln des Heilberufs Pflege ist:

„Die Professionalität pflegerischen Handelns äußert sich im konkreten praktischen Handeln zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem. Die professionelle Leistung besteht darin, dass wissenschaftlich fundiertes Fachwissen von den Pflegekräften derart in der Pflegepraxis genutzt und flexibel gehandhabt wird, dass es der jeweiligen besonderen und individuellen Situation des Pflegebedürftigen entspricht bzw. gerecht wird. Die professionellem Handeln inhärente Beachtung und Würdigung des individuellen Falles, die Berücksichtigung der autonomen Lebenspraxis des Klienten führt dazu, dass im Handeln selbst die vorhandenen theoretischen Kenntnisse unter der Zielsetzung einer bestmöglichen Problemlösung eine kritisch-reflektierte Übertragung bzw. Adaption auf den konkreten Einzelfall erfahren.“ (Dörge 2009, S. 126)

Dieser Definition sind hohe moralische Anforderungen und ethische Reflexionsfähigkeit inhärent. Zur Überprüfung des professionellen Entwicklungsstandes der Berufsangehörigen führte Dörge qualitative Interviews. Die Ergebnisse ordnete sie dem bipolaren Kontinuum Profession – (Beruf) – Arbeit nach Hartmann zu (vgl. Hartmann 1972, 37 f.; vgl. Kuhn 2016a, 25 f.) (s. Abschn. 7.1 & 7.2.1).

Am Pol *Arbeit* ordnete sie die Pflegenden ein, deren Berufsausübung nicht als professionelles Handeln zu klassifizieren ist:

„Pflegeverrichtungen werden automatisiert abgespult ... in der Alltagspraxis pflegerischen Handelns ... starrer, standardisierter Handlungsrouitinen von zumeist technokratisch-instrumenteller Natur zur Anwendung. Handlungsfähigkeit wird in massiver Verwiesenheit auf Standardisierungen, die unreflektierte Reproduktion vertrauter Handlungsabläufe hergestellt. Der kritisch-reflektierten Nutzung fundierten theoretischen Pflegewissens als Orientierungs- und Begründungsfolie für die Pflegepraxis wird nur eine äußerst geringe Wertschätzung beigemessen“ (Dörge 2009, S. 128).

Die Ergebnisse bestätigen die historisch gewachsene, persistierende Geringschätzung pflegerischer Theorie (s. Abschn. 7.2.1). Dörge diagnostiziert „äußerst«defizitäre« Wissensfundierung ... Entscheidungsgrundlagen wie affektiv-emotional geprägte Erfahrungen, Intuition ... und oft eine»Pflege aus dem Bauch«“, das sie in „Gesamtheit nicht nur als Mangel von Professionalität, sondern selbst als Verweis auf das Fehlen eines beruflichen Rollenverständnisses“ (Dörge 2009, S. 128) wertet. Die Resultate bieten eine Erklärung für die Beliebigkeit der Verwendung des Begriffes *Ethik*. Immer dann, wenn man *ein ungutes Bauchgefühl* hat, wird gesagt, dieses oder jenes sei *unethisch*. Das subjektive Empfinden beruht auf Irritationen eigener Vorstellungen, seien es moralische oder pflegerische. Die bewusste *ethische Reflexion* und differenzierte professionelle Zuordnung finden nicht statt, vielmehr erfolgen Entscheidungen ebenfalls *aus dem Bauch heraus*. Dem gesellschaftlichen Anspruch an professionellen Umgang mit dem Zentralwert Gesundheit genügt diese Gruppe nicht:

„... unter dem Aspekt originär fachlicher Berufsarbeit weist die Art und Weise pflegerischen Wirkens gravierende Mängel auf, lässt sich eine problematische Affinität zum Wesen vorberuflicher Laienpflege feststellen“ (Dörge 2009, S. 128–129)

Dörge attestiert 2009, dass es, entgegen des berufspolitischen Anspruchs, offensichtliche Deprofessionalisierungstendenzen gibt bzw. die Professionalisierung der Pflegepraxis nicht erfolgte. Die Tendenzen verstärkten sich bis heute wegen permanentem Zeit- und Personalmangels (s. Abschn. 7.3).

Pflegefachlichkeit und Pflegeethik sind im professionellen Pflegehandeln ver­schränkt. Damit ist kein starrer Verhaltenskodex zur Steuerung von Pflegenden gemeint, sondern die Reflexionsfähigkeit der Werte und Normen, die professionellem Handeln, sowohl bezogen auf den Einzelfall als auch auf gesellschaftlichen Auswirkungen, zugrunde liegen (s. Abschn. 7.2.2). Pflegefachpersonen mit

diesen Kompetenzen konnte Dörge ebenfalls identifizieren. Am gegenteiligen Pol des Kontinuums eingeordnet haben sie professionelles Pflegehandeln mit dem ethischen Zentralwertbezug verinnerlicht:

„Trotz widriger struktureller Rahmenbedingungen versucht diese Gruppe tagtäglich aufs Neue ihr Pflegehandeln als professionelle Dienstleistung in der Beziehungsgestaltung zwischen Professionellem und Klient zu erbringen. In ihren Äußerungen offenbart sich die Fähigkeit und Bereitschaft individuellen Fallverstehens. Dabei respektieren sie die Autonomie der Lebenspraxis der Pflegebedürftigen und verstehen ihre Arbeit als einen Beitrag zur Selbstermächtigung des jeweiligen Menschen mit Pflegebedarf. Pflegehandeln wird von ihnen fallgerecht auf der Grundlage theoretisch fundierter Kenntnisse gestaltet. Durch den reflektierten Transfer ihres Regelwissens auf den Einzelfall sind sie in der Lage, situativ und unter Berücksichtigung der Besonderheit der Situation, flexibel Handlungsalternativen zu entwickeln, die einen bestmöglichen Beitrag zur Problemlösung bzw. Krisenbewältigung leisten. Diese Pflegekräfte handeln als Fürsprecher und Anwalt der Pflegebedürftigen. Ihr Handeln wird durch den alltäglichen Spagat zwischen der Respektierung der autonomen Lebenspraxis des Pflegebedürftigen und dem individuell bestehenden – aufgrund der fachlichen Expertise erkennbaren – objektiven Versorgungsbedarf beherrscht.“ (Dörge 2009, S. 129)

Auffallend sind diverse ethische Kompetenzen, wie Advocacy, hermeneutisches Fallverstehen, Schutz der Menschenwürde, Stärkung der Autonomie und Selbstermächtigung, die salutogen gewendete Einordnung des Pflegebedarfes in das je individuelle Leben des Menschen. Diese Pflegefachpersonen haben die althergebrachte Theorie-Praxis-Diskrepanz überwunden. Sie können mit Antinomien professionellen Pflegehandeln umgehen und arbeiten, wie in der Definition von Pflege des ICN gefordert, mit den Menschen mit Pflegebedarf (und nicht *am Bett*). Allerdings sind diese Pflegefachpersonen noch in der Minderheit, beklagt Dörge, ohne eine Erklärung zu bieten, warum die Mehrheit nicht über die fachliche-ethische Kompetenz verfügt. Offen bleibt, ob ein Kompetenz- oder ein Umsetzungsdefizit vorliegt. Als Lösung empfiehlt sie die engere Verzahnung von Schule und praktischer Ausbildung sowie das Zurücknehmen von konkurrierenden betrieblichen Anforderungen, die professionelles Lernen und Handeln ausbremsen. Eine große Chance sieht sie in der Akademisierung (s. Abschn. 7.1.1).

„Noch ist professionelle Pflege vornehmlich Lippenbekenntnis. Nie zuvor in ihrer bisherigen Geschichte verfügte Pflege aber in gleichem Maße über derartige Professionalisierungschancen und -voraussetzungen. Es liegt damit in der Hand der Pflege, die Vision der Professionalität pflegerischen Handelns – zumindest im Sinne des hier

zugrunde gelegten inhalts- und handlungsorientierten Verständnisses von professioneller Pflegearbeit – im Alltag Wirklichkeit werden zu lassen. Auch wenn sich dieser Professionalisierungsprozess angesichts der aufgezeigten Defizite als langwierig und mühselig erweisen wird, lohnt es sich, nicht nur für die Pflegenden selbst, dieses Ziel engagiert und konsequent weiter zu verfolgen.“ (Dörge 2009, S. 131)

Die Zusammenfassung ist als Entwicklungsauftrag für Pflegekammern zu verstehen, und zwar auf der Ebene des professionellen Pflegehandelns und der inhärenten Pflegeethik mit ihrem individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Bezug. Es ist eine gleichermaßen politische und ethische Anforderung. Abbildung 7.7 leitet aus dem gesellschaftlichen Mandat das Mandat der Pflegekammer ab.



Abbildung 7.7 Zentralwert Gesundheit – Professionalität und Ethik Hand in Hand

Die guten Ansätze des Logic Models müssen in einer Programmtheorie aufgenommen werden. Sie sind den gesellschaftlichen Adressaten auf der politischen Bühne zu unterbreiten. Gleichzeitig ergibt sich der Auftrag an die Pflegekammer, professionelles Handeln des Heilberufs Pflege zu stärken und partizipativ mit den Kammermitgliedern voranzutreiben. So sind die Altlasten zu überwinden und der Heilberuf Pflege kann sein gesellschaftliches Mandat im Feld der Gesundheit einlösen.

Um eine Passgenauigkeit zur Ausgestaltung dieses ethischen Mandates zu erzielen, müssen die Aspekte der Versorgungssicherheit im System genauer analysiert werden (Abschn. 7.3).

7.3 Versorgungssicherheit & Qualität – Auftrag, Anspruch und Realität im Berufsalltag

Aufbauend auf der Analyse des Zentralwertes Gesundheit in Abschn. 7.2.3, der vorwiegend die Kompetenzen der individuellen Pflegefachperson fokussierte, nimmt dieses Kapitel die Makroebene, in der die Pflegekammer als Organisation im Gesundheitswesen agiert, in den Blick. Der gesellschaftliche Auftrag an die Professionen findet Ausdruck in professioneller Selbstverwaltung, in Deutschland legitimiert durch die Verkammerung. Die Pflegekammer ist für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgungssicherheit mitverantwortlich. Jedoch kann die Selbstverwaltung des Heilberufs Pflege die Versorgungssicherheit nur positiv beeinflussen, wenn es der Profession gelingt, „gesellschaftliche Machtverhältnisse zu beeinflussen. Professionelle Autonomie wird nämlich aufgrund politischer und ökonomischer Machtverhältnisse zuerkannt“ (Kuhn 2016, S. 33). Damit befinden wir uns mitten in der ethisch-politischen Diskussion um die Sicherung von Versorgungsqualität, die Abschn. 7.3.1 im Lichte der an die Pflege gestellten Anforderungen des Grundgesetzes, der WHO und des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz (HeilBG)⁴ in den Blick nimmt. Die Anforderungen an die Profession wurden in qualitätssichernde Normen gegossen, untersucht werden die fachlichen und berufsethischen Implikationen der Versorgungssicherheit.

Doch können die Pflegefachpersonen den gesellschaftlichen Anspruch ausfüllen? Abschn. 7.3.2 befasst sich mit der Realität im Berufsalltag der Versorgenden anhand der Kategorien Personalnot, Kompensationsansätze und Gesundheitsstatus

⁴ Das HeilBG ist die gesetzliche Grundlage der einzigen im Sommer 2021 arbeitenden Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Die Pflegekammern in Niedersachsen und Schleswig-Holstein befinden sich im Abwicklungsprozess, in Nordrhein-Westfalen in der Registrierungsphase (vgl. Abschn. 5.2 & 5.3).

der Pflegefachpersonen. Es sei vorweggenommen, dass die prekäre Lage massive pflegfachliche und berufsethische Probleme verursacht. International fasst die Moral Distress Forschung das Phänomen. In Deutschland wird bisher kaum erkannt, dass moralische Probleme gesundheitliche Auswirkungen haben und die Qualität der Pflege beeinflussen (Abschn. 7.3.3). Alle drei Felder geben wichtige Hinweise auf die erforderliche Programmtheorie.

7.3.1 Gesundheit, Versorgungssicherheit, Qualität – Normen & ethische Implikationen

Gesundheit ist eins der unveräußerlichen Menschenrechte:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Weltgesundheitsorganisation (WHO) 22.07.1946, S. 1)

Das 1946 international festgelegte Menschenrecht auf Gesundheit, Wohlbefinden, auf medizinische Versorgung inklusive der nötigen sozialer Dienste und dem Recht auf Versorgungssicherheit im Falle von Krankheit, Alter und Invalidität wurde in vielen Staaten als geltendes Recht in die Verfassungen überführt. Das kurz später verabschiedeten Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland schützt die Menschenrechte, beginnend mit der Menschenwürde:

„Artikel 1

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“ (Art. 1 Abs. 1, 2 Bundesrepublik Deutschland 23.05.1949)

Artikel 2 nimmt das Menschenrecht auf Gesundheit auf:

- „(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (Art. 2, Abs. 1 Bundesrepublik Deutschland 23.05.1949)
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ (Art. 2, Abs. 2 Satz 1 Bundesrepublik Deutschland 23.05.1949)

Präziser wird der Gesundheitsbezug im Grundgesetz nicht, die Umsetzung obliegt der nachgeordneten Gesetzgebung des Bundes und der Länder. Ein solches Landesgesetz ist das Heilberufsgesetz RLP (HeilBG). Die dort normierte Errichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gründet auf der Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, in Kurzform *Versorgungssicherheit*.

Die Suche nach einer Definition des Begriffes *Versorgungssicherheit* stößt rasch an Grenzen. Meist landet man bei Themen rund um die Energieversorgung. *Pflegerische Versorgungssicherheit* eingegeben auf Google Scholar erbringt fünf Treffer, bei Google sind es immerhin 83 (Die Zahlen stehen exempl. für August 2019). Die mehrmalige Suche bei wissenschaftlichen Datenbanken wie Cochrane erbringt keine Treffer, weder in Deutsch noch mit dem englischen Begriff. Politisch ist Versorgungssicherheit in aller Munde, sie veranlasst Politikformulierungen in den Politikfeldern Gesundheit und Energiewirtschaft, wobei 2019 das Thema Energiewirtschaft als Baustein der Daseinsvorsorge quantitativ überwog. In Ermangelung wissenschaftlicher Quellen wurde auf allgemein zugängliche Definitionen zurückgegriffen: *Dudenonline* erklärt den Begriff Versorgungssicherheit als „Gewährleistung, Garantie der Versorgung“ (<https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Versorgungssicherheit>, Abruf 23.08.19), Wikipedia definiert: „Versorgungssicherheit ist die langfristige, stetige Sicherung der Grundbedürfnisse der Menschen“ (<https://de.wikipedia.org/wiki/Versorgungssicherheit> Abruf 23.08.19). Die kurze überblicksartige Recherche, die der Methodik folgend (s. Abschn. 4.2), Quellen einschließt, die nicht den Status der Wissenschaftlichkeit erfüllen, erbringt: Versorgungssicherheit wird nicht einheitlich definiert, sondern divergiert je nach Politikfeld und Anwendungsbezug. Eine entscheidende Rolle spielt die Perspektive derer, die gerade *Versorgungssicherheit* im Lichte ihrer Möglichkeiten bewerten. Die Aussagen sind abhängig von den verfolgten politischen und/oder monetären Zielen. Zwei exempl. Beispiele zum Spektrum gesundheitlich-pflegerische Versorgungssicherheit: Pflegerische Versorgungssicherheit findet Ausdruck im Bauen von barrierearmem Wohnraum durch die Landesregierung (vgl. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2019). Der Verbraucherzentrale Bundesverband

bietet 27 Einträge zur Versorgungssicherheit, nur ein Beitrag befasst sich mit gesundheitlicher Versorgungssicherheit, der Erreichbarkeit von Fachärzten (vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. 2016). Politisch verweist gesundheitliche Versorgungssicherheit auf eine lange Entwicklung, die in den 1880er Jahren erstmals über die Einführung der Sozialversicherungen staatlich geregelt wurde. Heute unterliegt die *medizinische* Versorgung vorwiegend dem SGB V, der gesetzlichen Krankenversicherung. Es definiert den staatlich erteilten medizinischen Sicherstellungsauftrag, der in § 72 SGB V als Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung festgeschrieben ist (§ 72 Bundesrepublik Deutschland 20.12.1988). Diese Normsetzung hat Konsequenzen für die anderen Sozialgesetzbücher, die Ärzteschaft nimmt an vielen Stellen die Rolle des Gatekeepers für gesundheitsbezogene Leistungszuweisungen ein, was einer Definitionshoheit für die gesamte gesundheitliche Versorgung gleichkommt. Die Regelung der medizinische Versorgungssicherheit delegiert das SGB V die an die Organe der Selbstverwaltung der Ärzteschaft, die Pflegekammern und die Kassenärztliche Vereinigung (§ 75 SGB V). Deutlich wird die politische Macht der korporativen Selbstverwaltungsorgane. § 75 SGB V und weitere Paragraphen des SGB V bieten die Grundlage der Abrechnungsfähigkeit ärztlicher Leistungen. Für die Abrechnung verantwortlich sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, sie sind wie die Heilberufekammern rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. In Kassenärztlichen Vereinigungen müssen alle Vertragsärzte Mitglied sein, um erbrachte Leistungen bei sog. *Kassenpatienten*, den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Die Konstruktion der ärztlichen Versorgung und Finanzierung über drei Instanzen wurde über viele Jahrzehnte aufgebaut und schließlich 1989 ins SGB V integriert (vgl. Schirmer 1997).

„Motiv des Gesetzgebers war – in Übereinstimmung mit den Wünschen des Berufsstandes – die Schaffung eines einheitlichen Arztsystems auf der Basis von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten und gemeinsamen Richtlinien auf verschiedenen Ebenen, um die ärztliche Versorgung auf der Grundlage frei bestimmter Behandlungsbeziehungen zwischen Versicherten und Ärzten auf Dauer konfliktfrei zu gewährleisten.“ (Schirmer 1997, S. 1792)

Schirmer hebt als moralischen Begründungsrahmen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und die daraus resultierende Verantwortung der Ärzteschaft ab, die nur in der Selbstverwaltung „fruchtbare Ergebnisse“ (Schirmer 1997, S. 1792) zeitigt. Das „korporatistische Modell als ausgewogener Mittelweg“ (Schirmer 1997, S. 1792) zwischen staatlichem oder marktwirtschaftlichem Versorgungssystem hat politische, ethische und demokratische Vorteile:

„Bei einer politischen Bewertung zeigt sich die Besonderheit des „Modells“ des Kasernenrechts in der Verleihung von Autonomie zur verbindlichen Regelung der Versorgung. Es handelt sich um eine wechselbezügliche – prinzipiell nur gemeinschaftlich ausübbar – Autonomie von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen; sie ist bewußt als *Gegenmachtmodell* gestaltet; anstelle des Individualvertrages der Krankenkassen mit dem Arzt unter systematischer Ausnutzung ihrer Marktmacht tritt eine Mitbestimmungslösung, welche die Entwicklung der Tätigkeitsbedingungen in einem gemeinsamen kollektivvertraglichen System unter Disziplinierung des Sachbereichs mit dauerhafter Friedenspflicht und unter Verzicht auf Streikmaßnahmen sowie mit der Möglichkeit der obligatorischen Schlichtung bewerkstelligen soll.“ (Schirmer 1997, S. 1793)

Allerdings gestalten nur die vom Staat ausgewählten Akteure, und nur sie, das System:

„Im korporatistischen Gesundheitssystem delegiert der Staat seine Weisungskompetenz an die selbstverwalteten Institutionen und Verbände (vgl. Krampe 2009, S. 31). Eine begrenzte Zahl staatlich zugelassener Verbände steht dabei in Konkurrenz. Für den Staat sind die Verwaltungsaufgaben so geringer, die Fachkompetenz der Akteure ist bei der Steuerung wirkungsvoll einsetzbar (vgl. Blum und Steigmeier 2012, S. 15). Die Fähigkeit der Verbände zur politischen Umsetzung ihrer Interessen und die Konfliktfähigkeit ist abhängig von der jeweiligen Interessendefinition, der Anzahl der Verbandsmitglieder, der Effektivität der Organisationsstruktur, den Geldmitteln und ob der Verband eine Monopolstellung innehat oder mit anderen konkurriert (vgl. Lösche 2007, S. 127)“ (Kuhn 2016a, S. 49–50).

Für die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungssicherheit der Bevölkerung bedeutet dies, dass vorwiegend die Interessen der Heilberufe politische Berücksichtigung finden, die als Körperschaften des öffentlichen Rechtes ihre Anliegen einbringen können. Die staatlich gewährte Selbstverwaltung bietet die strukturelle Grundlage zur zielgerichteten Ausgestaltung und Bündelung der Interessen der Berufsgruppe. Sie werden *im Konzert der Mächtigen* verfolgt, man lässt sie vom Staat in Gesetze gießen. Es schließt sich der Kreis des Prozesses politischer Macht der Selbstverwaltung, welcher für die Programmtheorie zu berücksichtigen ist.

Aus diesem Blickwinkel verwundert es kaum, dass das SGB V viele Leerstellen für den Heilberuf Pflege hat und darüber hinaus viele Hürden birgt. Es ist die Grundlage des Heilberufes Medizin, deshalb verordnen bis heute die Vertragsärzte die der Profession Pflege fachlich zugehörnde Regelungsbestände, exempl. ist die Verordnung von Pflegehilfsmitteln (§ 33 SGB V) wie Pflegebett oder Toilettenstuhl. Noch gibt keine „*Vertragspflegefachpersonen*“, deren Sicherstellungsauftrag ein Sozialgesetz normiert. Aber es gibt erste gesetzgeberische

Schritte auf Bundesebene in die Richtung, dazu zählen der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten (s. Abschn. 7.1.2). Die produzieren neue Regelungsbedarfe in anderen Gesetzen, die eine Pflegekammer im Interesse der Versorgungssicherheit einfordern muss.

In mehreren Bundesländern sind erste Schritte getan, ihre Regierungen trafen die gesundheitspolitische Entscheidung, Pflegekammern zu errichten. Allerdings wurde die Pflegekammer bisher nur in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen mit den gleichen Rechten und Pflichten in das Heilberufegesetz aller verkammerten Heilberufe integriert. Dahinter verbirgt sich die gesellschaftliche Dimension des ethischen Mandats von Pflegekammern. Sie bildet den Zusammenhang zwischen grundlegenden moralischen Werten, ethischem Mandat und gesellschaftlicher Verantwortung für den Zentralwert Gesundheit ab und stellt die Heilberufe auf Augenhöhe.

Doch ist Versorgungssicherheit die Grundlage des HeilBG RLP? Den Begriff *Versorgungssicherheit* findet sich weder im 2014 verabschiedeten Gesetz noch in der Begründung des Referentenentwurfes von 2013. So könnte man vorschnell zu dem Ergebnis kommen, dass die Verkammerung wohl doch nichts mit der Versorgungssicherheit zu tun hätte⁵. Wenn man sich jedoch dem politischen genutzten Begriff Versorgungssicherheit als Sammelbegriff für verschiedene versorgungsrelevante Komponenten nähert, wird schnell klar, dass das HeilBG doch die Versorgungssicherheit regelt. Da es seit 2014 auch für die Pflegefachpersonen in RLP gilt, regelt es folglich die *pflegerische Versorgungssicherheit*. Besser noch, über die Selbstverwaltung gibt es die Ausgestaltung und das Einbringen von Interessen in die Hände der Pflegefachpersonen.

Der Referentenentwurf sieht die Aufnahme der Pflegefachberufe in das HeilBG aufgrund der „Weiterentwicklung der Pflege und der Pflegeberufe in den letzten Jahren sowie (die) der Stärkung der Pflegestrukturen“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 1) als Regelungsbedarf:

„Die gewachsene Bedeutung der Kranken- und Altenpflege für das Gesundheitswesen erfordert eine Neubestimmung der Rolle der oben genannten Pflegeberufe im Gesundheitswesen. Es ist daher geboten, diese Berufe in einen strukturellen Rahmen der Selbstverwaltung zu überführen, wie dies bei den anderen Heilberufen, insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten, seit Jahrzehnten der Fall ist. Mit der Errichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz werden diese Berufe auf die gleiche Ebene der Selbstverwaltung der Berufsausübung und Weiterbildung sowie der Berufsgleichberechtigung wie die anderen Heilberufe gestellt.“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 1)

⁵ Das Argument wird interessengeleitet von einigen Akteuren der Trägerverbände angeführt.

Zurückkommend auf das dargestellte Prozessmodell politischer Macht ist das die Tür, die dem Heilberuf Pflege geöffnet wurde. Die Gesetzesbegründung verweist auf öffentliches Interesse an der

„... Einrichtung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft für Angehörige der Pflegeberufe ...“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 64)

Die verpflichtende Mitgliedschaft ist mit den Freiheitrechten der einzelnen Pflegefachperson vereinbar, weil sie die sachkundige pflegerische Versorgung der Bevölkerung stärkt:

„Die notwendige Abwägung des Eingriffs in die grundgesetzlich geschützte Handlungsfreiheit der oder des Einzelnen nach Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes und der Einführung demokratischer Partizipationsrechte der Pflege zur strukturellen Mitgestaltung des Gesundheitswesens durch eine Zusammenfassung der Berufsangehörigen in einer Pflegekammer ist politisch und rechtlich gestaltbar.“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, 64 f.)

Der Gesetzgeber stärkt die demokratische Partizipation der Pflegefachpersonen, dies muss Umsetzung in der Kammerarbeit erfahren, das ist die zentrale Anforderung an die Theory of Change. Das HeilBG untermauert die pflegefachliche Kompetenz und die Verantwortung für sichere Versorgung:

„Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts soll durch die Übertragung hoheitlicher Funktionen auf die Kammer erreicht werden, die gesellschaftlichen Kräfte zu aktivieren, den entsprechenden gesellschaftlichen Gruppen die Regelung solcher Angelegenheiten, die sie selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können, eigenverantwortlich zu überlassen und dadurch den Abstand zwischen Normgeber und Normadressat zu verringern. Zugleich wird der Gesetzgeber davon entlastet, sachliche und örtliche Verschiedenheiten berücksichtigen zu müssen, die für ihn oft schwer erkennbar sind und auf deren Veränderungen er nicht rasch genug reagieren kann (BVerfGE 33, S. 125 ff., S. 156 f.).“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, 64 f.)

Doch was genau sind die Komponenten pflegerischer Versorgungssicherheit und welche Chancen ergeben sich daraus für die Pflege? Das HeilBG normiert die Ansprüche an die Berufsgruppe auf verschiedenen Ebenen. Zu beachten ist immer, dass das Kammerrecht Länderrecht ist, d. h., dass nur die Dinge normiert werden können, die in die Gesetzgebungsbefugnis des Landes fallen (zur konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz s. Eingangstext Kap. 7). Aufgaben der Kammern sind festgelegt:

„Die Kammern wirken bei den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens mit. Sie haben beim Erlass von Satzungen und bei der Wahrnehmung ihrer sonstigen Aufgaben die hierfür geltenden gesetzlichen Vorgaben und das Interesse des Gemeinwohls im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zu beachten“ (§ 3 Abs. (1) Satz 1 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

Die Gesetzespassage definiert das Ziel des HeilBG RLP, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Übersetzt heißt das, dass das HeilBG sehr wohl der Versorgungssicherheit in Rheinland-Pfalz dient. Es enthält Normen zur Einhaltung des Datenschutzes, zum Anspruch auf Aktualität des eingesetzten heilberuflichen Fachwissens, zur erwartenden Qualität der Dienstleistung, zur Barrierefreiheit, zur Einhaltung der Schweigepflicht und vieles mehr, die insgesamt 123 Paragraphen fokussieren den gesundheitlichen Schutz der Bürger*innen. Spezifizierend regelt das Gesetz die Normumsetzung durch die Kammer über die Kammermitglieder als Leistungserbringer im Gesundheitssystem:

„Sie nehmen auch die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange der Kammermitglieder in ihrer Gesamtheit wahr“ (§ 3 Abs. (1) Satz 2 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

Die Kammern haben im Rahmen der Selbstverwaltung die Berufsaufsicht über ihre Mitglieder inne. Die Gesetzesvorgaben sind auf der Struktur- und Prozessebene angesiedelt und es ist eine Ergebniserwartung formuliert. Der zentrale Baustein ist die Regelung der Berufsausübung. Das HeilBG normiert für alle verkammerten Berufsgruppen allgemeingültige Vorgaben, die für die jeweilige Profession in der verpflichtend zu erstellender Berufsordnung ausdifferenzieren sind (§§ 21–24 HeilBG RLP) (s. Abschn. 5.1.4). Für die Pflege ist die neue Berufsordnung richtungsweisend, weil es die erste in Selbstverwaltung partizipativ erstellte, rechtsverbindliche Normierung ihrer Berufsausübung ist.

Zentrales Regelungsziel ist die Qualität der pflegerischen Leistung ausgehend von den Bedarfslagen der Bevölkerung unter Einbezug eines berufsethischen Rahmens. Das HeilBG RLP schreibt der Kammer die Festlegung der fachlicher Standards zum Kompetenzerwerb der Berufsgruppe vor, die sie braucht, um den ihr auferlegten Pflichten nachkommen zu können. Landesrechtlich geregelte Teile der pflegerischen Bildung umfassen die Durchführung der Ausbildung, die Fortbildung, die Weiterbildung und das Studium egal ob als Weiterbildungsstudium, duales Studium oder seit 2020 als primärqualifizierendes Studium konzipiert. Das HeilBG RLP regelt davon die Fort- und Weiterbildung. Speziell der Weiterbildung der Heilberufe gibt das HeilBG mit 25 Paragraphen breiten Raum, die §§ 47–50 HeilBG RLP befassen sich mit der pflegerischen Weiterbildung. Im Prozess ist

die Qualität der Bildungsmaßnahmen ein Messindikator, sie findet Ausdruck in der Aktualität, Qualität der Lehre, der Anpassung der Inhalte an Bedarfslagen etc. und umfasst sowohl eine ethische als auch eine politische Dimension. Die Qualitätssicherung der Bildung soll die Versorgung der Bevölkerung sichern. Darunter fällt auch das Recht der Zertifizierung von Weiterbildungsstätten durch die Kammern (vgl. § 48 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014).

Geregelt ist das Nichtschadensprinzip als negative Unterlassungspflicht und die daraus abzuleitende Haftungsverpflichtung gegenüber den Bürger*innen: Kammermitglieder müssen eine Berufshaftpflicht haben, damit die Versorgung der Bürger*innen vor von den Kammermitgliedern zu verantwortenden Fehlern gesichert ist. Darüber hinaus umfasst fast die Hälfte der Paragraphen den Abschnitt der Berufsgerichtsbarkeit (§§ 51–104). Dies dient zum Schutz der Bevölkerung vor potentiell gesundheitlichem Schaden über die Bestrafung von schwerwiegenden beruflichen Pflichtverletzungen. In die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe sind Kammermitglieder als Laienrichter eingebunden. Pflegefachpersonen nehmen bei den ihre Profession betreffenden Verfahren als von der Landespflegekammer berufene ehrenamtliche Laienrichter teil (vgl. §§ 60 ff. HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014). Die Qualitätserwartung an die Pflegekammer formuliert die Landesregierung in der Gesetzesfolgenabschätzung:

„Die Errichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz führt zu einer entscheidenden Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegeberufe, die im Bereich der Fort- und Weiterbildung sowie der internen Berufsaufsicht eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum im Rahmen der Selbstverwaltung erhalten.

Die Kranken- und Altenpflege ist von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Eine Landespflegekammer Rheinland-Pfalz kann gemeinwohlorientiert die Interessen der professionell Pflegenden gegenüber der Öffentlichkeit vertreten. Sie stellt die formelle Gleichstellung mit der ärztlichen Standesvertretung dar und kann die Stellung der Pflegenden in der Gesellschaft stärken. Diese Gleichstellung und Aufwertung der Position der Pflege ist auch bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens von Relevanz. Eine Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist darüber hinaus ein Kompetenzzentrum, welches den Mitgliedern bei beruflichen Fragen beratend zur Seite steht. Sie weitet die innerberufliche demokratische Willensbildung der Pflegenden aus und kann Selbst- statt Fremdbestimmung für die Pflege ermöglichen.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz bringt zudem Vorteile für die Bevölkerung mit sich, da sie die Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung auf der Basis festgelegter Berufsinhalte und Berufspflichten gewährleistet, zu einem effizienteren Ressourceneinsatz durch höhere Transparenz und Verlässlichkeit führt und unmittelbar als Beratungsstelle und Informationsquelle im Sinne des Verbraucherschutzes zu verstehen ist.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist für die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen sinnvoll, weil sie kompetenter Ansprechpartner für alle Belange der Pflege ist, die Beratungsgrundlagen im politischen Entscheidungsprozess ausweitet und mit ihr die Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation in der Pflege besser eingeschätzt werden kann.

Die Gründung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz wertet die Pflege auf. Die Landesregierung verspricht sich damit die Stärkung des Berufsstands auch im Interesse der Sicherung des Fachkräftebedarfs und der Qualität in den Pflegefachberufen. Denn niemand kann Pflege besser definieren und gestalten als die Pflege selbst.“ (Landtag Rheinland-Pfalz 2014, S. 65–66)

Die mächtigen politischen Werkzeuge, die der Profession Pflege in die Hand gelegt wurden, gilt es zu nutzen, die Verantwortung für die Berufsgruppe anzunehmen, nochmals: Die Tür ist offen! Die Programmtheorie wird das Instrument sein, mit dem das verliehene Mandat für Gesundheit umgesetzt werden kann. Insbesondere die Theory of Action muss alle Systemebenen fassen (s. Abschn. 8.3). Beide Theorieteile müssen der Qualitätssicherung pflegerischer Gesundheitsversorgung dienen, die Errichtung der Pflegekammer ist ein Element zur Qualitätssicherung der heilberuflichen Tätigkeit:

„... im Rahmen ihrer Zuständigkeit Belange der Qualitätssicherung wahrzunehmen sowie die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität ihrer beruflichen Leistungen zu regeln.“ (§ 3 Abs. (2) Nr. 10 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014)

Alle Kammeraufgaben sind in der Begründung an die Sicherung der Qualität pflegerischer Leistungen und pflegerischer Leistungsträger gleichermaßen gebunden. Mit den Normen der Berufsausübung unmittelbar zusammen hängen also die berufsausübenden Pflegefachpersonen. Das erscheint im ersten Moment banal, ist jedoch für Qualität und Quantität der erbrachten Pflegeleistungen hochrelevant, deshalb sind sie partizipativ in das nötige Programm zur Umsetzung der Intervention einzubinden.

Auffallend sowohl im HeilBG als auch in vielen weiteren Policies ist, dass Qualitätssicherung und Patientenschutz in einem Atemzug genannt werden. In gesellschaftspolitischer Ableitung ist Qualitätssicherung gleichzusetzen mit Versorgungssicherheit, die politische Gleichung: *Qualitätssicherung = Patientenschutz = Versorgungssicherheit*. Damit diese Gleichung aufgehen kann, bedarf es differenzierender Fragen: Was bedeutet Qualitätssicherung in der Pflege? Wie ist der Schutz der Menschen mit Pflegebedarf zu ermöglichen? Was bedeutet pflegerische Versorgungssicherheit? Für wen muss die Versorgung sicher sein?

Wer ermöglicht die Versorgungssicherheit? Viele offene Fragen, deren Beantwortung eines Kategoriensystems bedarf, welches mindestens über eine Mikro- eine Meso- und eine Makroebene verfügt. Die nachfolgende erste kursorische Skizze des Systems benennt die Zieldimensionen der Programmtheorie. Auf der Mikroebene wäre die individuelle Situation von Menschen mit Pflegebedarf sowie deren An- und Zugehörige, ggf. als Laienpflegende und die der Pflegefachpersonen zu verorten. Damit ist kein *Aufrechnen der Ansprüche* oder gar ein *Gegeneinander* gemeint, sondern vielmehr ein *Gemeinsam in der je individuellen pflegerischen Beziehung*. Dies gründet auf einer Werthaltung, die sich vom Mainstream, des *entweder- oder* politischer Diskurse unterscheidet.⁶ Auf der Mesoebene lägen die Perspektive auf Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die gesellschaftspolitischen Akteure in Behörden und Regierungen auf der Makroebene vervollständigen das Bild. Einflussgrößen sind auf allen Ebenen, organisatorische und politische Rahmenbedingungen, die politische Einflussnahme und Kosten-Nutzen-Aspekte, wobei der *Nutzen* neu zu definieren ist.

Bisher wird das *Output* geleisteter Pflegequalität über das Fehlen negativer Vorkommnisse wie Stürze, Dekubitus, Wunden etc. gemessen. Für die Ermittlung einer positiv orientierten Qualitätsmessung der Pflege wären die benötigte und die zur Verfügung stehende Zeit für eine Intervention, die Häufigkeit der Pflegeinterventionen und die Ratio von Pflegefachpersonen zu Menschen mit Pflegebedarf zu erfassen. Konsequenterweise wäre das *Outcome* der Pflege zu erheben. Erst diese Ebene bringt Transparenz darüber, ob die pflegerische Versorgung im Ergebnis wirklich sicher ist und vor allem ob es allen beteiligten Individuen damit gut geht, d. h. ob sie ihren persönlichen Werten entsprechend gut leben können. Daran macht sich die pflegeethische Verantwortung fest, sie wirkt auf allen Ebenen, ist Ausgangspunkt und Ergebnis zugleich. Die Programmtheorie braucht ethische Ansätze, die dies aufnehmen und stärken können (s. Abschn. 8.3.1).

Aktuell erheben gängige pflegerischer Qualitätssicherungsmaßnahme die Anzahl von Stürzen und Dekubiti. Andere wiederum, wie die Kategorien zur Bestimmung der Quantität eine guten Pflege, sind nur rudimentär angelegt. Die genannten Outcome-Parameter finden sich gar nicht. Gründe dafür könnten in der methodisch schwierigen Messbarkeit liegen. Zudem steht zu vermuten, dass das Interesse, z. B. die wertebasierte Kategorie des *guten Lebens* zu erheben und dadurch ggf. organisationale und gesellschaftliche Defizite sichtbar zu machen, nicht so groß sein könnte. Das Qualitätsmanagement wird auf

⁶ Z. B. die Entlohnung von Pflegefachpersonen, die zulasten der Menschen mit Pflegebedarf gehen müsse (s. Abschn. 7.1.3).

der pflegerischen Mikroebene wirkend gesehen. Zur Sicherung der individuellen Versorgung stellt es Anforderungen an die Mesoebene der Organisationen. Die Makroebene der Politik wird von solchen Systemen nicht überprüft, vielmehr setzt die Politik die Normen, die im Qualitätsmanagement einzuhalten sind. Es erfolgt kaum eine strukturierte Evaluation der Qualität politischer Normen im Sinne einer Rückkopplung. Dies wäre über die ethische Reflexion der den politischen Entscheidungen zugrunde liegenden moralischen Werte, z. B. Verantwortung, Gerechtigkeit, Solidarität und Autonomie zu erreichen. Zudem bräuchte es eine wesentlich nachhaltigere Vernetzung der drei Ebenen und nicht nur den hierarchischen Weg von oben nach unten. Die zugegebenermaßen grobe Skizze von Zusammenhängen und Wirkebenen des Qualitätsmanagements verdeutlicht bereits, dass die Modelle in ihrer herkömmlichen Form nicht hinreichend zur Beantwortung von Qualitätsfragen sein können.

Ergänzend ist die Funktionsweise des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen zu beleuchten. Verkürzt zusammengefasst werden in der Planung Standards festgelegt, die einzuhalten sind und deren Wirkung mittels definierter Kennzahlen überprüft wird. Die Auswertung der definierten Kennzahlen dient der Qualitätssicherung. Wenn das Ergebnis sich im vorgegebenen Zielbereich befindet, ist ein Zuwachs an Qualität belegt. Falls nicht muss im jeweiligen Prozess nachgesteuert werden, um das gewünschte Output zu erreichen. Die ausgefeilten Managementsysteme, hier seien exemplarisch die ursprünglich aus der Industrie kommende DIN EN ISO 9001, das European Foundation for Quality Management (EFQM) und das Total-Quality-Management (TQM) genannt, sind alle nötig zur Abbildung der Qualität, ihre Berechtigung soll keinesfalls geschmälert werden. Sie allein reichen jedoch zur Sicherung eines *guten Outcomes* der Versorgung nicht aus, denn das Qualitätsmanagement als solches bietet keinen Raum für die *ethische Reflexion* der zugrunde liegenden *moralischen Werte* der *guten Versorgung im Sinne eines guten Lebens*.

Dass ethische Reflexionsprozesse die Qualität der erbrachten Leistung beeinflussen, hat man in den Einrichtungen des Gesundheitswesens durchaus erkannt. Die Implementierung von ethischen Strukturen in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist deshalb als Qualitätsmerkmal definiert. Man erwartet, dass in vorgehaltenen Strukturen medizinethischer Entscheidungsprozesse Reflexionsprozesse stattfinden, die auf der Mikroebene der Individuen die Versorgung verbessern. Gewünscht werden positive Auswirkungen auf das ethische Klima in den Einrichtungen. Somit gewönne die Versorgung auf der Mikroebene und auf der Mesoebene. Deshalb erhält eine Einrichtung Bonuspunkte bei Zertifizierungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung (s. Abschn. 6.1). Jedoch lässt sich die gewünschte moralisch-ethische Qualität als Outcome der Pflegeleistungen nur

schwer messen. Wie die Situationsanalyse zeigte (s. Kap. 6), gibt allein das Bestehen ethischer Strukturen noch keine Garantie für eine im ethischen Sinne *guter Versorgung*. Die Durchführung von medizinethischen Fallbesprechungen ist nicht gleichzusetzen damit, dass die Versorgung für Menschen mit Pflegebedarf und der Umgang mit Pflegefachpersonen durchgehend *gut* ist. Hinderungsgründe sind mannigfaltig, angefangen bei der fehlenden Bekanntheit oder Nutzung von Ethikstrukturen aufgrund hierarchischer Hürden, der Unkenntnis formaler Abläufe oder Zuständigkeiten etc. (s. Abschn. 6.2.3). Selbst die Teilnahme von Pflegefachpersonen an Ethikfallbesprechungen garantiert nicht die Auseinandersetzung mit den sogenannten *everyday ethics* der Pflegebeziehung. Im Ergebnis ergeben sich bei vielen Pflegefachpersonen ethische Belastungen, die sowohl einer guten Versorgung als auch einem gelingenden Berufsalltag im Wege stehen. Dabei ist Unterstützung dringend gewünscht (s. Abschn. 6.4). Zudem bleibt der Wirkungsgrad selbst gut funktionierender Ethikstrukturen beschränkt auf die individuelle Mikroebene mit mehr oder weniger starken Effekten auf die Organisationsebene einzelner Einrichtungen (s. Abschn. 6.1, 6.4), erneut fehlen Struktur, Prozess und Wirkung auf politischer Ebene. Das Outcome Logic Model fasst die Ergebnisse zusammen (Abbildung 7.8).

Jedoch ist aktuell eine Veränderung auf der politischen Ebene festzustellen. Eine zweite Tür hat sich geöffnet. Das Thema Pflege ist in der Politik angekommen, es ist medial so präsent wie selten vorher. Allerdings wird ein *Horrorszenario* entfaltet, was die Suche nach guten Lösungen nicht gerade einfacher gestaltet. So wird in den politischen Diskussionen allenthalben die *Überalterung* der Gesellschaft verantwortlich gemacht für ein zukünftig drohendes Unheil. Im nächsten Schritt wird die Qualität der Pflege beklagt und fehlende Pflegende reklamiert. Dass alle drei Punkte eng miteinander zusammenhängen, scheint kaum im Blick. Dass sie sich aufgrund der in den medialen Diskussionen transportierten Werthaltungen gegenseitig potenzieren und so die Situation verschärfen, statt gute Lösungen zu ermöglichen, scheinen die Gesellschaft und politisch Verantwortliche nicht in voller Tragweite zur Kenntnis zu nehmen. Leider betrifft diese Unkenntnis zu großen Teilen auch die Berufsgruppe selbst. Pflegefachpersonen sind Opfer des Systems, wissen allerdings nicht, sich fachlich und ethisch begründet zur Wehr zu setzen, so dass sie politisch gehört würden. Dramatisieren allein hilft nicht, es steigert die Mutlosigkeit des Einzelnen und schadet der Reputation eines ganzen Berufsstandes. Die Belastungen auf der persönlichen Ebene zu antizipieren, ohne politisch gegenzusteuern, hat Auswirkungen auf die Zufriedenheit im Berufsalltag und die Gesundheit von Pflegenden. Mit den gesundheitlichen Auswirkungen und der innewohnenden ethischen Dimension beschäftigt sich Abschn. 7.3.2.

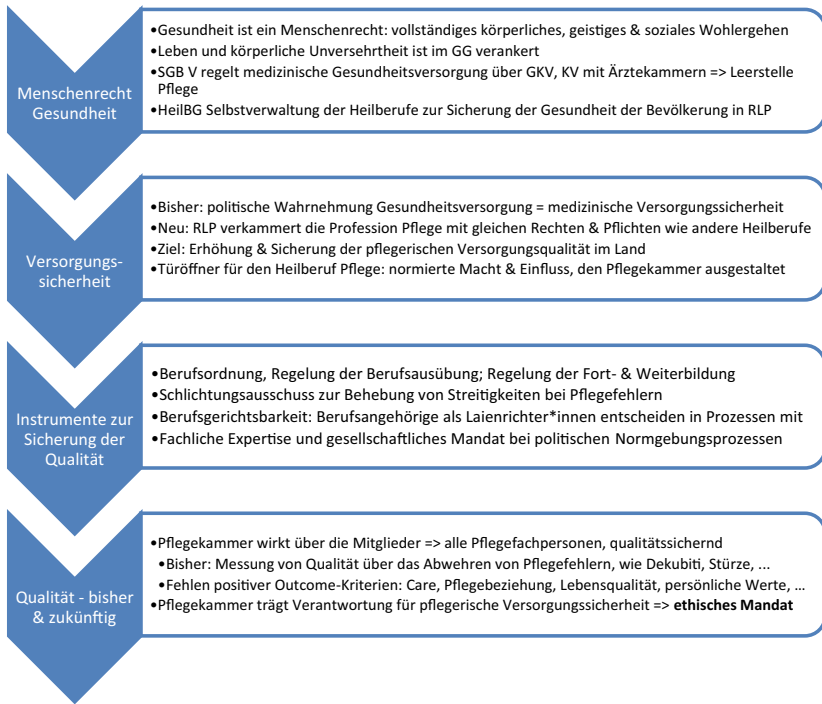


Abbildung 7.8 Gesundheit, Versorgungssicherheit & Qualität – Normen & ethische Implikationen

7.3.2 Realität im Berufsalltag – Qualität und Sicherheit für Versorgende?

Die Bedingungen in der Pflege rücken politisch zunehmend in den Blick. Der die Pflege betreffende Gesetzgebungsstau wird angegangen, in den letzten Jahren wurden viele für Menschen mit Pflegebedarf relevante Gesetze verabschiedet, die bekanntesten auf Bundesebene sind die Pflegestärkungsgesetze zur Verbesserung der Situation für die Menschen mit Pflegebedarf (PSG I-III) (Bundesrepublik Deutschland 17.12.2014, 21.12.2015, 23.12.2016). Das 2015 in Kraft getretene

PSG I hat die Stärkung der pflegerischen Versorgung und die Leistungsausweitung auf demenziell erkrankte Menschen zum Ziel. Ein Kernelement ist die Refinanzierung von bis zu 20.000 Betreuungskräften in Pflegeheimen, als angelernte Hilfskräfte agieren sie unterhalb des professionellen Niveaus der Pflegefachpersonen. PSG II, in Kraft getreten 2016, beinhaltet die Umgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Versicherte haben höhere Leistungsansprüche, die eingeschränkte Alltagskompetenz hat Aufnahme in die Begutachtung gefunden. PSG III vermittelt zwischen verschiedenen Leistungsträgern der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher, z. B. Behindertenhilfe (SGB IX) und Pflegeversicherung (SGB XI). Zudem bindet es die Kommunen stärker mit in die Verantwortung ein, es trat zu Teilen erst 2020 in Kraft.

Die Berufsangehörigen der Pflege wurden bisher vom Gesetzgeber nur ansatzweise in den Blick genommen, obwohl sich ihre Situation kontinuierlich verschlechtert. Die aktuelle Ratio zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf kann die Pflegebedarfe nicht decken, es kommt zu Qualitäts-einbußen (s. Abschn. 7.3.1). Studien und Gutachten auf Bundesebene zeigen, dass deutlich mehr Pflegefachpersonen benötigt werden (exempl. Isfort et al. 2018; Castello et al. 2017). Für Rheinland-Pfalz belegen dies die regelmäßig vom Sozialministerium in Auftrag gegebenes Gutachten (vgl. Castello et al. 2017). Mittels komplexer statistischer Methodik wurden Anhaltzahlen für die Altenpflege und die Krankenpflege ermittelt. Trotz in den letzten Jahren stark zunehmender Ausbildungszahlen in der Altenpflege, die den Austritt aufgrund Berentung ausgleichen, werden 2020 in Rheinland-Pfalz 1417, im Jahr 2030 2333 Altenpfleger*innen fehlen (vgl. Castello et al. 2017, S. 31). In der Krankenpflege fehlen 2020 1364 Pflegefachpersonen, 2030 besteht ein Defizit von 2173 Personen. Zu beachten gilt, dass in im Berechnungsmodell bereits eine Zuwanderung von 1584 ausländischen Pflegefachpersonen 2020 und 4224 Personen in 2030 angenommen wurde (vgl. Castello et al. 2017, S. 36). Nur über diese Annahme sowie der nochmaligen deutlichen Steigerung der Ausbildungszahlen auf 8895 Absolvent*innen bis 2030 könnte das rentenbedingte Defizit kompensiert werden, denn in den kommenden 15 Jahren werden ca. 44 % der Pflegefachpersonen altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden (vgl. Castello et al. 2017, S. 37), einen Überblick über die Personalbedarfe in Rheinland-Pfalz, lediglich zur Aufrechterhaltung des Status Quo, gibt Tabelle 7.2.

Tabelle 7.2 Personalbedarfe zur Aufrechterhaltung des Status Quo in RLP (n. Castello et al. (2017))

	Krankenpflege	Altenpflege	Auszubildende	Migration	Defizite zur Aufrechterhaltung des Status quo
2020	-1.364	-1.417	k. A.	-1.584	-4.365
2030	-2.173	-2.333	-8.895	-4.424	-17.825
Lücke gesamt					-22.190

In den Kliniken in Deutschland sind 46 % der Pflegefachpersonen „45 Jahre und älter, weniger als 10 % sind jünger als 25 Jahre“ (Blum et al. 2019, S. 24). Das Deutsche Krankenhausinstitut berechnet unter Beibehaltung des Status quo pflegerischer Versorgung einen Anstieg des pflegerischen Personalbedarfs von 23 %. Unter einseitiger Berücksichtigung des steigenden pflegerischen Mehrbedarfs aufgrund der Altersentwicklung der Bevölkerung ermittelt das statistische Modell einen Mehrbedarf von mindestens 26 %, umgerechnet 187.000 Pflegefachpersonen im Jahr 2030 (vgl. Blum et al. 2019, S. 5). Eine gleichzeitige Erhöhung des Personalschlüssels um 10 %, die in der aktuellen Situation wirksame Entlastung bringen könnte, ergibt einem Mehrbedarf von weiteren 278.000 Pflegefachpersonen (Blum et al. 2019, S. 6) in Summe fehlen 465.000 Pflegefachpersonen. Als Parameter des Rechenmodells wurden Fallzahlen des DRG-Systems zugrunde gelegt, es scheinen aber keine pflegefachlichen Kategorien eingeflossen zu sein, die über die Pflegequalität den tatsächlichen Pflegebedarf ermitteln. Insofern sind die Zahlen vermutlich zu gering angesetzt. Bereits die Erhaltung des ungenügenden Status quo ist schwierig, eine bedarfsdeckende Steigerung braucht innovative Interventionen:

„Im Vergleich zu einer Deckung des Personalbedarfs bei konstanten Personalschlüsseln erscheint eine Bedarfsdeckung bei signifikant verbesserten Schlüsseln noch schwieriger. Möglicherweise lassen sich (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nur sukzessive und ggf. über einen längeren Prognosezeitraum realisieren. In jedem Fall können in allen drei Leistungsbereichen (deutlich) verbesserte Personalschlüssel nur mittels Interventionen erreicht werden, die in Art oder Umfang deutlich über die bislang durchgeführten Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege hinausgehen.“ (Blum et al. 2019, S. 7)

Empfohlene Lösungsansätze sind keinesfalls neu, harren aber der konsequenten Umsetzung:

„Zu den wichtigsten Handlungsoptionen zur Deckung des Personalmehrbedarfs in der Pflege zählen insbesondere der Ausbau der Ausbildungskapazitäten und die Reduktion der relativ hohen Teilzeitquoten in der Pflege durch Arbeitszeitverlängerungen von Teilzeitkräften. Daneben kann durch die Rekrutierung der „stillen Reserve“ von (zeitweise) nicht mehr in der Pflege berufstätigen Pflegekräften und durch Akquise ausländischer Pflegekräfte zusätzliches Personal gewonnen werden. Auch verbesserte Arbeitsbedingungen etwa durch betriebliches Gesundheitsmanagement, Modelle altersgerechten Arbeitens oder die Entlastung der Pflege von Dokumentation und Administration erhöhen die Attraktivität der Pflegeberufe und begünstigen einen längeren Verbleib in der Pflege“ (Blum et al. 2019, S. 7).

Der Faktor, der nach Ansicht von Blum et al. die Entwicklung entscheidend beeinflussen kann, ist die Freisetzung von finanziellen Ressourcen für die Pflege. Wie das genau gelingen soll bzw. aus welchen Töpfen diese gezahlt werden könnten, lassen die Autor*innen jedoch offen.

„Der Ausbau der Personal- und Auszubildendenzahlen in der Pflege kann letztlich nur gelingen, wenn die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die Erlöse der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen daher soweit steigen, dass der Personalmehrbedarf in der Pflege damit gedeckt werden kann. Darüber hinaus sind ggf. auch die Pflegeberufe finanziell attraktiver zu gestalten, um über monetäre Anreize zusätzliche Pflegekräfte zu generieren.“ (Blum et al. 2019, S. 7)

Interessant ist die ökonomische Verquickung mit der Erlössteigerung in Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Dass höhere Erlöse über höhere Fallzahlen zu generieren wären, die wiederum mehr pflegerische Bedarfe generieren, die mehr Pflegefachpersonen benötigen, findet keine Beachtung. Die Erhöhung der Bezahlung wird nur vorsichtig als zusätzliche „Kann-Option“ empfohlen.

Rechenmodelle für solche Prognosen zum Personalbedarf beinhalten naturgemäß viele Annahmen. Reflexartig erfolgen fast hilflos anmutende Versuche der Politik und der Einrichtungsträger, neue Quellen für Arbeitskräfte zu erschließen. Ein Zugang ist die Erhöhung der Ausbildungszahlen. Zum heutigen Zeitpunkt ist offen, ob es überhaupt möglich sein wird, die Ausbildungszahlen in der deutschen Pflege in zehn Jahren um 172 % zu steigern, wie es Castello et al. empfehlen. Da aufgrund des seit 2020 gültigen neuen Pflegeberufegesetzes die komplette Ausbildung umgestellt wird, könnte die Energie in der nächsten Zeit primär in nötigen Umstrukturierungsprozessen gebunden sein. Es deutet sich an, dass Ressourcen zur Ausweitung der Ausbildungsplätze eher schwierig zu mobilisieren sein werden, zumal personelle und räumliche Ressourcen fehlen. Personalmangel betrifft auch die Lehrenden. Zudem herrscht Fachkräftemangel in vielen Sparten, zukünftige Auszubildende können ihr berufliches Betätigungsfeld frei wählen. Ob

sie sich in ein Berufsfeld begeben werden, dass in der öffentlichen Diskussion durch schlechte Arbeitsbedingungen und geringe Bezahlung hervorsteicht, bleibt fraglich, entsprechende empirische Belege stehen aus.

Der zweite, von der deutschen Politik verfolgte Ansatz war die Absenkung der schulischen Zugangsanforderungen zum Pflegeberuf (Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union 20.11.2013; Ludwig 2013). Das qualitätssichernde Anliegen der EU war, den Zugang zum Pflegeberuf europaweit einheitlich über die Hochschulreife festzusetzen. Dagegen wehrte sich der Bundesgesundheitsminister Bahr (FDP), er erreichte 2013 über eine Sperrminorität für Deutschland die Absenkung des Niveaus *Mittleren Reife* auf den Hauptschulabschluss plus eines zusätzlichen, berufsvorbereitenden Jahres. Dies geschah, um möglichst die zukünftigen Auszubildenden für die Pflege gewinnen zu können, deren Zugangsvoraussetzungen für andere Berufe nicht ausreichten, deren Zugang in den Pflegeberuf sollte nicht verbaut werden. Diese politische Linie läuft den europäischen Qualitätskriterien entgegen. In fast allen Ländern der Union ist die zwölfjährige Schulbildung und ein darauf aufsetzender akademischer Abschluss in der professionellen Pflege vorgeschrieben (vgl. Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union 20.11.2013). Die EU fordert die Angleichung der Berufsabschlüsse in Deutschland bereits seit 2005 (vgl. Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union 30.09.2005). Aus professioneller Sicht ist dies aufgrund steigender Bedarfe an eine qualitativ hochwertige Pflege dringend geboten (s. Abschn. 7.1.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.3.1), Deutschland verweigert sich seit Jahrzehnten dem internationalen Standard.

Der nächste politische Lösungsansatz ist die Entlastung durch Migration. Die Rekrutierung von Flüchtlingen oder die Anwerbung von Pflegefachpersonen im Ausland wie Spanien, Italien, China, usw. soll das deutsche Pflegesystem stützen. Gesundheitsminister Spahn fuhr persönlich in den Kosovo, um dort Pflegepersonen für Deutschland zu organisieren (vgl. tagesschau.de 2019), Mexiko stand ebenfalls im Fokus. Offen ist, ob die Zuwanderung den Bedarf nachhaltig decken kann, erste Erfahrungswerte sind wenig ermutigend. Selbst wenn Pflegepersonen nach Deutschland kommen, weiß heute niemand, ob und wie lange sie bleiben, es liegen kaum belastbaren Zahlen vor (vgl. Lauxen et al. 2019, S. 796–797). Hohe Arbeitslosigkeit im Heimatland bewirkt nicht zwingend den Verbleib in Deutschland, wie Erfahrungen der 2013 in Spanien angeworbenen Kolleg*innen belegten. Arbeitslosigkeit war der Migrationsauslöser, in Deutschland fehlte häufig die Anerkennung der pflegerischen Professionalität der auf tertiärem Niveau qualifizierten, spanischen Pflegefachpersonen. „Offensichtlich gibt es auf beiden Seiten erhebliche Differenzen bei Ausbildung, beruflichem Selbstverständnis und gewohnter Arbeitsorganisation“ (Sell 2019, S. 99). Erschwerend sind sprachliche

Hürden, Heimweh und z. T. schlechtere Bezahlung als die deutscher Kolleg*innen (vgl. Nessler 2015). Die Rückkehrquote liegt bei 80 %, Fazit:

„Die seit langem bekannte und immer wieder reanimierte Hoffnung, über das Ausland unsere Personalprobleme lösen zu können, wird genau so funktionieren wie in den zurückliegenden Jahrzehnten. Also flächendeckend und in umfassender Art und Weise nicht. Allenfalls eine punktuelle Entlastung wird es geben können für das eine oder andere Krankenhaus oder das eine oder andere Pflegeheim.“ (Sell 2019, S. 99)

Die ethische Dimension des Themenfeldes Zuwanderung liegt zu einen in der unhinterfragten Situation der Herkunftsländer: Nur weil die wirtschaftliche Situation der Pflegefachpersonen dort schlecht ist, heißt das nicht, dass es im jeweiligen Land keine Menschen mit Pflegebedarf gibt, die Betreuung benötigen würden. Vielmehr könnte dies auf Defizite im Gesundheitssystem vor Ort hindeuten, die solidarische Unterstützung z. B. vonseiten der Europäischen Union brauchen könnte⁷. Bei der Abwerbung sind ethische Standards globaler Gerechtigkeit im Umgang mit dem weltweiten Mangel an Gesundheitspersonal zu berücksichtigen. *The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* ist die Richtlinie:

“In accordance with the guiding principle as stated in Article 3 of this Code, the health systems of both source and destination countries should derive benefits from the international migration of health personnel. Destination countries are encouraged to collaborate with source countries to sustain and promote health human resource development and training as appropriate. Member States should discourage active recruitment of health personnel from developing countries facing critical shortages of health workers.” (World Health Organization 2010, S. 7)

Der am 07.04.2020 erschienene erste *State of the World's Nursing Report* belegt, dass Deutschland zusammen mit wenigen anderen Nationen, wie den skandinavischen Staaten, den USA und Australien, die weltweit höchste Dichte von Pflegepersonal im Relation zur Bevölkerung hat. Pro 10.000 Einwohner verfügt Deutschland über mehr als 100 Pflegepersonen (vgl. World Health Organization 2020, S. xiii). Die Länder, die von der deutschen Gesundheitspolitik zum Recruitment ins Auge gefasst werden, verfügen nur über die Hälfte an Nurses (z. B. Italien, Spanien), teilweise liegt die Ratio nur bei 20–29 % des deutschen Standards, wie z. B. in Mexiko und im Kosovo. Mit Blick auf die Zahlen scheint es unverantwortlich, dort personelle Ressourcen abzuziehen, wo sie viel dringender

⁷ Dass die Gesundheitssysteme in Spanien und Italien schlechter ausgestattet sind als in Deutschland, hat die Covid 19 Pandemie 2020/21 leider in drastischer Weise belegt.

nötig wären als bei uns. Der Versuch, die aus sozialetischer Sicht bedenklichen Arbeitsbedingungen in der deutschen Pflege lokal über die Erzeugung von global-ethischen Verteilungsproblemen zu lösen, läuft jedem Solidaritäts- und Gerechtigkeitsprinzip zuwider.

Wenn Pflegepersonen zuwandern, vertritt der ICN eine klare Linie: Er fordert gleiche Arbeitsbedingungen, gleichen Lohn, eine sichere Arbeitsumgebung, Freizügigkeit etc. (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2007). Auch Pflegekammern obliegt die Verantwortung sowohl für die angeworbenen Pflegefachpersonen als auch für die Versorgung der Gesellschaft (vgl. Art. 4.1. World Health Organization 2010), sie haben sie sich um die Kolleg*innen zu kümmern.

Der Themenkomplex *Ausländische Pflegefachpersonen* beinhaltet weitere problembeladene Facetten, die hier nur angerissen werden können. Zum einen handelt es sich um die Übernahme von Flüchtlingen, die seit 2015 nach Deutschland kommen, in die Pflege. Zur Umsetzung gibt es eine entsprechende Handreichung des Wirtschaftsministeriums (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2018). Immer wenn in Deutschland Menschen, vorwiegend Frauen, in neuen Arbeitsverhältnissen untergebracht werden müssen, seien es aktuell die Flüchtlinge oder 2012 die sog. *Schleckerfrauen*, welche durch die Insolvenz der gleichnamigen Drogeriekette freigesetzt wurden, kommt den politischen Akteuren reflexartig die Idee, dass man diese Frauen doch gut in der Pflege gebrauchen könnte. Der professionelle Anspruch des Berufsfeldes scheint den Ideenträgern unbekannt. Nur so sind die aus pflegefachlicher Sicht unreflektierten Empfehlungen einzuordnen.

Mit dem fehlenden Wissen, was genau *Pflegebedarf* ausmacht, ist auch der zweite Einsatzbereich ausländischer Pflegenden zumindest teilweise nachzuvollziehen. Gemeint ist der riesige Graubereich osteuropäischer Pflegenden, „die heute in vielen Privathaushalten unterhalb des offiziellen Radars unterwegs sind“ (Sell 2019, S. 86). Nimmt man diese an Rande der Legalität agierende, familiäre Hilfskonstrukte genauer unter die Lupe, tun sich Abgründe auf. Die osteuropäischen sog. *Live-Ins*, verrichten Pflegearbeit unter menschenunwürdigen Bedingungen (vgl. Emunds 2016, S. 217). Die vorgefundenen Zustände sind mit der Menschenwürde und rechtlich abgesicherten Arbeitsgerechtigkeit sowie weiteren Grundrechten unvereinbar (vgl. Emunds 2016, S. 216). Politisch werden sie aber trotzdem geduldet, weil ansonsten der Bedarf mindestens nochmals um geschätzt 500.000 in solchen Arbeitsverhältnissen tätigen Pflegenden (vgl. Mediendienst Integration 2019) erhöhen würde. Die Dunkelziffer liegt wahrscheinlich bedeutend höher. Die gesellschaftliche Akzeptanz beruht auf der Annahme, dass Pflege ohne die osteuropäischen Frauen nicht finanzierbar wäre. Eine breite gesellschaftsethische Reflexion erfolgt auch hier nicht. In beiden

Bereichen muss es ethisch gute Lösungen für alle Beteiligten geben. Der noch ausstehende gesellschaftliche Diskurs kann von der Pflegekammer befördert werden. Die politikethische Dimension nimmt Joan Tronto auf (s. Abschn. 7.2.2), dies wird Aufnahme in die Programmtheorie finden (s. Abschn. 8.3.1).

Die Realität der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen gilt es als nächstes zu beleuchten. Geht deren Anzahl nur aufgrund der o.g. Berentung und des gleichzeitig fehlenden Nachwuchses zurück oder steigen Pflegefachpersonen aus dem Beruf aus? Wenn ja, was sind die Gründe? Fehlen Pflegefachpersonen, weil sie berufsbedingt krank und schlimmstenfalls berufsunfähig werden?

Mittlerweile liefern diverse Studien Antworten. Hinweise bieten die statistische Annahme, dass Pflegenden mit der Vollendung des 60. Lebensjahres aus dem Beruf ausscheiden (vgl. Castello et al. 2017, 31, 37, 41). Die Berechnungen gehen aufgrund der gesundheitlichen Belastung davon aus, dass Pflegefachpersonen nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten können. Den sich über Jahre verdichtenden Anzeichen folgten Untersuchungen verschiedener Organisationen, spätestens seit 2017 häufen sich Berichte zum Gesundheitszustand von Pflegefachpersonen. Stellvertretend werden die Kernergebnisse des Berichtes *Gesundheitsreport 2019 Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften* (Techniker Krankenkasse 2019)(TK) zusammengefasst. Die Ergebnisse stützen sich auf eine Datenbasis von 181.000 Versicherten in den Pflegeberufen, 71 % sind in der Krankenpflege, 29 % in der Altenpflege tätig (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 8). Umgerechnet umfasst die Stichprobe 11 % aller ca. 1,7 Mio. beruflich Pflegenden in Deutschland (vgl. Destatis 2019, S. 145). Die TK dokumentiert eine zunehmende Belastung von Angehörigen der Pflegeberufe unter ihren Versicherten. Hohe Krankenstände und erhöhter Medikamentenkonsum führten zum Verdacht, „dass der Pflegeberuf tatsächlich krank machen kann“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 3). Dies war so deutlich, dass die TK ihre jährlichen Gesundheitsanalyse 2019 der Pflege widmete. Der Bericht umreißt die Probleme und deren gesellschaftlichen Auswirkungen:

„Schichtdienst, hohe körperliche Anforderungen, Zeitdruck und zu wenig Personal: Kranken- und Altenpflege ist anspruchsvoll und kann die Menschen in Pflegeberufen an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit bringen. Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist daher eine der großen Herausforderungen der heutigen Zeit. Fast 40.000 Stellen sind aktuell nicht besetzt.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 3)

Zur Erinnerung: 40.000 fehlende Pflegefachpersonen entsprechen etwa der Anzahl aller Pflegefachpersonen in Rheinland-Pfalz. Somit fehlt *über den Dauen* die pflegerische Versorgung eines kompletten Bundeslandes. Das gibt ein Gefühl für die Tragweite, von der wir sprechen:

„Gerade mit Blick auf den demografischen Wandel und die damit immer älter werdende Bevölkerung ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, diese Berufe wieder attraktiver zu machen. Grundvoraussetzung dafür ist die Gesundheit der Beschäftigten. Pflege darf nicht krank machen.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 3)

Die Daten bescheinigen jedoch das Gegenteil, Pflege macht krank:

„Ja, es geht Deutschlands Kranken- und Altenpflegern gesundheitlich überdurchschnittlich schlecht. Sie sind öfter und länger krank als Menschen in anderen Berufen.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 3)

Beruflich Pflegende fallen durchschnittlich 23 Tage pro Jahr und damit acht Tage länger aus als die Vergleichsgruppe der anderen Berufe, sie erhalten mehr Arzneimittel in größeren Mengen. Der Krankenstand lag 2018 in der Altenpflege bei 6,94 %, in der Krankenpflege bei 6,02 %, wohingegen der Durchschnittswert aller anderen Berufstätigen bei 4,09 % lag (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 9). Die größte Krankheitslast verursachen psychische Störungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Gemessen wird die Belastung in Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) je 100 Versicherungsjahren. Die Diagnosen in Relation zum Geschlecht zeigt bei Männern und Frauen unterschiedlich hohe Belastungen. Das größte Gesundheitsproblem der in der Pflege tätigen Männer sind psychischen Störungen (459,9 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre). Der Wert war um den Faktor 2,4 höher als bei Männern, die nicht in der Pflege arbeiten (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 9). Bei Frauen führten muskuloskeletale Erkrankungen die Liste mit 544,5 AU-Tagen an, die Belastung lag doppelt so hoch als bei Frauen in allen anderen Berufen. Als Ursache wird die körperliche Belastung des Pflegeberufs benannt, wobei die Beeinträchtigungen in der Altenpflege am höchsten sind (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 13). Psychische Beschwerden sind für Frauen in der Pflege genauso problematisch wie für ihre männlichen Kollegen, 463,7 AU-Tage pro 100 Versicherungsjahre gehen darauf zurück. Allerdings ist die Abweichung zu Frauen in anderen Berufen geringer als bei den Männern (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 10). Das Fazit:

„Übereinstimmend weisen die Ergebnisse von Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten sowie Arzneiverordnungen auf vergleichsweise häufige psychische Beschwerden bei Beschäftigten in Pflegeberufen hin. Ausgesprochen deutlich erscheint dieser Befund in Bezug auf männliche Beschäftigte in Pflegeberufen, wenn diese mit männlichen Beschäftigten insgesamt verglichen werden. Fehlzeiten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, die besonders häufig bei Frauen in Pflegeberufen dokumentiert sind, weisen zudem auf weitere wesentliche Belastungen hin, die mit einer Tätigkeit in der Pflege einhergehen.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 12)

Die Ursachen sind berufsfeldabhängig, werden aber auch bei der Persönlichkeit verortet:

„Als Ursachen von gesundheitlichen Beschwerden in bestimmten Berufen müssen ganz allgemein in erster Linie spezifische Belastungen im typischen beruflichen Arbeitsumfeld diskutiert werden. Zugleich ist aber auch davon auszugehen, dass einzelne Berufe gehäuft von Menschen mit bestimmten Fähigkeiten, Eigenschaften, Wünschen und Erwartungen ergriffen werden, diese Menschen sich also bereits vor der eigentlichen Berufsaufnahme unterscheiden. Schließlich dürften Angehörige unterschiedlicher Berufe, bedingt durch unterschiedliche berufliche Anforderungen, aber auch bedingt durch Einstellungen und Auffassungen, unterschiedlich mit bestimmten gesundheitlichen Problemen umgehen, was auch einen Einfluss auf die im Rahmen der Auswertungen betrachteten AU-Meldungen und Arzneiverordnungen haben dürfte.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 12)

Interessant ist die angedeutete Affinität Pflegenden gerade für solche Krankheitsbilder, welches als verdeckte Schuldzuweisung interpretiert werden könnte. In Anbetracht der herrschenden Rahmenbedingungen in der Pflege ist dieser Tenor zumindest fehl am Platze.

Abhilfe für die Probleme sind laut TK bei den körperlichen Belastungen, z. B. über entsprechende technische Hilfsmittel, einfacher leistbar (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 13) als bei den psychischen Problemen. Die Ursachen sind komplexer und Lösungen schwieriger umsetzbar, weil eine Vielzahl von Maßnahmen erforderlich wären, „um Pflegekräfte zu entlasten und den Beruf auch in Zukunft für Arbeitskräfte attraktiv zu gestalten“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 13). Es ist sowohl die individuelle als auch die Organisationsebene in den Blick zu nehmen und mit den politisch initiierten Rahmenbedingungen zu verknüpfen:

„Die psychische Belastung von Pflegekräften scheint im Laufe der letzten Jahre, wie auch in anderen Berufen, noch zugenommen zu haben. Es ist davon auszugehen, dass die Verdichtung von Arbeit, die aufgrund von zunehmenden Wirtschaftlichkeitserwägungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu beobachten ist, sowie ein wachsender Personalmangel für Pflegekräfte auch hohe psychische Belastungen mit

sich bringen. Motivation für eine Tätigkeit in der Pflege wird bei vielen Pflegekräften unter anderem der Wunsch sein, mit Menschen umzugehen und Menschen zu helfen. Möglicherweise ist es auch die Bereitschaft, anderen Menschen zu helfen und sich in sie einzufühlen, wie sie durch die Wahl eines Pflegeberufes zum Ausdruck kommt, die die betroffenen Männer gleichzeitig anfälliger für psychische Erkrankungen macht. Die Diskrepanz zwischen dieser Motivation und der Möglichkeit, ihr im Berufsalltag gerecht zu werden, dürfte Erschöpfungszustände auch bei weiblichen Pflegekräften begünstigen.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 13)

Anders formuliert belegt das Zitat die belastende Diskrepanz zwischen dem Berufsethos der Pflegefachperson und der Möglichkeit, dieser Werthaltung im Berufsalltag gerecht zu werden. Die TK bleibt nicht bei der Benennung von Ursachen stehen, sie formuliert auf dem gesellschaftlichen Zentralwert Gesundheit aufbauende Desiderate für die Berufsangehörigen:

„Neben pflegenden Angehörigen sind es Beschäftigte in den Pflegeberufen, welche mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung oder bestmöglichen Aufrechterhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens leisten.“ (Techniker Krankenkasse 2019, S. 14)

Die TK hat verstanden: „Wir müssen handeln“ schreibt Herr Baas im Vorwort. Er sieht Lösungsansätze im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bei der Umsetzung sollen Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf in speziellen Präventionsprogrammen gemeinsam in den Blick genommen werden (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 3), um beiden zu helfen. Dies ist ein Paradigmenwechsel, bisher stand die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf im Mittelpunkt, darüber wurde die Qualität pflegerischer Leistung definiert (s. Abschn. 7.3.1). Der Richtungswechsel ist dringend nötig, er ist ethisch geboten.

Im Bundesgesundheitsministerium wurde die Not im Pflegesektor erkannt, seit Ende 2018 soll das Pflegepersonalstärkungsgesetz gegensteuern. In diesem „Containergesetz“ wurden vielen die Pflege betreffenden Bereiche neu geregelt, so die Herauslösung der Finanzierung von im Krankenhaus erbrachten Pflegeleistungen aus dem DRG-System, Pflegepersonaluntergrenzen wurden definiert, die Übernahme der Finanzierung zusätzlich eingestellter Pflegefachpersonen in Krankenhaus und Altenpflege zugesichert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020). Enthalten ist auch die Stärkung der betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegenden nach §§ 20 Abs. 6 und 20 b Abs. 3 SGB V (Artikel 7 Nr. 1,

3Bundesrepublik Deutschland 11.12.2018). Unter dem Titel *Möglichst lange fit bleiben – betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte* erläutert das BMG:

„Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen brauchen Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn gerade hier ist die psychische und körperliche Belastung für die Beschäftigten enorm. Deshalb werden die Krankenkassen verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Mio. Euro jährlich speziell für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der heute für diese Leistungen gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert in Höhe von 2,15 Euro jährlich je Versicherten wird auf 3,15 Euro erhöht. Damit erhält die betriebliche Gesundheitsförderung einen Schub, der mit gesunden, motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020)

Der Gesetzgeber stellt erhebliche finanzielle Mittel zur Verfügung, die von den Krankenkassen zum Schutz der Pflegefachpersonen verausgabt werden sollen. Langsam bilden sich Initiativen der Krankenkassen, diese Mittel einzusetzen, so auch vom vdek, dem Verband der Ersatzkassen, dem die TK angehört. Ziel des Ende 2019 angelaufenen Projektes *Mehrwert: Pflege* ist die Prozessberatung zum Aufbau und der Nutzung von Strukturen des betrieblichen Gesundheitsmanagement (vdek 2020). Bei den Ansatzpunkten, an denen Gesundheitsförderung im Betrieb überall wirken kann, sind ethische Werthaltungen zwar nicht explizit benannt, schwingen in den Bausteinen Führungskultur und Unternehmenskultur mit. Andere Krankenkassen bieten ähnliche Programme an. Es wird abzuwarten sein, inwieweit sich durch solche Initiativen Entlastung bei physischen und psychischen Problemen im Pflegeberuf schaffen lässt, das grafische Logic Model des Outcomes der letzten Jahre zeigt Abbildung 7.9.

Im Jahr 2020 wurde alle gerade angelaufenen Initiativen durch die Coronapandemie drastisch ausgebremst, ob und wann ein Neustart erfolgt, ist aktuell offen. Dass berufsethische Unterstützung in den Einrichtungen ein gesundheitsförderliches Projekt sein kann, ist in Deutschland nicht auf der Agenda. Wie eng Gesundheit und Ethik zusammenhängen, zeigt die internationale Moral-Distress-Forschung, die Abschn. 7.3.3 skizziert.



Abbildung 7.9 Realität im Berufsalltag – Qualität und Sicherheit für Pflegefachpersonen

7.3.3 Gesundheit & Berufsethik – Ergebnisse der Moral-Distress-Forschung

Abschn. 7.3.2 zeichnete die gesundheitlichen Belastungen im Berufsalltag von Pflegefachpersonen nach und zeigte erste normsetzende Initiativen des Gesetzgebers zur Entlastung über das Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Allerdings fehlen zwei Brückenschläge, die für die Konzeption der Programmtheorie des ethischen Mandats von Pflegekammern unerlässlich sind. Die erste Brücke ist die Verbindung zwischen Gesundheit und Berufsethik. Diese explizite Verbindung ist in Deutschland neu, obwohl ständig Werte und ethischen Prinzipien benannt werden, die guter Pflege innewohnen (sollten). Respekt, Mitleid, Empathie und Verantwortung für das Gegenüber sind nur einige, die gesellschaftlich von Pflegefachpersonen gefordert werden und von ihnen gleichermaßen als Grundlage ihres Berufsethos verstanden werden. Das gesellschaftliche Verständnis von Pflege ist das moralische Konstrukt, an dem Pflegefachpersonen als Teil dieser Gesellschaft ihr berufliches Handeln orientieren. Es bildet sich das handlungsleitende Berufsethos aus. Wenn das Berufsethos tangiert wird, weil berufliche Werte außeracht gelassen werden, belastet dies Pflegepersonen. Der Umgang mit der Belastung kann verschiedene Facetten haben. Die Spannbreite geht von der Überschreitung eigener Grenzen an einem Pol bis zur fehlenden Zuwendung zu den Menschen mit Pflegebedarf als gegenteiliger Pol. Dazwischen findet qualitativ hochwertiges professionelles Pflegehandeln statt, dass gleichzeitig empathisch auf die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf eingeht und die Pflegefachperson nicht überfordert. So titelt die Onlineplattform springerpflege.de am 23.08.19 *Empathie in der Pflege – eine Frage von Nähe und Distanz*. Empathie ist ein zentrales Element der Pflege, aber ein Zuviel an Mitgefühl kann zu beruflicher Überforderung bis zum Burnout führen (vgl. springerpflege.de 2019). Es braucht die professionelle Bearbeitung des aufgezeigten Spagats, um die professionellen pflegerischen Interaktionen optimal zu gestalten (vgl. springerpflege.de 2019). Die ethische Reflexion der Situation und der tangierten Werthaltungen kann Klarheit schaffen, sie dient zur Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen auf der Mikroebene.

Die Entlastungen der professionellen Pflege darf allerdings nicht auf der individuellen Ebene stehen bleiben. Damit Unterstützung funktioniert, muss der zweite Brückenschlag auf die Makroebene der Politik erfolgen. Dafür leitet der in Abschn. 7.3.2 analysierte Bericht der Techniker Krankenkasse und weitere ähnliche Dokumente der Krankenkassen jedoch keine Empfehlungen ab, systemverändernde Vorschläge finden sich nicht. Die gesetzlichen Krankenkassen sind,

wie Pflegekammern, Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Im politischen Reigen sind beide in der Position, initiativ entsprechende politische Positionen zu setzen. Ein exemplarischer Ort wäre beispielsweise der gemeinsame Bundesausschuss, wo über den Mitteleinsatz des SGB V entschieden wird. Die Reflexion gesamtgesellschaftlicher Werte wie Gerechtigkeit, Verantwortung und Solidarität sowie die Ableitung politischer Anforderungen für die Situation der Pflege sind dringend geboten.

Beide Verbindungen bietet die internationale Moral-Distress-Forschung. Sie untersucht seit mehr als 35 Jahren das Phänomenen ethischer Belastung der Health-Professionals, zeigt Wege im Umgang damit auf und liefert die Argumente für nötige Veränderungen des Systems. Literaturreviews bieten umfassenden Überblick über empirische Untersuchungen zum Moral-Distress von Pflegenden (Oh und Gastmans 2015) und zu theoretisch-argumentativen Unterstützungskonzepten (McCarthy und Gastmans 2015). Der Begriff *Moral Distress* zeigt die gesundheitliche Belastung von Pflegepersonen, er wurde entwickelt,

“...to describe the psychological, emotional and physiological suffering that nurses and other health professionals experience when they act in ways that are inconsistent with deeply held ethical values, principles or commitments.” (McCarthy und Gastmans 2015, S. 132)

Moral Distress kann als *moralische Not* übersetzt werden, *Not* ist dabei als persönlicher Bedrängnis zu verstehen, es handelt sich um eine psychisch-emotionale Situation. Der Duden gibt für *Not* eine Bedeutungsübersicht, u. a. ist es eine „besonders schlimme Situation, in der jemand dringend Hilfe braucht“; *Not* ist ein „durch ein Gefühl von Ausweglosigkeit, durch Verzweiflung, Angst gekennzeichneten seelischer Zustand, unter dem der davon Betroffene sehr leidet“; „eine Bedrängnis“; ein „belastendes [Not verursachendes] Problem“; eine „Schwierigkeit, Sorge“ (Cornelsen Verlag 2020).

Im professionellen Pflegealltag sind permanent Entscheidungen erforderlich. Sie können aus verschiedenen Gründen zu ethischer Bedrängnis führen. Die den jeweils gefällten Entscheidungen und der professionellen Pflegehandeln inhärenten ethische Dimension ist vielen Pflegefachpersonen häufig nicht bewusst, der berufsethische Bezug läuft eher implizit mit, wie die Beispiele zeigen:

“While rarely in a position to control the actions of others, nurses must decide what their own moral actions should be in a variety of situations, including birth, illness, ageing, suffering and death of vulnerable patients. Moreover, nurses, as patient advocates, support patients who undergo the outcomes of ethical choices made. Nurses make this possible with the help of more powerful agents in the healthcare system.

Their conflicting loyalties and responsibilities to patients, families, physicians and other nurses, as well as contextual constraints, further increase the likelihood that nurses will experience moral distress.” (Oh und Gastmans 2015, S. 15)

Das Problemfeld umfasst ein Konglomerat von Ohnmacht gegenüber den Entscheidungen anderer Akteure, dem Zwang, darauf basierend eigene professionelle Entscheidungen treffen zu müssen und als *Moral Agent* für die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf einzutreten, sowie ggf. auftauchenden Loyalitätskonflikten. Die dabei entstehenden moralischen Belastungen bei Pflegefachpersonen sind empirisch gut untersucht. Die Moral-Distress-Forschung nahm mit der Studie von Jameton 1984 ihren Anfang. Als Pflegepädagoge belegte er, dass die Pflegerolle bereits Auszubildende signifikant moralisch belasten kann:

“Moral distress arises when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action’.” (Jameton 1984, S. 6 zit. n.; McCarthy und Gastmans 2015, S. 132).

Aufbauend auf Jametons Definition entwickelten Forscher*innen verschiedene Instrumente, zur Messung von Moral Distress. Entweder erhoben die Instrumente das Phänomen generell oder ermittelten die Ausprägung, Frequenz und Intensität über Scores (vgl. Oh und Gastmans 2015, S. 23). Die Ergebnisse wurden meist mit soziodemografischen Variablen der Befragten korreliert. Der Review von Oh & Gastmans berichtet zusammenfassend, dass Moral-Distress-Ereignisse in der pflegerischen Praxis zwar nicht ständig vorkommen und dass ein einzelnes vorkommendes Ereignis meist eine moderate Intensität hat. Moral Distress hat aber trotzdem einen hohen Impact bei der betroffenen Pflegefachperson, denn für sie ist das moralische Problem eben nicht aus der Welt, nur weil die Situation vorbei ist. Vielmehr bleibt es für die Pflegefachperson bestehen, beschäftigt sie und kann belastende psychische Emotionen auslösen. Ungelöste moralische Probleme verursachen ein belastendes *Moral Residue*

“...which is powerfully concentrated in our thoughts, when we know how we should act but are unwilling and/or unable to do so. Moral residue can negatively make an impact on psycho-emotional responses and nursing practice by internalizing the problem. It is manifested as guilt, shame and self-blame. Nurses who experience moral residue and continue to work tend to withdraw from patient care and become distrustful of other professionals.” (Oh und Gastmans 2015, S. 27)

Die im Review untersuchten Studien bieten keine eindeutige Aussage zu den Konsequenzen eines Moral Residues für die berufliche Entwicklung. Einige Studien

liefern Belege, dass ältere Pflegefachpersonen gelernt haben, mit den moralischen Problemen umzugehen. Andere Untersuchungen widersprechen dem Befund, sie gehen von Desensibilisierung aus (vgl. Oh und Gastmans 2015, S. 27).

Einige Studien untersuchen den Zusammenhang zwischen Moral Distress und einem Burnout-Syndrom, das Ergebnis lautet: Moral Distress verursacht emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung als zwei von drei Leitsymptomen des Burnouts. Emotionale Erschöpfung entsteht, wenn die moralischen Stressoren die Bewältigungsmöglichkeiten der Pflegefachpersonen überfordern und/oder mit den Wertesystem der Pflegefachpersonen im Konflikt stehen und nicht kognitiv in Einklang zu bringen sind (vgl. Oh und Gastmans 2015, S. 28). Bereits früher durchgeführte systematische Reviews berichteten von vielfältigen psychologischer Reaktionen bei Pflegepersonen in moralischer Bedrängnis,

“... including anger, loneliness, depression, guilt, anxiety, feeling of powerlessness and emotional withdrawal. Not only did nurses withdraw within themselves but also they isolated themselves from their patients emotionally.” (Oh und Gastmans 2015, S. 28)

Gelingt die Verarbeitung moralischer Not nicht, schichten sich die Probleme auf, der Pflegefachpersonen bleibt als Selbstschutz die Fluktuation in weniger belastenden Pflegebereiche oder als letztes Mittel die Flucht aus dem Beruf (vgl. Oh und Gastmans 2015, S. 28).

Eine in Deutschland verbreitete Reaktion von Pflegefachpersonen auf die Belastungen des Berufes ist die Reduktion des Stellenumfangs. Diese Strategie ermöglicht ihnen, im gewählten und nach wie vor geschätzten Beruf bleiben zu können, aber die Belastung zu reduzieren, berichten Pflegefachpersonen in vielen persönlichen Gesprächen. Die dadurch entstehende Gehaltseinbuße wird dabei in Kauf genommen. Das Phänomen belegt auch eine im Frühjahr 2020 durchgeführte Studie zum Berufsverbleib von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein (Kuhn et al. 2021). Die Kolleg*innen, die ausgestiegen sind, möchte die Politik als sog. *Stille Reserve* wieder zurück in den Beruf holen. Dabei scheinen die geschilderten Ursachen von Reduktion und Berufsausstieg nicht bekannt. Das Zurückholen in den Beruf kann kaum nachhaltig gelingen, wenn die Rahmenbedingungen der Berufsausübung nach wie vor psychische, physische und moralische Belastungen verursachen und die systemischen Grundprobleme nicht angegangen werden. Dies ist nicht das Ende der Betrachtung, sondern ein

Startpunkt zur Veränderung. Reviews belegen, dass Moral Distress keine Einbahnstraße zu sein braucht. Vielmehr ist bei empfundener moralischer Belastung der Ausgang offen, es gibt durchaus gelingende Verarbeitung.

Eine bedeutende Rolle spielen die theoretischen Argumentationslinien im Umgang mit dem Phänomen. Eine Übersicht der Theoriekonzepte legen McCarthy und Gastmans 2015 in einem Review vor. Ihr Ziel war die Untersuchung von theoretisch ausgerichteten Artikeln,

„... that analyse concepts and present arguments to draw conclusions about the clinical conduct that nurses ought to undertake.“ (McCarthy und Gastmans 2015, S. 132)

Die Theoriearbeiten kontrastieren zu empirischen Arbeiten, welche jeweils aktuelle Bilder der Situationen in der Pflege zeichnen, Ziel ist die Suche nach Argumenten und Erarbeitung von Konzepten zum Umgang mit Moral Distress. Die Autor*innen der untersuchten Studien sind sich generell einig:

“... moral distress arises from a number of different sources and that it (mostly) affects negatively on nurses’ personal and professional lives and, ultimately, harms patients.” (McCarthy und Gastmans 2015, S. 131)

Negative Folge von Moral Distress ist die Einschränkung der *Moral Agency* der Pflegefachpersonen. Moral Agency beinhaltet verschiedene Komponenten: Grundlegend nötig ist die Fähigkeit zu entscheiden, was richtig und was falsch ist. Aus der Entscheidung erwachsen Handlungen, ggf. auch entgegen Widerstände. Deshalb muss die Entscheidung in Abwägung mit den Bedürfnissen und Werthaltungen der Menschen mit Pflegebedarf reflektiert, argumentativ begründet getroffen sein. Dies bedarf hoher pflegefachlicher und ethische Kompetenz. Für alle drei Schritte trägt die Pflegefachperson die Verantwortung auf der Mikroebene. Jedoch reicht diese Ebene der Verantwortungszuweisung nicht aus, vielmehr tangiert das relationale Konzept alle Verantwortungsebenen:

“That is, moral distress must be seen as a phenomenon that is experienced by individuals, but shaped not only by the characteristics of each individual (e.g., moral character, values, beliefs), but also by the multiple contexts within which the individual is operating, including the immediate interpersonal context, the health care environment and the wider socio-political and cultural context.” (Varcoe et al. 2012, S. 56).

Diese Definition zeigt, dass Unterstützung im Umgang mit Moral Distress nicht auf der individuellen Ebene stehen bleiben darf, sondern wie bereits an mehreren Stellen herausgearbeitet, die Organisationsebene und die politische Makroebene der Gesellschaft einschließt. Somit hat die Pflegekammer ein doppeltes Mandat, dass die Programmtheorie aufnehmen wird.

Weil der Begriff Moral Distress in der Literatur oft unpräzise genutzt wird, nehmen Varcoe et al. folgende Abgrenzung vor, dies ist wichtig als Arbeitsgrundlage für eine Pflegekammer:

“Moral distress is not...

1. The daily pressures or stress of work: There are natural daily pressures or stresses of work in any job but they do not necessarily constitute ‘moral’ distress.
2. Compassion fatigue or post-traumatic stress disorder (PTSD): These are situations commonly placed alongside moral distress, but arise from different root causes (e.g., witnessing suffering) and have their own courses of action to address. Individuals may experience PTSD or compassion fatigue and moral distress simultaneously.
3. Burn-out: Burn-out easily becomes a medical diagnosis to be treated by time off work for rest. Burn-out can be caused by workplace difficulties such as continually working in overload. Burn-out may be experienced concurrently with moral distress.
4. An excuse to avoid work or avoid dealing with challenging situations: The organizational pressures to silence voices claiming moral distress as a concern may foster assumptions that expressing such concern is a way for health care practitioners to avoid the difficult work they are doing. Health care leaders who understand moral distress as an individual issue solely may interpret concerns related to moral distress as ways to avoid work or avoiding challenging situations. Such an individualized understanding and dismissal of concerns may camouflage ethical issues.
5. Disagreements amongst colleagues: Such disagreements may lead to conflict, but they are not always synonymous with moral distress. A disagreement with a colleague, for example, may not be experienced as a compromise but rather the expression of different value commitments.
6. A pathological diagnosis of the inadequacy of a health professional: Locating the locus of moral distress as an individual failing is misattribution, and ignores the influence of organizational structures on an individual’s practice. When we see moral distress as just an “individual’s problem” we pathologize the individual and our gaze shifts from a broad systemic lens to one that is narrowly focused on an individual who is somehow upset or “not coping”. This deflection away from organizational and systemic factors can camouflage the unethical features of organizational life and can often perpetuate questionable practices.” (Varcoe et al. 2012, S. 56–57)

Für die Pflegekammer zentral ist, dass nicht jeder Stress moralische Ursachen hat aber die grundlegenden Moralvorstellungen zu prüfen sind. Moral Distress ist auch nicht an vermeintlich fehlender Kompetenz von Pflegefachpersonen festzumachen, vielmehr sind die systemischen Ursachen in den Blick zu nehmen. Zur Klarstellung von Moral Distress definieren Varcoe et al. diese Attribute:

“Moral distress includes the following parameters.

1. Moral distress can be a solitary or communal experience.
2. Moral distress is characterized by a personal experience of serious moral compromise that often originates in broader systemic organizational practices and routines.
3. Moral distress can be experienced by all types of direct health care providers, as well as by people at all levels of the health care organizational hierarchy.
4. Moral distress threatens the identity and integrity of many who experience it because they believe they have either seriously compromised deeply held personal/professional value commitments, or they have allowed themselves to be compromised.
5. Moral distress is layered and complex.
6. Moral distress may be experienced emotionally, psychologically and/or physically.
7. Moral distress is a relational concept.
8. Moral distress when not addressed may lead to moral residue.” (Varcoe et al. 2012, S. 57)

Die Auflistung zeigt die Komplexität und Vielschichtigkeit von Moral Distress, der negative oder positive Outcomes haben kann. Positiv wäre die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen zu sehen. Moral Distress verursacht *stress of conscience*, das *schlechte Gewissen*, das entsteht, wenn man etwas Falsches tut und einen Tadel zu erwarten hat. Das Gewissen ist der „sensible Messfühler“ ethischer Belastung (vgl. McCarthy und Gastmans 2015, S. 143).

Moralische Entscheidungen führen zu ethischen Belastungen unterschiedlicher Genese: Ein moralisches Dilemma entsteht, wenn unterschiedliche ethische Prinzipien miteinander konkurrieren und egal welche Entscheidung gefällt wird, es keine gute Lösung für alle Beteiligten gibt. Diese klassischen Entscheidungssituationen finden sich vor allem in medizinethischen Fragestellungen (s. Abschn. 6.1). Das zweite Problem ist die Entscheidungsunfähigkeit, weil man nicht sicher ist, was das moralisch Richtige zu tun wäre. Die dritte Ursache, analog zur Definition Moral Distress, ist das Unvermögen, eine ethisch korrekte Entscheidung und die daraus folgende professionelle Aktion durchzuführen, weil man sehr wohl weiß, was zu tun geboten wäre, aber organisatorische und hierarchische Gründen daran hindernd.

Jedoch darf diese Perspektive nicht zur Überschätzung ethischer Fähigkeiten von Pflegefachpersonen verleiten. Insbesondere Johnstone und Hutchinson (2015) sehen *Moral Distress* sehr kritisch. Sie warnen davor, dass Pflegefachpersonen meinen könnten, qua Berufsstand wäre ihre moralische Einschätzung automatisch die richtige, selbst wenn diese Position den Anliegen der Menschen mit Pflegebedarf widerspricht und deren Autonomie untergräbt:

“They warn that if nurses assume that their views of the right thing to do are the only correct ones, there is a danger that they will impose these views on patients: “where the rightness of the nurses’ ethical judgments is assumed rather than shown, there will remain an unacceptable risk of nurses promulgating ‘moral imposition’ whereby their own personal views are imposed onto others in ways that are not only unwelcome but can result in otherwise preventable harm to people’s significant moral interests”” (Johnstone und Hutchinson 2015, S. 8 zit. n. ; McCarthy und Gastmans 2015, S. 145)

Das weite Verständnis aller möglichen Sachverhalte als *Moral Distress* hinterlässt ein Gefühl der Beliebigkeit, es fehlt die exakte Analyse und Zuordnung (vgl. Moser und Monteverde 2016, S. 253). Das Konzept *Moral Distress* muss klar operationalisiert werden, nötig ist ein interdisziplinärer Zugang, der philosophische und psychologische Theorien mit aufnimmt, empfehlen 2008 McCarthy und Deady, 2015 auch Johnstone und Hutchinson. Letztere warfen gar die Frage auf, ob es an der Zeit sei, *Moral Distress* als ein fehlerhaftes Pflegekonstrukt aufzugeben. Dies würde jedoch zu weit gehen, denn es konnten viele wertvolle Hinweise für Ansatzpunkte zur Unterstützung der professionellen Pflege herausgearbeitet werden. Gerade die aus *Moral Distress* resultierende Belastung der professionellen Identität und Integrität spielen eine entscheidende Rolle für das Mandat von Pflegekammern. Wenn Pflegefachpersonen gezwungen sind, gegen ihre berufsethischen Überzeugungen zu handeln, wird ihre eigene Würde und ihre Selbstachtung in Mitleidenschaft gezogen (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 325). Berufliche ethische Belastungen können Pflegenden verletzen, ihr bedrängtes moralisches Gewissen verweist auf ihre beeinträchtigte Integrität. Ernsthaftes moralische Konflikte können sowohl das Selbstbewusstsein von Pflegefachpersonen als auch ihre persönliche Identität irreversibel verändern (vgl. McCarthy und Gastmans 2015, S. 145).

Wenn Pflegefachpersonen in Erfüllung ihrer professionellen Rolle sich, allen Widerständen zum Trotz, gegen die Ursachen von Moral Distress auflehnen, diese einrichtungsintern benennen oder gar zu Whistleblowern nach außen werden, zeichnet dies einerseits ihre pflegerische Expertise aus (vgl. Benner et al. 2009, 133 f.), die den Menschen mit Pflegebedarf zugutekommt. Andererseits kann gerade dieses Ausbrechen aus den beruflichen Routinen neuen Moral Distress erzeugen (vgl. McCarthy und Gastmans 2015, 145 f.). Das beschriebene moralische Rollenverständnis ist neu, es läuft der traditionellen, streng hierarchisch ausgerichteten, pflegerischen Sozialisation entgegen (s. Abschn. 7.2.1). Die unterschiedlichen Rollenverständnisse und inhärenten Wertgerüste sind konstruiert und unterliegen gleichzeitig einer zeitlichen Modifikation. Dies ist an der immer wieder erfolgten Überarbeitung von berufsethischen Standards als auch von Gesetzen zu erkennen. Deshalb können parallel unterschiedliche Rollen(selbst)-Verständnisse existieren, die reflektiert und verbalisiert werden müssen, sonst kann sich die Pflegefachperson in widerstreitenden Konflikten verlieren.

Dieser Befund mündet in das zweite, der Moral-Distress-Forschung anhaftende Problempotential: Teilweise wird ein einseitiges Bild der unterdrückten, schwachen Pflegefachperson bis hin zum Opfer des Systems vermittelt, die aus der Situation nicht herauskommen, sich nicht trauen, etwas zu sagen, „...sich machtlos fühlen, Veränderungen einzuführen oder Entscheidungen zu beeinflussen...“ (Moser und Monteverde 2016, S. 254) und letztlich die an sie gestellten berufsethischen Verpflichtungen nicht erfüllen können. Das kontinuierliche Jammern in Kombination mit der transportierten Idee, Pflegefachpersonen könnten nichts verändern, ist gefährlich:

“There is a risk, however, that ongoing nursing narratives on moral distress will serve more to cement the view of nurses being ‘powerless victims of the system’ rather than seasoned professionals working to challenge and Change the status quo.” (Johnstone und Hutchinson 2015, S. 9)

Kontinuierliches Jammern lässt potentielle Zuhörer abstumpfen, es zementiert die bestehenden und allseits kritisierten Rahmenbedingungen in der Pflege. Selbst die deutsche Pflege(-wissenschaft) steht dem Konstrukt Moral Distress deshalb ambivalent gegenüber, weil es scheinbar keine Lösung geben kann. So lautet die Kernaussage der Coolout-Studien von Kersting, dass Pflegefachpersonen einem unauflöselichen Widerspruch zwischen moralischem Anspruch und beruflicher Praxis unterliegen. Der Ausweg der Pflegefachpersonen sei „Coolout – zu

lernen sich kalt zu machen“ (Kersting 2017, S. 9): Über verschiedene individuelle Strategien machen sich Berufsangehörige „kalt“, d. h. sie entwickeln eine Tendenz zur Gleichgültigkeit und nehmen Normverletzungen als *normal* hin (vgl. Kersting 2016, 7 f., 2017, S. 9). Daneben beschreibt Kersting, dass die Widersprüche von Pflegefachpersonen oft nicht erkannt werden, es gibt aber auch „engagierte Versuche der praktischen Auflösung des Widerspruchs“ (Kersting 2016, S. 5). Alle münden jedoch in „einer Einsicht in die Unauflösbarkeit des Widerspruchs“ (Kersting 2016, S. 5). Kerstings empirische Arbeiten ergeben ein breites Spektrum an Reaktionen der moralischen Desensibilisierung auf der persönlichen Ebene in verschiedenen Pflegesettings. Als Fazit wertet sie „Coolout in der Pflege (als) ein den gesellschaftlichen Verhältnissen geschuldetes Phänomen“ (Kersting 2016, S. 16). Lösungsansätze sind ebenfalls gesellschaftlich zu verorten, eine entsprechende Haltung kann fördern.

Peter und Liaschenko werden konkreter, ihr Ausgangspunkt ist die Identität der Pflegefachperson als soziale Konstruktion eines Frauenberufes:

„The identity of “nurse” is a social construction. It is generally associated with being a woman, a kind caregiver, an assistant to the physician, and a virtuous healer.“ (Peter und Liaschenko 2013, S. 339).

Die permanente Nähe der Pflegefachpersonen zu den Menschen mit Pflegebedarf bestimmt das professionelle pflegerische Handeln, diese Pflegebeziehung macht den Unterschied zur Arbeit von anderen Health Professionals aus. Die Nähe fordert und forciert die moralische Verantwortung für die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen (vgl. McCarthy und Gastmans 2015, S. 147). Das bedeutet, dass Moral Distress auch dann entsteht, wenn diese Menschen schlecht behandelt werden (vgl. Peter und Liaschenko 2013, 340 f.). Allerdings behindert die soziale Konstruktion des Bildes der tugendhaften weiblichen Pflegenden die Möglichkeiten der Agency im Gesundheitssystem, weil es „destructive to the identity of nurses as knowledgeable and skilled professionals“ (Peter und Liaschenko 2013, S. 339) ist. Deshalb wehren sich Pflegefachpersonen nicht, die Gesellschaft erwartet es nicht. Eine streikende, sich politisch positionierende Pflegefachperson ist nach wie vor selten, obwohl gerade eine angenommene professionelle Verantwortung dies zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf und zum Selbstschutz dringend geboten erscheinen lässt. Pflegefachpersonen sind zwar (bis jetzt) die Gruppe unter den Health Professionals mit der geringsten formalen Macht (vgl. Peter und Liaschenko 2013, S. 342) aber

“Nurses are in a good position to bring others together to begin to create this kind of Change in paradigm through dialogue and modifications in practice. No doubt, this kind of Change will require vast transformations in society’s desire for life prolongation.” (Peter und Liaschenko 2013, S. 344).

2018 untermauern McCarthy und Monteverde die Notwendigkeit, das Konstrukt Moral Distress in seiner ursprünglichen Definition beizubehalten. Sie weiten den Blick deutlicher auf die Konsequenzen der Nichtbeachtung:

“Understood as a psychological and emotional response to the experience of moral wrongdoing, there is evidence to suggest that—if unaddressed—it contributes to staff demoralization, desensitization and burnout and, ultimately, to lower standards of patient safety and quality of care.” (McCarthy und Monteverde 2018, S. 319)

Moral Distress lenkt die Aufmerksamkeit auf die sozialen, politischen und kontextuellen Determinanten der moralischer Entscheidungsfreiheit von Pflegefachpersonen und rückt die emotionalen Reaktionen des moralischen Bereichs in den Vordergrund (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 319). Der weltweit zunehmende Druck auf die Angehörigen der Gesundheitsberufe, von anderen normierte Effizienz-, Finanz und Unternehmensziele zu erreichen, hat nachteilige Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf, dazu braucht es zeitnah weitere Untersuchungen, konstataren McCarthy und Monteverde. Moral Distress verletzt Pflegefachpersonen emotional, kompromittiert ihre moralische Integrität im Berufsalltag, die verursachenden institutionellen und systemischen Rahmenbedingungen behindern ihre Moral Agency. McCarthy und Monteverde betonen ebenfalls, dass Moral Distress abzugrenzen ist von moralischer Unsicherheit und moralischem Dilemmata, wobei beide Phänomene ebenfalls belastend sein können (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 325). Zur Unterstützung sollten die verschiedenen Typen moralischer Belastungen sowohl in klinischem Bereich als auch in der Ausbildung angesprochen, die Selbstreflexion, der Dialog und das interprofessionelle Lernen mit dem Ziel des tieferen Verstehens der Situation gefördert werden (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 325). Pflegefachpersonen haben also mitnichten *die moralische Weisheit gepachtet*, vielmehr müssen sie parallel zu ihrem beruflichen Handeln ihre moralischen Komponenten permanent reflektieren und ihre Werturteile hinterfragen. Proaktive, präventive ethische

Unterstützung zeugt von hoher Professionalität. Zusätzlich adressieren McCarthy und Monteverde die beruflichen Vereinigungen, insbesondere Pflegekammern, aber auch Berufsverbände, als entscheidende Akteure zur Unterstützung von Pflegefachpersonen:

„In addition, professional bodies should provide through their regulations and codes orientative knowledge that support professionals in responding to the kind of constraints that lead to moral distress and in restoring moral agency and equanimity in situations where moral integrity and wellbeing is threatened or lost (see, for example, the Canadian Nursing Association 2017). Including concepts such as moral distress and developing professional, educational and institutional strategies and policies that are socially, emotionally and politically more intelligent and informed would make acting ethically more achievable and the personal cost of doing so to the wellbeing of health professionals and the patients in their care more bearable.“ (McCarthy und Monteverde 2018, 326 f.).

Bisher fühlen sich nur wenige berufen, explizit moralische Themen auf politischer Ebene zu diskutieren, die gesellschaftliche Verantwortung anzunehmen und dort wertebasierte Lösungen zu suchen. Auch die deutschen Berufsverbände der Pflege nehmen das Mandat bisher noch nicht an, wie die Analyse anhand des ICN Ethikkodex zeigte. Die ernüchternden Ergebnisse erschienen als Beitrag in Riedel und Linde (Kuhn 2018a, S. 205–211).

Pflegekammern als in Deutschland neue *Professional Bodies* haben ein politisch erteiltes, gesellschaftliches Mandat, den entscheidenden Zugang bieten die Patientensicherheit und die Qualität in der pflegerischen Versorgung als Kernauftrag. Die Verknüpfung der gesetzlich normierten Aufgabe der Sicherstellung pflegerischer Versorgung mit dem professionellen Handeln der Pflegefachpersonen inklusive der professionsethischen Grundlagen und den sich daraus ableitenden politischen Interventionsmöglichkeiten bietet den Raum zur Ausgestaltung des ethischen Mandats von Pflegekammern. Dies liegt der Konzeption der Programmtheorie zugrunde (s. Kap. 8). Das grafische Outcome Logic Model stellt Abbildung 7.10 dar.

Abschn. 7.4 bündelt die Ergebnisse von Kap. 7 im dritten Pipeline Logic Model.



Abbildung 7.10 Gesundheit & Berufsethik – Ergebnisse der Moral-Distress-Forschung

7.4 **Gesundheit & Versorgungssicherheit – Verantwortung der Profession?**

Rückblickend ist festzustellen, dass die Pflege es in den letzten Jahren definitiv auf die politische Agenda geschafft hat. Als mediales Dauerthema scheint sie so präsent wie nie. Das Update der Situation nach fünf Jahren (vgl. Kuhn 2016) zeichnet deutliche politische Bestrebungen nach Veränderungen auf Bundesebene auf. Für die Pflegefachpersonen hat sich nicht viel verändert. Das dritte Logic Model bündelt den aktuellen Stand. Politische Entwicklungen erzeugten Verschiebungen für den Heilberuf Pflege. Das wirkt sich auf die pflegerische Berufsethik aus und hat Konsequenzen für die Versorgungssicherheit.

Gerade in unserer durch mannigfaltige Herausforderungen geprägten Gesundheitsversorgung erfährt Ethik in der Pflege ein stark wiederauflebendes Interesse. Dabei erscheint *Ethik* als ein schillernder Begriff, der sehr Unterschiedliches beinhalten kann. Die vorgelegte Analyse zeigt, dass je nach persönlicher oder institutioneller Interessenslage *Ethik* die Rolle eines Platzhalters, eines Strukturmerkmals oder eines Jokers für gelingende Prozesse einnehmen kann. Die Vakanz wird abhängig von der je individuellen Einschätzung der Entscheider in Pflegekammern (Abschn. 5.4) und in Einrichtungen des Gesundheitswesens gefüllt (Abschn. 6.5). Die zweite Möglichkeit umfasst die Wertung von Pflegeethik als *nice to have*, um die man sich im jeweiligen Gesundheits- und Pflegeunternehmen am Rande und/oder ggf. später kümmern könnte, weil die finanziellen und personellen Ressourcen aktuell für vermeintlich wichtigere Dinge benötigt würden. Freiwillige Initiativen der Pflegefachpersonen werden geduldet, zeitigen naturgemäß aber wenig Wirkung, wenn das Management nicht dahintersteht und keine Ressourcen bereitstellt. Im besten Fall erfolgt die Bearbeitung von zentralen pflegeethischen Problemlagen, deren rasche Antworten zur Entlastung der Beteiligten beitragen. So können Szenarien von Moral Distress (Abschn. 7.3.3) vermieden und die Versorgungsqualität erhöht werden.

Schlimmstenfalls wird Ethik als antiquiert abgelehnt, die Brisanz ethischer Fragestellungen nicht erkannt und es erfolgt keine ethische Reflexion professioneller Themen. Eine solche Herangehensweise kann vom definitorische Missverständnis von Ethik als starrer Etikette, welche traditionell die Pflege früherer Jahrzehnte bestimmte (s. Abschn. 7.2.1), verursacht werden.

Nachdem die starren Etiketten zunehmend ihre Gültigkeit verloren, führte die Ethik in der Pflegepraxis lange Zeit ein Schattendasein, weil sie weiterhin mit den alten, überhöhten Wertgerüsten assoziiert wurde, welche die Pflegefachpersonen u. a. aufgrund der inhärenten strengen Hierarchie unterdessen ablehnen.

Trotzdem waren und sind Wertegerüste vorhanden, nach denen sich berufliches Handeln ausrichtet. Jedes professionelle Handeln ist an Werte gebunden. Diese Werte werden allerdings im Berufsalltag nicht bewusst mit dem Begriff *Ethik* verbunden. Sowohl die Reflexion als auch die Transparenz fehlten über viele Jahre.

Im Zuge der Akademisierung der Pflege ab den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde der Ruf nach einer beruflichen Ethik wieder lauter. Allerdings wurden mit den Pflege-theorien auch die ethischen Ansätze aus dem angloamerikanischen Raum übernommen. Erschwerend für die Integration der ethischen Elemente in die deutsche Pflegepraxis kommt hinzu, dass die Akademisierung zur Fragmentierung der Berufsgruppe beigetragen hat, statt integrativ zu wirken (s. Abschn. 7.1.1). Die Entwicklung eigener Ideen eines gemeinsamen Berufsbewusstseins *der ganzen Berufsgruppe* steht bisher weitgehend aus. Es fehlt die breite Rückbindung des akademischen Wissens in die Pflegepraxis. Das gilt auch für die Praxiswirksamkeit der Pflegeethik. Sie wirkt wie ein theoretisches Konstrukt, das in Hochschulen diskutiert wird, aber, mit Ausnahme einiger Leuchtturmprojekte, weitgehend losgelöst von der Pflegepraxis steht.

Zwar hat die Forderung nach einer beruflichen Ethik Eingang in neuere Gesetzeswerke und politische Papiere gefunden, ohne dass die Normen in die Tiefe gehen. So nennt das seit 2020 geltende neue Pflegeberufegesetz an zwei Stellen eine Berufsethik als Referenzrahmen. In § 5 *Ausbildungsziel* definiert das Gesetz das den Auszubildenden zu vermittelnde Pflegeverständnis, Abs. (2) benennt dazu die Erkenntnisquellen der Pflege:

„Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik“ (§ 5 Abs. 2 Satz 2 PflBRefG Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017).

Normative Orientierungspunkte, an denen sich professionelle Pflege auszurichten hat, lauten:

„Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung“ (§ 5 Abs. 2 Satz 3 PflBEefG Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017).

Unschwer lassen sich die zentralen Normen des Grundgesetzes sowie die davon abgeleiteten fachliche und moralische Werte, wie die Lebensphasenorientierung

und das Recht auf Selbstbestimmung, erkennen. Die zweite Erwähnung des Begriffes Ethik folgt in Abs. (4):

„Während der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann werden ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt“ (§ 5 Abs. 4 PflBRefG Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017).

Wie die angeführte professionelle Ethik aussehen soll, was ein ethisch fundiertes Pflegeverständnis ist und wie die Forderungen umgesetzt werden sollen, lässt der Gesetzgeber offen. Das Gesetz benennt in Abs. (1) des § 5 lediglich die Fähigkeit zur Selbstreflexion der zukünftigen Pflegefachpersonen. In Anbetracht der in den vorausgehenden Kapiteln skizzierten fachlichen und moralischen Problemlagen der Pflege können diese gesetzlichen Normen allein nicht hinreichend sein. Erstens werden nur die zukünftigen Pflegefachpersonen nach der im Gesetz neugeregelten Normen ausgebildet. Die bereits ausgebildeten Kolleg*innen könnten zu der Einschätzung gelangen, es hätte für sie keine Relevanz. Zweitens verbleiben die Normen des Pflegeberufgesetzes erneut auf der individuellen Mikroebene, es gibt keine Hinweise auf eine Verantwortung der Einrichtungen oder auf eine politische Verantwortung der Institutionen. Somit würde sich an der oben geschilderten Situation nicht viel ändern. Dass das Gesetz nicht in die Tiefe geht, ist jedoch nicht als Defizit, sondern als Chance zu begreifen. Es eröffnet Räume, die die Profession Pflege eigenständig füllen kann. Nun kann und muss die Berufsgruppe selbst gestaltend tätig werden. Doch welche Institutionen können sich eines solch umfassenden Auftrags annehmen? Dies waren bisher die Pflegeausbildungs- und Weiterbildungsstätten und die Berufsverbände. Die neuen Akteure sind die Selbstverwaltungsorgane des Heilberufes Pflege, die durch die Verkammerung in einigen Bundesländern ermöglicht wurden. Die Forderung lautet, dass Pflegekammern die Gestaltungsspielräume füllen, die die gesetzlichen Normen sowie entsprechende nachgeschaltete Ordnungen zur Umsetzung bisher offenlassen. Kammern verfügen als einzige Organisation über die verpflichtende Mitgliedschaft den Zugang zu allen Pflegefachpersonen eines Bundeslandes. Ihr Auftrag setzt sich aus drei miteinander verwobenen Strängen zusammen: Sie wirken zur Unterstützung der Pflegefachpersonen und darüber zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf, daraus wiederum ergibt sich die politische Wirkung auf gesellschaftlicher Ebene. Die Bundesländer, die Pflegekammern etabliert haben, haben ihnen das Mandat der Sicherung der pflegerischen Versorgung der Gesellschaft erteilt (s. Abschn. 7.3.1). Das inhärente pflegeethische Mandat ist jedoch noch nicht ausdifferenziert, weder Ziel noch die Maßnahmen zur

Erreichung sind bisher definiert. Konsequenzen daraus sind gesundheitliche und ethische Belastungen im Pflegealltag.

Das dritte prospektive Logic Model folgt zwei Grundannahmen. Die erste Grundannahme lautet, dass der allgemeine gesellschaftliche Konsens über moralische Werte gesteuert wird. Diejenigen Werte, die breite Zustimmung finden, können in Normen gegossen werden. Gesetze und Verordnungen sind solche normativen Vorgaben. Über Gesetzgebungen wird ein Staat politisch gesteuert. Gesetze sind verpflichtend, sie definieren das Richtige, die für alle verbindliche moralische Grundlage einer Gesellschaft eines Staates. Gesetze bieten meist Räume der Ausgestaltung, wie exemplarisch oben am Beispiel des neuen Pflegeberufegesetzes gezeigt wurde. Über die Gesetzgebung hinaus gehende, nicht für alle generalisierbare moralischen Werte menschlichen Handelns bedürfen der Aushandlung im jeweiligen Kontext. Diese Prozesse können die Räume der Ausgestaltung füllen. Langfristig können solche Aushandlungsprozesse auch zur Veränderung der Gesetze beitragen. Die Kurzfassung lautet: *Law is minimal ethics*. Der sich daraus ableitende Anspruch wäre, das über die Minimaethik des Gesetzes Hinausgehende in ethischer Reflexion zu füllen. Ein Ort dafür kann eine Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts sein. Eine Festlegung der Richtung, in die die nötige Reflexion gehen sollte, bietet die zweite leitende Grundannahme und gleichzeitig die Zieldefinition: Das ethische Mandat der Pflegekammer ist als Unterstützung der Pflegefachpersonen im Berufsalltag zu denken. Dazu werden pflegeethische Fragen mit der Versorgungssicherheit und dem Gesundheitszustand der Pflegefachpersonen in Bezug gesetzt. Die Annahme lautet, dass ethische Unterstützung einen Beitrag zur aktiven Gesundheitsförderung von Pflegefachpersonen und somit zur Versorgungssicherheit für die Menschen mit Pflegebedarf leisten kann (s. Abschn. 8.3). Die Selbstverwaltung kann Versorgungssicherheit nur dann positiv beeinflussen, wenn

.... es der Profession gelingt, gesellschaftliche Machtverhältnisse zu beeinflussen. Professionelle Autonomie wird nämlich aufgrund politischer und ökonomischer Machtverhältnisse zuerkannt.“ (Kuhn 2016, S. 33)

Abbildung 7.11 fasst die Ergebnisse der Situationalanalyse im grafischen Pipeline Logic Model zusammen.

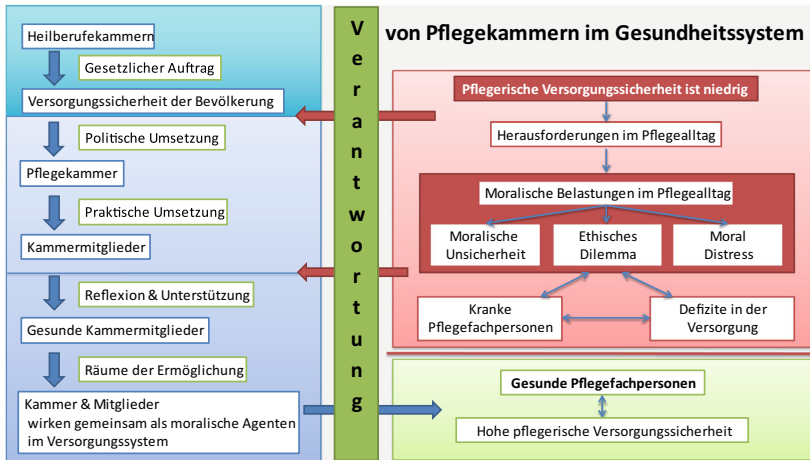


Abbildung 7.11 Verantwortung von Pflegekammern im Gesundheitssystem (vgl. Kuhn 2019b, S. 20)

Kondensiert auf die pflegeethische Perspektive richtet sich das grafische Logic Model an dem Prinzip Verantwortung aus. Auf der roten Seite ist der aktuelle Ist-Zustand zu entnehmen. Aufgrund diverser Probleme, wie Personalmangel, Unterfinanzierung, Nachwuchssorgen etc. und gleichzeitiger Zunahme von Menschen mit Pflegebedarf ist die pflegerische Versorgungssicherheit niedrig und nimmt weiter ab. Dies wiederum zeitigt massive Herausforderungen im Pflegealltag. Daraus ergeben sich moralische Belastungen verschiedener Genese: Moralische Unsicherheit herrscht dann, wenn Pflegefachpersonen das ethisch korrekte Verhalten nicht kennen; ein ethisches Dilemma entsteht in Situationen, die keine für alle gute Entscheidung ermöglichen; bei Moral Distress dagegen weiß eine Pflegefachperson begründet aus ihrer Fachlichkeit heraus genau, was zu tun wäre, kann dies jedoch aufgrund hinderlicher Rahmenbedingungen nicht umsetzen. Alle Belastungen können Pflegefachpersonen krank machen und Defizite in der Versorgung verursachen. Dies ist ein Teufelskreis, den Pflegekammern durchbrechen können.

Das blaue Feld zeigt Lösungen aus der Misere auf. Heilberufekammern wird der gesetzliche Auftrag zur Erhöhung der pflegerischen Versorgungssicherheit erteilt, die Landesregierung hat die Verantwortung delegiert. Die Errichtung der Institution Pflegekammer ist die politische Umsetzung dieser gesetzgeberischen

Verantwortungsübergabe für die pflegerische Versorgungssicherheit an die Profession. Die Pflegekammer hat die Verantwortung angenommen. Die praktische Umsetzung erfolgt über die verpflichtende Mitgliedschaft aller Pflegefachpersonen in der Pflegekammer. An dieser Stelle steht die Pflegekammer in der Verantwortung. Sie muss dafür Sorge tragen, dass Pflegefachpersonen mit den fachlichen und daraus entstehenden berufsethischen Herausforderungen umgehen und diese gut bewältigen können. Reflexionsräume und Unterstützung bei professionellen Problemlagen helfen Kammermitgliedern gesund zu bleiben, wenn es entsprechende Räume der Ermöglichung gibt. Pflegekammern müssen auf der politischen und ihre Mitglieder auf der individuellen Ebene als moralische Agenten im Versorgungssystem wirken. Wenn sowohl die Institution als auch die Pflegefachpersonen die Verantwortung ihres ethischen Mandates annehmen, kommt die professionelle Pflege wieder in den grünen Bereich. Die Sorge (Care) wirkt hier doppelt positiv: Pflegefachpersonen bleiben gesund, sie können hohe pflegerischer Versorgungssicherheit gewährleisten und die Pflegebeziehung kann gelingen. In Summe wird für die Umsetzung des Menschenrechts Gesundheit Sorge getragen – für Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf gleichermaßen.

Zur Entfaltung der mehrdimensionalen Theory of Action (s. Abschn. 8.3) sind verschiedene Aspekte in den Blick zu nehmen, die den Rahmen abstecken und ggf. bestehende Lücken bei der ethischen Unterstützung von Pflegefachpersonen sichtbar machen. Insbesondere ist ein Ansatz abzuleiten, der die politischen Möglichkeiten von Pflegekammern und den pflegeethischen Anspruch der Profession zusammenbringen kann (s. Abschn. 8.3.1). Die Ergebnisse der Situationsanalyse zeigen den Bedarf für ein Programm, das die partizipative Umsetzung mit den Kammermitgliedern strategisch in den Mittelpunkt stellt und so nachhaltige Praxiswirksamkeit bieten kann (s. Abschn. 8.2). Das Outcome der Programmtorie ist die Entlastung von Pflegefachpersonen bei ethischen Problemlagen. Im Programm sollen nicht in erster Linie die weitverbreiteten Ansätze von auf der Mikroebene wirkender ethischer Resilienz oder Selbstwirksamkeit im Fokus stehen, vielmehr sind Ansätze zu verfolgen, die auf individueller Ebene unterstützen und gleichzeitig die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen in den Blick nehmen können. Die Verantwortung zur Bewältigung moralischer Konflikte soll gerade nicht nur bei der einzelnen Pflegefachperson belassen werden. Das Programm soll als Orientierung für die zukünftige Entwicklungen der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz aber auch als Matrix für andere Landespflegekammern dienen können. Einschränkend muss festgehalten werden, dass aufgrund der normativen Grundkonzeption einer Heilberufekammer die Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht oder nur indirekt Ziel des zu

erarbeitenden Programmtheorie sein können, denn dort darf eine Kammer aufgrund ihrer gesetzlichen Konstitution keinen direkten Einfluss nehmen. Vielmehr sind die politischen Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen, die entscheidenden Einfluss auf das gesamtgesellschaftliche ethische Klima und somit auch auf das Klima in der Pflege haben. Aus der Situationsanalyse ergibt sich, dass die Theory of Action über einen vernetzten systemischen Ansatz verfügen muss. Sie muss an allen Ebenen ansetzen und so Entlastung ermöglichen. Messbar wäre die Entlastung über eine höhere Zufriedenheit im Beruf, geringere Krankheitsraten, insbesondere im Bereich der Psyche, höhere Berufsverbleibsraten und den Anstieg der Versorgungssicherheit. Kap. 8 schlägt eine passende Programmtheorie vor.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Ethik in Pflegekammern – Programmtheorie des ethischen Mandats

8

Die theoriegenerierende Scoping Study gab einen Überblick über die komplexen Anforderungen der sich eine Programmtheorie des ethischen Mandates von Pflegekammern stellen muss. Die zentralen Herausforderungen sind die Unklarheiten zur Umsetzung des ethischen Mandats in den neu errichteten Pflegekammern (s. Abschn. 5.4), die Marginalisierung von pflegeethischen Bedarfen (s. Abschn. 6.5) und die bisher im deutschen Gesundheitssystem kaum angenommene professionelle Verantwortung des Heilberufs Pflege (s. Abschn. 7.4). Die Situationsanalyse zeigte miteinander verwobene fachliche und ethische sowie politische und rechtliche Dimensionen des professionellen Pflegehandelns und der beeinflussenden Faktoren. Die Antworten auf die Frage nach der passenden Programmtheorie führt ein Variablenmodell zusammen (Abschn. 8.1). Die Programmtheorie des ethischen Mandats in Pflegekammern setzt sich zusammen aus einer partizipativ ausgerichtete Theory of Change (Abschn. 8.2) und einer gesundheitssystemisch ausgerichtete Theory of Action zur Unterstützung der psychischen, physischen und moralischen Gesundheit der Profession Pflege zum Wohle der Bevölkerung (Abschn. 8.3). Um beide Ebenen für die Profession Pflege gut fassen zu können, wurde eine orthogonale careethische Metatheorie integriert, die die Dimensionen der Pflege und der Politik zusammenbringt und pflegeethisch fundiert (Abschn. 8.3.1). So können die Herausforderungen aufgenommen werden.

8.1 Die Antworten – Variablenmodell der Argumentation

Bisher ist Ethik im Kontext der Kammererrichtung zwar immer wieder benannt, aber die nötigen Interventionen sind unklar. Die Forschungsfrage lautete deshalb, welche Programmtheorie zu einer gelingenden Intervention *Ethik in Pflegekammern* beitragen kann. Die Zusammenschau der Ergebnisse zeigte: *Ethik in Pflegekammern* hat zwei Dimensionen. Eine Dimension fällt bei der Nutzung des Begriffes Ethik sofort ins Auge, es ist die ethische Belastung von Pflegefachpersonen auf der Mikroebene der Pflegebeziehung (s. Kap. 6). Wenn man sich allerdings die Ursachen und Auswirkungen dieser Belastung genauer ansieht und nach Lösungsansätzen sucht, kristallisiert sich das ethische Mandat der Pflegekammern heraus, die Verantwortung für eine gute, gesundheitsfördernde und chancengerechte pflegerische Versorgung oder *Care for the Caregivers*¹ (s. Kap. 7). Es konnte dargelegt werden, dass die vorhandenen klinischen Ethikstrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht ausreichen, um die Bedarfe der Profession Pflege aufzunehmen (s. Kap. 6). Deshalb müssen Pflegekammern handeln. Es ergibt aber kaum Sinn, die klinischen Ethikstrukturen in den Pflegekammern zu übernehmen, denn die politische Ausrichtung auf der Makroebene und die damit verbundenen rechtlichen Möglichkeiten einer Kammer differieren von denen einer Einrichtung des Gesundheitswesens (s. Kap. 5). Um mit dem von Ludwik Fleck (2015) geprägten Begriff zu sprechen, werden die bekannten *Denkstile* zur Klinischen Ethik im Gesundheitswesen nicht genügen, um die vorgefundenen Probleme des Heilberufs Pflege zu lösen. Eine Pflegekammer verfügt über andere Mittel, wie in Abschn. 5.4 und 7.4 dargelegt wurde. Zusammenfassend zeichnet ein Variablenmodell das Portfolio der Einflussquellen nach (s. Tabelle 8.1), es beantwortet die erste Unterfrage: *Welches ethische Mandat haben deutsche Pflegekammern, gegenüber wem und von wem erteilt, mit welchem Ziel?* Das Modell gibt Auskunft über das Zusammenspiel und die Entwicklungskaskade von unabhängigen und abhängigen Variablen konstruiert über hypothetische Einflüsse. Im vorgestellten Denkmodell ist die unabhängige Variable auf der Strukturebene angesiedelt. Die als Hypothesen formulierten Maßnahmen und Einflüsse bilden die Prozessebene. Sie wirken auf die Varianz der abhängigen Variablen der Ergebnisebene. Das angestrebte Gesamtergebnis auf der Makroebene ist die Herleitung des ethischen Mandats von Pflegekammern,

¹ Care for the Caregivers oder Care for the Careers wird in der Careethik von verschiedenen Autor*innen in unterschiedlichen Zusammenhängen der Angehörigenpflege und der professionellen Pflege genutzt.

sie dient der gesundheitlichen Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Als beeinflussende Faktoren der Versorgungssicherheit haben sie einen ethischen Kern. Tabelle 8.1 bildet das Variablenmodell der Argumentationskette in einer Matrix ab.

Ein korporatistisch angelegtes politisches System, wie das der Bundesrepublik Deutschland, ermöglicht die Mitbestimmung der Akteure. Diese Grundkonstitution hat Einfluss auf die Versorgungsprozesse und die Versorgungssicherheit der Bevölkerung in allen Politikfeldern. Der Staat bindet Akteure bzw. Gremien in die Versorgungsprozesse ein und ermöglicht ihre Mitbestimmung. Die Akteure nehmen ihrerseits dem Staat einen Teil der Entscheidungen und somit auch der Verantwortung dafür ab. Nicht alle potentiell möglichen Akteure werden zur Mitarbeit aufgefordert, sondern nur eine beschränkte, vom Staat getroffene Auswahl. Damit die ausgewählten Akteure im Sinne des Staates agieren, verleiht der Staat ihren jeweiligen Korporationen den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes über einen gesetzgeberischen Akt, er bindet sie im besonderen Maße an Recht und Gesetz. Diese Logik setzt sich im Politikfeld des öffentlichen Gesundheitssystems fort. Langjährig aktive Akteure im Bereich des Gesundheitswesens sind z. B. die Kassenärztliche Vereinigung, die Gesetzlichen Krankenkassen und die Heilberufekammern. Die Zusammensetzung der Gruppe der korporativen Akteure und die Machtverteilung zwischen ihnen hat Einfluss auf die Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung des Gesundheitssystems. Im deutschen Gesundheitswesen hat die Ärzteschaft seit langem die Definitionsmacht inne. Die ärztliche Diagnosestellung ist die Gatekeeper-Funktion zum Gesundheitssystem. Bisher war die Pflege nachgeordnet, sie wurde in der Gesellschaft als *Arzthilfsberuf* wahrgenommen. Dies findet beispielsweise Ausdruck in der sozialgesetzlichen Norm, dass Hilfsmittel des pflegfachlichen Handelns, wie z. B. ein Pflegebett oder ein Toilettenstuhl, vom Arzt anzuordnen sind (vgl. exempl. § 33 Abs. 1 SGB V). Professionelle Pflegeleistungen werden u. a. vom medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen überwacht. Die Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung lag nicht bei der Profession Pflege, sie hatte lediglich die Durchführungsverantwortung inne.

Neue Korporationen werden dann geschaffen, wenn die Politik einen Bedarf sieht, den es zu justieren gilt. Seit 2011 ändert sich das Machtgefüge in einigen deutschen Bundesländern. Rheinland-Pfalz hat über die Novelle des Heilberufsgesetz (Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014) dem Heilberuf Pflege ermöglicht, sich zu verkammern und der Landespflegekammer den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verliehen. Die Pflegekammer als berufsständige Organisation ist die Struktur zur Selbstverwaltung der Pflege, die Pflegekammer wurde neue Angehörige des korporatistischen Systems. Die

Tabelle 8.1 Matrix der Argumentation

Unabhängige Variable	Hypothese: Einfluss auf die abhängige Variable	Abhängige Variable
Struktur	Prozess: Vorhersage auf der politischen Makroebene	Ergebnis: Soziales Phänomen
Korporatistisches politisches System: Selbstverwaltung der Akteure	Das politische System beeinflusst die Versorgung.	Versorgungssicherheit für die Bevölkerung
Korporatistisches Gesundheitssystem	Die Konzeption des Gesundheitssystems beeinflusst die Gesundheitsversorgung.	Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
Selbstverwaltungsstruktur des öffentlichen Gesundheitssystem	Die Mitbestimmung relevanter Akteure gestaltet das öffentliche Gesundheitssystem.	Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems
Pflegekammer: neue Struktur im korporatistischen Gesundheitssystem	Die Selbstverwaltung beeinflusst die Professionalisierung der Pflege.	Heilberuf Pflege ist Teil des öffentlichen Gesundheitssystems
Pflegekammer: Selbstverwaltungsstruktur der Pflege	Die Mitbestimmung der Pflege gestaltet die pflegerische Versorgung.	Stärkung der pflegerischen Versorgung im öffentlichen Gesundheitssystem
Ausschüsse und Arbeitsgruppen (AG) der Pflegekammer	Ausschüsse & AGs generieren & explizieren die pflegerische Fachexpertise.	Versorgungslücken im öffentlichen Gesundheitssystem sind sichtbar
Pflegekammer (Vorstand & Mitgliederversammlung, Ausschüsse, AGs) und ihre Mitglieder	Die pflegerische Fachexpertise gestaltet das öffentliche Gesundheitssystem mit.	Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems
Pflegekammer	Die Neukonzeption des öffentlichen Gesundheitssystems beeinflusst die Gesundheitsversorgung.	Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung

Pflegekammern haben ihr ethisches Mandat angenommen

Selbstverwaltung dient der Gestaltung der Gesundheitsversorgung, sie ist ein essentieller Baustein zur Professionalisierung der Pflege (s. Kap. 7). Der Heilberuf Pflege ist nun staatlich ernannter Teil des öffentlichen Gesundheitssystems. Der Pflegekammer wurden Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragen, die Verantwortung des Heilberufs Pflege ist nun wesentlich klarer umrissen: Ziel der Landesregierung ist die Sicherung der qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung im Land. Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Pflegekammer generieren und explizieren nun die pflegerische Fachexpertise. Diese beeinflusst wiederum das öffentliche Gesundheitssystem, denn sie macht Defizite der Versorgung und Versorgungslücken im Gesundheitssystem sichtbar. Gleichzeitig kann die pflegerische Fachexpertise das öffentliche Gesundheitssystem gestalten und hochrelevante Beiträge zu seiner Stärkung liefern. So kann eine Pflegekammer zukünftige professionelle Pflegefelder, die bisher in Deutschland ausgeblendet waren, adressieren, wie z. B. School Nursing, Occupational Health Nursing und Community Health Nursing. All diese gesundheitsförderlich und/oder präventiv ausgerichteten pflegerischen Arbeitsfelder sind in Deutschland immer noch der Behandlung von Krankheiten durch die Leitprofession Medizin nachgeordnet. Die Neukonzeption des öffentlichen Gesundheitssystems beeinflusst die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Heilberuf Pflege kann über die Arbeit der Pflegekammer und ihrer Mitglieder den gesundheitsförderlichen Paradigmenwechsel anstreben und so einen essentiellen Beitrag zur pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen, der weit mehr umfasst als die Sicherung der pflegerischen Versorgung im herkömmlichen deutschen Verständnis.

Soweit die Makroebene der Herleitung des ethischen Mandates der Pflegekammer. Nun wird dargelegt, wie die eine Mikroebene, die Unterstützung der Mitglieder bei konkreten ethischen Belastungen in der Pflegebeziehung dort zu verorten ist, diese Aspekte erhob die Frage: *Welche Problembereiche auf Ebene der Pflegebeziehung müssen mit bedacht werden?* Berufsethik ist ein Baustein der pflegerischen Versorgung, welche als Anforderung im HeilBG RLP aufgenommen wurde. Die deutschen Pflegekammern haben in ihren Satzungen Normen gesetzt und teilweise Arbeitsgremien etabliert. Abschn. 5.4 zeigte allerdings große Lücken. Weder die Struktur noch der Prozess ist geklärt. Folglich ist das Ergebnis bis heute unklar: Die Pflegekammer macht (auch) Ethik, aber warum, mit welchem Ziel? Da in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens unterdessen Strukturen der Ethikberatung bestehen, könnte die Etablierung von neuen Ethikstrukturen gar nicht erforderlich sein. Kap. 6 untersuchte die Aufnahme der pflegeethischen Desiderate und die Annahme und Wirksamkeit der Beratung innerhalb der Pflege sowie deren Verbreitung über alle Pflegesektoren. Es

zeigte sich eine Fokussierung auf Patient*innen in medizinethische Entscheidungssituationen, die pflegeethischen Themen fehlten. Zusammenfassend ist in der Literatur eine doppelte Marginalisierung der Pflege festzustellen: Als Zielgruppe zur Unterstützung und als Teil der Ethikberatung (s. Abschn. 6.5). Diese Defizite können Kammern teilweise beheben. Zwar können Kammern keinen direkten Einfluss auf die Pflegeabläufe in den Einrichtungen nehmen und dort entstehende ethische Probleme lösen. Abschn. 7.4 zeigte die Verantwortung der Pflegekammer und die Möglichkeiten für die Pflegebeziehung. Kammern können die Kompetenzen und die Verantwortung der Pflegefachpersonen stärken, dies kann über den Aufbau ethischer Unterstützungsstrukturen in der Kammer gelingen. Ethische Unterstützung der Pflegefachpersonen kann die pflegerische Versorgung an vielen Stellen beeinflussen und zur Qualität der Pflegebeziehung beitragen: Das Respektieren von Werten und Normen der Menschen mit Pflegebedarf aber auch der Pflegefachpersonen ist essentielle Pflegefachlichkeit. Ethische Unterstützung liefert einen Beitrag zur Gesunderhaltung von Pflegefachpersonen und hält sie arbeitsfähig. Werte und Normen von Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen sind keine zu vernachlässigende Kategorie, sondern sie sind Teil ihrer Gesundheit (s. Abschn. 7.3.3). Das pflegerische Handeln mit einer professionellen Ethik sichert die Versorgungsqualität in der Pflegebeziehung. Professionelles Pflegehandeln ist nur möglich, wenn die Rahmenbedingungen für eine bedarfsorientierte Pflege gegeben sind: eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegefachpersonen, eine angemessener Bezahlung und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen. Hier schließt sich der Kreis zum ethischen Mandat der Pflegekammern: Eine Mitbestimmung im öffentlichen Gesundheitssystem ermöglicht die Verantwortungsübernahme für die Pflegefachpersonen und für die Bevölkerung.

Dem Anspruch *Care for the Caregivers* folgt die Beantwortung der Frage: *Welche Programmtheorie bietet hilfreiche Annahmen zur praktischen Umsetzung des ethischen Mandats von Pflegekammern?* Die vorgeschlagene Programmtheorie ist ein neuer Denkstil. Entscheidend zur Auswahl der Komponenten sind die ethischen Begründungsrahmen der einzelnen Elemente. Eine Programmtheorie zur Ausgestaltung des ethischen Mandats der Pflegekammer kann nur funktionieren, wenn den Subtheorien hochwertige ethische Theoriekonzepte zugrunde liegen.

Die Ergebnisse aller drei untersuchten Bereiche zeigten, dass Pflegefachpersonen bisher wenig partizipieren konnten und dies zu massiven Problemen führte: Sei es die Ablehnung der Kammererrichtung aufgrund fehlender Einbindung und politischer Literacy, sei es die fehlende Gestaltung pflegeethischer Unterstützung oder die fehlende Partizipation im Gesundheitssystem. Zur Veränderung dieser Situation wird eine strategische Theorie gebraucht, die die Frage beantwortet:

Welche Theory of Change kann ein partizipativer Interventionsprozess zusammen mit den Kammermitgliedern ausgestaltet werden? Die Theory of Change soll die transdisziplinäre Bearbeitung des breiten Feldes professionsethischer Fragen ermöglichen. Sie soll nicht wie bisher in Deutschland üblich, auf der individuellen Ebene der Pflegefachperson stehenbleiben, sondern die Perspektive auf die Gegebenheiten aller Systemebenen erweitern. Im Heilberuf Pflege müssen Pflegewissenschaftler*innen und Pflegefachpersonen zur Veränderung des Systems partnerschaftlich zusammenarbeiten, dies kann nicht von einer Gruppe allein geleistet werden. All diese strategischen Anforderungen erfüllt die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung (Abschn. 8.2).

Eine zielgerichtete Programmtheorie braucht neben der strategischen Ebene ein operatives Element, das die Frage beantwortet: *Welche Theory of Action kann die Analyseergebnisse aufnehmen und Lösungen für gelingende Sorgearbeit anbieten?* Die operative Theory of Action muss über alle nötigen Ebenen Hand in Hand mit der strategischen Theory of Change gehen. Die Lösung bietet die Gesundheitsförderung. Sie bleibt ebenfalls nicht auf der Mikroebene stehen, sondern nimmt genuin alle Systemebenen in den Blick. Der zentrale Lehrsatz der Gesundheitsförderung sagt: Um das Verhalten des Einzelnen bzw. einer Gruppe beeinflussen und unterstützen zu können, müssen immer die Verhältnisse mit einbezogen werden. Aus der Prämisse leiten sich ein systemischer Public-Health-Ansatz für die Profession Pflege ab. Ihrem Selbstverwaltungsorgan Pflegekammer obliegt die Umsetzung, sie nimmt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Verantwortung für

.... die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange der Kammermitglieder in ihrer Gesamtheit wahr.“ (§ 3 Abs. 1 Satz 2 HeilBG Landesregierung Rheinland-Pfalz 19.12.2014).

Die pflegerische Versorgung als gesetzlicher Auftrag der Pflegekammern sichern die Gruppe der Kammermitglieder. Sie richtet sich an den Menschen mit Pflegebedarf aus. Pflegerische Versorgung ist im öffentlichen Gesundheitssystem verortet, deshalb greift der Public Health Ansatz (Abschn. 8.3).

Die Care-Beziehung soll dabei nicht ausgeblendet werden, sondern als qualitatives Regulativ dienen. Damit dies gelingt, wird ein ethischer Zugang als orthogonale Theorie vorgeschlagen, die den beziehungsethischen Zugang des Heilberufs Pflege und die politische Dimension im Politikfeld des Gesundheitswesens stärkt. Denn: *Gesundheit ist ein Menschenrecht*. Die Ethiktheorie dient zur Bewertung, ob die Pflege als Handeln und als Profession unter ethischen Maßstäben über alle politischen Ebenen hinweg gut ist.

Ziel ist, salutogene Ressourcen zu stärken und Ethik in Pflegekammern als Feld der Gesundheitsförderung zu betrachten. Das ist das Mandat, dass Pflegekammern aufgrund ihrer Verantwortung als Teil des öffentlichen Gesundheitssystems haben und füllen müssen.

Wohl wissend, dass es noch andere Zugänge gäbe, ermöglicht diese integrative Programmtheorie eine normative Grundlegung zur Implementierung des ethischen Mandates von deutschen Landespflegekammern, die die bisher kaum bearbeiteten Felder Pflegeethik, Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung zusammenfasst. Die Synergie der Subtheorien kann zusammenhängende Antworten liefern. Sie zeigt die Relevanz, sich um ethische Belange der Pflegefachpersonen zu kümmern, sie drückt sich in Gesundheit und Wohlbefinden und Partizipation der Kammermitglieder aus und trägt somit essentiell zur pflegerischen Versorgungssicherheit der Menschen bei. Abschn. 8.2 stellt die erste Subtheorie, die Theory of Change vor.

8.2 Theory of Change – Partizipation über die Klagenfurter Interventionsforschung

Die Programmtheorie zur Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern besteht aus zwei zusammenwirkenden Theorieteilen: Die Theory of Change erklärt, wie die Veränderung strategisch vonstattengehen soll, es ist „...the central mechanism by which Change comes about for individuals, groups, and communities...“ (Funnell und Rogers 2011, S. 31). Der identifizierte zentrale Treiber ist die Partizipation. Pflegewissenschaftler*innen und Pflegefachpersonen sollen als Kammermitglieder zusammen agieren, um das ethische Mandat ihrer Kammer zu füllen. Ausgehend von den Herausforderungen, die die Logic Models der Analyse darlegten (Abschn. 8.2.1) folgt die Hinführung zur Klagenfurter transdisziplinären Interventionsforschung². Abschn. 8.2.2 zeigt die wissenschaftstheoretischen Grundlagen und die ethische Fundierung einer transdisziplinären Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis. Heintel forderte 2005 eine andere Wissenschaft zur Ergänzung der vorherrschenden Wissenschaftsparadigmen. Seine methodologischen Ableitungen werden mit den Anforderungen an die Programmtheorie abgeglichen und in eine passende Theory of Change zusammengeführt (Abschn. 8.2.3).

² Erste Überlegungen zu Anwendungsmöglichkeiten der Klagenfurter Interventionsforschung im Kontext von Ethik in Pflegekammern wurden bereits in einem Kongressbeitrag diskutiert (Kuhn 2017a).

8.2.1 Welchen Herausforderungen muss die Theory of Change begegnen?

Die Ergebnisse der Situationsanalyse bestätigten die Notwendigkeit des theoriegenerierende Herangehen für die Intervention Ethik in Pflegekammern (s. Abschn. 3.2). Die Situationsanalyse entfaltet die Herausforderungen, denen eine Programmtheorie begegnen kann. In den entstehenden deutschen Pflegekammern soll es Ethik geben, aber es liegt kaum Konkretisierung zur Form der Intervention vor (s. Kap. 5). In Niedersachsen wurde zwar die Struktur einer Ethikkommission geschaffen, mit Abwicklung der dortigen Pflegekammer wurde auch die Ethikkommission stillgelegt. In Schleswig-Holstein konnten geplante gute Ansätze zur Unterstützung der Pflegefachpersonen nicht mehr von der Kammer umgesetzt werden, weil auch sie vom Land wieder aufgelöst wurde. In Rheinland-Pfalz als einzige aktuell arbeitende Kammer gab es mehrere ungerichtete Interventionen, es wurden erste Strukturen implementiert. Allerdings blieben Aufgaben, Funktion und Ziele dieser Struktur unklar, folglich gab es bis 2021 keine zielgerichtete Intervention. Die Strukturen der Ethik wurden aufgelöst. Was verkannt wird, ist, dass Ethik eine zentrale Dimension des pflegefachlichen Handeln ist, denn „Pflege ist eine zutiefst moralische Tätigkeit“ (Hamric 2020, S. 102), damit umzugehen bedarf der Unterstützung. Deshalb hat eine Pflegekammer als Selbstverwaltungsorgan des Heilberufs Pflege ein ethisches Mandat. Sie muss die Kammermitglieder in der ethisch guten Berufsausübung unterstützen, weil die Kammermitglieder den Zweck der Pflegekammer, die Sicherung der pflegerischen Versorgung im Land, gewährleisten. In Rheinland-Pfalz ist man sich bis heute nicht bewusst, dass Ethik alle Bereiche des Kammerhandelns durchzieht. Beispielsweise wird die neue Berufsordnung kaum mit Ethik in der Pflegekammer in Verbindung gebracht, obwohl sie viele ethischen Elemente enthält (s. Abschn. 5.1.4). Ethik ist die Reflexion des moralischen Kerns der professionellen Pflege, dies ist im deutschen Gesundheitssystem voraussetzungsreich. Die hohe Komplexität der Strukturen, Prozessen und Zuständigkeiten erzeugt hohe ethische Komplexität, die jedes pflegerische Handeln durchzieht (vgl. Monteverde 2011, S. 26). Studien aus Deutschland belegen, dass ethische Komplexität zu Belastungen im Berufsalltag führt (s. Kap. 6). Internationale Studien zeigen, dass diese Belastungen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegefachpersonen einschränken. Pflegefachpersonen werden krank, verlassen gar den Beruf. Defizite in der Versorgung sind gleichzeitig Ursache und Wirkung, sie werden offengelegt und verstärkt (s. Kap 7). Die Problemlagen gefährden die Versorgungssicherheit der Menschen mit Pflegebedarf.

Die Verantwortung, die die Pflegekammer zur pflegerischen Versorgungssicherung trägt, begründet ihr ethisches Mandat. Das Eintreten für die Versorgungssicherheit passiert in der Pflegebeziehung und im politischen Raum. Die Kammermitglieder sind diejenigen, die die professionelle Pflege gestalten, egal ob sie die pflegerischen Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf durchführen, in Leitungsfunktionen in den Einrichtungen tätig sind, in der Lehre die Pflegefachpersonen aus- und weiterbilden, als Wissenschaftler*in die Themen der Pflege beforschen und entwickeln oder haupt- und ehrenamtlich direkt in der Kammer tätig sind. Sie wirken gemeinsam als moralische Agenten im Gesundheitssystem. Deshalb sind sie stringent in die nötigen Prozesse und Entscheidungen einzubeziehen. Nur Interventionen, die die Kammermitglieder selbst beschlossen haben, können sie gut umsetzen. Spätestens die neue Verantwortung der Pflegekammer zeigt die hohen Anforderungen an professionelle, heilberufliche Pflegearbeit, die großen Baustellen zeigte die Situationsanalyse. Die Programmtheorie kann über zielgerichtete Interventionen zur Veränderung der Situation beitragen. Als erstes braucht sie eine gute Strategie, die neue Treiber setzt, die in der vorgefundenen Situation bisher fehlten. Dies übernimmt die Theory of Change. Sie ist anhand der nötigen Treiber, die zur Verbesserung der Situation beitragen können auszuwählen. Doch welche Theorie kann dies zum Thema Ethik in Pflegekammern leisten? Aufgrund der demokratischen Struktur des Selbstverwaltungsorgans Pflegekammer muss eine Theory of Change partizipativ ausgerichtet sein und demokratische Prozesse fördern. Kammermitglieder stehen in der Verantwortung, sich an der Entwicklung ihres Berufsfelds aktiv zu beteiligen. Es wird nicht mehr von irgendwem etwas für die Pflege getan, sondern die Pflegefachpersonen gestalten aktiv das Feld ihres Heilberufs. Dies ist nicht weniger als ein Paradigmenwechsel, der neue Treiber, der die Situation nachhaltig verändert. Mit dieser Anforderung ist die passende Theory of Change auszuwählen, die partizipative Interventionsprozesse regelgeleitet ermöglicht. Die Ergebnisse der Situationsanalyse zeigte die Komplexität des ethischen Mandates der Pflegekammer im deutschen Gesundheitssystem. Damit umzugehen, ist das Kriterium für die Suche nach einer passenden Theory of Change.

Die erste Option wäre, sich bei den internationalen Selbstverwaltungsorganen umzusehen. Allerdings ist aufgrund des differierenden professionellen Entwicklungsstands und dem damit zusammenhängendem Status im Gesundheitssystem eine einfache Übertragung ggf. bestehende Ethikprogramme internationale Berufs- bzw. Selbstverwaltungsorganisationen nicht bruchlos möglich. Es kann sogar gefährlich sein, wenn die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems bei dem Programm unberücksichtigt blieben, wie das Beispiel der

kritiklosen Übernahme des biomedizinischen Ethikmodells aus den USA zeigte (s. insb. Abschn. 6.2.4).

Die zweite Option drängt sich fast auf, es wäre die Übertragung des Modells Klinischer Ethikberatung (s. Kap. 6) in den Kammerkontext. Dieses Modell ist den meisten Akteuren als einziges Ethikmodell im Gesundheitswesen bekannt. Jedoch zeigte die Situationsanalyse, dass der Nutzungsgrad der Ethikstrukturen durch Pflegefachpersonen niedrig ist. Ursachen sind der geringe Bekanntheitsgrad, das unklare Unterstützungspotenzial und die fehlende Passgenauigkeit für pflegeethische Fragen. Es wurde auch gezeigt, dass viele Einrichtungen ethischen Unterstützungsbedarfen nicht begegnen. Trotz vorgelegter empirischer Belege bleiben Interventionen zur ethischen Entlastung der Pflegefachpersonen in Organisationen des Gesundheitswesens aus. Studienergebnisse konnten die verantwortlichen Akteure nicht überzeugen, das Unterstützungspotential bleibt unerkannt, folglich stellen Leitungen kaum Ressourcen zur Intervention bereit. Die in den Einrichtungen arbeitenden Pflegefachpersonen wurden nicht in die Entscheidung einbezogen.

Um Entlastung zu schaffen, könnte die Pflegekammer über eine deduktiv-normative Intervention die Klinische Ethikberatung übernehmen. In einem solchen Prozess würden sog. Expert*innen³ mutmaßlich in Orientierung am in Deutschland verbreiteten bioethischen Vorgehen ein Ethikkonzept in einer Pflegekammer implementieren. Erste Entwicklungen in Niedersachsen wiesen in diese Richtung (s. Abschn. 5.2.2). Eine solche Übertragung des Modells kann strukturell kaum Wirkung entfalten, weil das Modell der Ethikberatungen in Organisationen des Gesundheitswesens nicht zu Pflegekammern passt. Die Eingriffsmöglichkeiten einer Kammer liegen nicht auf der Mesoebene der Einrichtungen. Die Pflegekammer verbindet die Mikroebene von Pflegefachpersonen und den Menschen mit Pflegebedarf mit der politischen Metaebene (s. Kap. 7). Das Outcome wäre unsicher, weil die Anschlussfähigkeit des Theoriemodells an die Berufswirklichkeit der Pflegepersonen nicht gegeben ist, wie die untersuchten Studien belegten (s. Kap. 6). Zudem entstehen reflexive Abwehrhaltungen, wenn Pflegefachpersonen das Gefühl haben, ihnen wird von der Kammer etwas übergestülpt, ohne sie einzubinden, wie Kap. 5 im Kontext der Kammerentwicklung verdeutlicht. Für die neuen deutschen Pflegekammern ist das gemeinsame Entdecken, Verstehen und Ableiten von Handlungsmöglichkeiten in demokratischer Partizipation mit den Mitgliedern unersetzlich.

³ Der Begriff „Expert*in“ im Kontext von Ethik in Pflegekammern müsste gesondert geklärt werden, die offene Frage lautet, ob es solche aktuell, in Deutschland und anderswo, überhaupt gäbe.

Als dritte Option könnte man auf den umgekehrten Weg verfallen: Das geläufige Gegenteil zur deduktiv-normativen Implementierung wäre ein anwendungsorientiertes induktiv-empirisches Vorgehen. Das erste Problem dabei ist, dass alle analysierten Dokumente wie Studien, Qualifikationsarbeiten, Gesetze, Positionspapiere u. v. m. sowie die aktuellen Entwicklungen im Kontext der Errichtung von Pflegekammern auf ein Wissensdefizit bei vielen Kammermitgliedern hinweisen. Weder zur berufsständigen Selbstverwaltung als Teil der Professionsentwicklung (s. Kap. 5) noch zur Berufs-, und Pflegeethik (s. Kap. 6) scheint bei der Mehrzahl der Pflegefachpersonen in Deutschland belastbares Wissen vorhanden zu sein. Darüber hinaus scheint bei weiten Teilen der Berufsangehörigen das Wissen über politische Zusammenhänge im Gesundheitswesen, über die Situation der professionellen Pflege und den resultierenden Konsequenzen für den Beruf zu fehlen (s. Kap. 7). Um fundierte Entscheidungen zu treffen und passgenaue Interventionsprogramme durchzuführen, müssen die Kammermitglieder über dieses Wissen verfügen können. Die Theory of Change muss Wege aufzeigen, wie es transdisziplinär erarbeitet werden kann.

Das zweite Problem liegt im Verständnis des Begriffes *Partizipation*. Partizipation in der herkömmlichen anwendungsorientierten empirischen Forschung meint damit die Befragung der Zielgruppe. Zur demokratischen Einbindung der Kammermitglieder in die Ausgestaltung ihrer Pflegekammer kann es nicht hinreichend sein, sie zum Thema Ethik in Pflegekammern zu befragen und basierend auf den Ergebnissen eine Intervention für sie zu konzipieren, die Schwierigkeiten zeigt Abschn. 8.2.2. Die Anforderung an die Intervention *Ethik in Pflegekammern* lautet, das ethische Mandat wissenschaftsfundiert und partizipativ mit den Kammermitgliedern zu entwickeln und zu implementieren, damit sie praxiswirksam und nachhaltig sein kann. Das angestrebte Outcome ist die Sicherstellung guter Pflegebeziehungen in *moralisch sicheren* pflegerischen Versorgungskonstellationen, in der sich Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen gleichermaßen wohlfühlen. Diese Ansprüche sind nicht mit herkömmlichen Forschungs- und Entwicklungsmethoden sicherzustellen. Als Theory of Change ist eine heuristische Theorie erforderlich, der der professionellen Weiterentwicklung dienen kann. Dies bietet die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung, Abschn. 8.2.2 beschreibt den Lösungsansatz.

8.2.2 Partizipation – Bedarf für eine transdisziplinäre Wissenschaft

Der Philosoph Peter Heintel ist der *Erfinder* der Klagenfurter Interventionsforschung. Ausgehend vom methodologischen Unterschied zwischen den Natur- und Technikwissenschaften sowie den Sozial-, Gesellschafts-, und Geisteswissenschaften arbeitete er Differenzen und Analogien der beiden dominanten Forschungsparadigmen heraus (vgl. Heintel 2005, 10–62; 63– 80). Eine Gegenüberstellung der Differenz zwischen Natur- und Geisteswissenschaften⁴ zeigt Tabelle 8.2.

Tabelle 8.2 Logik verschiedener Forschungsansätze (n. Heintel 2005)

	Natur- & Technikwissenschaften	Geistes-, Sozial- & Gesellschaftswissenschaften
Anforderung an Forschung	Stabilität, Experiment, Laborbedingungen	Verstehen, erklären
Qualitätskriterien	objektiv, valide, reliabel Übertragbarkeit, technische Umsetzbarkeit	Subjektivität: glaubwürdig, folgerichtig, angemessen => schwierige Übertragbarkeit, fragliche Umsetzung
Ergebnisse	Maschinen, Instrumente, Wirkstoffe ...	Artefakte von Menschen => kein materielles Produkt
Transfer	Neue/bessere Maschine ...	Neues Verhalten, neue Strukturen, Verhältnisse, ...
Intervention	Konstruktion	Lernen, Vorgabe neuer Normen, Handlungsempfehlungen etc.

Der Heilberuf Medizin ordnet sich den Naturwissenschaften zu, dies birgt hohe Herausforderungen:

„Die Medizin beschwört sich immer wieder aufs Neue als Naturwissenschaft und will das auch ernst meinen. Sie vernachlässigt dabei den genannten Eigenwert von Subjektivität, der andererseits als „Selbstheilungskraft“ immer wieder gefordert wird.“
(Heintel 2005, S. 44)

⁴ Die Begriffe Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften werden in Anlehnung an Heintel modellhaft kontrastierend stellvertretend für zwei wissenschaftstheoretische Lehrmeinungen gebraucht, wohl wissend, dass es korrekterweise eine weitere Differenzierung in unterschiedlichste Wissenschaftstypologien bräuchte und es neben Abgrenzungen auch diverse Übergänge gibt.

Anliegen der Medizin ist, menschliche Funktionsabläufe, auf Organe bezogen, idealtypisch zu verstehen bzw. konstruieren und so Eingriffe zur Verbesserung bzw. zur Behebung von Defekten zu ermöglichen (vgl. Heintel 2005, S. 65). Im Heilberuf Pflege finden sich je nach Schwerpunkt und Definition Anteile beider Wissenschaftsparadigmen. Es bleiben aber diverse Probleme, zu denen Heintel Antworten liefert: Das erste Problem ist die Objektfokussierung traditioneller Wissenschaftsparadigmen. Sie erschwert den Zugang zu Themen wie Gesundheit, Erziehung, Bildung, Verhaltensformen, Tod und Sterben. Sie sind schwierig zu objektivieren und zu reduzieren, weil ihnen Werte, Gefühle, Vorurteile und Traditionen zugrunde liegen, die sich leicht der wissenschaftlichen Analyse entziehen. Für den Erfolg einer Intervention ist deren Beachtung jedoch entscheidend (vgl. Heintel 2005, S. 43).

Das zweite Problem ist die Übernahme von Forschungsergebnissen in die Praxis, wie Heintel in Österreich fast zehn Jahre früher als die Pflegewissenschaftler Voigt-Radloff et al. 2013 in Deutschland feststellen. Die Überführung von Forschungsergebnissen in zielgerichtete Interventionen liegt bisher nicht in der Verantwortung der Forschenden, mehr noch, die herkömmlichen Forschungsparadigmen verlangen die „Trennung von Subjekt (Wissenschaftler, Forscher) und Objekt (Gegenstand)“ (Heintel 2005, S. 10). Die Umsetzung von Forschungsergebnissen benötigt Macht, diese ist geteilt: Forschende haben die Wissensmacht, sie agieren als (unabhängige) Expert*innen. Das sogenannte *Feld* (die Praxis) hat die Anwendungsmacht oder sollte sie zumindest haben. Allerdings ist die Macht in der Realität des Gesundheitswesens nochmals geteilt. Die Entscheidungsmacht über eine Intervention liegt auf der Mesoebene der Einrichtungen oder/und auf der politischen Metaebene. Dies belegen die Ergebnisse der Situationsanalyse nachdrücklich. Organisationen und politische Gremien haben die normative Eingriffsmacht. Die Eingriffsmacht kann im Sinne des *Feldes* oder gegen es genutzt werden. Ein Beispiel ist die Errichtung der Pflegekammern im Norden und deren rasche Abwicklung, sobald es politisch ungemütlich wurde (s. Abschn. 5.2.1 & 5.2.2). Das Erreichen der intendierten Outcomes von Interventionen ist deshalb keinesfalls sicher, der deduktiv-normative Weg kann gelingen, das *Feld* kann sich aber auch verweigern (vgl. Heintel 2005, S. 51–55), weil es nicht eingebunden wird. Auch dafür zeigte die Situationsanalyse diverse Beispiele.

Um Interventionen zielgerichteter und nachhaltiger zu gestalten und den Wissenstransfer in die Praxis zu sichern begründeten Heintel und Kolleg*innen eine *andere* Wissenschaft in Ergänzung zu den etablierten quantitativen und qualitativen Paradigmen, die Klagenfurter *transdisziplinäre* Interventionsforschung (vgl. Heintel 2005, S. 1). Sie kann als Theory of Change des ethischen Mandats helfen, weil sie sich gegen das positivistische Paradigma wendet. Heintel (vgl. 2005,

36 f.) und Goldmann 2012 kritisieren die Entmündigung von Forschungsteilnehmenden als Probanden: Diese Entmündigung ist in naturwissenschaftlichen Experimenten sehr ausgeprägt, aber auch in geisteswissenschaftlichen Forschungsdesigns zumindest partiell gegeben. Die Forschenden bemühen sich um objektive Befunde, das subjektive Empfinden ist nachgeordnet. Die Wissenschaft beansprucht für sich den Expertenstatus, den Forschungsteilnehmenden und der Praxis kommt nur der nachgeordnete Laienstatus des Nicht-Wissenschaftlers zu. Menschen werden als Forschungsgegenstand objektiviert, sie sind nicht mehr Selbstzweck (vgl. Heintel 2005, S. 35–46). Die Forschenden sind übrigens auch kein Selbstzweck, sondern eher Mittel zum Zweck, weil sie sich gängigen Paradigmen unterwerfen müssen, um ihre Arbeiten im „Wissenschaftszirkus“ positionieren zu können (vgl. Heintel 2005, 38 f.) (s. Abschn. 3.1). Goldmann sieht die Lösung in der Anwendung der deontologischen Ethik Kants:

„Als Mensch bin ich niemals nur Mittel und Zweck für den Forschungsprozess, für „die Anderen“, sondern bin auch immer ein Zweck für mich selbst.“ (Goldmann 2012, S. 247)

Menschen dürfen keine Objekte sein, sonst gehen dem Menschsein inhärente Begriffe „...wie Freiheit, Person, (Selbst-)Bewusstsein, Wille, Vernunft, Seele, Geist etc.“ (Heintel 2005, S. 67) verloren. Gelingende Interventionsforschung braucht Transdisziplinarität, sie sichert allen Teilnehmenden ihren Subjektstatus.

Die wissenschaftstheoretische Begründung transdisziplinärer Wissenschaft liefert Hegels dialektisches Prinzip. Anhand drei dialektischen Denkschritte ausgehend von den dominanten Naturwissenschaften über die Pflegewissenschaften als exemplarisches Beispiel der Gesellschafts-, Sozial- und Geisteswissenschaften bis zur Klagenfurter transdisziplinären Interventionsforschung wird dies expliziert. Heintel (2005, S. 36–44) diagnostiziert die Problematik der Subjekt-Objekt-Trennung insbesondere für die Naturwissenschaften. Dies entspricht der ersten Stufe von Hegels dialektischem Prinzip, *der abstrakten Ebene des Verstandes*:

„Der Verstand betrachtet die Dinge der Welt zunächst in einer scharfen Gegenüberstellung, also abstrakt voneinander verschieden. Das bedeutet, dass er sie als isolierte, für sich bestehende Gegensätze begreift, die sie in Wirklichkeit aber nicht sind. Das Denken des Verstandes bleibt auf dieser ersten Stufe bei der festen Gegenüberstellung der Dinge stehen und betrachtet nur ihre Getrenntheit.“ (Winter, S. 9)

Das (Forschungs-) Objekt ist ein separate Ding in Zeit und Raum. Um es zu analysieren, muss es von anderen Objekten abgegrenzt (definiert) und aus seinem Zusammenhang gerissen werden. „Die Wirklichkeit wird *elementarisiert*; (...)

größere Problemzusammenhänge werden spezialistisch „kleingehackt“ (Heintel 2005, S. 10). Dies erfordert die immer tiefere Spezialisierung der Forschenden, es entsteht Expertentum verknüpft mit Autorität und Macht, der Mensch als Forschungsteilnehmer und als Ziel der Intervention wird zum Objekt, er wird entmachtet, sein Wissen enteignet (vgl. Heintel 2005, S. 11). Das Vorgehen erzeugt diverse Probleme innerhalb der Wissenschaften: Die Komplexität nimmt in jedem einzelnen Wissenschaftsfeld zu, der Forschende wird zum Spezialisten; interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet sich aufgrund der je speziellen Fachlogik schwierig, oft gelingt nur ein multidisziplinäres Nebeneinander der Disziplinen; multidisziplinär ausgelegte Programme erfahren die Aufteilung in monodisziplinäre Einzelbausteine statt eines wirklich interdisziplinären, gemeinsamen Herangehens (vgl. Heintel 2005, S. 10–57).

Noch schwieriger gestaltet sich der Wissenstransfer in die Praxis. Die nötige *Übersetzungsleistung* der internen Expertenlogik des Wissens und der Wissenschaft(en) in die *Außenlogik* der Praxis erfolgt nicht (vgl. Heintel 2005, 52 f.). Die Praxis steht als laienhaftes Objekt außerhalb der Wissenschaft (Abbildung 8.1), sie scheint keine Ahnung von ihren eigenen Belangen zu haben.

Abbildung 8.1 Erste Ebene des Dialektischen Prinzips, abstrakte Ebene des Verstandes (n. Winter, S. 14)



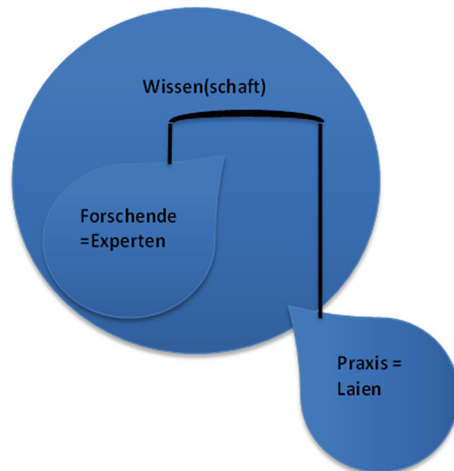
Die zweite Entwicklungsstufe ist *die dialektische Ebene der Negativen Vernunft*. Im qualitativen Paradigma der Geistes-, Sozial- und Gesellschaftswissenschaften erfolgt eine partielle Aufhebung der Subjekt-Objekt-Differenz und die Akzeptanz des Menschen als fragendes Wesen (vgl. Heintel 2005, 56 f.). Das Ziel qualitativer Sozialforschung ist, die Subjektivität der Forschungsteilnehmenden ernst

zu nehmen: Einzelfälle sind bedeutsam, soziale Konstellationen der realen Welt gelten als einflussreich (vgl. Heintel 2005, 58 ff.; 89 ff.). Dies ist der Benefit für erforschte Personen und Systeme. Auf der zweiten dialektischen Ebene gelingt der Transfer leichter, weil der Einbezug der Praxis versucht wird, „eine neue Verantwortung in der Gestaltung des „Subjekt-Objekt-Verhältnisses““ (Heintel 2005, S. 58) ist erkennbar. Winter beschreibt dies so:

„Die Vernunft beginnt nun auf der zweiten Betrachtungsstufe einen Prozess der Vermittlung zwischen den Gegensätzen und negiert (= verneint) ein festes, isoliert bestehendes Sein der Dinge. Die Vernunft betrachtet vielmehr das wechselseitige Ineinander-Übergehen und Umschlagen der Gegensätze in das jeweils Andere.“ (Winter, S. 9)

Jedoch behindern Rechtfertigungsmechanismen gegenüber der dominanteren naturwissenschaftlichen Denklöge die stringente Umsetzung. Dem Mainstream der Naturwissenschaften folgend müssen Forschende der Geisteswissenschaften immer wieder die Unabhängigkeit vom Forschungsgegenstand betonen, auch wenn die genau genommen gar nicht herzustellen ist (s. Abschn. 4.3). Deshalb wurde für das grafische Logic Model ein Mobile gewählt (Abbildung 8.2).

Abbildung 8.2 Zweite dialektische Ebene der negativen Vernunft (n. Winter, S. 14)



Es zeigt, dass Forschende und Praxis wie an Fäden zusammenhängen: Zieht man an einem Ende des Mobiles, verursacht dies Bewegungen am anderen Ende.

In dem Modell ist die Praxis nicht ganz außen vor, sie ist *eingebunden*. Sie befindet sich aber nicht im Inneren der Scientific Community, sondern *anhängend*. In dieser Konstellation bleiben Interventionen schwierig, denn Forschende können sich aus der Umsetzungsverantwortung nehmen und Laien können bei der Überprüfung der Forschungsergebnisse zu dem Ergebnis kommen, dass die vorgeschlagene Intervention nicht zu ihrem Problem passt. Möglicherweise wurden nicht die richtigen Fragen beantwortet (vgl. Heintel 2005, S. 59). Ergebnis kann eine Verweigerung sein.

Unterdessen wurde die Problematik der übergreifenden Anwendung des empirisch-naturwissenschaftlich orientierten Paradigmas erkannt (s. Abschn. 3.1). Einige Wissenschaften verändern sich, z. B. die Psychologie, die Organisationsentwicklung, die Aktionsforschung, die Evaluationsforschung und in Teilen die praktische Philosophie (vgl. Heintel 2005, S. 91), neue Kriterien wurden etabliert:

- „a) Eine zumindest partielle Aufhebung der Subjekt-Objekt-Differenz; der Gegenstand der Wissenschaft wird in seiner Subjektivität ernst genommen und berücksichtigt.
- b) Einen zunehmende Bedeutung gewinnen gemeinsam erlebte Prozesse, die Einrichtung sozialer Konstellationen, Designs, die das Aufeinandertreffen von Wissenschaften und „Laien“ zu beiderseitigen „Gewinnen“ ermöglichen und gestalten.
- c) damit wird das zeitweilige Heraustreten der Wissenschaft aus ihrer eigenen Institution notwendig und die „scientific-community“ verliert an Wert.“ (Heintel 2005, S. 89)

Unverzichtbar ist die Klärung des Sinn und Zwecks für die Praxis; Einzelfälle, Geschichten und Beschreibungen sind wichtig; der Mittelpunkt ist die „Problem- und Aufgabenorientierung, (...) damit wird immer deutlicher, dass die Entwicklung dieser Wissenschaften ins Inter- und Transdisziplinäre gehen muss.“ (Heintel 2005, 89 f.). Partizipation ist *der* Trigger, Akzeptanz der Zielgruppe und ihrer Entscheidungen „spielen eine „wahrheitskonstitutive“ Rolle“ (Heintel 2005, S. 90).

„Es findet in ihnen eine neue Verknüpfung von „Wissensgenese“ und „Können“ statt (Sozial-, Organisations-, Design-, Prozesskompetenz), die einerseits eine neue Ausbildung erforderlich macht (...) die andererseits eine enge Verbindung von Wissensgenesen mit Kompetenz, Verhalten, Einstellung, Person und Situation nachweist. (Man denkt nicht mehr aus Distanz „über“ etwas nach, man ist selbst Teil eines wissenschaftsfördernden Gesamtgeschehens).“ (Heintel 2005, S. 90)

Das neue Paradigma erfordert neue Kompetenzen bei den Wissenschaftler*innen. Voraussetzung ist die hohe soziale Kompetenz gegenüber dem Feld. Forschende müssen sich in der Praxis auskennen. Sie müssen bestehende und im Interventionsprozess entstehende Gegensätze aushalten. Ziel ist das Ausbalancieren der Interessen, nicht das Instrumentalisieren einer Partei.⁵ Das bedarf permanenter Reflexion. Dies fasst die dritte Stufe von Hegels Dialektik, der *spekulativen Ebene der Positiven Vernunft*, auch das *übergreifende Allgemeine* genannt.

„Auf der dritten Stufe der Betrachtung begreift die Vernunft eine Einheit der Gegensätze, die in einer übergeordneten Ganzheit spekulativ als aufgehoben begriffen werden. Die Vernunft sieht in der Einheit der Gegensätze das eigentlich Wahre, das Positive, d. h. das Gegebene, das wahrhaft Wirkliche des Seins.“ (Winter, S. 9)

Im übergreifenden Allgemeinen fallen das Wissen und die Wissenschaft, die es expliziert, zusammen. Wissen(schaft) setzt sich zusammen aus zwei übergreifenden Arten, dem Wissen der Forschung und dem Wissen der Praxis, gemeinsam bilden sie die integrative Einheit des Wissenskorpus (Abbildung 8.3). Beide Wissensarten stehen auf Augenhöhe, sie gehören zusammen, haben Überschneidungen und gehen als gesamtes vorhandenes Wissen ineinander über.

Abbildung 8.3 Dritte Ebene der spekulativen Positiven Vernunft (n. Winter, S. 14)



⁵ Auch Forschende können instrumentalisiert werden. Die weitverbreitete Auftragsforschung erzeugt Abhängigkeiten, zumindest finanziell, häufig auch inhaltlich (s. Abschn. 3.1).

So zeigt sich die dynamische Einheit der Dinge: „Die Wirklichkeit selbst ist, als ganze genommen, bekanntlich in Dauerbewegung und -veränderung (Pantarei)“ (Heintel 2005, S. 13), ein ewiges Werden und Wandeln. Diese Theory of Change braucht die Programmtheorie für Ethik in Pflegekammer: Das Wissen der Pflegepraxis tritt in Synergie mit dem Wissen der Pflegewissenschaft, gemeinsam überwinden die Kammermitglieder das vielzitierte Theorie-Praxis-Gap. Mit dieser für den Heilberuf Pflege neuen Strategie kann das ethische Mandat in der professionellen Pflegepraxis Wirkung entfalten.

Die Theorie ist keine Zukunftsmusik, sie ist auch nicht neu, sondern Jahrhunderte gelebte Praxis in der Rechtswissenschaft. Sie bildete die große Ausnahme im Wissenschaftsreigen: Schon immer wurden Laien mit einbezogen, so wird die Anwendung der Gesetze in Schöffengerichten von Laien überprüft (vgl. Heintel 2005, 87 f.). Auch die Kammermitglieder sind nun in die Berufsgerichtsbarkeit integriert (s. Abschn. 5.1.4, 7.1.4). Grundlage ist das „Rechtssystem, in dem jeweils das Zusammenleben aller Teile der Gesellschaft geregelt ist (Rechtsstaatlichkeit)“ (Heintel 2005, 83 f.). Das birgt Herausforderungen:

„Das Recht ist weder logisch widerspruchsfrei, noch lässt sich aus ihm der Einzelfall, wie sonst in den Naturwissenschaften linear deduzieren. Es muss immer aufs Neue eine Verbindung zwischen Allgemeinem und Besonderem hergestellt werden und dem dienen geregelte Verfahren, und vor allem *der Prozess*.“ (Heintel 2005, S. 85)

Das Rechtssystem ist in sich dialektisch, es dient dem Recht des Einzelnen, gleichzeitig stellt es allgemeingültige, verbindliche Normen auf, die das Zusammenleben der Menschen regeln und die Rechte des Einzelne wieder einschränken können. Solche gesetzlichen Normen werden erforderlich, wenn die direkte Kommunikation miteinander aufgrund der Größe des Systems (des Staates, der Körperschaft etc.) nicht mehr möglich ist. Die Gesetze und Verordnungen sind allgemeingültig ohne Ansehen der Person. Sie heben jedoch die Rechte des Einzelnen nicht auf, sondern schützen diese, solange sie nicht die Rechte anderer tangieren (vgl. Heintel 2005, S. 85). Gesetze

„... hatten damit von Beginn an eine positive und eine negative Funktion, und dies in einem zugleich. Der Widerspruch war damit in die Wiege gelegt. Deshalb braucht das Recht auch Schutz und eine „Dauerautorität“.“ (Heintel 2005, S. 85)

Das Rechtssystem bildet somit den ethischen Anspruch ab, dem die Klagenfurter Interventionsforschung folgt: Der allgemeinen abstrakten (naturwissenschaftlichen) Perspektive

„... muss eine „Reindividualisierung“ zur Seite gestellt werden, die sich auf Personen, soziale Zusammenhänge und historische Situationen, ja selbst auf Einzelentscheidungen und „Ermessensspielräume“ zu beziehen hat.“ (Heintel 2005, S. 86)

Erneut wird die ethische Verpflichtung deutlich. Als Theory of Change passt dies ideal zu Pflegekammern: Als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen sie einerseits in besonderem Maße Recht und Gesetz (s. Kap. 5). Andererseits agieren sie selbstgesetzgebend über Ordnungswerke für ihre Mitglieder wie z. B. der Berufsordnung (s. Abschn. 5.1.4) und der Weiterbildungsordnung (s. Abschn. 7.1.4). Rechte und Pflichten bedingen einander. Legalität und Moralität gehen Hand in Hand, Willkür wird beschränkt, weil die Pflegekammer dem Allgemeinen, der pflegerischen Versorgungssicherheit der Bevölkerung dient und die Ausführung der Versorgung an seine Mitglieder delegiert. So entsteht Unabhängigkeit und Freiheit für die Berufsgruppe als Ganzes und für das einzelne Kammermitglied (vgl. Heintel 2005, S. 87). Die philosophisch untermauerten Leitgedanken der Subjektivierung und Partizipation führen zum Kernelement der Klagenfurter Interventionsforschung, der Transdisziplinarität. Abschn. 8.2.3 expliziert sie und beleuchtet ihren Gewinn als Theory of Change der Programmtheorie des ethischen Mandats der Pflegekammern.

8.2.3 Theory of Change – Stärkung von Partizipation & Transdisziplinarität

Die Theory of Change der Programmtheorie des ethischen Mandates von Pflegekammern kann Veränderungen ermöglichen, Funnell und Rogers sagen:

„Theories of Change are the big theories about how Change occurs for individuals, groups, organization, and communities.“ (Funnell und Rogers 2011, S. 319).

Damit Veränderungen auf alle nötigen Ebenen gelingen, braucht es Empowerment:

„Empowerment is a process by which people gain control and mastery over their lives and are able to influence others who affect their lives. It emphasizes democratic participation, improvement, and self-determination.“ (Funnell und Rogers 2011, S. 332)

In den 1980er Jahren wurde bereits erkannt, dass die Einbindung der Zielgruppe entscheidend und ethisch wertvoll ist. Ein Beispiel ist die Ottawa Charta der

Gesundheitsförderung (s. Abschn. 8.3.2). Allerdings limitierten Herausforderungen die Umsetzung: Eine einzelne dominante Perspektive kann die Diskussion bestimmen und alle andere Anliegen marginalisieren; einzelne Stakeholder können eine autoritäre Kontrolle, auch gegenüber der Wissenschaft, übernehmen. Solche Prozesse sind in der Pflege hinlänglich bekannt, die Situationsanalyse zeigte sie an vielen Stellen: in den neugegründeten Kammern (s. Kap. 5), im Umgang mit pflegeethischen Problemen im Gesundheitssystem (s. Kap. 6) und in der gesellschaftlichen Anerkennung der Profession Pflege (s. Kap. 7). Die Gefahr ist, dass Programme neue Probleme verursachen, statt die ursprünglichen zu lösen, die Steuerung des Programms kann entgleiten (vgl. Funnell und Rogers 2011, 333 f.).

Diese Problemen beugt die Klagenfurter Interventionsforschung vor. Die Partizipation wird durch Transdisziplinarität ermöglicht. Transdisziplinarität heißt, dass „die Grenzüberschreitung zwischen Wissenschaft und Praxis gewissermaßen Programm ist“ (Ukowitz 2016, S. 17), zur Klarstellung:

„Während Transdisziplinarität also vielfach als eine Reaktion auf veränderte Gegebenheiten verstanden und deshalb in der Forschung praktiziert wird, kann man Transdisziplinarität aus der Sicht der Interventionsforschung als eine Form der Umsetzung eines bestimmten Menschen- und Weltbildes im Rahmen wissenschaftlicher Arbeit verstehen. Interventionsforschung ist auch insofern mehr als eine Methode, als sie mit ihren Bezügen zur Transzendentalphilosophie, der dialektischen Philosophie und der Prozessethik ein starkes meta-theoretisches Fundament aufweist. Ein zentrales Element ist dabei das Anliegen, Forschung nicht nur als Prozess der Wissensgenerierung zu verstehen, sondern auch als Prozess kollektiver Selbstaufklärung und Entscheidung.“ (Ukowitz 2012, S. 83)

Strikte Anwendungsorientierung zeitigt die Veränderung: „Interventionsforschung setzt bei Praxisfragen an und arbeitet auf praxisrelevante Lösungen hin“ (Ukowitz 2016, S. 18). Die Praxis ist *aktive Partnerin*. Das ist die Weiterentwicklung der alten Empowermenttheorie: Interessen sind auszubalancieren, es darf nicht passieren, dass nun die Praxis oder einzelne Teile der Praxis dominieren und die Wissenschaft instrumentalisieren. Die beiden Partnerinnen *Wissenschaft* und *Praxis* haben vielmehr verschiedene Aufgaben, die ein Agieren auf Augenhöhe ermöglichen: Die Wissenschaft eröffnet einen intermediären kommunikativen Raum in und für die Praxis. Diese Räume sind im Alltag selten vorhanden, Routinen und insbesondere der Zeitdruck in der Pflege dominieren. Deshalb geht es nicht ohne die Wissenschaft. Die geschaffenen kommunikativen Räume dienen der Wissensgenerierung, der Problemlösung, dem gegenseitigen Voneinander lernen. Entstehende Spannungsfelder sind zu berücksichtigen und auszuhandeln.

Trotz aller Nähe bleibt die Wissenschaft unabhängig und eigenständig, fein zu justieren und darzulegen ist der Grad ihrer Annäherung an die Praxissysteme (vgl. Ukowitz 2016, S. 17). Die Grundhaltung generiert eine hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit und Nachhaltigkeitserwartung des Interventionsprogramms. Die Stakeholder aus dem Praxissystem sind in die Erarbeitung der Intervention involviert. Dadurch ist die Umsetzung gut vorbereitet, es braucht keine *Übersetzungsleistung* im Nachgang empirischer Forschung. Die nötigen Weichen werden bereits im Prozess gestellt, die Ergebnisanwendung wird gemeinsam hergestellt. Die „Einrichtung eines Forschungssystems als Sozialkörper“ (Ukowitz 2016, S. 20) dient der Förderung der Selbstaufklärung und Selbstbestimmung von Systemen. Das transdisziplinäre Team initiiert Lernprozesse und erarbeitet anschlussfähige Ergebnisse. Damit eignet sich die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung in exzellenter Weise als Theory of Change der Intervention Ethik in Pflegekammern. Ein Prozessdiagramm des strategischen Ablaufes zeigt Abbildung 8.4.

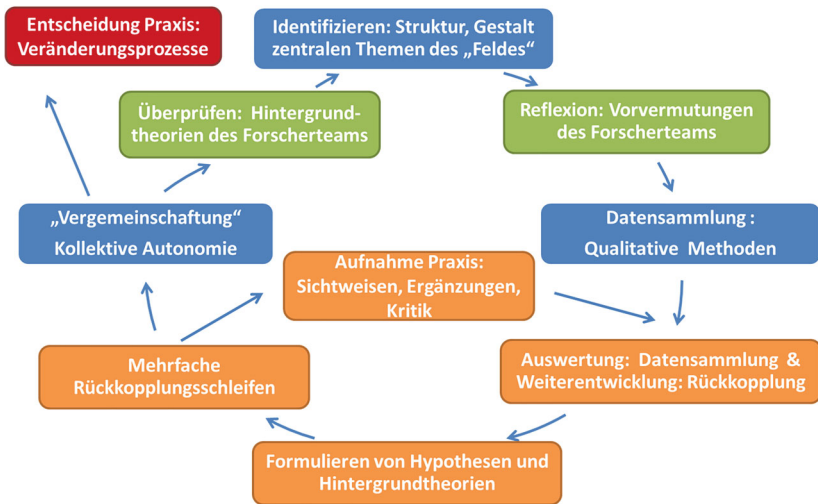


Abbildung 8.4 Prozessdiagramm der Klagenfurter Interventionsforschung (n. Krainer 2006)

Die hohen ethische Prämissen der Theory of Change hat Krainer (2006, S. 96–113) herausgearbeitet: Die sechs ethischen Prämissen werden für die Pflegekammer expliziert:

1. **„Von der „Arbeitsteilung im Geiste“ durch Expertenautoritätszumutung zur Redelelegation von Autonomie („Autonomiezumutung“)**“ (Krainer 2006, S. 96). Die Haltung stärkt die Subjektivierung der Kammermitglieder als Wissensträger auf Augenhöhe. Weil die höchste Expertise in der Praxis vorliegt, handelt es sich um eine Autoritätsumkehr. Die Entscheidungskompetenz wird dort belassen, wo die Entscheidungen wirken, die Pflegewissenschaft unterstützt. Hierarchien flachen ab, die Pflegepraxis steht selbst in der Verantwortung für gute, passgenaue Interventionen. Dies kann im Kontrast zur sonst üblichen *Expertokratie* durchaus eine *Autonomiezumutung* sein, da insbesondere die Pflege solche Prozesse nicht gewöhnt ist. Ängste sind über die Aufbereitung von Wissen und den Vertrauensaufbau in kommunikative Rückkopplungsprozesse zu nehmen (vgl. Krainer 2006, S. 96–101).
2. **„Für die Herstellung „kollektiver Autonomie“ ist die Vergemeinschaftung der Sichtweisen eine notwendige Voraussetzung“** (Krainer 2006, S. 102). Als erster Schritt identifiziert die Pflegewissenschaft die Struktur, Gestalt und die zentralen Themen von Gruppierungen, Organisationen und Systemen. Es erfolgt die Reflexion der Vorvermutungen, Vorurteile und des Eingebundenseins der Forschenden in die Thematik (s. Abschn. 4.3), sie sollen nicht unreflektiert Einfluss auf den Forschungsprozess nehmen. Der „Forschungsprozess selbst ist ein zentrales Angebot, Unterstützung zur Vergemeinschaftung von Sichtweisen zu leisten“ (Krainer 2006, S. 102). Das gesamte Portfolio der Zusammenhänge wird von der Wissenschaft erarbeitet, der Praxis in Form von sog. Hintergrundtheorien zur Verfügung gestellt und mit ihr rückgekoppelt. Sichtbar werden so plurale Ansichten und Handlungsweisen, die Beachtung finden müssen. Die Pflegeforschung liefert dem „Kollektiv“ der Organisation, der Pflegekammer, einen Beitrag zur Selbstaufklärung (vgl. Krainer 2006, S. 102–107).
3. **„Hintergrundtheorien stellen ein Angebot der individuellen Entlastung dar, zugleich einen Wegweiser zu einem dialektischen Verständnis von Widersprüchen, für deren Bearbeitung Prozesse (Balanceverfahren) eingerichtet werden müssen“** (Krainer 2006, S. 107). Die Datensammlung erfolgt situationsgebunden über Anwendung eines Bündels möglicher qualitativer Forschungsmethoden. Ein Ziel ist das bessere Verständnis der Situation, um bessere Entscheidungen treffen zu können. Je nach Fragestellung und Entwicklungsstufe im Projekt können sich die Anforderungen im laufenden Programm ändern, deshalb ist ein rollendes Design mit flexiblen Methodeneinsatz erforderlich. Den Start bilden literaturbasierte Situationsanalysen, wie sie die vorliegende Dissertation leistet. Die Auswertung der Datensammlung führt zur Formulierung von Hypothesen und Hintergrundtheorien als Ergebnisse.

- Funnell und Rogers nennen es Logic Model Building. Hintergrundtheorien „(...) bieten Menschen die Möglichkeit zu verstehen, welche Logik, welches Prinzip sie repräsentieren (...) (es) fällt ihnen in aller Regel auch leichter zu verstehen, warum die einzelnen RepräsentantInnen der Logiken immer wieder auch agieren und argumentieren, wie es jener Logik entspricht, für die sie stehen.“ (Krainer 2006, S. 109). Ziel ist, bestehende Widersprüche sichtbar und Zusammenhänge verständlich zu machen, ihre Plausibilität im Kontext dialektisch darzustellen, sie aber nicht auflösen zu wollen, sondern aushalten zu können und konstruktiv damit zu arbeiten (vgl. Krainer 2006, S. 107–110).
4. **„Ergebnisse sind Interpretationen und keine normativen Wahrheiten, können insofern befragt werden und brauchen die Zustimmung der Betroffenen, um Geltungsanspruch zu erlangen“** (Krainer 2006, S. 110). „„Ergebnisse“ unserer Forschung haben immer nur den Stellenwert *eines Angebots von Hypothesen, die als mögliche Interpretationen von sozialen Situationen Resultat von Forschung sind.*“ (Krainer 2006, S. 110). Hypothesen sind Annahmen. Im Gegensatz zum dominanten Forschungsparadigma werden Hypothesen nicht zu Beginn aufgestellt, sondern sind Ergebnisse von „sozialen Konstellationen und Wirklichkeiten“ (Krainer 2006, S. 111), die mit der Zielgruppe zu diskutieren sind. Der laufenden Prozesses eines Programms beinhaltet mehrfache Rückkopplungsschleifen. Es werden Hypothesen, Hintergrundtheorien und Ergebnissen mit den Praxispartner*innen, den Kammermitgliedern, reflektiert. Die Schleifen dienen zur Verifizierung, ob die Ergebnisse konsistent und die Logic Models/Hintergrundtheorien brauchbar für die Praxis sind. Diese Rückmeldungen dienen der Aufnahme anderer Sichtweisen, Ergänzungen, Kritik und führen zur Weiterentwicklung der Ergebnisse (vgl. Krainer 2006, 104; 110 f.). „Hand in Hand damit geht auch eine gemeinsame, kollektive Akzeptanz der gemeinsamen Situation, ein nicht zu gering zu schätzender Aspekt.“ (Krainer 2006, S. 111)
 5. **„Interventionsforschung stellt ein Angebot für die Herstellung eines Ortes für ethische Differenzsetzung dar“** (Krainer 2006, S. 111). Die Vergemeinschaftung der Ergebnisse innerhalb des beforschten Systems und die Herstellung einer „kollektiven Autonomie“ brauchen Zeit und Raum. Unterbrechungen der Alltagsroutine sind nötig, die Kammermitglieder halten inne, um in einer Auszeit „über das eigene Tun, Agieren, die eigenen Ansichten und Meinungen nachzudenken. Der Schritt aus der Routine des Alltags bedeutet zugleich, sich in Distanz zu setzen und über die Routine selbst nachzudenken, sie in Frage zu stellen. Reflexion, Distanz und Differenzierung tragen in sich ethischen Charakter“ (Krainer 2006, S. 111). Die Prozesse erzeugen eine gute Grundlage, um Entscheidungen über Veränderungen zu fällen. Dies obliegt

den Kammermitgliedern. Die transdisziplinäre Interventionsforschung versteht sich als *Hilfe zur Selbsthilfe*. Nur wer sich selbst in Frage stellt, kann autonom sein. Das Vorgehen als „Bedingung und Möglichkeit von Ethik“ (Krainer 2006, S. 112) braucht das Verlassen der individuellen Ebene und die kollektive Vergemeinschaftung der Sichtweisen, die kollektive Ableitung von nötigen Programmen (vgl. Krainer 2006, S. 111–112).

6. **„Durch die Organisation von Feedbackschleifen leistet Interventionsforschung ethische Differenzierung und überträgt den Anspruch von Selbstreflexion auch auf sich selbst“** (Krainer 2006, S. 112). Die Forschenden überlassen die Entscheidungen den Kammermitgliedern. Damit ist die wissenschaftliche Arbeit jedoch nicht beendet. Die aufgestellten Hypothesen und Hintergrundtheorien (Logic Models) sind zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen. Erst dann können sie der Pflegewissenschaft und den Kammermitgliedern in neuen Interventionsforschungsprojekten von Nutzen sein (vgl. Krainer 2006, 112 f.).

Für das Programm zur Ausgestaltung des ethischen Mandates von Pflegekammern fördert die Klagenfurter Interventionsforschung als Theory of Change die Selbstaufklärung und Selbstbestimmung des Systems Pflegekammer. Mit den Mitgliedern werden Lernprozesse initiiert und anschlussfähige Ergebnisse erarbeitet. Diese Theory of Change erhebt hohe forschungsethische Anforderungen (vgl. Krainer 2006, S. 93): Die Expertenautorität wird zugunsten der Redelelegation von Autonomie an die Kammermitglieder aufgegeben; die Vergemeinschaftung der Sichtweisen der Kammermitglieder aus den Settings der praktischen Pflege, der Pflegewissenschaft und der Pflegeethik schafft eine kollektive Autonomie aller Beteiligten (vgl. Krainer 2006, S. 93–106). In Pflegekammern wird dies verstärkt, weil auch die Pflegewissenschaftler*innen Kammermitglied sind.

Grundlage ist Wissen: „In der transdisziplinären Forschung werden drei Arten von Wissen unterschieden, Systemwissen, Zielwissen und Transformationswissen.“ (Ukowitz 2016, S. 21). In einem ersten Schritt stellt die vorliegende Dissertation gebündeltes Systemwissen zur Verfügung:

„Systemwissen meint die empirisch-analytische Ebene in der Auseinandersetzung mit einem Thema. Es entwickelt sich aus den Beschreibungen des Problems und seiner lebensweltlichen Interpretationen sowie aus der Analyse seiner Genese und möglicher Entwicklungen des Problems. In der Interventionsforschung wird das Systemwissen überwiegend über die Perspektiven der Stakeholder erhoben. Das heißt, das Wissenerer, die von dem Thema betroffen sind, stellt einen relevanten Wissensbestandteil dar. Systemwissen entwickeln heißt auch, die unterschiedlichen vorzufindenden Perspektiven zusammenfassend darzustellen und daraus Hypothesen zu formulieren.

Die den Problemen zugrunde liegenden Dynamiken werden in Form von Hintergrundtheorien beschrieben. Sie sollen zu einem vertiefenden Verständnis der Situation beitragen. Interventionsforschung leistet damit eine Auseinandersetzung mit Themen, die über die Bearbeitung von Symptomen hinausgeht.“ (Ukowitz 2016, S. 21)

Damit bietet das in Logic Models synthetisierte Wissen der Situationsanalyse den Kammermitgliedern über den Wissenszuwachs individuelle Entlastung und ist der Pflegekammer gleichzeitig Wegweiser zur strategischen Umsetzung ihres ethischen Mandats, Ukowitz nennt es Zielwissen:

„Zielwissen ist Wissen über die Bewertungen von Themen und Problemstellungen, es adressiert die normative Ebene. Es geht um das Formulieren von erwünschten Zielen, besseren Praktiken oder auch um die Bestimmung und Begründung von Veränderungsbedarf.“ (Ukowitz 2016, S. 21)

In mehrfachen Rückkopplungsprozessen soll die erarbeitete Programmtheorie die Zustimmung der Kammermitglieder und insbesondere der Akteur*innen, die sich in der Pflegekammer für die Intervention Ethik engagieren, erringen. Ukowitz spricht von Transformationswissen:

„Der Begriff Transformationswissen beschreibt die pragmatische, operative Ebene (Wie lässt sich ein Ziel erreichen?). Im Zusammenhang mit Transformation werden Fragen zur Veränderung bestehender und Einführung erwünschter Praktiken im Umgang mit einem Problem bearbeitet. Diese Ebene umfasst organisationale, technische, soziale, rechtliche, kulturelle Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung.“ (Ukowitz 2016, S. 22)

Die Verantwortung für das Programm ist als übergreifendes Allgemeines gemeinsam zu tragen. Die Pflegewissenschaftler*innen sind verantwortlich für das interaktive Programmdesign, die Entwicklung und Zurverfügungstellung des Wissens als Hintergrundtheorien, die Ableitung von Lösungsvorschläge in Form der Programmtheorie, die Durchführung des partizipativen Programmprozesses sowie die Organisation und Steuerung der Rückkopplungsprozesse (vgl. Krainer 2006, 115 f.).

„Die drei Wissensarten werden in transdisziplinären Projekten gleichermaßen fokussiert, wobei der zweite und dritte Typ besonders große Bedeutung haben. Forschung versteht sich als problem- und lösungsorientiert, das Erarbeiten von Systemwissen dient vor allem als Basis für die Entwicklung von Ziel- und Transformationswissen.“ (Ukowitz 2016, S. 22)

Als Theory of Change bildet die Klagenfurter Interventionsforschung die zentralen Prozesse und deren Treiber ab und bietet alle von Funnell und Rogers (2011) geforderten Komponenten (s. Abschn. 3.3.1): die Situationsanalyse als Wissensgrundlage, die in der Lage ist, einen Überblick über alle bekannten Faktoren und Beziehungen sowie den daraus resultierenden Konsequenzen zu geben und Unsicherheiten zu reduzieren (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 151–161). Sie generiert das Systemwissen nach Ukowitz. Das Focusing und Scoping erfolgte über die iterativen Prozesse der Situationsanalyse und des Logic Model Building. Die nach Funnell und Rogers (2011, S. 176–195) konstruierten Narrative Logic Models, Grafiken in Form von Outcome Chain Logic Models und Pipeline Logic Models sowie die Matrix Logic Models tragen zur Transparenz bei (s. Abschn. 3.3.3). Die geforderte Partizipation der Zielgruppe, der Kammermitglieder (vgl. Funnell und Rogers 2011, 161 ff.) ist in der Klagenfurter Interventionsforschung im grundlegenden Paradigma der Transdisziplinarität verwirklicht. Zukünftige Rückkopplungsschleifen dienen zum Generieren von noch fehlenden, nicht im Blick gewesenen Wissensbausteinen; der Zielfestlegung und der Sicherung des Programmprozesses im Sinne eines Monitoring (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 163–176). Hierin sind Zielwissen und Transformationswissen nach Ukowitz vereinigt. Der Vorteil des strategischen Vorgehens der Klagenfurter transdisziplinären Interventionsforschung als Theory of Change liegt in hoher Umsetzungserwartung der Ergebnisse, weil die Kammermitglieder in die Erarbeitung involviert sein werden. Interventionen werden gemeinsam entwickelt, die Weichen werden im Prozess gestellt. Somit sind die Anforderungen von Funnell und Rogers an eine Theory of Change erfüllt.

Die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung geht sogar über die Anforderungen von Funnell und Rogers hinaus. Sie passt in mehrfacher Hinsicht zur Programmstrategie des ethischen Mandates von Pflegekammern. Der durch und durch ethischer Ansatz hat hohe Implikationen für den Programmprozess. Der Anspruch der Selbstaufklärung und der Erreichung der kollektiven Autonomie ermöglicht die Selbststeuerung, die Heintel (2005, S. 146) für die Zielgruppe von Interventionen fordert. Die Forscherin nimmt mit der vorgelegten Programmtheorie keine Entscheidungsprozesse pro oder contra der Umsetzung der vorgeschlagenen Lösungskonzepte vor. Die Entscheidung fällen die Kammermitglieder, sie veranlassen den eigentlichen Interventionsprozess, die Umsetzung der entwickelten Programmtheorie. Die Kammermitglieder werden nicht zu beforschten Objekten degradiert, sondern als Subjekte und Partner*innen anerkannt. Die Haltung erfordert das Anerkennen der Freiheit von Kammermitgliedern, sich einzubringen, Fragen zu stellen, zu antworten und zu entscheiden. Damit das

gelingen kann, muss die Pluralität und Mehrdimensionalität des ethischen Mandats von Pflegekammern wahrgenommen, skizziert sowie ein Bewusstsein für unterschiedliche Wertfiguren geschaffen und Differenzen akzeptiert werden (vgl. Hübner 2012, 163 f.). Die Klagenfurter Interventionsforschung erhöht als Theory of Change die Wahrscheinlichkeit, das ethische Mandat von Pflegekammern praxiswirksam und nachhaltig zu implementieren, denn:

„Dieser Interventions-Ansatz ist geeignet, ein System anzuregen, von selbst in einen Prozess zu treten, der zu Änderungen des Verhaltens und/oder der Verhältnisse führen kann. Voraussetzung für die Bereitschaft der Mitglieder sich auf einen solchen Prozess einzulassen, ist die Sicherheit, dass der Prozess ergebnisoffen ist.“ (Hübner 2012, S. 163)

Die Dissertationsschrift übernimmt den Wissenschaftspart im Prozess. Sie erfüllt die Aufgabenstellung der Klagenfurter Interventionsforschung: die Identifikation der Struktur, Gestalt und der zentralen Themen des Feldes inklusive der Reflexion der Vorvermutungen, die Reflexion und die qualitative literaturgestützte Datensammlung. Das Systemwissen für das Programm *Ethik in Pflegekammern* wurde über die Situationsanalyse qualitativ aufbereitet. Dabei ist das Vorgehen iterativ. Die Ergebnisse der Sammlung bilden zum einen die Grundlage eines Entwurfs für eine Theory of Action, die Zielwissen und Anteile von Transformationswissen enthält (s. Abschn. 8.3). Die gebildeten Logic Models sind im Paradigma der Klagenfurter Interventionsforschung theoriebasierte Vorvermutungen und Hintergrundtheorien. Sie informieren die Kammermitglieder über die Hintergründe, die es für die auf dem ethischen Mandat gründende Veränderungsprozesse braucht.

Die erarbeiteten Entscheidungsmaterien sind in einem zweiten, der Dissertation nachgelagerten Schritt den Kammermitgliedern vorzustellen. Sie entscheiden, was sie brauchen, ihr ethisches Mandat können sie selbst aktiv mitgestalten. So können ethischen Kernkompetenzen des Dialogs und der Reflexion von Anfang an geübt und der Umgang mit ethischer Komplexität wird in Rückkoppelungsprozessen über die kommunikative Ergebnisvalidierung möglich. Zusammenfassend bietet die vorgelegte pflegeethische Forschung zur Programmtheorie *Ethik in Pflegekammern* ganz im Sinne der Gesundheitsförderung *Hilfe zur Selbsthilfe* an und ist ein Schritt hin zu einer systemischen gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung in der Pflegekammer. Die dazu nötige Theory of Action als zweiten Baustein der Programmtheorie stellt 8.3 vor.

8.3 Theory of Action – ein Prozessmodell für Gesundheit

Zur Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern braucht es den Anforderungen der Programmtheorie folgend ergänzend zur strategisch ausgerichteten Theory of Change eine passende Theory of Action (s. Abschn. 3.3.2), die die operative Prozessebene in den Mittelpunkt setzt. Beide Theoriekonzepte wirken gemeinsam, sie werden miteinander verschränkt. Die Theory of Change stellt den partizipativen Prozess der Klagenfurter Interventionsforschung in den Mittelpunkt. Das allein wird nicht reichen. Damit die Aktivitäten im transdisziplinären Prozess zielgerichtet sein können und nicht in der Wirkungslosigkeit zerfließen, ist eine passende Theory of Action erforderlich, die die nötigen Systemebenen aufzeigt und aktivieren kann. Sie bildet ein Raster, das darlegt, auf welchem Level welche Aktivitäten und Maßnahmen nötig sind, um das definierte Ziel des ethischen Mandates, fachlich und moralisch gutes, ethisch reflektiertes Pflegehandeln zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, zu erreichen (vgl. Funnell und Rogers 2011, S. 32).

Die Analyse kartierte die Problembereiche, alle drei zusammenfassenden Pipeline Logic Models verweisen auf das Desiderat *Care for the Caregivers* mit dem Ziel *Care for the Community* (s. Abschn. 5.4, 6.5, 7.4). Zur gelingenden Umsetzung des Desiderats wird der Zugang über die Gesundheitsförderung empfohlen (s. Abschn. 8.3.2). Gesundheitsförderung als Ansatz zur Konkretisierung und Ausgestaltung des ethischen Mandates von Pflegekammern ist eine neue Sichtweise, die nicht dem Mainstream im Umgang mit ethischen Fragen im deutschen Gesundheitswesen entspricht. Der Charme der gesundheitsförderlichen Perspektive liegt in der Anschlussfähigkeit an viele Herausforderungen der Profession Pflege. Sie hat das Potenzial, das verbreitete Vorurteil, dass Ethik ein „Ad on“ sei, um das man sich ggf. nachrangig kümmern könnte, geradezurücken. Zudem lebt die Gesundheitsförderung von der Partizipation. Dies zahlt auf die Nachhaltigkeitserwartung der Interventionen des ethischen Mandates von Pflegekammern ein.

In beide Teile der entwickelten Programmtheorie muss die ethische Theorie mit eingebunden sein. Die Theory of Change hat eine starke philosophisch-ethische Fundierung (s. Abschn. 8.2). Auch bei der operativen Theory of Action der Intervention Ethik in Pflegekammern darf die Ethiktheorie nicht als separates „Ad on“ stehen, vielmehr muss klar sein, dass die Ethik der Pflege im Programm integral ist. Deshalb erhält die Theory of Action eine metatheoretische pflegeethische Fundierung. Um die Sorge um die Gesundheit auf der individuellen Ebene der Pflegefachperson und auf der politischen Metaebene zusammenzubringen,

bietet sich die Careethik von Joan Tronto an (Abschn. 8.3.1). Ihre nützliche Philosophie half bereits bei der Situationsanalyse von Pflege, Mensch mit Pflegebedarf und Ethik als Begriffe von Care in Abschn. 7.2.2. Tronto betont die universelle Angewiesenheit auf Pflege und die daraus resultierende, interdependente Abhängigkeit aller Menschen:

“We are all, every day, care receivers; we are in constant need of care to maintain our lives. ... If we are all care receivers, though, we are also all caregivers. ... We are all interdependent.” (Tronto 2020, S. 96)

Die Fundierung ist für eine sowohl auf individueller als auch auf Systemebene ansetzenden Theory of Action unerlässlich. Sie dient gleichzeitig als Gradmesser der Zielerreichung der Theory of Action.

Prozessmodelle sind nach Funnell und Rogers (2011) als Theory of Action sehr gut geeignet, weil sie die Interventionsschritte klar vorgeben, die Umsetzung schrittweise operationalisiert und das Outcome gut messbar wird (s. Abschn. 3.3.2). Das Prozessmodell der Theory of Action zur Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern kommt aus der Gesundheitsförderung, es ist ein Public Health Action Cycle. Vorgeschlagen wird die Nutzung des ein modernen Modells der *Ten Essential Public Health Services* (10 EPHS), ein mehrdimensionales Prozessmodell, dass strukturierte Lösungswege anbietet (Abschn. 8.3.3). Das Modell ermöglicht einen Überblick, was Pflegekammern zusammen mit ihren Mitgliedern als Akteure im Gesundheitswesens auf der Mikroebene der Individuen, auf der politischen Makroebene und indirekt auf der Mesoebene der Organisationen und leisten können, um ihr ethisches Mandat zu füllen. Sichtbar wird, wie die politische Organisation Pflegekammer *die Ethik* an unterschiedlichsten Stellen *für die Pflege* wirksam werden lassen kann. Die Vorschläge werden der Theory of Change der Klagenfurter Interventionsforschung folgend *mit der Pflege* partizipativ umzusetzen sein. Den Einstieg liefert die Caretheorie nach Tronto (8.3.1).

8.3.1 Care nach Joan Tronto – Empfehlung einer politikethischen Metatheorie

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Dieses Recht aller Menschen wird auf der Makroebene eines Staates über politische Interventionen für die Bevölkerung geschützt und unterstützt. Die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit

und Wohlbefinden bildet den ethischen Kern pflegerischer Arbeit auf der Mikroebene der Beziehung zum Menschen mit Pflegebedarf. Zusammengenommen sind es zwei Seiten einer Medaille: *Care* hat immer eine individuelle und eine politische Dimension. *Care for the caregivers* impliziert und schützt *Care for the Community*, zusammengekurzt geht es um *Care for Care*, dem *ethischen Mandat der Pflegekammern*. Diese Kernaussage braucht eine professionelle pflegethische Fundierung. Nötig ist ein ethisches Theoriekonzept, dass *Care* = Pflege im politischen Raum stützt, eine politisch-careethische Metatheorie. Eine solche lieferte Joan Tronto bereits zu Beginn der 1990er Jahre. Trontos Philosophie kann die professionelle ethische Haltung des Heilberufs Pflege auf individueller und politischer Ebene explizieren und den Ansprüchen des hochkomplexen Gesundheitssystems genügen. Die Aktivität von *Care* ist das *caring*, die Definition lautet⁶:

„On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.“ (Tronto 2013, S. 19)

Care hat Schnittmengen zu den Kernbotschaften der Menschenrechte, zur Definition von Gesundheit und zur Gesundheitsförderung. *Caring* ist die Aktivität, die unsere Menschenrechte schützt, *Caring* ermöglicht Gesundheit und Wohlergehen in essentieller Kontextorientierung.

Das englische *Care* hat im Deutschen viele Bedeutungen, die Übersetzungsplattform *dict.cc* benennt 22 Substantive (<https://www.dict.cc/?s=care>, Abruf 22.11.2021). *Care* meint vor allem *Pflege und Betreuung*, zum Bedeutungsspektrum hören die Begriffe *Fürsorge, Versorgung, Behandlung, Obhut, Verwahrung, Zuwendung, Aufbewahrung, Sorgfalt, Vormundschaft, etc.*. Neben der handlungsorientierten Bedeutung steht *Care* auch für die belastende Sorge im Sinne von sich um jemanden oder etwas sorgen „a burden that weighs upon one’s soul“ (Tronto 2013, S. 19). Alle Bedeutungen sind im Handlungsspektrum der professionellen Pflege verortet, die meisten auch in der Laienpflege. Eine Abgrenzung war nicht das primäre Anliegen von Tronto, ihr ging es um alle *Care*-Aufgaben. Trotzdem können Ableitungen für das professionelle Handeln getroffen werden. Die *Care*-Synonyme *Pflege* und *Versorgung* beschreiben das Mandat von Pflegekammern gegenüber der Bevölkerung. Der Begriff *Care* beinhaltet sowohl Dimensionen

⁶ Die Definition von *Care* wurde in Fisher und Tronto 1990, S. 40 erstmals publiziert, sie bildet die Basis der Folgearbeiten von Tronto, z. B. 1993, 2013, 2015.

auf der Ebene der individuellen Pflegebeziehung als auch Dimensionen der pflegerischen Versorgung auf der politischen Ebene.

In der Philosophie wurden Politik und Care allerdings bisher kaum in Verbindung gesetzt, kritisiert die Politikphilosophin Tronto. Dies rührt aus der traditionellen Trennung der privaten von der politischen Welt, die bereits Aristoteles eingeführt hat⁷. Es ist ein althergebrachter Mythos, dass Soziales ins Privatleben und Politisches in die Öffentlichkeit gehöre. Die Aufspaltung begünstigt die Vorstellung, Care sei kein politisches Thema, folglich kann es keine politische Care-Theorie geben (vgl. Tronto 2013, S. 9). Dieser Split verursacht mehrere Denkfehler, die sich negativ auf die aktuelle Situation in der Pflege auswirken (vgl. Tronto 2013, 7 ff.): Der erste Denkfehler mit weit zurückreichenden historischen Wurzeln ist die Annahme, dass Personen, die Caring-Aufgaben verrichten, weiblich sind, schon immer waren und auch zukünftig sein sollten (s. Abschn. 7.2.1). Das trifft für professionelle Caring des Heilberufs Pflege genauso zu, wie für viele andere sog. *sozialen Berufe*, nach wie vor spricht man von *Frauenberufen*. Es umfasst darüber hinaus das unentgeltlich verrichtete Caring im privaten Umfeld wie waschen, putzen, familiäre Versorgung von Kindern, Kranken und alten Menschen u. v. m., Tronto verweist, wie viele Autorinnen⁸, auf den vermeintlichen persönlichen Benefit im Tun des Caring. In der Konsequenz braucht eine Gesellschaft berufliches Caring nicht gut und privates Caring gar nicht zu zahlen (s. Abschn. 7.1.3).

Der zweite Denkfehler ist, Caring dem *Markt* zu überlassen. In neoliberaler Vorstellung sind alle Menschen Kunden. Sie entscheiden selbstbestimmt, was sie brauchen. Dann kaufen sie sich ihre nötigen Care-Leistungen, seien es Pflegeleistungen, Krankheitsbehandlungen, hauswirtschaftliche Leistungen u. v. m.. Der freie Markt befriedigt die Bedarfe, die Politik muss nicht eingreifen. Verkannt wird die häufig fehlende freie Wahl, z. B. bei akutem Krankheitsgeschehen. Es ist eben keine Kundenbeziehung, in der der Kunde frei wählen kann, sondern ein akuter Hilfsbedarf. Verkannt werden zudem die zwischenmenschlichen Interdependenzen, die mit Marktmodellen nicht zu fassen sind, weil sie Asymmetrien entstehen lassen. Tronto nimmt zwar die US-amerikanischen Lebenswirklichkeit im Blick, aber in Deutschland zeichnen sich durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems starke Nachahmungseffekte und resultierende parallele

⁷ Polis ist bei Aristoteles der Staat/ die Gemeinschaft, in der die Politik stattfindet. Oikos ist die private Hausgemeinschaft, in der das Hausherr bestimmt, Frauen sind Teil der Hausgemeinschaft ohne politische Rechte.

⁸ Exmpl. Steppe, Kreuzer, Arnold, Kohlen, Kuhn, Müller u. v. m., deren Arbeiten die Grundlage dieser Analyse bilden, siehe auch Abschn. 7.2.1 zur Historie der Pflege.

Entwicklungen ab. Die Effekte deckte die Situationsanalyse der Versorgungssicherheit der Bevölkerung für Deutschland auf (s. Abschn. 7.3.1) und zeigte resultierende gesundheitliche Gefahren für Pflegefachpersonen (s. Abschn. 7.3.2, 7.3.3).

Dies leitet über zum dritten Denkfehler, der vorherrschenden politischen Annahme, dass Caring-Aufgaben weiterhin *irgendwie* funktionieren werden, sei es über die Erhöhung privater Kosten, des persönlichen ehrenamtlichen Einsatzes der Einzelnen sowie über prekären Pflegearrangements unter teils menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen (s. Abschn. 6.3.1). Die Politik verharrt auf bestehenden Regelwerken, schlechter Bezahlung und stärkt unsolidarische Hilfskonstrukte, wie z. B. den globalisierten Care-Arbeitsmarkt⁹, statt eine grundlegende Überarbeitung anzustreben (s. Abschn. 7.3.2). Dabei geht es um nicht weniger als die Bewältigung der „existing care crisis“ (Tronto 2013, S. 9). Es drohen Ungerechtigkeit, Unfairness, Ungleichheit und Freiheitsmangel für große Bevölkerungsteile. Alle drei Denkfehler unterminieren die Werte demokratischer Gesellschaften. Eine metaethische Care-Politiktheorie kann helfen:

“Care needs a home in democratic political theory, and democratic political theory remains incomplete without a way to explain where and how care gets done in a democratic society.” (Tronto 2013, S. 37)

Care/Pflege ist sehr wohl eine politische Theorie in demokratisch konstruierten Staaten, mehr noch, Pflege und Demokratie gehören ganz eng zueinander, sie sind „two sides of the same coin“ (Tronto 2013, S. 17). Care darf nicht mehr länger außerhalb des politischen Raums im Privaten stattfinden. Pflege ist nicht unpolitisch, war es nie und darf es nie sein¹⁰, denn ansonsten bleiben Abhängigkeiten bestehen und die Verantwortung verwischt sich (vgl. Tronto 2013, S. 18). Die Lösung liegt in einer inklusiven *Caring Democracy*, die Begründung ist frappierend einfach, *Care ist ein öffentlicher Wert*, der eine Reihe *öffentlicher Praktiken und Maßnahmen* braucht, um der innewohnenden Verantwortung gerecht zu werden. Das ist die Philosophie von Tronto:

„This book makes the case for conceiving of care as a public value and as a set of public practices, at the same time recognizing that care is highly personal and in this

⁹ Vgl. für Deutschland u. a. osteuropäische Life-Inns in privaten Pflegearrangements (Abschn. 6.3.1) und die Rekrutierung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland zur Kompensation des Fachkräftemangels (Abschn. 7.3.2).

¹⁰ Gemeint ist die deutsche Pflege, die seit Jahrhunderten bis heute unpolitisch sozialisiert wird und ist (s. Kap. 7).

regard, “private.” This is so not only because without more public care equality is impossible though this is true, nor because without more public care some are not well cared for, which is also true. The larger case I want to make here is that without a more public conception of care, it is impossible to maintain democratic society.“ (Tronto 2013, S. 18)

Care, und somit die berufliche Pflege, ist fundamental neu zu denken, sie darf nicht mehr der Logik des Marktes oder der Logik der (bisherigen) Politik folgen. Vielmehr muss Care genuin der Logik der Careethik folgen. Dies gelingt, wenn alle Mitglieder einer Gesellschaft gleich angesehen werden, unabhängig von ihrer jeweiligen aktuellen Vulnerabilität. Es beugt ungerechten Pflege-Konstrukten vor. Es ist die gemeinsame politische Aufgabe, die Verantwortung für Gerechtigkeit im Verständnis von Chancengerechtigkeit = Fairness¹¹ anzunehmen, damit Pflege und Demokratie gewinnen:

„..., making care into a political concern will improve not only the quality of care, but also the quality of democratic life.“ (Tronto 2013, S. 10)

Insbesondere Pflegekammern, aber auch alle anderen Organisationen der Pflege, wie Berufsorganisationen und Gewerkschaften, haben das Mandat, die Themen der Pflege kontinuierlich und nachdrücklich auf der politischen Agenda zu platzieren, damit sich Unfairness reduziert und über eine Verschiebung von Machtinteressen das Leben für alle demokratischer und „gepflegter“ wird.

„After this explanation, it should be clear, why the care deficit will only be solved when caring becomes more democratic, and the democracy deficit will only be solved when democracy becomes more caring.“ (Tronto 2013, S. 18)

Andere Careethiker*innen verorten Care eher auf der individuellen Ebene, sie betonen die Relationalität von Care. Das Element des Aufeinander-bezogen-seins ist essentiell, es verweist auf die Verantwortung des Einzelnen. Allerdings ist die Pflegebeziehung von Machtkonstellationen beeinflusst, die außerhalb der Reichweite der Akteure liegen. Diese politischen Makrokonstellationen nicht mit einzubeziehen ist gefährlich (vgl. Tronto 2013, S. 20–23). Als exemplarisches Beispiel seien die Finanzierungslogiken der Pflegeleistungen des SGB XI angeführt, die als Teilkasko-Versicherung funktionieren, viele pflegefachlich nötigen Pflegeleistungen nicht bezahlt und somit deren Erbringung verhindert. Im Sinne

¹¹ Zu den verschiedenen Gerechtigkeitsmodellen s. Abschn. 8.3.2.

der Versorgungssicherheit wird eine schlechte Entscheidung erzwungen. Die Pflegekammer muss ihr Mandat annehmen und für gute Pflege intervenieren. Tronto bietet den Theoriekern zur Beurteilung, ob Pflege gut oder schlecht bzw. dysfunktional ist, das *Concept of Care*¹². Es ist sowohl ein praktisches Prozessmodell des *How to do caring?* als auch ein politisches und ein ethisches Konzept, weil es die zentralen demokratischen Werte mit den professions-ethischen Werten der Pflege vereint. Careethische Werte haben eine besondere Funktion zur Stärkung der Demokratie:

“These values grow out of the complex processes of care itself as well as out of the needs for citizens in democratic societies to be able to express their needs.” (Tronto 2013, S. 34)

Trontos Carekonzept schafft es, die ethischen Qualitäten und die daraus erwachsenen Anforderungen sowohl für die individuelle Ebene als auch für die politische Ebene von Gruppen und Organisationen und die gesellschaftliche Ebene der Bevölkerung kurz und präzise auszuformulieren. Es passt hervorragend als pflegethischer Kern der Theory of Action. Trontos ursprüngliche Care Konzept hatte vier ineinandergreifende Stufen, die sich zu einem Prozess zusammenfügen. Weil die vier Carqualitäten jedes professionelle Pflegehandeln auf den Punkt explizieren und seine moralische Dimension stärken, sind sie grundlegend für die berufsständige Organisation Pflegekammer:

- “1. *Attentiveness-caring about*. At this first phase of care, someone or some group notices unmet caring needs. It calls for the moral quality of attentiveness, of a suspension of one’s self-interest, and a capacity genuinely to look from the perspective of the one in need. (In fact, we might also be attentive or inattentive to our own needs,)
2. *Responsibility-caring for*. Once needs are identified, someone or some group has to take on the burden of meeting those needs. This is responsibility, and that is the key moral quality of this second phase.
3. *Competence-care giving*. Assuming responsibility is not yet the same as doing the actual work of care; doing such work is the third phase of caring and requires the moral quality of competence. To be competent to care, given one’s caring responsibilities, is not simply a technical issue, but a moral one.
4. *Responsiveness-care receiving*. Once care work is done there will be a response from the person, group, animal, plant, environment, or thing that has been cared

¹² 1990 mit Fisher entwickelt (Fisher und Tronto 1990; Tronto 1993), von Tronto über die Jahre verfeinert. Ihre Ergebnisse finden sich in *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice* (2013).

for. Observing that response, and making judgments about it (for example, whether the care given was sufficient successful, or complete?) requires the moral quality of responsiveness. The person cared for need not be the one who completes the process of responding, but some response is necessary. And the response will often involve noting that new needs emerge as the past ones are met thus the process continues.” (Tronto 2013, 34 f.)

Die Stufen des Carekonzepts spitzen die inhärenten ethischen Qualitäten von Pflege zu und verweben sie mit dem professionellen Pflegehandeln. Es ist ein ethisch ausformuliertes Pflegeprozessmodell für die Programmtheorie zu erkennen, nach Funnell und Rogers 2011 ein einfaches Wirkkettenmodell (s. Abschn. 3.3.3). Im ursprünglichen Modell ist die politische Dimension, die Tronto in ihren Werken so stark macht, nur schwach ausgeprägt. Die fünfte Phase, ergänzt 2013, ist die Weiterentwicklung zu *Moral Boundaries* (1993), inspiriert von Sevenhuijsen. Sie fasst die moralischen Qualitäten zur Stärkung der politischen Makroebene der Gesellschaft. Erst diese Dimension erzielt die Passgenauigkeit für Pflegekammern:

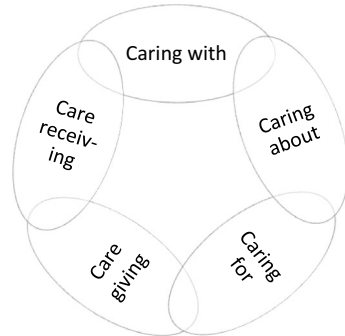
„Selma Sevenhuijsen (1998) identified an additional set of qualities necessary for caring in a democratic society. They include, first, making care a priority, so that one has a commitment to handle the moral complexities of dependency, vulnerability and otherness, in order to make life liveable and worth living. Furthermore, Sevenhuijsen argues, care also requires commitments to “plurality, communication, trust and respect.” These qualities identified by Sevenhuijsen help to explain what the critical moral are that will make possible for people to take collective responsibility, to think of citizens as both receivers and givers of care, and to think seriously about the nature of caring needs in society. Thus, as a parallel to the fifth phase of care, we might add:

5. Plurality, communication, trust and respect; solidarity-caring with.“ (Tronto 2013, S. 35)

Die fünfte Stufe schließt den Kreis, es entsteht der metaethische Kern der Programmtheorie, den das Logic Model in Abbildung 8.5 grafisch darstellt. Es wird in die Theory of Action eingefügt werden (s. Abschn. 8.4, 8.5).

Alle fünf moralischen Qualitäten beschreiben neben den ethischen Qualitäten einer Pflegebeziehung auf der Mikroebene gleichermaßen das ethische Mandat der Pflegekammern auf der Makroebene. Insbesondere *Caring with* beinhaltet die entscheidenden moralischen Qualitäten zur Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (s. Abschn. 8.1). Sie ermöglichen und begründen die kollektive Verantwortungsübernahme der Pflegekammern und verweisen auf die essentielle Partizipation aller Bürger*innen sowohl als Empfänger als

Abbildung 8.5 Concept of Care als Kern der Programmtheorie (n. Tronto 2013)



auch als Geber von Fürsorge im Individuellen und als Gesamtgesellschaft. Trontos Ansatz bietet die metaethische Begründung für Pflegekammern, sich ernsthaft für die Pflegebedürfnisse der Gesellschaft einzusetzen, sie ist der careethische Kern der Theory of Action. Damit dieser Kern im Gesundheitssystem Bewegung entfaltet, braucht es einen Motor, dies ist die Gesundheitsförderung (Abschn. 8.3.2).

8.3.2 Gesundheitsförderung – ethischer Motor der Theory of Action

Gesundheit ist ein Menschenrecht, dem sich die internationale Staatengemeinschaft verpflichtet:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Weltgesundheitsorganisation (WHO) 22.07.1946, S. 1)

Die WHO versteht Gesundheit ausdrücklich als allumfassender Ausdruck des Menschseins. Gesundheit schließt neben dem körperlichen das geistige und das soziale Wohlergehen ein, hierunter fallen auch auf moralischen Werthaltungen gegründetes Wohlergehen (s. Abschn. 7.3.3). Seit den späten 1940er Jahren

bis heute gibt es diverse Initiativen zur Realisierung des zentralen, umfassenden Menschenrechts. Diese Initiativen bilden einen unschätzbaren Fundus an Lösungsmöglichkeiten, der für die Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern zukünftig dringend zurate zu ziehen wäre. Gesundheit ist nicht einfach vorhanden, sie braucht Förderung. Das Fundament der Gesundheitsförderung ist die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986). Die Ottawa Charta forderte nicht weniger als einen Paradigmenwechsel: Es geht nicht mehr um die Vermeidung von Krankheiten, sondern um die Stärkung der Gesundheit zum Wohle aller. Dies ist der Bezugspunkt zum ethischen Mandat der Pflegekammer, der Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Charta vermittelt den systemischen Weg zur Umsetzung von Gesundheitsprogrammen für alle Politikbereiche, über alle wissenschaftlichen Disziplinen, alle professionellen Akteure im Feld, für alle Menschen. Alle müssen Verantwortung für Gesundheit übernehmen, die Verantwortung wird geteilt und gemeinsam getragen. Dadurch wird eine Autonomie ermöglicht, die gleichzeitig individuell, kollektiv und relational ist. Somit ist die Theorie anschlussfähig an die Klagenfurter Interventionsforschung, die eine kollektive Autonomie erzeugt (s. Abschn. 8.2.3) und an Tronto, die die relationale Autonomie stärkt (s. Abschn. 8.3.1). Dem Empowerment von Individuen, Gruppen und Gesellschaften dienen aufeinander aufbauende Strategien, die Kernelemente der Ottawa Charta: Advocating meint das Eintreten für die Interessen derer, die gerade selbst nicht dazu in der Lage sind; Enabling als nächster Schritt befähigt Gemeinschaften und Individuen ihre Gesundheit selbst zu fördern und mit gesundheitlichen Herausforderungen umzugehen; Mediating vernetzt alle gesundheitsrelevanten Akteure auf Systemebene (vgl. World Health Organization 1986).

Die Grundkomponenten der Gesundheitsförderung zeigen bereits eine Passung als Theory of Action. Diese Passgenauigkeit wird über die aktuelle Definition der Kernbegriffe weiter verdeutlicht, bereitgestellt im Glossar des Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020: Gesundheitsförderung widmet sich *Gruppen* als unterschiedlichste Arten von Gemeinschaften verschiedener Größe mit differierendem Formalisierungsgrad:

“**Community** is a group of people who have common characteristics; communities can be defined by location, race, ethnicity, age, occupation, interest in particular problems or outcomes, or other similar common bonds. Ideally, there would be available assets and resources, as well as collective discussion, decision-making and action. (Turnock, BJ. *Public Health: What It Is and How It Works*. Jones and Bartlett, 2009)” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 1)

Strategien der Stärkung der Gesundheit haben näher zu bestimmenden *Populationen* zum Ziel, die dann positiv auf die einzelnen Individuen der Gruppe wirken. Dies ist der umgekehrte Ansatz als die individualmedizinische Krankheitsbehandlung, die beim Individuum ansetzt und erst auf zweiter Ebene eine Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung bewirken kann.

„Population health is the health outcomes of a group of individuals, including the distribution of such outcomes within the group. The field of population health includes health outcomes, patterns of health determinants, and policies and interventions that link these two. Population health approaches are community or policy non-clinical approaches that aim to improve health and wellbeing of a group of individuals. This differs from population health management which refers to improving clinical health outcomes of individuals through improved care coordination and patient engagement supported by appropriate financial and care models. (Adapted from Kindig and Stoddart)“ (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 1)

Die *Bevölkerungsperspektive der Gesundheitsförderung* begründet Public Health, die interdisziplinäre Wissenschaften und transdisziplinäre Anteile umfasst:

„Public health is defined as the science of protecting the safety and improving the health of communities through education, policy making and research for disease and injury prevention. (CDC Foundation).“ (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 2)

Wissenschaftlich nutzt Public Health die Paradigmen der Natur- und Sozialwissenschaften

“Research is a systematic investigation, including research development, testing, and evaluation, designed to develop or contribute to generalized knowledge. (United States Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020*. Washington, DC).“ (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 2)

und verbindet diese mit an Communities ausgerichteten, partizipativen Forschungsansätzen

“Community-based Participatory Research (CBPR) is a collaborative approach to research that equitably involves all partners in the research process and recognizes the unique strengths that each brings. CBPR begins with a research topic of importance to the community, has the aim of combining knowledge with action and achieving social change to improve health outcomes and eliminate health disparities. (W. K. Kellogg Foundation, Community Health Scholars Program, 2001 quotes from Minkler

M, and Wallerstein N, editors. *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.; 2003.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 2)

Breitangelegte Datensammlungen nehmen, wie in der Theory of Change, der Klagenfurter Interventionsforschung (s. Abschn. 8.2) gefordert, die gelebte persönliche Erfahrung auf. Zur Verfügung gestellt in partizipativen Prozessen, stehen diese gleichwertig neben empirisch gewonnenen Daten, weil sie helfen, Zusammenhänge zu erklären und die Health Literacy der Zielgruppe einzuschätzen (s. Abschn. 8.2.3). Die vorliegende Arbeit ist ein erster Schritt dahin.

Neben der Partizipation als ethische Grundhaltung wohnen der Gesundheitsförderung viele weitere ethische Prinzipien inne, wie die Verantwortung, die Autonomie, das für Andere eintreten (Advocacy). Zentral stehen das vorurteilsfreie Anerkennen und die Wertschätzung des Gegenübers ohne Ansehen von Rasse, Religion, politischen Anschauung, Alter, Gesundheit, Gender, sexuellen Ausrichtung, wirtschaftlicher oder sozialen Stellung etc. . Gerade diese sozialen Determinanten beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden im besonderen Maße (vgl. Ortman et al. 2016, S. 8). Nur das Gerechtigkeitsmodell *Equity* kann diese Herausforderungen meistern. Die differenzierte Erläuterung des zentralen Elements der Theory of Action (s. Abschn. 8.3.3) zeigt die Besonderheit von Equity. Es kann nicht pauschal von Gerechtigkeit gesprochen werden, denn es gibt vier, sich teilweise widersprechende Gerechtigkeitsmodelle (vgl. Maio 2009, 44 ff.): Weder das Gleichheitsmodell, dessen Maßstab die Gleichverteilung der Ressourcen unabhängig von den Bedürfnissen und der aktuellen sozialen Situation ist; noch das Freiheitsmodell, welches die Wahlfreiheit von Individuen an ihrem ökonomischen Status festmacht, können soziale Ungleichheiten ausgleichen. Sie tragen eher zu deren Verstärkung bei. Auch das Effizienzmodell, das auf ein gutes Verhältnis von Kosten und Nutzen für die Bevölkerung schaut und teure Einzelfälle als ineffizient und folglich ungerecht ablehnt, kann nicht ausreichen. Es braucht das Equitymodell der Fairness, das gerade durch Ungleichbehandlung, ausgerichtet an Bedarfen und sozialen Determinanten, Gerechtigkeit ermöglicht, um eine pflegeethisch gute Gesundheitsversorgung zu sichern. Die ethische Anforderung von Equity gründet auf den Menschenrechten, sie steht nicht losgelöst, sondern wurde breit rezipiert. Auch die Methodologie zur Gestaltung zielgerichteter Programmtheorien hat Equity als Erfolgskriterium verinnerlicht: Die Bedürfnisse unterprivilegierter bzw. marginalisierter Gruppen müssen aufgenommen, deren Einbezug sichergestellt, ggf. sind sie zu bevorzugen, niemand darf stigmatisiert werden (vgl. Funnell und Rogers 2011, 214 ff.) (s. Abschn. 3.2.2).

Die Stärkung der Gesundheit im öffentlich-politischen Raum ist zur Sicherung der Demokratie und der Sorge füreinander dringend erforderlich, wie die WHO spätestens seit 1986 mit der Ottawa Charta fordert. Die Carethiker*innen haben dies verstanden, Tronto erhebt fast genauso lange ähnliche Forderungen (s. Abschn. 8.3.1). Das ist die entscheidende Grundlage für die Kammerarbeit, ihr ethisches Mandat umfasst genau diese Werte des öffentlichen Gesundheitssystems, jedoch gibt es noch keine passende Struktur und keine theoretisch fundierte Prozessesstrategie zur Umsetzung.

Ein solches Beispiel gibt es in den USA, dort gründete sich 2015 das Public Health National Center for Innovations (PHNCI) zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems:

“The Public Health National Center for Innovations (PHNCI), a division of the Public Health Accreditation Board, serves as the national headquarters for empowering health departments to drive Change and improve health.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2022a)

Die anwachsenden und sich veränderten gesundheitlichen Herausforderungen erforderten angepasste Strategien und Interventionen, um Gesundheitsförderung in den Communities wirksam(er) werden zu lassen. Ganz im Sinne der Ottawa-Charta wird die ressourcenorientierte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit allen Politikfeldern unterstützt (Stichwort *Health in all Policies*). Kooperationen über den traditionellen Gesundheitsbereich hinaus führen wertvolles Wissen zusammen. Das Teilen und integrative Nutzen des Wissens aller aus der akademischen und der praktischen Welt erschließt neue Wege für bereichsübergreifende Innovationen

... “working to identify and support public health, healthcare, and social services organizations striving to build stronger, sustainable connections to better meet the goals and needs of the people they serve and ultimately improve health equity.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2022a)

Auffallend sind die Analogien zur Klagenfurter Interventionsforschung, der empfohlenen Theory of Change (s. Abschn. 8.2), die der fehlenden Partizipation (s. Abschn. 5.4, 6.5, 7.4.) entgegenwirkt.

Die Stärkung des Health-Equity-Ansatzes ist das zentrale Anliegen der Bestrebungen der PHNCI. Deutsche Synonyme für Equity sind Chancengleichheit, Chancengerechtigkeit, Ausgewogenheit, Gleichberechtigung oder Fairness, das PHNCI schlägt eine umfassende Definition vor:

“**Equity** is defined as a fair and just opportunity for all to achieve good health and well-being. This requires removing obstacles to health such as poverty and discrimination and their consequences, including powerlessness and lack of access to good jobs with fair pay, quality education and housing, safe environments, and healthcare. It also requires attention to health inequities, which are differences in population health status and mortality rates that are systemic, patterned, unjust, and actionable, as opposed to random or caused by those who become ill.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020d, S. 1)

Die Definition verweist auf mannigfaltige Handlungsfelder, die auch das ethische Mandat von Pflegekammern als Teil des öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland begründen. Angesprochen werden einige Problembereiche, die die Situationsanalyse aufzeigte: sichere (Arbeits-) Umgebungen (s. Abschn. 7.3, 7.3.2), gute Arbeitsstellen mit fairer Bezahlung (s. Abschn. 7.1.3), hochwertige Bildung (s. Abschn. 7.1.1) bis hin zur Vermeidung von Diskriminierung und Marginalisierung der pflegfachlichen (s. Abschn. 5.2, 5.3, 7.3.1) und pflegeethischen Perspektive (s. Abschn. 6.2, 6.3, 6.4). Die Nichtbeachtung der sozialen Determinanten können alle das Wohlbefinden belasten und krankmachen (s. Abschn. 6.4.3, 7.3.2, 7.3.3). Equity als Kern der Gesundheitsförderung passt hervorragend zur Pflege. Pflegefachpersonen haben einen besonderen Bezug zur Gesundheitsförderung und zur Fairness, beides ist in der Definition von Pflege des ICN niedergelegt:

“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.” (International Council of Nurses (ICN) 2002)

Die bis 2020 geltende Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin führte die Gesundheit auch in Deutschland sichtbar im Namen. Der neue Name Pflegefachpersonen schwächt dies nicht, vielmehr haben sie den Auftrag, sich in die Gestaltung des politischen Systems zur Stärkung der Gesundheit einzubringen und Gesundheit in allen Politikbereichen voranzubringen. Dies kann nicht auf den Schultern der je individuellen Pflegefachperson verbleiben. Berufsorganisationen wie Pflegekammern der Pflege unterstützen sie dabei, sie bündeln die Kraft der Profession. Den Arbeitsauftrag hat der ICN international verbindlich definiert:

“Operated by nurses and leading nurses internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all, sound health policies globally, the advancement of nursing knowledge, and the presence worldwide of a respected nursing profession and a competent and satisfied nursing workforce.” (International Council of Nurses (ICN) 2019)

Dem folgend, sind die Ableitungen des ethischen Mandates der deutschen Pflegekammern klar: Ein hierarchiefreies, reflektiertes Leadership von Pflegekammern kann in Deutschland Räume der Ermöglichung schaffen und die Community stärken. Jedoch dürfen auch Pflegekammern nicht allein agieren, das wäre eine Überforderung. Sie müssen, stringent der Ottawa Charta folgend, den systemischen Verbund mit allen Politikfeldern suchen und fördern. Die Gestaltung gesunder Settings (Lebenswelten) braucht eine informierte Praxis und eine informierte Wissenschaft, die Heintel und Hegel folgend die spekulative positive Vernunft stärken (s. Abschn. 8.2.2) und zusammen lernende Gesellschaften ermöglichen (s. Abschn. 8.2.3). Dazu müssen Grenzen übersprungen werden, die bisher behindern, wie z. B. die Finanzierungssysteme, die Versorgungsbrüche verursachen sowie Denklagen verschiedener Politikfelder und Zuständigkeitsbegrenzungen, die eine kollektive Unverantwortlichkeit erzeugen können. Health in all Policies erfordert nicht weniger als eine systematische Überarbeitung und konstruktive Neugestaltung des Systems. Als Theory of Action dazu kann das Prozessmodell eines Public Health Zyklus dienen, wie Abschn. 8.3.3. zeigt.

8.3.3 Public Health Action Theorie – Entwicklung der Essential Public Health Services

Die Theory of Action muss möglichst viele relevante Facetten, Ebenen und Ansatzpunkte des Problems fassen und sie in konsistente Lösungen operationalisieren. Das bedeutet jedoch nicht, dass alle Probleme auf einmal gelöst werden sollen, vielmehr kann das vorgeschlagene Modell für diverse Anforderungen immer wieder zum Einsatz (in Action) kommen. Es soll auf unterschiedliche Herausforderungen übertragbar sein, damit nicht bei jedem neu auftauchenden Problem eine komplette neue Theorie entwickelt werden muss. Nötig ist kein inhaltlicher *One fits all*- Ansatz, sondern ein auf unterschiedlichste Fragestellungen anwendbares Prozessmodell, das bei jedem Einsatz neu auf inhaltlicher Ebene bzgl. der Passgenauigkeit zu reflektieren und zu adaptieren ist. Das Prozessmodell soll das Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammenbringen und den Anforderungen der Theory of Change folgend allen Akteuren der transdisziplinären Intervention als Hintergrundwissen zur Verfügung stellen. Es soll darüber hinaus

einen permanenten Angelpunkt für Entwicklungsprozesse bieten und sicherstellen, dass keine Perspektive und keine abzuleitende Aufgabe vergessen werden. Diese Anforderungen kann das Prozessmodell der Gesundheitsförderung, der Public Health Action Cycle in seiner modernen Form erfüllen.

Der Public Health Action Cycle existiert schon lange. In Deutschland werden bis heute die ursprünglichen vierstufige Modelle, analog dem PDCA-Zyklus verwendet. Sie haben ihre Wurzeln in den 1980-1990er Jahren und fokussieren die Gesundheitspolitik. Abbildung 8.6 zeigt das Modell der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), des deutschen *Hauptquartiers* für Gesundheitsförderung.

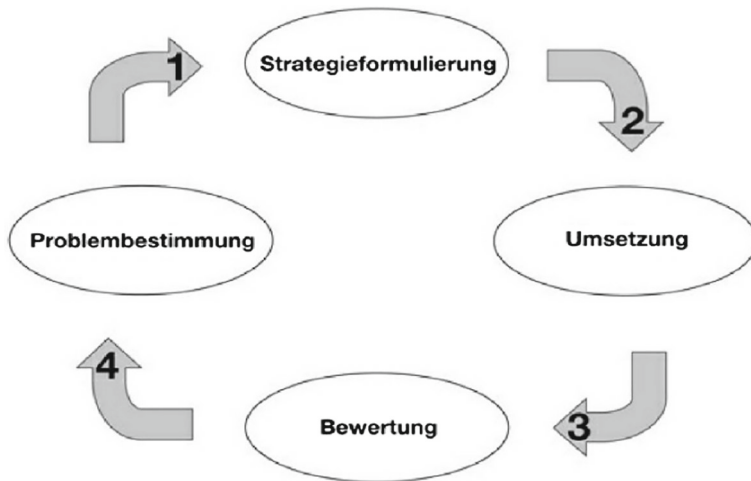


Abbildung 8.6 Public Health Action Cycle /Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Hartung und Rosenbrock 2022)

Die einfachen Wirkkettenmodelle sind nicht mit einer Theory of Action gleichzusetzen (s. Abschn. 3.2.2, 3.2.3, 3.3.2). In Deutschland besteht noch viel Entwicklungsbedarf.

International ist die Public Health Entwicklung wesentlich weiter¹³, was sich auch im Differenzierungsgrad der genutzten Modelle zeigt. In den USA ist seit

¹³ Die detaillierte Analyse internationaler Standards und Strategien zu Gesundheit und Gesundheitsförderung als essentielle Ressource für Pflegekammern muss wegen der Limitation des Umfangs der Arbeit zum späteren Zeitpunkt erfolgen.

über 25 Jahren ein zehnstufiger Public Health Action Cycle in Gebrauch, der die Ebenen wesentlich feingliederiger auffächert, es sind die *10 Essential Public Health Services* (10 EPHS) (Abbildung 8.7).

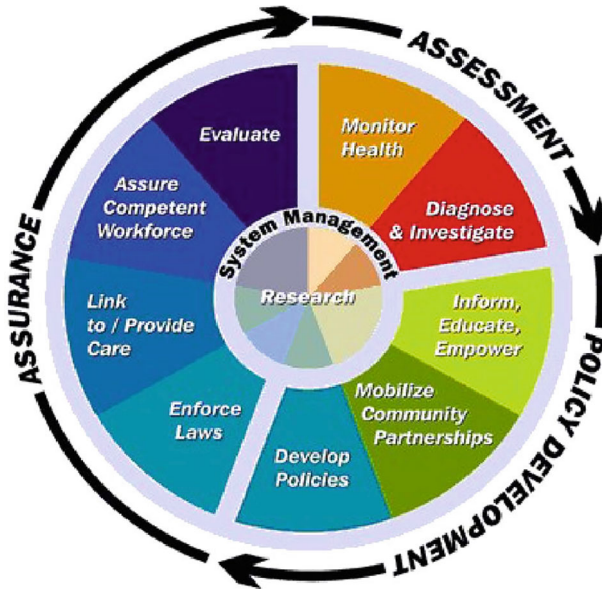


Abbildung 8.7 Ten Essential Public Health Services (University of Kansas 2022, S. 1)¹⁴

Der Ottawa Charta (1986) folgend stellen in den USA seit den 1990er Jahren diverse Organisationen, Universitäten, nationale Zentren und Netzwerke umfangreiche Lehr-Lernmaterialien zur Durchführung innovativer Interventionen im Gesundheitsbereich zur Verfügung. Exempl. sei das Center for Community Health and Development der University of Kansas genannt, das eine detaillierte, frei zugängliche Toolbox vorhält. U. a. wird der in den USA verbreitete Public Health Action Cycle, die Ten Essential Public Health Services (10 EPHS), umfassend erläutert. Das Prozessmodell wurde 1994 zur Performancesteigerung

¹⁴ „Die Community Tool Box ist ein kostenloser, offen zugänglicher „Werkzeugkasten““ (University of Kansas 2023, deutsche Übersetzung), sie steht seit 30 Jahren zur Verfügung und wird weltweit jedes Jahr von Millionen Menschen genutzt. Die zitierte Abb. ist Teil des Werkzeugkastens.

der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen im Bereich Gesundheitsförderung eingeführt (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021, S. 4). Die neuere Public Health Ethics Literatur fußt auf den ethischen Anforderungen des Modells (vgl. exempl. Ortmann et al. 2016).

2015 wurde das Public Health National Center for Innovations (PHNCI) zur Bündelung der Aktivitäten gegründet, es ist das nationale Hauptquartier “for empowering health departments to drive Change and improve health” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2022a). Das “PHNCI:

- “Provides a learning lab for health departments’ innovations
- Develops and shares resources, tools, education, and expertise
- Connects innovators within public health and across sectors
- Monitors, disseminates, and builds the science of public health innovation.”
(Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2022a)

Aktuell widmet sich das PHNCI u. a. der Stärkung der Arbeitskräfte zur Sicherung der Gesundheitsversorgung der USA, der Umwandlung der Gesellschaft in eine „Learning Community (21 C)“, der Vernetzung der Datennutzung aller Politikfelder „All In: Data for Community Health“ und dem Sammeln und Teilen von Public Health Innovationen (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2022a).

Hauptanliegen des PHNCI von 2019–21 war die Evaluation der 10 EPHS, des seit 1994 genutzten Action Framework der amerikanischen Public Health Praxis. Es zeigte sich weite Verbreitung und hohe Akzeptanz (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021, S. 6). Die 10 EPHS stellen die Rolle von Public Health heraus, sie geben Struktur, verknüpften Handlungen mit Ergebnissen und sorgen für Rechenschaftspflicht des öffentlichen Gesundheitswesens bei den Communities. Die Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Anwendung der 10 EPHS wurde sehr deutlich:

1. Durch Schwerpunktverlagerungen: weg von der Behandlung von Krankheiten hin zur Erhaltung von Gesundheit; weg von der Lösung isolierter Probleme hin zur Schaffung einer positiven Zukunft; weg von den Bedürfnissen der Einzelnen hin zu einer umfassenden Perspektive auf der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen.
2. Durch neue strategische Ausrichtungen: hin zur Prävention von Krankheiten statt deren Behandlung; hin zur Einbindung von Möglichkeiten und Stärkung von Ressourcen der verschiedenen Gemeinschaften statt der Problemorientierung; hin zum proaktivem statt reaktiven Handeln.
3. Durch Verschiebung der Leitprinzipien: weg vom Managen einzelner Komponenten des Gesundheitswesens hin zur Unterstützung einer dynamischen Interaktion der Komponenten; weg von der Fokussierung des Gesundheitssektors hin zur

Förderung eines gesundheitssystemübergreifenden, dynamischen gemeinschaftsorientierten Zugangs zu Gesundheit; weg vom Schutz hin zur Einbindung der Gruppen. Über die Aufnahme ihrer Erwartungen konnten Outcomes und Verantwortlichkeiten festgelegt und deren Empowerment erreicht werden (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 4–5, Übersetzung der Autorin, unter Zuhilfenahme von deepl.com).

Zusammenfassend erfüllen die 10 EPHS die Verpflichtungen der Ottawa Charta. Die einzelnen EPHS beschreiben die Prozesse, mit denen öffentliche Gesundheitseinrichtungen ihre Kernfunktionen erfüllen, ihre Leistung steigern, ihre Praxis verbessern und dies zusammenhängend evaluieren können, statt nur einzelne Komponenten, wie z. B. den Impfstatus zu erheben (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 5). Über die Jahre boten die 10 EPHS die Grundlage zu vielfältigen Vernetzungen und intensiver Zusammenarbeit aller relevanten Akteure des öffentlichen Gesundheitssystems sowie für diverse qualitätssichernde Bestrebungen. Beispielsweise wurden von den 10 EPHS die Kernkompetenzen von Public Health Professionals abgeleitet und diese bei der Anwendung der 10 EPHS unterstützt (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 6). Etliche Gesundheitsthemen wurden mit den 10 EPHS bearbeitet: Initiativen für ältere Menschen, für umweltbezogene Gesundheit, zur Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind und viele mehr (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 7). Die 10 EPHS haben über die USA hinaus internationalen Einfluss: die WHO bezieht sich auf das erfolgreiche Prozessmodell; sie fanden Anwendung in den Panamerikanischen Staaten und in Israel; die Praxis nutzte die 10 EPHS u. a. zur Kommunikation über Zugänge und zur Verbesserung unterschiedlichster Serviceleistungen (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 7). Die ursprüngliche Intension wurde stark erweitert:

“The use of EPHS has broadened beyond its initial scope of defining public health practice as a whole. Disciplines within public health have modified the EPHS to address the specific activities unique to their work to ensure that they are in alignment with how the field is talking about public health ... The framework has allowed health departments to understand the scope of what they ought to be doing, identify gaps, and work to fill them.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 7)

Zudem fanden die 10 EPHS Eingang in die staatliche Gesundheitsgesetzgebung und -regulierung etlicher amerikanischer Bundesstaaten; die Methodologie diverser Studien baute auf den EPHS auf; die EPHS fanden Aufnahme in viele Curricula von Ausbildungsstätten und Universitäten, insbesondere wird auf die

Relevanz des Modells für Public Health Leadership und Public Health Nursing hingewiesen (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 9). Die Evaluation belegte die außerordentliche Erfolgsgeschichte der 10 EPHS in den 25 Jahren Anwendung:

“Developed 25 years ago, the EPHS have become the foundation of public health practice, education, and research. From informing initiatives like accreditation, to becoming the framework around which health departments organize their services, to being used as a tool for both health department evaluation and research studies, the EPHS have a reach beyond public health and beyond U.S. borders. ... The EPHS continue to be widely utilized to explain and define public health both within the field and with outside stakeholders, policymakers, and the public to provide a clear description of the role of public health, even as the world around us Changes. ... we should acknowledge and appreciate the vast impact it has had in the last quarter century.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2019, S. 9–10)

Ein breitangelegter partizipativer Feedback-, Überarbeitungs- und Konsensusprozess mit den Akteuren im Public Health Bereich ermöglichte die passgenaue Weiterentwicklung und stellte gleichzeitig den Erhalt der weitverbreitete 10 EPHS als Leitfaden für die Praxis sicher. Details des komplexen Verfahrens sind im Final Report veröffentlicht (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021). Wegweisendes Ergebnis aller Analysen war der zwingende Bedarf zur Stärkung des ethischen Anspruches von Health Equity (vgl. Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021, 23, 27). Dies erforderte zwei umfassende Änderungen der 10 EPHS:

- Emphasizing the importance of equity throughout the framework.
- Adding the concepts of building and maintaining a strong organizational infrastructure.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021, S. 4)

Equity wurde in allen Handlungsfeldern der Public Health Services vermisst, die Sicherung braucht starke Infrastrukturen und grundlegende Modifikation: Equity ist nun der Kern (s. Abbildung 8.9):

“Equity was noticeably missing from the original framework, and disparities in public health today reveal the need to bring it to the core of public health work. Equity is now central to the EPHS, literally in the graphic, and throughout the Essential Services. Organizational infrastructure was added to emphasize its importance across the public health system.” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2021, S. 4)

Zu beachten gilt der Unterschied zwischen Equality (Chancengleichheit) und Equity (Chancengerechtigkeit/Fairness), es sind zwei verschiedene Gerechtigkeitsmodelle der Verteilung von Gütern. Bei Gerechtigkeit im Sinne von Equality erhalten alle die gleichen Ressourcen, bei Equity bekommen die verschiedenen Personen die Ressourcen analog ihrem Bedarf. Die Konsequenzen der Modelle veranschaulicht Abbildung 8.8.

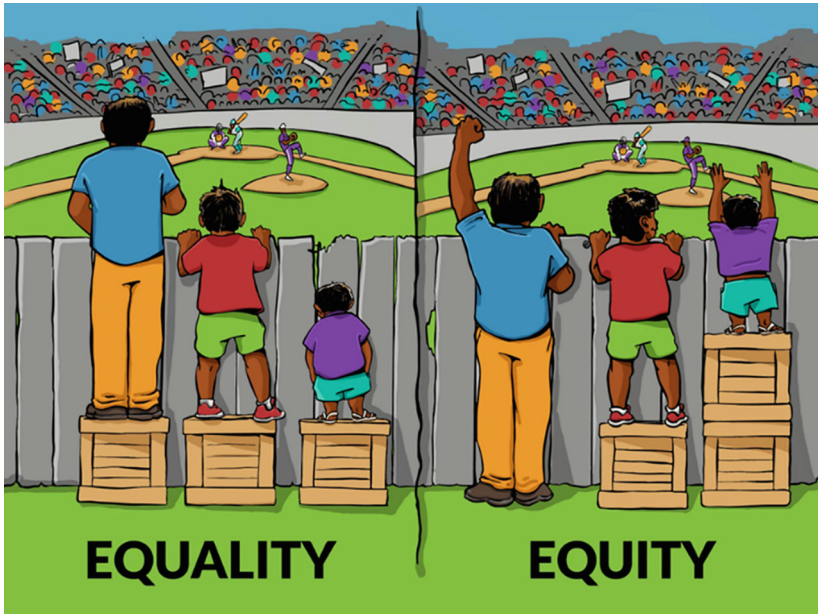


Abbildung 8.8 Illustrating Equality vs Equity (Interaction Institute for Social Change (IISC) 2016)¹⁵

Die bedarfsorientierte Befriedigung von Pflegebedarfen ist ein originäres Ziel professionellen Pflegehandelns, es ist deckungsgleich mit der Care-Theorie nach Tronto (s. Abschn. 8.3.1).

¹⁵ Vom Interaction Institute of Social Change zur freien Nutzung zur Verfügung gestellt.

Bereits das Modell der 10 EPHs von 1994 konnte das Thema Ethik in Pflegekammern gut operationalisieren (s. Abbildung 8.7): Die Überarbeitung bietet eine Steilvorlage für eine Theory of Action zum Füllen des kompletten ethischen Mandats von Pflegekammern (Abbildung 8.9).

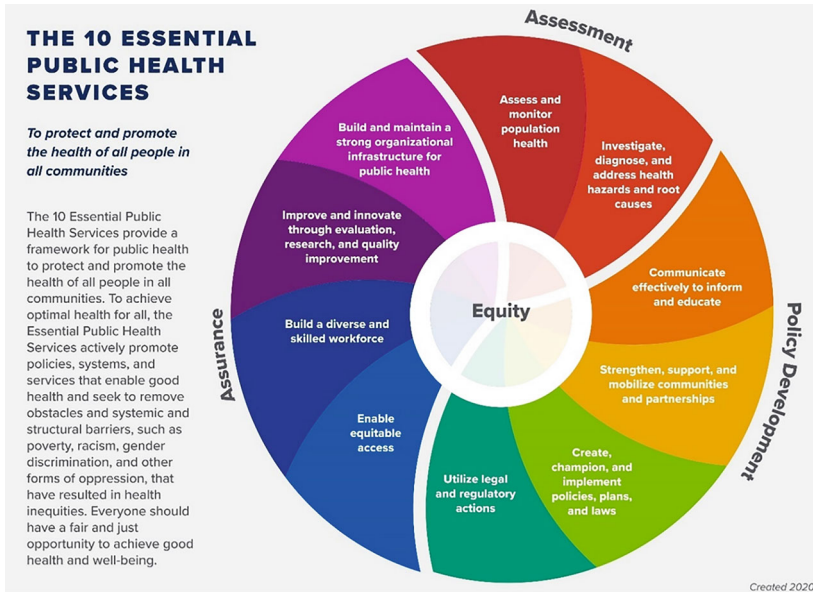


Abbildung 8.9 Ten Essential Public Health Services (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c)¹⁶

Die geschwungenen Linien der Grafik bildet den Zusammenhang der einzelnen Handlungsfelder besser als im alten Modell ab. Im Zentrum steht nun Equity, nicht mehr die Forschung (s. Abbildung 8.7), d. h. der gesellschaftliche Zentralwert Gesundheit wird durch das ethische Prinzip der Chancengerechtigkeit

¹⁶ “This toolkit was created to help practitioners, public health departments, academia, and others update content and educational materials to reflect the revised 10 EPHS. Please feel free to use the content as is or make it your own. To use the language provided, use the copy/paste function on your computer or click hyperlinks to be directed to a downloadable document. To download an image, right click the image for saving options.” Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020a Diese Freigabe umfasst alle in dieser Arbeit genutzten Abbildungen von PHNCI.

und Fairness gestärkt. „*To protect and to promote the health of all people in all communities*“ (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c) ist der Kern aller Bemühungen des Gesundheitssystems in den USA. Das muss es auch für eine Pflegekammer als wesentliche Körperschaft des öffentlichen Gesundheitssystems in Deutschland sein, die zentrale Forderung lautet:

„Die 10 wesentlichen öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen bilden den Rahmen für die öffentliche Gesundheit zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen in allen Gemeinschaften. Um Chancengerechtigkeit zu erreichen, fördern die wesentlichen öffentlichen Gesundheitsdienste aktiv Maßnahmen, Systeme und allgemeine Bedingungen in der Gemeinschaft, die eine optimale Gesundheit für alle ermöglichen, und versuchen, systemische und strukturelle Hindernisse zu beseitigen, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten geführt haben. Zu diesen Hindernissen gehören Armut, Rassismus, Geschlechterdiskriminierung, Behindertenfeindlichkeit und andere Formen der Unterdrückung. Jeder soll eine faire und gerechte Chance haben, optimale Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen.“ (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b, S. 1, Übersetzung d.d. Autorin unter Zuhilfenahme von deepL.com)

Abschn. 8.4 fächert die Möglichkeiten der neuen Ten Essential Public Health Services auf, verdeutlicht das ethische Mandat der Pflegekammern und diskutiert Thesen im Licht der Anwendung als Theory of Action der Programmtheorie Ethik in Pflegekammern.

8.4 Ten Essential Public Health Services – Thesen zum ethischen Mandat von Pflegekammern

Die Ten Essential Public Health Services (10 EPHS) sind ein zirkuläres Rahmenprogramm aufeinander aufbauender, unerlässlicher Dienstleistungskomplexen im öffentlichen Gesundheitssystem. Das als Theory of Action vorgeschlagene Modell nimmt verschiedenste Bevölkerungsgruppen und Anwendungsbereiche in den Blick wie diverse Gesundheitsthemen, Ausbildung und Studium, Qualitätsmanagement und Zertifizierung etc. .

Die 10 EPHS ermöglichen den Schutz vor ethischen Belastungen, weil sie eine ethisch gute Pflege unterstützen. Als Theory of Action bieten sie die stabile Basis zur Umsetzung des ethischen Mandates von Pflegekammern. Die 10 EPHS entfalten Wirkung nach innen und außen, die Verantwortung zur Unterstützung von Pflegefachpersonen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung kann angenommen und gestaltet werden. Die detaillierten Aufschlüsselungen der zehn Serviceleistungen des Modells adressieren die

Herausforderungen, die die Analyse aufdeckte, sie zeigen Optionen, ihnen zu begegnen. Dem zirkulären Prozess folgend (Abbildung 8.10–Abbildung 8.19), werden unter jedem EPHS nötige Interventionen zur Ausgestaltung des ethischen Mandats diskutiert. Die Diskussion nimmt insbesondere die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz in den Blick, weil sie Ende 2021 die einzige arbeitende Pflegekammer in Deutschland ist. Zudem ist die langjährigen Expertise der Autorin dort verortet. Den ethischen Kern des Modells in die Mitte rückend, werden, beruhend auf den Ergebnissen der Situationsanalyse, fachliche und ethische Desiderate formuliert. Diese sind nicht immer deckungsgleich mit aktuell bestehenden Normen, vielmehr wird auf Lücken hingewiesen, die das ethische Mandat der Pflegekammer aufnehmen und füllen kann. In der Konsequenz wären Gesetze und untergesetzliche Ordnungen anzupassen.

Das Kapitel versteht sich als ein Thesenpapier für ein im Sinne der Theory of Change partizipativ auszuarbeitendes Konzept. Die Annahme, Ausgestaltung und wissenschaftliche Unterfütterung der vorgeschlagenen Interventionen ist zu einen späteren Zeitpunkt zu unternehmen, deshalb wird in diesem ersten Schritt weitgehend auf die detaillierte Unterfütterung der Aussagen durch Quellen verzichtet, die Belege wurden bereits in der Analyse angeführt (s. Abschn. 5.4, 6, 7), ergänzende Quellen werden genannt. Die formulierten Desiderate erheben weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf direkte Umsetzbarkeit. Dies kann der Theory of Change folgend erst im transdisziplinären Einbezug der Kammermitglieder und der Aufnahme von deren Sichtweisen gelingen.

Der Prozess der 10 EPHS beinhaltet drei aufeinanderfolgende Arbeitspakete: Das Assessment, das Policy Development und die Assurance. Sie gliedern die Desiderate des Thesenpapiers. Als orthogonale Ebene der Diskussion werden die moralischen Careanforderungen nach Tronto (2013, S. 35) integriert (s. Abschn. 8.3.1). Sie dienen der Absicherung der careethischen Werte der Profession. Das Arbeitspaket Assessment der 10 EPHS entspricht der ersten Phase der *Aufmerksamkeit- caring about*. Tronto sagt, die moralische Qualität der Aufmerksamkeit entspricht der Zurückstellung des Eigeninteresses und der grundlegenden Fähigkeit, aus der Perspektive des Bedürftigen zu schauen. Übersetzt auf die Pflegekammer heißt das, dass die Akteure der Pflegekammer ihre Eigeninteressen, z. B. der Kammer als Instanz zur persönlichen Profilierung, zurückstellen müssen. Sie haben sich der Aufnahme der Bedarfe der Mikroebene der Pflegebeziehung, von Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen, und der Bedarfe der Makroebene, der Bevölkerung als Ganzes, zu widmen. Wie die Beantwortung der Forschungsfragen im Variablenmodell zeigte (s. Abschn. 8.1), ist dies ihr ethisches Mandat. Gleichzeitig soll die

Profession Pflege über die Pflegekammer aufmerksam gegenüber ihren eigenen professionellen Bedarfen auf der Makro- und der Mikroebene sein. Der Gesundheitszustand der Pflegefachpersonen ist ein unverzichtbares Gut, das Pflegekammern auf politischer Ebene und in der Pflegebeziehung zu schützen und zu fördern haben.

Im zweiten Arbeitspaket des Policy Development ist die *Verantwortung – Caring for* zu verorten. Nach Tronto ist die moralische Qualität für die Pflegekammer die Bürde, den identifizierten Herausforderungen zu begegnen. Abschn. 8.4.2 zeigt anhand ausgewählter Interventionen, wie das genau vorstatten gehen kann. Dies geht Hand in Hand mit der *Kompetenz – Care giving*. Zur Durchführung der Care-Arbeit der Pflegekammer und ihrer Mitglieder zur Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sind diverse Kompetenzen vorzuhalten. Auch dazu nennt Abschn. 8.4.2 verschiedene Interventionen. Die Pflegekammer hat aktiv Sorge für ihre Mitglieder, die Pflegefachpersonen, zu tragen, damit sie gute, professionelle Pflegearbeit leisten können. Kompetent zu pflegen und der Bevölkerung die nötige Pflege verantwortlich zukommen zu lassen, ist nicht nur eine technische Aufgabe, sondern nach Tronto auch eine moralische, die entsprechende Räume der Ermöglichung braucht (s. Abschn. 8.3.1).

Das dritte Arbeitspaket Assurance (Abschn. 8.4.3) entspricht der moralischen Qualität der *Reaktionsfähigkeit – Care receiving*. Erwartet wird nach Tronto (2013) eine Reaktion der Stakeholder: den Menschen mit Pflegebedarf, den Pflegefachpersonen, den anderen Professionen, der Bevölkerung, der Politik etc., der sich die jeweilige Leistung der Pflegekammer bzw. des Mitgliedes widmet. Unter Beachtung der Reaktion ist zu beurteilen, ob die Care-Leistung der Pflegekammer/ des Mitglieds ausreichend, erfolgreich, vollständig und nachhaltig war. Aufgrund der Ergebnisse ist zu entscheiden, wo neue oder ergänzende Interventionen erforderlich sind, und der Prozess wieder beginnt.

Pluralität, Kommunikation, Vertrauen und Respekt; Solidarität – Caring with ist das übergeordnete ethische Mandat der Pflegekammer als Organisation im Gesundheitssystem. Es sind die entscheidenden moralischen Qualitäten nach Tronto (2013), die es der Pflegekammer und ihren Mitgliedern ermöglichen, kollektive Verantwortung für die Bevölkerung zu übernehmen. Sie schaffen den Rahmen, Bürger*innen sowohl als Empfänger*innen als auch als Geber*innen von Fürsorge und somit alle als Menschen mit Pflegebedarf zu sehen (s. Abschn. 7.2.2). So öffnen sich Wege, ernsthaft über das Wesen der Pflegebedürfnisse jedes Einzelnen als Teil der Gesellschaft nachzudenken, Interventionen abzuleiten und den Kreis der Sorge zu schließen (s. Abschn. 8.3.1). Trontos

Care-Theorie stützt die Fairness im Gesundheitssystem, wie die Logic Models in Abschn. 8.5 nochmals zusammenfassen.

In jedem einzelnen der zehn Handlungsfelder des EPHS werden die nötigen Interventionsschritte und die moralischen Qualitäten der Maßnahmen expliziert. Die Ergebnisse der Situationsanalyse, die Logic Models, werden den einzelnen Anforderungen der 10 EPHS zugeordnet und der Theory of Action folgend in Kammeraktivitäten operationalisiert. Zur Orientierung sind die englischen Originalpassagen aus den Abbildungen der EPHS 1–10 den empfohlenen Kammerinterventionen vorangestellt. Den Anfang der Thesendiskussion der Theory of Action zur Ausgestaltung des ethischen Mandates der Pflegekammern bildet das Assessment, mit Tronto das *Caring about* (Abschn. 8.4.1).

8.4.1 Assessment – Analyse der Facetten des ethischen Mandats

Ausgangspunkt aller Interventionsprogramme ist immer der Zugang und die Erhebung der Bedarfe der Zielgruppe (Abbildung 8.10).

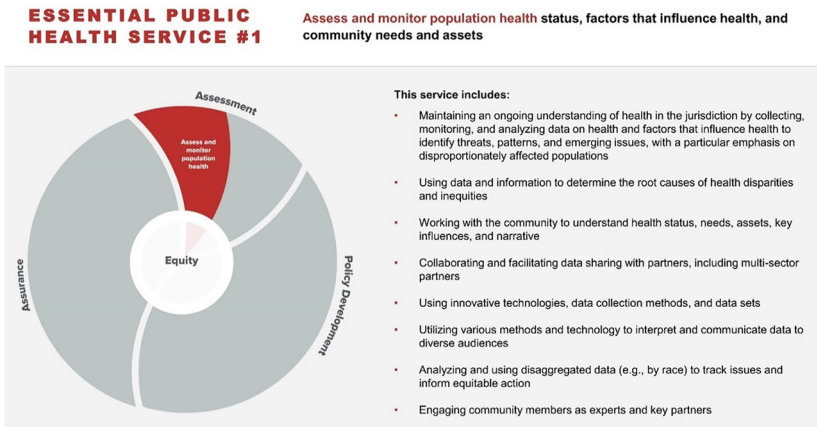


Abbildung 8.10 EPHS #1 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Assess and monitor population health status, factors that influence health, and community needs and assets: Der erste Schritt der Theory of Action wurde für

die Konzeption der Programmtheorie des ethischen Mandats von Pflegekammern bereits gegangen, die Dissertationsschrift legt den Grundstein, sie leistet drei der acht vorgeschlagenen Aktionen.

Maintaining an ongoing understanding of health: Für die Programmtheorie *Ethik in Pflegekammern* konnte die innovative Situationsanalyse der ethischen Belastung und der verursachenden Faktoren zeigen. **Using data and information to determine the root causes of health disparities and inequities:** Das Logic Model Building der Analysekap. 5, 6 und 7 zeigen ein komplexes Bild der Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten. **Using innovative technologies, data collection methods, and data sets:** Methodisch wurde mittels der Scoping Study als innovative Datensammelmethode aus den Datensets vorliegenden Studienergebnissen, Gesetzeswerken und grauer Literatur zusammengetragen.

EPHS #1 fordert ein umfassendes Verständnis der aktuellen Situation:

“**Maintaining an ongoing understanding of health** in the jurisdiction by collecting, monitoring, and analyzing data on health and factors that influence health to identify threats, patterns, and emerging issues, with a particular emphasis on disproportionately affected populations” (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b, S. 2)

Die Situationsanalyse deckt die Forderungen ab. Auf der Mikroebene konnte festgestellt werden, dass es zwar langjährige bioethische Initiativen gibt, die medizinische Entscheidungssituationen im Krankenhaus fokussieren (s. Abschn. 6.1) und dort als hilfreich empfunden werden (s. Abschn. 6.2). Gleichzeitig belegen Studien Ungleichheiten der Wahrnehmung zwischen biomedizinischen und pflegeethischen Problemen, die im Umgang damit Ungerechtigkeiten zeitigen. Die Perspektiven von Care werden marginalisiert (s. Abschn. 6.2). Pflegefachpersonen bleiben mit ihrer Belastung allein, die Anerkennung fehlt. Insbesondere bei den Pflegefachpersonen in der stationären Langzeitpflege sind ethische Belastungen durch multiple moralische Herausforderungen hoch. Der außerklinische Bereich rückt erst seit kurzem in den Blick der Akteure der in Kliniken etablierten bioethischen Beratung (s. Abschn. 6.3). Mit in der ambulanten Pflege tätigen Pflegefachpersonen wird wenig wertschätzend umgegangen, ihre fachliche Expertise kaum geschätzt. Es gibt Hinweise, dass die üblichen, bioethischen Interventionen nicht hinreichend zur Bearbeitung pflegeethischer Fragen in diesen professionellen Pflegesettings sind (s. Abschn. 6.4). Die vorliegenden Studien belegten, dass moralischen Herausforderungen gesundheitsbelastend für Pflegefachpersonen sind, in der Folge wird die Qualität der pflegerischen Versorgung

gefährdet, weil es wenig nachhaltige Entlastungsangebote gibt (s. Abschn. 6.5). Allerdings ist die Studienlage zu dünn, um wirkende Interventionen sicher durchführen zu können. Ein Echtzeitmonitoring, wie unter EPHS #2 empfohlen, ist zur Steuerung des Programms dringend erforderlich.

Zur Ermittlung der Ursachen der Probleme wurde die politische Wahrnehmung und Rollenzuschreibung der Pflege im öffentlichen Gesundheitswesen und die historische Entwicklung der Pflege analysiert. Die Quellen zur Historie verwiesen auf traditionelle Wertgerüste, Moralvorstellungen und Hierarchiekulturen in der Pflege, die bis heute unreflektiert persistieren und Ressourcen zur Vermeidung ethischer Belastungen blockieren können (s. Abschn. 7.2.1). Bei der Verteilung von Zuständigkeiten zwischen den Heilberufen Medizin und Pflege gingen über die Jahrzehnte autonome Gestaltungsräume der Pflege im interprofessionellen Zusammenspiel verloren. Diese Ressource steht der Pflege nicht mehr zur Verfügung. Die Macht im Gesundheitssystem lag die letzten hundert Jahre bis heute bei der Leitprofession Medizin. Über lange Zeit und teilweise bis heute wurde und wird die Pflege als Arzthilfsberuf wahrgenommen. Das Proprium der Pflege ging verloren, es ist der Gesellschaft heute weitgehend unbekannt. Der Beitrag des Heilberufs Pflege zur Sicherung der Gesundheitsversorgung wird nicht gesehen (s. Abschn. 7.2). Somit ist die Lösung der Probleme nicht allein auf der Mikroebene zu verorten, es sind politische Veränderungen nötig, um die Ressource zurückzugewinnen.

Dies leitet über zu den Analyseergebnissen der politischen Entwicklungen im Politikfeld Selbstverwaltung der Pflege. Sie ist die essentieller Einflussmöglichkeit auf die Situation der Profession (s. Kap. 5). Die Ressource professioneller Autonomie kann neu gewährt und von Pflege und Gesellschaft genutzt werden. Innerhalb der Bundesländer gehen die politischen Verantwortlichen allerdings sehr unterschiedlich mit dem Heilberuf Pflege um. Rheinland-Pfalz hat im zehnjährigen Prozess die Pflegekammer gegründet, etabliert, unterstützt und in den Reigen der politischen Akteure aufgenommen. Nun beginnt die Landesregierung, die gebündelte pflegerische Kompetenz der Kammer im öffentliche Gesundheitssystem zu nutzen (s. Abschn. 5.1), aktuelle Beispiele sind das pflegerische Krisenmanagement nach der Flutkatastrophe im Ahrtal und diverse flankierende Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Umgesetzt wird so der in der Berufsordnung verankerte Gesundheitsschutz der Mitglieder und die Versorgungssicherheit der Bevölkerung (s. Abschn. 5.1.4).

Aktuelle politische Entscheidungen anderer Bundesländer zur Abschaffung zweier gerade erst aufgebauten Kammern berauben die Berufsangehörigen der Option der Mitgestaltung kaum, dass sie gewährt wurde. Gleichzeitig berauben

die Landesregierungen in Schleswig-Holstein und Niedersachsen ihre Bevölkerung eines entscheidenden Instrumentes zur Sicherung ihrer pflegerischen Versorgung (s. Abschn. 5.2.1, 5.2.2). Weitere Bundesländer lehnen die Etablierung einer selbstverwalteten Kammer ab. Befragungen werden den Machtinteressen der etablierten Akteure folgend interpretiert, wie in Bayern (s. Abschn. 5.2.3) oder trotz Votum im Koalitionsvertrag entsprechend manipulativ gestaltet, wie in Hessen (s. Abschn. 5.3.1). Andere Bundesländer befinden sich eher zögerlich, wie Baden-Württemberg (s. Abschn. 5.3.2) oder auch politisch wagemutig, wie Nordrhein-Westfalen (s. Abschn. 5.3.3), auf den Weg zur Etablierung der Selbstverwaltung und zur Erschließung der Ressource für die Landesbevölkerung.

Dem Raster der Professionsbausteine folgend (s. Abschn. 7.1) konnten mannigfaltige politische Ursachen, die zu Belastungen der pflegerischen Berufsausübung führen, belegt werden. Die Logic Models zeigen, dass vorliegende Gesetzeswerke berufsfachliche und berufsethische Handlungsspielräume der Profession Pflege einengen. Allerdings rückt die schwierige Situation der Pflege in den letzten Jahren sehr nachdrücklich in den Fokus der Politik. Erfreulicherweise scheint nun an manchen Stellen Licht am Ende des Tunnels. So schafft die erstmalige Festschreibung vorbehaltener Tätigkeiten im neuen Pflegeberufgesetz neue Ressourcen. Ausschließlich Pflegefachpersonen haben das exklusive Recht zur Gestaltung des kompletten Pflegeprozesses (s. Abschn. 7.1.2). Die Verantwortung zur detaillierten Ausgestaltung und Nutzung dieser Ressource ohne Fremdkontrolle obliegt den Pflegekammern (s. Abschn. 5.1.4). Eine zweite, von der Europäischen Union geforderte Qualitätssteigerung der Pflege über die Anpassung der Ausbildung in Deutschland blieb allerdings im neuen Pflegeberufgesetz weit hinter den europäischen Forderungen zurück (s. Abschn. 7.1.1). Die akademische Primärqualifizierung der Pflege, die in Europa Standard ist, wurde zwar ermöglicht, bildet aber aktuell nur einen Seitenast mit Umsetzungsproblemen. Der weitaus größte Teil der Pflegefachpersonen wird nach wie vor auf sekundärem Niveau qualifiziert. Den akademischen Ast zu stärken, ist Aufgabe der Pflegekammer, denn die akademisch qualifizierte Pflege liefert hochwertige Beiträge zur Sicherung der hochkomplexen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Dies ist nicht in gleicher Qualität von auf Sekundarniveau qualifizierten Pflegefachpersonen zu erwarten.

Überleitend zur Qualität pflegerischer Versorgung (s. Abschn. 7.3) konnte dargelegt werden, dass das komplette öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland an den Bedarfen und Definitionen der Leitdisziplin Medizin ausgerichtet ist. Dies hat Folgen für die Versorgungssicherheit. Zwar wurde durch diverse Gesetzgebungen der letzten Jahre der Schutz der Menschen mit Pflegebedarf gestärkt (s. Abschn. 7.3.1). Trotzdem ist die pflegerische Versorgungssicherheit

aus drei Gründen akut gefährdet: Erstens gibt es im Verhältnis zum Pflegebedarf der Bevölkerung zu wenige Pflegefachpersonen, dies führt zu permanenter Überlastung. Statistische Daten für die Langzeitpflege belegen einen Aufwuchs des Versorgungsdefizits von mindestens 10 % in nur zwei Jahren (s. Abschn. 6.3.1). Zweitens resultiert darauf eine im Vergleich zur Gesamtbevölkerung extrem hohe Krankheitslast unter Pflegefachpersonen (s. Abschn. 7.3.2). Drittens verursacht die dauerhafte Überlastung Einbußen der pflegefachlichen Professionalität und damit zusammenhängend hohe ethische Belastung, die das Wohlbefinden unterminiert und ebenfalls krankmachen kann (s. Abschn. 7.3.3). Alle Faktoren können weitere Pflegefachpersonen zur Reduktion ihrer Arbeitszeit und zum Berufsausstieg veranlassen und die Situation noch verschärfen.

Eine partnerschaftliche Einbindung der Profession Pflege, wie sie die 10 EPHS fordern, steht weitgehend aus, Ressourcen zur Steigerung der Versorgungssicherheit werden liegengelassen. Bisher eröffnet nur die abgeschlossene Errichtung der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz dem Heilberuf Pflege belastbare Optionen für Interventionen im öffentlichen Gesundheitssystem. Diese gilt es zu nutzen: zur Unterstützung und zum Schutz von Pflegefachpersonen und Bevölkerung gleichermaßen (s. Abschn. 7.4).

Trotz aller internationalen Initiativen und guter Beispiele funktioniert das öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland nach wie vor krankheitsorientiert. Die Aufnahme der gesundheitsförderlichen Perspektive der Ottawa-Charta ist nur in Ansätzen erkennbar (s. Abschn. 8.3). Die berufliche Qualifikation der Profession Pflege entspricht nicht den Bedarfen der Bevölkerung. Gesundheitsförderung ist im Berufsbild zwar nominell angelegt, aber es fehlen die meisten Elemente zur Umsetzung. Studiengänge, die die professionelle Lücke füllen und dem Anforderungsprofil der Chancengerechtigkeit der 10 EPHS folgen können, gibt es in Deutschland nur ganz wenige. Das Gesundheitssystem bietet zudem noch keine ausgewiesenen Stellen für diese Absolvent*innen, um die Ressourcen des Heilberufs Pflege gewinnbringend zu nutzen. Von einer Umstellung hin zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung, die mit Einführung der 10 EPHS vor 25 Jahren in den USA sukzessive geschieht und wie sie seit den 1980er Jahren von der WHO gefordert wird, ist das deutsche Gesundheitssystem weit entfernt.

Working with the community: Alle aus der Situationsanalyse abgeleiteten Logic Models verweisen auf das ethische Mandat der Pflegekammern gegenüber den Pflegefachpersonen und den Menschen mit Pflegebedarf. Die Anforderungen des EPHS #1 geben nützliche Hinweise, es empfiehlt die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe. Dem partizipativen Paradigma der Theory of Change folgend, sind

sie einzubinden, um die Bedürfnisse der Bevölkerung aufzunehmen und ihre Ressourcen zu nutzen. Im transdisziplinären Prozess schätzen Pflegefachpersonen als Expert*innen wichtige Einflüsse, Vorzüge und Nachteile in der Praxis ein, ihre professionellen Einschätzungen und Erzählungen helfen die Herausforderungen zu verstehen. Methodisch wird der Zusammenhang von Theory of Change und Theory of Action in der Programmtheorie klar. Die Theory of Change sagt, dass Partizipation stattfinden muss und die Theory of Action setzt dies um.

Collaborating and facilitating data sharing: Die Pflegekammer hat die in EPHS #1 empfohlene Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Pflege und die Erleichterung des Datenaustausches voranzutreiben, um belastbarere Gesundheitsdaten zu generieren. Partner wären z. B. Krankenkassen und Unfallversicherer. Gesundheitssektorenübergreifende Partnerschaften sind anzulegen, weil die Zusammenführung von Datensätzen, z. B. aus den Bereichen Umweltschutz und Wirtschaft, unterstützende Synergien in allen Politikfeldern erschließen.

Utilizing various methods and technology: Partnerschaften wären zudem mit den Expert*innen im Feld der Technik zu schließen, denn innovative Technologien und Datenerfassungsmethoden stützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Erschließung von Potentialen wie z. B. der Künstlichen Intelligenz.

Analyzing and using disaggregated data: Die Ergebnisse sind mit Methoden aller Wissenschaftsparadigmen interprofessionell und transprofessionell zu interpretieren und mit den Zielgruppen zu kommunizieren. Eine Feinanalyse unter Zuhilfenahme der moralischen Qualitäten nach Tronto liefert in ethischer Reflexion relevante Informationen. So wird die Verantwortung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Chancengerechtigkeit und Solidarität sichtbar.

Engaging community members as experts and key partners: Über allem steht die Einbindung der Mitglieder der Pflegekammer als Expert*innen und Schlüsselpartner*innen. Um ihnen gerecht zu werden, füllt die unter der EPHS #1 zu verortende, durchgeführte Situationsanalyse das ethische Mandat der Pflegekammern strukturiert mit Inhalten. Allerdings reicht eine einmal gewonnene Datenbasis für ein vollständiges Assessment nicht aus, nötig ist permanentes Monitoring in Echtzeit, wie EPHS #2 verdeutlicht (Abbildung 8.11).

ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICE #2

Investigate, diagnose, and address health problems and hazards affecting the population

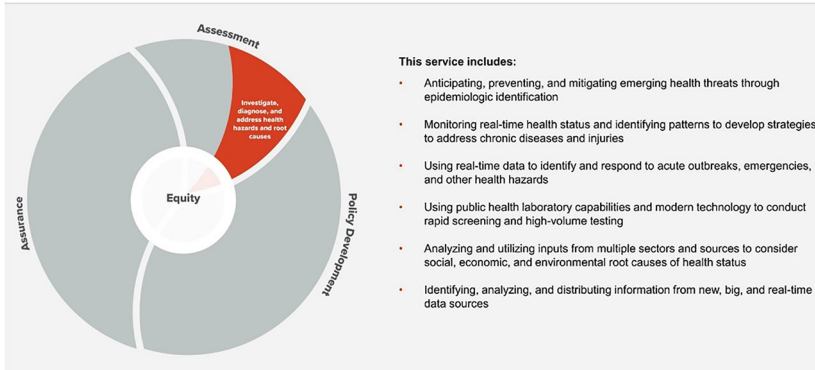


Abbildung 8.11 EPHS #2 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Investigate, diagnose, and address health problems and hazards affecting the population: EPHS #2 als zweiter Schritt der Theory of Action beinhaltet die kontinuierliche Recherche und Diagnose zur Benennung von Gesundheitsproblemen und Gefahren, der die Zielgruppe ausgesetzt ist. Daraus generieren sich Hinweise auf Bewältigungsstrategien. Die Situationsanalyse zeigte summativ die Ergebnisse der Scopingstudie bis Juli 2021, die Situation der Pflegefachpersonen und die abgeleiteten Logic Models wurden dargelegt. In EPHS #1 wurden noch ausstehende Aktionen abgeleitet. Der summative Ausgangspunkt geht Hand in Hand mit dem formativen EPHS #2.

Anticipating, preventing, and mitigating emerging health threats: Der zweite Schritt des Assessments der Theory of Action dient zur Aufnahme der Auswirkungen des Gesundheitsproblems und der daraus resultierenden Gefahren sowie der Wirkungen von angewandten Bewältigungsstrategien formativ in Echtzeit. Der Assessmentprozess der Theory of Action bleibt nicht auf dem summativen Level einer Querschnittsanalyse zum Zeitpunkt X stehen, wie der durchgeführte Situationsanalyse bis zum Sommer 2021, so ausführlich sie auch gewesen sein mag. Vielmehr nimmt ein aufbauender formativer Prozess die Antizipation, Prävention und Abschwächung neu auftretender Gesundheitsgefahren durch epidemiologische Identifizierung auf. Für die Theory of Action des ethischen Mandats der Pflegekammern bedeutet das, dass permanente Daten gesammelt werden müssen. Aktionen sind die permanente epidemiologische Identifizierung und das Monitoring des aktuellen Gesundheitszustands der Berufsgruppe auf physischer, psychischer (s. Abschn. 7.3.2) und moralischer Ebene (s. Abschn. 7.3.3).

Wenn moralische Belastungen Gesundheitsprobleme verursachen, muss es eine Förderung der moralischen Gesundheit geben. Moralische Belastungen und ihre Auswirkungen sind zukünftig genauer zu analysieren. Dazu ist exakter zu definieren, wie sich moralische Prinzipien wie z. B. Vertrauen, Empathie, Mitgefühl, Verantwortung, Gerechtigkeit, Solidarität in beruflichen Einstellungen und Wirken von Pflegefachpersonen zeigen. Zudem ist zu analysieren, wie genau Belastungen entstehen und wie sie sich ausdrücken, z. B. in Emotionen, psychischem Druck, körperlichen Schmerzen, ... und wo Übergänge fließend sind.

Monitoring real-time health status and identifying patterns to develop strategies to address chronic diseases and injuries: Fälschlicherweise könnten mit den Anforderungen des EPHS #2 nur Echtzeitmaßnahmen für Infektionskrankheiten und nicht ansteckenden Krankheiten assoziiert werden. Es sind aber alle Gesundheitsgefahren gemeint, auch die, die mit anderen Gesundheitsbelastungen einhergehen, Auslöser und/oder Auswirkung sein können. Ein Beispiel einer erforderlichen Echtzeitaufnahme wären die neu aufgetretenen gesundheitlichen, fachlichen und ethischen Belastungen, die aus der Coronapandemie resultieren. Die umfangreichen Konsequenzen der ethischen Belastungen und gar Bedrohungen der Pandemie, wie z. B. moralische Verletzungen und Berufsunfähigkeit, werden in Deutschland erst vereinzelt aufgenommen. Das Bewusstsein dafür treibt die Corona-Pandemie jetzt an, neu vorgelegte Studienergebnisse sind einzubeziehen.

Using real-time data to identify and respond to acute outbreaks, emergencies, and other health hazards: Bisher unternahmen die Pflegekammern in Deutschland nicht viel zur Antizipation der ethischen Belastung. Zwar wurde der Begriff Ethik in vielen Gesetzeswerken erwähnt, die vereinzelt ergriffenen Maßnahmen zeigten aber keine Wirkung, z. B. wurden die Ethik-AGs in RLP bald wieder aufgegeben (s. Abschn. 5.1.3); die gerade etablierten Strukturen der beiden Pflegekammern im Norden gingen mit der Abwicklung der beiden Kammern wieder verloren, ohne Wirkung entfalten zu können (s. Abschn. 5.2.1 & 5.2.2). Wenn man die in EPHS #2 geforderte Überwachung des Gesundheitszustands in Echtzeit für 2022 durchführen würde, ließe sich mutmaßlich keine Abnahme der ethischen Belastung erkennen. Aus den Entwicklungen müssen auf politischer Makroebene ansetzende Interventionen zur Bekämpfung chronischer Belastungssyndrome und moralischer Verletzungen abgeleitet werden, nur Interventionen auf individueller Mikroebene der einzelnen Pflegefachperson werden nicht ausreichen. Die bisher etablierten Ethikberatungen konnten Pflegefachpersonen wenig helfen (s. Abschn. 6.5), es braucht andere Konstrukte, die mit den Pflegefachpersonen gemeinsam zu entwickeln sind (s. Abschn. 8.2.3). Die politischen Akteure des öffentlichen Gesundheitssystems einschließlich der Pflegekammer müssen

gemeinsam Rahmen der Ermöglichung schaffen. Tun sie dies nicht, wird das Monitoring der Echtzeitdaten der Theory of Action dies erkennen lassen.

Identifying, analyzing, and distributing information from new, big, and real-time data sources: Die Belastungen werden nicht verschwinden, sondern mutmaßlich ansteigen, sich u. a. in zunehmender Krankheitslast ausdrücken und zu vermehrten Exitstrategien der Pflegefachpersonen aus dem Beruf führen.

Analyzing and utilizing inputs from multiple sectors and sources to consider social, economic, and environmental root causes of health status: Adäquate Reaktionen auf akute Situationen und proaktive Reaktionen dagegen können ethische Auswirkungen abfedern und Notfälle zukünftig vermindern. So wurde z. B. in der Pandemie eine psychologische Beratung über die Pflegekammern etabliert. Allerdings hätte die Wirkung in Echtzeit aufgenommen werden müssen, um Aussagen über Entlastungspotential und den Rückgang der Gesundheitsgefahr treffen zu können. Die summative Evaluation der Erfahrungen mit solchen Maßnahmen ist unerlässlich, aber nicht ausreichend, intendierte und nichtintendierte Auswirkungen sind proaktiv abzuschätzen. Es braucht ein permanentes Monitoring der Situation der Pflege bezogen auf die gesundheitliche Belastung und einen Abgleich, ob Maßnahmen zur Besserung beitragen. Hier können moderne digitale Instrumente helfen. Die Analyse und Nutzung von Daten aus verschiedenen Politikfeldern können die ethischen Belastung mit den anderen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Pflegefachpersonen abgleichen. So lassen sich z. B. Hinweise auf innere Kündigung oder drohenden Berufsausstieg antizipieren, soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Ursachen und Auswirkungen berücksichtigen und den sozialen Determinanten proaktiv entgegenwirken.

Ein zweiter Aktionsschritt wäre die Untersuchung der Situation bei internationalen Nursing Boards: Wie hoch ist die gesundheitliche und die ethischen Belastung der Pflegefachpersonen dort? Welche Ressourcen werden angeboten? Welche Wirkungen entfalten sie? Welche politischen Initiativen werden vorangetrieben, mit welchem Ergebnis? Welche Hinweise bieten internationale Dokumente für die deutschen Körperschaften der pflegerischen Selbstverwaltung? All dies liefert weitere wichtige Daten zur Ausgestaltung des ethischen Mandats der Pflegekammern in Deutschland.

Schließlich haben Pflegekammern die Aufgabe, alle relevanten Stellen des öffentlichen Gesundheitssystems und der anderen Politikfelder über die Situation der Pflege zu informieren. Eingeschlossen ist ausdrücklich die Mikroebene: Die Pflegefachpersonen und die Menschen mit Pflegebedarf. Die Zeugenschaft der Pflegefachpersonen bei fachlich-berufsethisch schlechtem Pflegehandeln ist

unverzichtbar, ihre Belastung als First oder Second Victims ist aufzunehmen. Dieser Aktionsschritt geschieht nicht, um zu jammern, sondern um über die Identifikation, Analyse und Informationsverbreitung neuer umfangreichen Echtzeit-Datenquellen Ressourcen zur Stärkung der Gesundheit freizusetzen und zukünftig Schäden vorzubeugen.

Damit wäre das Assessment abgehandelt. Die gewonnenen Daten allein liefern noch keine Lösung. Nächste Schritte der Theory of Action der Programmtheorie des ethischen Mandats umfassen einen strukturierten Policy Development Prozess, den die Pflegekammer zusammen mit ihren Mitgliedern anstößt und umsetzt (Abschn. 8.4.2).

8.4.2 Policy Development – Entwicklung von Interventionen des ethischen Mandates

Für ein wirkungsvolles Policy Development ist die Entwicklung von Interventionen auf verschiedenen, ineinandergreifenden Ebenen erforderlich. Die Theory of Action umfasst vier Aktionsfelder, die Information und den Kompetenzerwerb, die Vernetzung mit der Community, die Entwicklung, Umsetzung und Nutzung von Strategien sowie das Nutzen bestehender Normen und Gesetze. EPHS #3 nimmt Kommunikation und Edukation in den Blick (Abbildung 8.12).

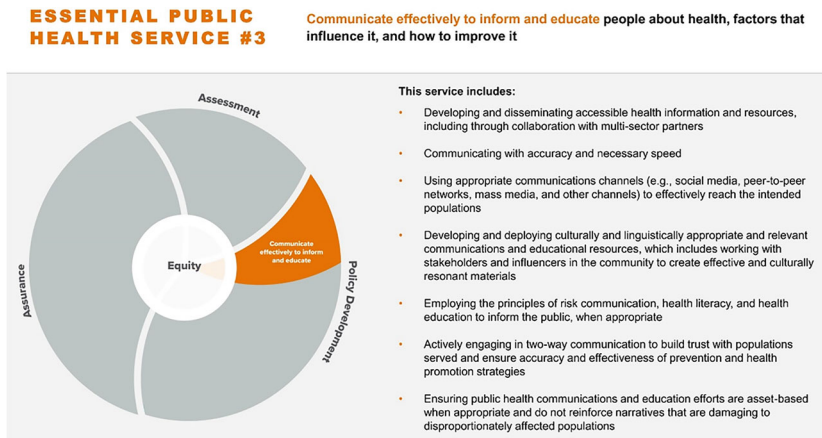


Abbildung 8.12 EPHS #3 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Communicate effectively to inform and educate people about health, factors that influence it, and how to improve it fordert EPHS #3. Die Theory of Action siedelt auf der Mikroebene Interventionen zum Kompetenzerwerb der Pflegefachpersonen an, die sie zum besseren Umgang mit und zur Vermeidung von ethischen Belastungen befähigen.

Developing and disseminating accessible health information: Angewandt auf Ethik in Pflegekammern hilft wirksame Kommunikation, Information und Edukation der Kammermitglieder zur Pflegeethik. Ethische Komplexität ist der Pflegebeziehung grundsätzlich inhärent, sie durchzieht jedes pflegefachliche Handeln, weil Pflege eine zutiefst moralische Tätigkeit ist. Asymmetrie ist ein Element jeder Pflegebeziehung. Pflegefachpersonen haben die Macht, sie entweder zu verschärfen oder professionell auszugleichen. Wenn jedoch ihr professionelles Handeln keine Wirkung entfalten kann, die Pflegefachpersonen sich machtlos sehen (s. Abschn. 6.4.3), dies zu ändern und den Menschen mit Pflegebedarf deshalb nicht helfen können, entstehen diverse ethische Belastungsszenarien, die sowohl die Menschen mit Pflegebedarf als auch die Pflegefachpersonen schädigen (s. Abschn. 6.4, 6.5). Beides wirkt als zwei Seiten einer Medaille in der Pflegebeziehung. Diese professionsethische Dimension der Pflegefachlichkeit bleibt häufig unerkannt. Ethik wird z. T. immer noch normativ-regulierend gedacht, d. h. es gibt einen Ethikkodex oder eine Berufsordnung (s. Abschn. 5.1.4), an den ich mich zu halten habe und damit ist das Thema Ethik abgehandelt. Das reicht jedoch nicht. Pflegefachpersonen brauchen Schulungsmaßnahmen, um die ethischen Herausforderungen sowie die beeinflussenden Faktoren zu erkennen, zuzuordnen und einen pflegefachlich guten Umgang damit zu erlernen. Das Wissen steht ihnen als Ressource zur Verfügung, um moralischen Belastungen vorzubeugen (s. Abschn. 7.3.3). Die pflegeethischen Grundlagen sind in die Ausbildung zu integrieren. Das Pflegeberufegesetz stärkt die professionelle Ethik, pflegeethischer Kompetenzerwerb wird ausdrücklich gefordert (vgl. § 5 Abs. PflBrefG Bundesrepublik Deutschland 17.07.2017). Dies war auch in den Vorläuferdokumenten Krankenpflegegesetz 2004 und Altenpflegegesetz 2003 schon erkennbar, (s. Abschn. 7.1.1, 7.1.2) die Umsetzung ist allerdings offen.

Communicating with accuracy and necessary speed: Falls trotz gesetzlicher Normen der Kompetenzerwerb in der Ausbildung nicht oder nur mangelhaft erfolgte, sind im Beruf stehenden Pflegefachpersonen rasch von der Pflegekammer organisierte oder mindestens unterstützte und zertifizierte Grundlageschulungen anzubieten. Die Qualitätsanforderungen an die Aktualität pflegefachlichen Wissens erfordern im Laufe des Berufslebens darüber hinaus immer wieder Auffrischungen. Unter dem Paradigma des *lebenslangen Lernens* kann z. B. ein

ethisches Begleitprogramm als Ressource im pflegerischen Berufsalltag wirken, die moralischen Qualitäten von Care nach Tronto können unterstützen. Pflegekammern sind qua gesetzlichem Mandat für die Fortbildung und Weiterbildung der Kammermitglieder verantwortlich (s. Abschn. 5.1, 5.1.4). Ihrem ethischen Mandat folgend wären im Rahmen der Theory of Action von Kammern zur Pflegeethik Fortbildungen als Refresher zu einzelnen Themen, wie dem Umgang mit herausforderndem Verhalten, Therapieentscheidungen, Gewährung von Privatheit im Pflegeheim u. v. m. anzubieten. Darüber hinaus können Pflegekammern spezielle Weiterbildungen zur Kompetenzerweiterung vorhalten, z. B. Ausbildungen für Care Dialog, Advanced Care Planning, Palliative Care, Migration und zur Beratung bei pflegeethischen Fragen und der Verknüpfungen mit der Pflegefachlichkeit. Die Pflegekammer kann die Bildungsmaßnahmen selbst konzipieren und anbieten oder mit externen Bildungsträgern kooperieren. Dabei hat die Pflegekammer die gesetzliche Pflicht zur Qualitätsprüfung und Zertifizierung der Bildungsmaßnahmen (s. Abschn. 7.1.4).

In den o. g. Aktionen lassen sich thematische Überschneidungen zu den bestehenden, von der AEM zertifizierten medizinethischen Angeboten ausmachen (s. Abschn. 6.1). Da jedoch die Analyse vorliegender Studien zeigte, dass die Themen der Pflege in der Vergangenheit oft nicht aufgegriffen wurden (s. Abschn. 6.2, 6.3, 6.4), wäre EPHS #2 folgend zu prüfen, ob das Defizit noch besteht. Falls dem so wäre, wäre eine Zertifizierung dieser Angebote durch die Pflegekammer abzulehnen.

Viele Bildungseinrichtungen bieten Schulungen zu ethischen Themen an. Dies sagt allerdings noch nichts über die Qualität und Passgenauigkeit aus. Die Pflegekammer steht in der Verantwortung, dies zu prüfen. Da die Pflegekammer Bildungsträger zertifizieren muss, um die Qualität und Anrechnungsfähigkeit von Fort- und Weiterbildungen zu sichern, ist eine Prüfung der Angebote für die Bedarfe der Profession Pflege unerlässlich (s. o.). Vorhandene Programme haben mutmaßlich bis heute Leerstellen bzgl. pflegeethischer Themen. Die Situationsanalyse zeigte, dass care-ethische Ansätze in Deutschland kaum verbreitet sind (s. Abschn. 6.4.2, 6.4.3, 6.5, 8.3.1). Deshalb ist der Pflegekammer anzuraten, ein eigenes, passgenaues Ethikbildungsprogramm für die Mitglieder zu entwickeln und anzubieten, das die Lücken füllt und nachhaltige Unterstützung im Pflegealltag bietet. Die Durchführung kann in Kooperation mit Bildungsträgern geschehen.

Die ethischen Bildungsmaßnahmen sind in die Weiterbildungsordnung und die Fortbildungsordnung der Pflegekammer einzufügen. Ein solches Grundmodul Ethik zur Unterstützung der Pflegefachlichkeit sollte in allen Weiterbildungen

Aufnahme finden, die modular aufgebaute Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer ermöglicht und fördert dies (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 17.01.2018). Die Bildungsträger ergänzen das Portfolio mit bestehenden Angeboten und Inhalten, wie z. B. die biomedizinische Entscheidungsethik. Von Dopplungen bestehender, durchaus guter Angebote ist abzuraten. Vielmehr ist die Ergänzung der pflegfachlichen und berufsethischen Perspektive erforderlich, denn diese liegt bisher weitgehend brach.

Eine weitere Aktion zur ethischen Kompetenzsteigerung ist Entwicklung und Verbreitung leicht zugänglicher Informationsmaterialien in Schriftform und sowie bildbasierte Ressourcen wie z. B. Erklärvideos, Mikroschulungen etc. für die Kammermitglieder. Die Entwicklung dieser Intervention kann ebenfalls in Zusammenarbeit mit kompetenten Partnern geschehen. Sie sollte pflegesektor-integrierend ausgerichtet sein und kann ggf. berufsgruppenübergreifend angelegt werden.

Using appropriate communications channels: Zur Bewerbung sind geeignete Kommunikationskanäle zu nutzen, um die Pflegefachpersonen effektiv zu erreichen. Aktuell stehen der Landespflegekammer das Kammermagazin, der digitale Newsletter, die Homepage sowie Social-Media-Accounts wie Facebook, Twitter und Instagram zur Verfügung. Für die Social-Media-Kanäle können Influencer gewonnen werden, die für die ethische Unterstützung der Kammer werben. Artikel in Fachzeitschriften und Tageszeitungen sowie Interviews in Fernsehen und Rundfunk können auf den Bedarf und die Unterstützungsmöglichkeiten über die Kammer hinweisen. Die Etablierung einer Lernplattform der Kammer ist in der Planung. Hier könnte z. B. auf die umfangreichen Angebote des Virtuellen Campus Rheinland-Pfalz (vgl. Virtueller Campus Rheinland-Pfalz 2022) zurückgegriffen werden, eine Kooperation wäre problemlos möglich. Andockend an die Bildungsinitiative können Peer-to-Peer Angebote der kollegialen Beratung zur Unterstützung innerhalb der Berufsgruppe über die Kammer initialisiert werden.

Developing and deploying culturally and linguistically appropriate and relevant communications:

Bei allen Bildungs- und Informationsangeboten ist auf die Entwicklung und den Einsatz von kulturell und sprachlich angemessener Kommunikations- und Aufklärungsressourcen zu achten. In der Berufsgruppe sind Kammermitglieder vieler Herkunftsländer vereint. Deutschland ist ein Einwanderungsland. Die kulturelle Sozialisation beeinflusst den persönlichen Wertekanon, der zu reflektieren ist. Ähnliches gilt für die Pflegebeziehung, Kammermitglieder treffen auf Angehörige unterschiedlichster Kulturen. Deshalb sind alle Materialien

kultursensibel auszugestalten. Die sprachliche Angemessenheit fokussiert die verschiedenen Bildungsniveaus der Berufsgruppe. Aufklärungsressourcen sind nicht hochwissenschaftlich zu formulieren, sondern handhabbar für den Praxisalltag.

Employing the principles of risk communication, health literacy, and health education: Die Kommunikation und die Aufklärungsarbeit der Pflegekammern muss vorhandene Ressourcen aufzeigen und adäquate Unterstützungsinstrumente anbieten. Problemorientiertes Arbeiten allein kann schädlich sein: Die ethische Belastung darf nicht über übertriebene Erzählungen verstärkt werden. Jammern bringt nicht weiter, es ist schädlich für die Aktivierung von Bewältigungsstrategien innerhalb der Berufsgruppe und für ihr Image nach außen. Dagegen fördert das vorgeschlagene Interventionsbündel der Theory of Action die Entwicklung der Ethical Literacy und trägt zur Stärkung der Health Literacy bei.

In dosierter Form ist neben der Zielgruppe der Pflegefachpersonen die Bevölkerung zu informieren. Verdeutlicht werden soll der fachliche Kompetenzzuwachs zur Steigerung der Versorgungssicherheit der Menschen mit Pflegebedarf.

Actively engaging in two-way communication: Zur Behandlung ethisch relevanter Praxisthemen kann mit Stakeholdern und Influencern innerhalb der Gruppe der Kammermitglieder zusammengearbeitet werden. So können wirksame Materialien erstellt werden. Die permanente aktive Kommunikation in beide Richtungen, von der Kammer zu den Mitgliedern und umgekehrt ist entscheidend: Sie baut Vertrauen der Pflegefachpersonen zur Pflegekammer auf. Für die Pflegekammer stellt die aktive Kommunikation formativ die Richtigkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien im Bereich der Pflegeethik sicher.

Ensuring public health communications and education efforts are asset based: Ethik ist integrativ in die Pflegefachlichkeit zu verorten. Das nötige Rüstzeug schafft ethisch kompetente Pflegefachpersonen. Sie sind Advokat*innen und Ermöglicher*innen des moralisch guten Klimas für Menschen mit Pflegebedarf und Pflegefachpersonen gleichermaßen. Die Sicherung der moralischen Gesundheit von Pflegefachpersonen sichert die fachliche Qualität der pflegerischen Versorgung.

Für akute ethische Belastungssituationen soll die Pflegekammer Beratungsformate vorhalten. Nötig sind der niederschwellige Zugang und die wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe. Die Berater*innen müssen über *pflegeethische* Fachexpertise und über ein ausgewiesenes kommunikatives Methodenportfolio verfügen, das u. a. Elemente der Deeskalation, der Risikokommunikation, der kollegialen Beratung und der Supervision enthält. Die Beratung bei akuten

ethischen Belastungen erfordert zudem Schnelligkeit, Genauigkeit und Vertraulichkeit. Aus wiederkehrenden Beratungsfällen sind Schulungsmaßnahmen und ggf. partizipativ zu erstellende Leitlinien abzuleiten, um Belastungssituationen proaktiv vorzubeugen.

Die Unterstützung auf der Mikroebene ist unverzichtbar, aber nicht ausreichend. Das ethische Mandat von Pflegekammern geht viel weiter. Sie tragen Verantwortung für die Veränderung der Verhältnisse, die beste pflegeethische Kompetenz nutzt nichts, wenn qualifizierte Pflegefachpersonen fehlen (s. Abschn. 6.3.1, 7.3). Die Gesellschaft muss die Herausforderungen kennen, wie EPHS #4 (Abbildung 8.13) zeigt.

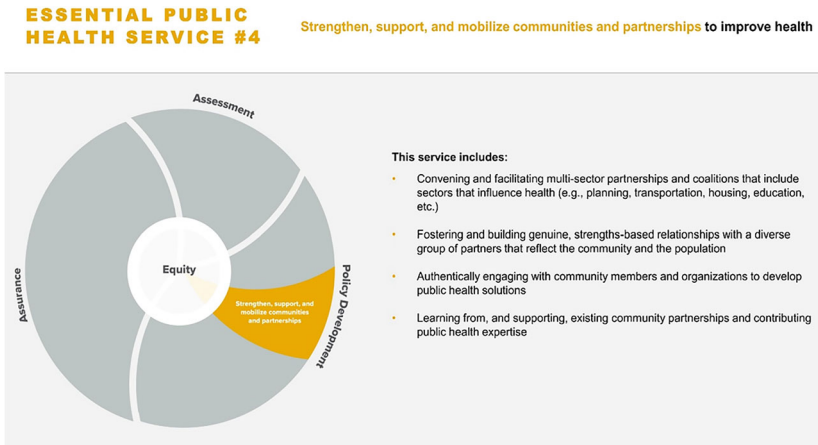


Abbildung 8.13 EPHS #4 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Strengthen, support, and mobilize communities and partnerships to improve health ist der Kern von EPHS #4. Das vierte Interventionsfeld der Theory of Action fokussiert starke Partnerschaften, sie fördern die Gesundheit. Solche Partnerschaften entstehen nicht von selbst. Es erfordert Strategien, die diverse Gruppen der Gesellschaft zur dauerhaften Unterstützung der Kammermitglieder mobilisieren. Entscheidend ist die Erkenntnis der Akteure, dass dies in ihrem eigenen Interesse, zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit geschieht. Solidarität ist am stärksten, wenn alle solidarischen Akteure zumindest ideell oder zukünftig etwas davon haben.

Fostering and building genuine, strengths-based relationships: Als erste Gruppe für eine Partnerschaft rücken naturgemäß die Menschen mit Pflegebedarf in den Blick. Im salutogenen Verständnis ist dies keine abgrenzbare Gruppe von schwachen Bedürftigen, sondern sie umfasst jede einzelne Person der Gesellschaft. Wie in Abschn. 7.2.2 dargelegt, sind alle Menschen, auch die in Rheinland-Pfalz, zeit ihres Lebens und in jedem einzelnen Moment immer mehr oder weniger gesund, mehr oder weniger pflegebedürftig, mehr oder weniger unterstützungsbedürftig. Das Bewusstsein und die Akzeptanz dieser *Conditio Humana* kann die Solidarität füreinander stärken, ungeahnte Ressourcen freisetzen und in belastbaren Partnerschaften zur Unterstützung der Pflege münden.

Convening and facilitating multisector partnerships: Auf dieser moralischen Stärke können Pflegekammern sektorübergreifende Partnerschaften initiieren und fördern. Relevante Akteure mit hohem Einfluss auf die Gesundheit kommen aus den Bereichen Logistik, Wohnen, Umwelt, Verkehr, Bildung und vielen anderen mehr. Hier greift der *Health in all Policies (HiAP)* Ansatz der WHO¹⁷. Den für Deutschland neuen Ansatz können Pflegekammern international orientiert aufnehmen und für Deutschland wirkungsvoll ausgestalten. So entstehen über althergebrachte Verantwortungsbereiche hinaus neue belastbare Koalitionen zur Förderung der Gesundheit.

Authentically engaging with community members: Der Aufbau von interdisziplinären Gruppe professioneller Akteure, z. B. aus Wirtschaft, Technik, Sozialwesen etc., spiegelt die Vielfältigkeit des vorhandenen Wissens innerhalb der Bevölkerung wider. Neue interdisziplinäre Koalitionen tragen zur Stärkung pflegeethischer Werte der Pflegefachpersonen bei, dafür gibt es viele Möglichkeiten: Wenn Pflegefachpersonen zusammen mit Architekt*innen, Bauingenieur*innen und Finanziers Wohnformen schaffen, die Autonomie und Privatheit und eine menschenwürdige Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf zentral stellen; wenn die Produktion und die Logistik es zusammen mit der Profession Pflege schaffen, z. B. ausreichend persönliche Schutzausstattung in Pandemiezeiten bereitzustellen; wenn gemeinsame Maßnahmen des Umweltschutzes zuhause und in den Einrichtungen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen stärken; wenn Menschen aufgrund von Bildungsmaßnahmen zur Stärkung der Health Literacy die Möglichkeiten des Gesundheitswesens besser nutzen können, ... Über

¹⁷ Den HiAP-Ansatz kann hier nicht weiter vertieft werden, dies wäre ein Desiderat für eine Folgearbeit. Grundlegende Dokumente finden sich z. B. in Leppo et al. 2013 und World Health Organization 2014.

diese und noch viele weitere Beispiele können die sogenannten Rahmenbedingungen angepasst und gestärkt werden und ethischen Belastungen als Symptom einer nicht gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit vorgebeugt werden.

Learning from, and supporting, existing community partnerships: Ausdrücklich ist die Zusammenarbeit mit informellen Gruppen, wie z. B. Selbsthilfegruppen aufzubauen und die Vernetzung bestehender Partnerschaften wertzuschätzen. Die Förderung der transdisziplinären Kooperation für Gesundheit schafft echte, auf den jeweiligen Stärken der Akteure basierende Beziehungen und baut Missverständnisse, Unkenntnis und Vorurteile ab. Die authentische Zusammenarbeit mit allen Mitgliedern, Akteuren und Organisationen trägt zur Entwicklung von Lösungen für die öffentliche Gesundheit bei. Das Einbringen des jeweiligen Fachwissens und das gemeinsame Lernen voneinander fördert soziale Innovationen für die Gesundheit. Das ethische Mandat von Pflegekammern für *Care for Care and the Caregivers* (s. Abschn. 7.4, 8.3.1) fordert die proaktive Initiierung und Mobilisierung solcher, für Deutschland neuen, inter- und transdisziplinären Vernetzungen, Kooperationen und engen Partnerschaften zur reziproken Förderung der Gesundheit und des Wohlbefinden aller. Mittelfristig ist zu klären, welche Ansprüche an gesellschaftliche Entwicklungsperspektiven zu stellen wären. Das Zusammenbringen der vielfältigen Akteure ist ein essentieller Schritt, aber im Verständnis eine kompletten Programmtheorie nicht hinreichend. Aufbauend

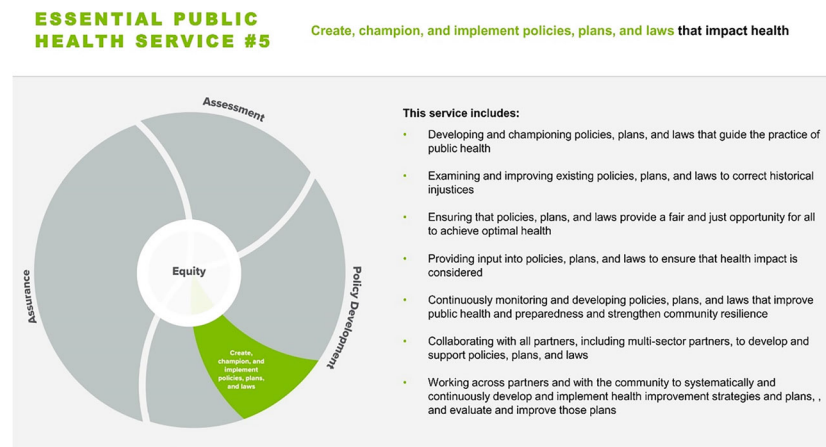


Abbildung 8.14 EPHS #5 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

muss die Theory of Action die Entwicklung von konkreten Plänen, Strategien und auch Gesetzen enthalten, wie EPHS #5 zeigt (Abbildung 8.14).

Create, champion, and implement policies, plans, and laws that impact health: lautet die Anforderung von EPHS #5. Pflegekammern sind Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Sie haben eine gesetzlich legitimierte Regelungskompetenz inne (s. Abschn. 5.1).

Developing and championing policies, plans, and laws that guide the practice of public health: Die Regelwerke der Pflegekammer tragen zur Entwicklung und Förderung pflegeberuflicher Praxis bei (s. Abschn. 5.1.4). Die Fort- und Weiterbildungsordnungen ermöglichen die hochwertige pflegerische Versorgung der Bevölkerung, die Berufsordnung und der Schlichtungsausschuss schützen sie (s. Abschn. 7.1.4). Strategien, wie z. B. zur Reduzierung von Gewalt in der Pflege (s. Abschn. 5.1.3), dienen je nach Perspektive den Menschen mit Pflegebedarf oder den Pflegefachpersonen, beide Perspektiven gemeinsam tragen zur Sicherung der Gesundheit bei. Auch Initiativen, die eine deutliche Erhöhung des Einstiegsgehaltes von Pflegefachpersonen auf 4000 € fordern, helfen. Sie wirken als Beitrag zur Qualitätssicherung, weil sich so die Wertschätzung der Gesellschaft ausdrückt und zumindest finanziell motivierte Berufsausstiege abgewendet würden (s. Abschn. 7.1.3).

Examining and improving existing policies, plans, and laws to correct historical injustices: Die Ordnungswerke und Strategien der Pflegekammern leisten ein Beitrag zur Korrektur historischer Ungerechtigkeiten (s. Abschn. 7.2.1), weil sie die pflegfachliche und pflegeethische Expertise für die Bevölkerung sichtbar machen. Dadurch wird deutlich, wie wichtig die Pflegeexpertise für die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft ist. Die Grundlage bildet eine Analyse der bestehenden Strategien, Pläne und Gesetze im Lichte der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, historisch bedingte Ungerechtigkeiten zu korrigieren (s. u. a. Abschn. 7.2.1, 7.3.1). Hierunter fällt beispielsweise die monodisziplinäre Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems an der Medizin und die Marginalisierung der Expertise des Heilberufs Pflege (s. Kap. 6). Dabei geht es nicht um den Schutz der Pflegefachpersonen oder gar deren Profilierung, sondern um den Schutz der Bedarfe der Menschen mit Pflegebedarf und somit der Versorgungssicherheit der Bevölkerung.

Ensuring that policies, plans, and laws provide a fair and just opportunity for all to achieve optimal health: Die Ordnungswerke sind ein Beitrag der Profession zur Sicherstellung des Zentralwertes Gesundheit (s. Abschn. 7.2.3). Sie bieten allen Menschen im jeweiligen Bundesland, dass eine Pflegekammer errichtet hat,

eine faire und gerechte Chance des Zugangs zu Pflegeleistungen zur Unterstützung der Gesundheit. Pflegefachpersonen haben, wie alle Menschen, das Recht auf Gesundheit (s. Abschn. 5.1.4). Es darf nicht nur um die Ermöglichung dieses Rechts für die Menschen mit Pflegebedarf gehen. Pflegefachpersonen haben, wie alle Menschen, einen kontinuierlichen Selbstpflegebedarf (s. Abschn. 7.2.2), der Räume der Ermöglichung braucht. Manchmal haben sie auch Pflegebedarfe, bei denen sie die Unterstützung der Pflegekammern brauchen. In allen Ordnungswerken und Strategien ist die Überprüfung der Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen sicherzustellen, beispielsweise sind Ruhezeiten einzuhalten; Weiterbildungsmaßnahmen sind Arbeitszeit; Pflegefachpersonen dürfen sich nicht selbst gefährden, Diese Aspekte sind in die BO der Landespflegekammer RLP eingeflossen (s. Abschn. 5.1.4).

Providing input into policies, plans, and laws to ensure that health impact is considered: Die Kammer soll den Gesundheitszustand der Pflegefachpersonen kontinuierlich im Blick behalten (s. EPHS #2), entsprechende Strategien zur Entlastung formulieren und im politischen Feld verfechten. Dazu gehört, die eigenen Regelwerke zu prüfen und ggf. überarbeiten, damit sie bei Pflegefachpersonen die Bereitschaft zur Verbesserung der Gesundheit und zur Erhöhung ihrer Widerstandsfähigkeit stärken. Diese Resilienz wirkt sich auf den Umgang mit ethischen Fragestellungen aus. Neben dem internen Engagement muss sich die Pflegekammer (pro)aktiv in die Gesundheitspolitik einbringen, um auf politischer Ebene ihre Verantwortung für die pflegerische Versorgungssicherheit wahrzunehmen.

Collaborating with all partners, including multi-sector partners, to develop and support policies, plans, and laws: Zur Sicherung der Gesundheit arbeitet die Pflegekammer RLP bereits heute mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems, z. B. Krankenkassen und Unfallversicherern zusammen. Darüber hinaus wären sektorübergreifender Partnerschaften anzustreben. Wie unter EPHS #4 erläutert, können gemeinsam verfasste Strategien und konsentiertere Einflussnahmen auf Gesetzgebungsprozesse wertvolle Beiträge zur Unterstützung der Gesundheit aller liefern. Die systematische Entwicklung und Umsetzung von Strategien in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung, z. B. Patientenvertretungen und Selbsthilfegruppen, kann zur kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheit von Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf beitragen. Von der Pflegekammer initiierten Netzwerken und Kooperationen können sich nur nachhaltig auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, wenn gemeinsam passende Strategien zur Zusammenarbeit gefördert, Pläne zur Umsetzung von Interventionen geschaffen und Gesetze entwickelt und umgesetzt werden. Diese transdisziplinäre Herangehensweise greift in die bisherige Praxis des öffentlichen Gesundheitswesens ein,

die einen vorwiegend administrativen Part im krankheitsorientierten System innehatte.

Working across partners and with the community to systematically and continuously develop and implement health improvement strategies and plans and evaluate and improve those plans: Die Entwicklung und Förderung von Strategien, Plänen und Gesetzen wird die Praxis des öffentlichen Gesundheitswesens neu ausrichten, es ist ein Paradigmenwechsel. Deshalb ist sicherzustellen, dass Politiken, Strategien und Gesetze allen Menschen eine faire und gerechte Chance bieten, eine optimale Gesundheit zu erreichen. Hier wird deutlich, wie essentiell die empfohlenen Kooperationen sind. Eine Pflegekammer allein kann sich nur verheben und im Politikfeld Gesundheit bestenfalls Nadelstiche platzieren. Transdisziplinäre Wissensbestände dagegen kann die Pflegekammer kanalisieren. Sie sind in allen Politikfeldern in die Entwicklung von Politiken, Plänen und Gesetzen einzubringen, damit die Auswirkungen auf die Gesundheit berücksichtigt sind und nicht im Nachgang mühsam nachjustiert werden muss.

Über das Einspeisen von inhaltlichen Beiträgen der Kammer hinaus ist deshalb ein wirkungsvolleres Qualitätsmanagement (s. Abschn. 7.3) zur Bewertung und Sicherung der Nachhaltigkeit hilfreich. Aufgabe der Qualitätssicherung ist die kontinuierliche Einschätzung, ob sich die nötige die Bereitschaft zur Transformation im öffentlichen Gesundheitssystem und allgemein im politischen Raum entwickelt und in Aktionen mündet oder ob es weiterer Unterstützung bedarf. Der zweite Teil der Qualitätssicherung ist die kontinuierlich Überwachung, ob die politischen Strategien und Gesetze wirklich die öffentliche Gesundheit verbessern und die Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung stärken.

Solche Instanzen gibt es heute noch nicht. Vielmehr läuft die Kommunikation mit Ministerien und anderen Stellen des öffentlichen Gemeinwesens meist noch nach hierarchischen Mustern ab: Vielfältige, den einzelnen Politikfeldern zugeordnete Akteure werden zwar aufgerufen, ihre Fachexpertise beizusteuern. Die Entscheidung über die Aufnahme von fachlicher Expertise in Strategiepapieren und Gesetzeswerken obliegt allein den politisch Verantwortlichen. Bisher gibt es keine Begründungs- und Rechtfertigungspflicht des öffentlichen Systems und der politischen Akteure, wenn fundierte Vorschläge keine Aufnahme finden. Dies gilt es im Sinne der demokratischen Mitbestimmung und Partizipation zu ändern. Dadurch wird die Verantwortung aller Akteure, die heute außerhalb der politischen Verantwortung stehend gesehen werden, deutlich zunehmen. Die partnerschaftliche Entwicklungs- und Unterstützungsarbeit bei Strategien, Plänen und Gesetzgebungsverfahren, innerhalb des Gesundheitswesens und politikfeldübergreifend schafft einen integrativen politischen Raum, der demokratische

Verantwortung teilt und stärkt. Die übergreifende, transdisziplinäre Zusammenarbeit kann über die systematische und kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Plänen zur Verbesserung der Gesundheit beitragen und damit den von der WHO seit Jahrzehnten forcierten Paradigmenwechsel ermöglichen.

Auf der Makroebene ist die transparente Bewertung und kontinuierliche Verbesserung der Strategien und Pläne einzuschließen. Von allen Akteuren muss wohlbedacht werden, was von wem mit welcher Intention eingebracht wird. Ethische Reflexionsprozesse sind erforderlich, um anzuzeigen, ob die Beiträge wirklich dem Ziel der Stärkung der Gesundheit und der Chancengerechtigkeit der Bevölkerung dienen oder partikularen Interessen einzelner Akteure, Gruppen oder Organisationen.

Die geschilderten Ansätze sind keine realitätsferne Illusion, zumindest nicht in anderen Ländern¹⁸. In Deutschland kann eine Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Teil des öffentlichen Gesundheitssystems neue Wege aufzeigen. Dies führt heraus aus der Rolle der Pflege als Spielball der Politik, wofür sowohl die Entwicklungen der norddeutschen Pflegekammern (s. Abschn. 5.2.1, 5.2.2) als auch der Umgang mit Pflegenden in der Coronapandemie als exemplarische Beispiele dienen mögen. Aber nicht alles muss neu geschaffen werden,

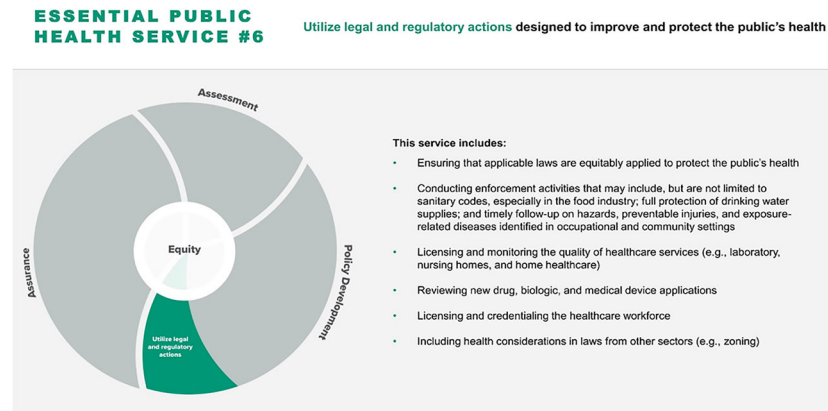


Abbildung 8.15 EPHS #6 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

¹⁸ International liegen umfassende Belege vor, die aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht in diese Arbeit eingebracht werden können, sondern einer Folgearbeit überlassen bleiben müssen.

es hilft, bestehende nationale und internationale Regelwerke zu nutzen und auf deren Einhaltung zu dringen, dem widmet sich EPHS #6 (Abbildung 8.15).

Utilize legal and regulatory actions designed to improve and protect the public's health: Nachdem die Theory of Action einen Überblick über die Möglichkeiten der Pflegekammer zur Entwicklung von Strategien, Plänen und Gesetzen mit interner und externer Perspektive auf Mikro- und Makroebene gab, geht es in EPHS #6 um die Nutzung bestehender rechtlicher und regulatorischer Maßnahmen.

Ensuring that applicable laws are equitably applied to protect the public's health: Dies dient zur Verbesserung und zum Schutz der Gesundheit von Pflegefachpersonen und der Bevölkerung gleichermaßen. Solche Schutzmaßnahmen sind gerecht anzuwenden. Was dies für Pflegekammern bedeutet, zeigt exemplarisch die Corona-Pandemie: Kammern haben darauf zu dringen, dass den am stärksten Exponierten, dem medizinischen Personal, den vulnerablen Personen und deren Angehörigen, entsprechende persönliche Schutzausrüstung in ausreichender Menge zur Verfügung steht, bevor die Allgemeinbevölkerung diese erhält. Zu Beginn der Coronapandemie waren viele Pflegefachpersonen gezwungen, die Pflege unter Außerkraftsetzung hygienischer Standards durchzuführen oder sie hätten die Menschen nicht versorgen können. Dies führte zu ethischen Dilemmata, moralischen Verletzungen, psychischen Belastungen und körperlichen Schäden. In der Konsequenz sind viele ältere Menschen und auch Pflegefachpersonen verstorben, viele sind chronisch an Post-Covid erkrankt, etliche Pflegefachpersonen sind berufsunfähig¹⁹. Die Pflegekammer sollte ihre Mitglieder künftig stärker mit den Unfallversicherern vernetzen, damit Pflegefachpersonen dort unterstützt werden. Viele Gesundheitsschäden wären vermeidbar gewesen. Deshalb gilt es jetzt z. B. die Hygienevorschriften und Logistikabläufe anzupassen, um bei der nächsten Pandemie gewappnet zu sein. Den Prozess sollten Pflegekammern vorantreiben.

Conducting enforcement activities that may include, but are not limited to sanitary codes, especially in the food industry; full protection of drinking water supplies; and timely follow-up on hazards, preventable injuries, and exposure related diseases identified in occupational and community settings: Es gibt noch viele weitere Beispiele für expositionsbedingte Erkrankungen am Arbeitsplatz. Den jeweils aktuellen Stand des Wissens, ggf. bestehende Defizite und

¹⁹ Vertiefend hierzu Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV); Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 09.06.2020 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 20.01.2022.

Handlungsbedarfe muss die Pflegekammer herausarbeiten, um rechtzeitig Initiativen zum Schutz starten zu können, seien es Stellungnahmen, eigene Ordnungen oder der Einfluss auf zu erstellende Gesetzeswerke und Unterstützungsregularien der anderen Sozialpartner. Nach aktueller deutsche Gesetzeslage muss sie dazu vor allem mit den Unfallversicherern zusammenarbeiten. Sie haben ein hohes Interesse an der Vermeidung des Versicherungsfalles Berufskrankheit. Deshalb halten Unfallversicherer ein umfangreiches Angebot für Pflegefachpersonen vor. Die Pflegekammer hat ihre Mitglieder darüber zu informieren.

Seitens der Pflegekammer ist darauf zu achten, dass die eigenen Normsetzungen, insbesondere den Gesundheitsschutz betreffend, eingehalten werden. Die BO unterstützt die Kammermitglieder dabei „auf die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit zu achten“ (§ 2 Abs. (4) e) Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020). Bei gesundheitlichen Einschränkungen kann die Kammer unterstützend zurate gezogen werden (vgl. § 9 Abs. (5) BO Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020). Dies ist mit Leben zu füllen.

Licensing and monitoring the quality of healthcare services: Die Pflegekammer zertifiziert Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, somit leistet sie hier einen Beitrag zur Qualitätssicherung (s. Abschn. 7.1.4). Weitere im EPHS #6 formulierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung im öffentlichen Gesundheitssystem kann die Pflegekammer RLP aktuell nur indirekt beeinflussen, weil es (noch) keine gesetzlichen Grundlagen dafür gibt. Dazu gehören die Zulassung und Überwachung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Pflegeheime und häusliche Pflege). Dies übernehmen bis heute andere staatliche Stellen und die medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK). In die Prüfung von Medikamentenforschung ist die Pflegekammer RLP partiell eingebunden, sie entsendet eine Pflegefachperson in die Ethikkommission der Ärztekammer, die über die Forschungsanträge entscheidet (s. Abschn. 5.1.2).

Reviewing new drug, biologic, and medical device applications: In die Zulassung neuer Gesundheitssachleistungen wie Medikamente, Biologika und Medizingeräte sowie deren Monitoring ist die Pflegekammer bisher nicht eingebunden. Sowohl die Ebene der Gesundheitsdienstleistungen als auch der Gesundheitssachleistungen haben großen Einfluss auf das professionelle Pflegehandeln, deshalb muss die Pflegekammer sich auf politischer Ebene dafür einsetzen, künftig in diese Qualitätsprozesse eingebunden zu werden. Der Einfluss auf Gesetze der Landesebene und der Bundesebene muss genau abgewogen werden. Die Pflegekammer soll kritisch analysieren, wo es in der aktuellen Gesetzeslage Änderungsbedarfe mit dem Blick auf der Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung gibt. In Aushandlungsprozesse können aktuell zumindest den Gesetzen nachgeordnete Verordnungen

mitgestaltet werden. Intern ist zu überdenken, wo es im Sinne des ethischen Mandates geboten ist, Einfluss zu nehmen und Diskussionen, z. B. zur Überarbeitung von gesetzlich legitimierten Zuständigkeiten, in Gang zu setzen. Für die Bundesebene ist die Einflussnahme auf die Mittelverteilung, beispielsweise für das SGB V im gemeinsamen Bundesausschuss, immer wieder in der Diskussion. Auf Landesebene kann die Zuständigkeit der Kammer ausgebaut werden, das Land kann weitere Aufgaben an die Kammern delegieren. Die Wirkung und Sinnhaftigkeit solcher Strategien sind gegenüber den Kammermitgliedern darzulegen. Im partizipativen Prozess der Theory of Change (s. Abschn. 8.2.3) ist gemeinsam zu entscheiden, weil Kammermitglieder für die Aktivitäten der Pflegekammer über ihre Mitgliedsbeiträge aufkommen müssen.

Licensing and credentialing the healthcare workforce: Die Zulassung und Qualifizierung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen obliegt nur zu Teilen der Pflegekammer. Sie trägt die Verantwortung für die Weiterqualifizierungen zur Sicherung des aktuellen professionellen Wissens der Pflegefachpersonen. Zudem ist die Kammer für die Anerkennung von ggf. im Ausland erworbenen Weiterbildungen zuständig. In Rheinland-Pfalz ist die Kammer nicht in die Gestaltung der Ausbildung eingebunden, sie hat nur das Recht den Abschlussprüfungen beiwohnen. Das Gesetz in NRW dagegen sieht eine Verlagerung der Zuständigkeit auf die Kammern vor (s. Abschn. 5.3.3). Diese Aufgabenerweiterung verbunden mit der Gesetzesänderung des Heil-BG RLP hat die Landespflegekammer RLP beim Land einzufordern.

Including health considerations in laws from other sectors: Die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in Gesetzen aus anderen Bereichen (z. B. bei der Raumordnung) kann die Pflegekammer ebenfalls im Blick behalten. Sie muss zumindest über politische Stellungnahmen Position für die Desiderate der Pflege beziehen und so Einfluss nehmen.

EPHS #6 schließt das Policy Development der Theory of Action. Das Arbeitspaket Assurance hat die Sicherung der Nachhaltigkeit des ethischen Mandat von Pflegekammern zum Ziel.

8.4.3 Assurance – Sicherung des ethischen Mandates

Assurance hat die Sicherung der Chancengerechtigkeit für Gesundheit über Strukturen, Personal, Evaluation und Verbesserung der Organisationen im öffentlichen Gesundheitswesen zum Ziel. Es gewährleistet den Erfolg der Interventionen. EPHS #7 sichert den gerechten Zugang zu Care (Abbildung 8.16).

ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICE #7

Assure an effective system that *enables equitable access* to the individual services and care needed to be healthy



Abbildung 8.16 EPHS #7 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Assure an effective system that *enables equitable access* to the individual services and care needed to be healthy: Das ethische Mandat der Pflegekammer umfasst den Einsatz für die Sicherstellung eines wirksamen Gesundheitssystems. Ein wirksames Gesundheitssystem definiert sich über einen gleichberechtigten, fairen Zugang zu den für die Gesundheit erforderlichen individuellen Dienst- und Pflegeleistungen für alle, dann ist es im ethischen Verständnis ein gutes Gesundheitssystem. Die Profession Pflege muss ihr Berufsfeld diesem Anspruch entsprechend entwickeln, die Theory of Action zeigt dazu Wege auf.

Connecting the population to needed health and social services that support the whole person, including preventive services: Unumgänglich ist die Anbindung jeder Gruppe der Bevölkerung und damit der gesamten Population an die erforderlichen Gesundheits- und Sozialdienste. Dies klingt für Deutschland trivial, denn die deutschen Gesetze und Regelwerke betonen die Chancengleichheit. Dennoch belegen mannigfaltige Studien, dass der normierte gleiche Zugang nicht in allen Gruppen gelingt. Vielmehr finden insbesondere bildungsferne Schichten mit geringem Einkommen schwerer den Weg zu den für sie nötigen Dienstleistungen. Ein Migrationshintergrund kann die Situation verschärfen. Jüngst belegte z. B. das umfassende Monitoring der Corona-Pandemie erneut diese Befunde: In den Städten, wo die Echtzeitanalyse der Infizierten mit deren Wohnorten korreliert wurde, zeigte sich, dass die Inzidenzen in ärmeren Stadtvierteln mit hohen

Migrationsanteil um ein Vielfaches höher waren als in den Vierteln, in denen wohlhabende Menschen leben.²⁰

Das exemplarische Beispiel und die Ergebnisse vieler weiterer Studien verdeutlichen, dass das Gerechtigkeitsverständnis in Deutschland anzupassen ist. Statt Chancengleichheit braucht es Chancengerechtigkeit. Diese Forderung gilt nicht nur für wirtschaftlich oder bildungsschwache Gruppen, sondern umfasst alle sozioökonomischen Unterschiede. Manchmal kann der Zugang zum Gesundheitssystem schon geschlechtsspezifisch unterschiedlich sein, z. B. wurde statistisch ganz häufig belegt, dass Männer seltener an Präventionsmaßnahmen teilnehmen und eher Unfälle haben.

Ensuring access to high-quality and cost-effective healthcare and social services, including behavioral and mental health services, that are culturally and linguistically appropriate: Erforderlich ist eine faire Chancengerechtigkeit, die nicht nur allen das Gleiche zur Verfügung stellt, sondern die unterstützt, die beim Zugang zu den Angeboten Schwierigkeiten haben. Es reicht für ein öffentliches Gesundheitssystem nicht, lediglich Strukturen zur Verfügung zu stellen und das Ergebnis dieser Intervention nicht zu beachten. Dies läuft sowohl den Qualitätsanforderungen als auch der Kosteneffizienz zuwider. Es reicht auch nicht, auf der Prozessebene zu fordern, dass die potentiellen Nutzer*innen ihr Verhalten an die Strukturen anpassen und so zu hoffen, dass der Nutzungsgrad (das Output) steigt. Dies wird nur Teile der Bevölkerung erreichen, viele aber auch nicht. Vielmehr muss ein gutes Outcome bei allen potentiellen Nutzer*innen die Ergebniskategorie sein. Es braucht einen Perspektivwechsel: Die Menschen müssen nicht den Strukturen dienen, sondern die Strukturen den Menschen. Sozioökonomische Determinanten dürfen der Nutzung nicht entgegenstehen, sie müssen analysiert und mit passenden Maßnahmen angegangen werden. Dann sind bestehende Strukturen anzupassen, denn Verhalten und Verhältnisse müssen passgenau sein.

Engaging health delivery systems to assess and address gaps and barriers in accessing needed health services, including behavioral and mental health: Die Pflegekammer sollte Analysen für den Zugang zu allen von Pflegefachpersonen heute angebotenen oder zukünftig noch anzubietenden Gesundheitsleistungen unternehmen. Damit sind ausdrücklich mehr als die in deutschen Sozialgesetzbücher definierten *Pflegeleistungen* gemeint, wie z. B. Nursing in Schulen, Betrieben und Communities. Diese Ansätze können die Chancengerechtigkeit stärken, weil

²⁰ Solche Analysen liegen beispielsweise für Bremen und Köln vor, nähere Hinweise im Literaturverzeichnis.

sie benachteiligte Menschen in den Settings entdecken und gezielt fördern. Zur Durchführung solcher Entwicklungsprojekte sollte sich die Pflegekammer starke Partner suchen und selbst starke Partnerin sein.

Addressing and removing barriers to care: Die Menschen sind als ganzheitliche Person zu unterstützen fordert EPHS #7. Das Desiderat läuft unserem fragmentierten Gesundheitssystem entgegen, wo einzelne Krankheiten therapiert werden, die über die DRGs im Krankenhaus abrechenbar sind oder einzelne Pflegeleistungen durchgeführt werden, die im ambulanten Bereich refinanziert werden. Bisher scheint es umgekehrt, die Menschen müssen sich an die Versorgungsbereiche und die jeweiligen Systemlogiken anpassen. Dabei entstehen Brüche beim Wechsel von einem Bereich in den nächsten, die Gesundheit und Wohlbefinden gefährden können. Die Pflegekammer hat der Fragmentierung entgegenzuwirken und die ganzheitliche Sicht zu stärken. Den Anspruch transportiert der Begriff *Mensch mit Pflegebedarf*. Er nimmt die *Conditio Humana* der Verletzlichkeit und Unterstützungsbedürftigkeit aller Menschen auf. Er stellt aber gleichzeitig dem Mensch in den Mittelpunkt und ordnet diese Kategorien der unteilbaren Würde des Menschen unter (s. Abschn. 7.2.2). Eine Wortwahl drückt immer die dahinterstehende Haltung aus. Für die Pflegekammer bedeutet das, dass der Begriff *Mensch mit Pflegebedarf* Programm sein muss, als Körperschaft auf der politischen Makroebene und in der Pflegebeziehung auf der Mikroebene.

Building relationships with payers and healthcare providers, including the sharing of data across partners to foster health and well-being: Zur Verbesserung der Serviceleistungen des öffentlichen Gesundheitssystems gibt es zwei Ebenen: Die Pflegekammer setzt sich auf politischer Ebene für die Sicherstellung des Zugangs der Menschen mit Pflegebedarf zu qualitativ hochwertigen und kosteneffizienten Gesundheits- und Sozialdiensten ein. Dies umfasst alle Gesundheitsdienste, auch die, die die Stärkung des Verhaltens und der Psyche zur Aufgabe haben. Auch die Dienste, die sich der Prävention vor Unfällen, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit verschrieben haben, wie z. B. die Unfallversicherer, die Kranken- und Pflegekassen gehören dazu. Alle Services sind auf kulturelle und sprachliche Angemessenheit zu beurteilen.

Die Pflegekammer sollte nicht auf der Ebene der politischen Forderungen stehen bleiben, sondern die Vernetzung aller Teile des öffentlichen Gesundheitssystems proaktiv vorantreiben, um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu bewirken. Alle Leistungserbringer und Kostenträger sind als Serviceleistende des deutschen Gesundheitswesens in die Bewertung unseres öffentlichen Gesundheitssystems einzubeziehen. Diese gemeinsame Bewertung liefert Erkenntnisse zur Beseitigung von Angebotslücken, Zugangshindernissen und zur Steigerung

der Passgenauigkeit. Darüber hinaus trägt es zum Ausbau neuer, nötiger Gesundheitsdienste zur Stärkung der körperlichen, verhaltensbezogenen, psychischen und moralischen Gesundheit bei. Gleichermaßen wird der Equity- Ansatz gestärkt.

Über die stärkere Vernetzung und die ganzheitliche Evaluation des Gesundheitssystems, die nicht nur einzelne Mikrofacetten bewertet, werden Hindernisse der chancengerechten Versorgung angegangen, Versorgungsbrüche des öffentlichen Gesundheitssystems beseitigt und dem Menschenbild der Pflegekammer und der Profession Pflege folgend der Mensch in den Mittelpunkt gestellt. Das Menschenrecht auf Gesundheit ist der Kern, dem das öffentliche Gesundheitssystem zu dienen hat. Der Aufbau von Beziehungen zu Kostenträgern und Gesundheitsdienstleistern, einschließlich des datenschutzkonformen Austauschs von Daten zwischen allen Partnern bietet einen unersetzlichen Baustein. Der gesamte Bereich der Gesundheitsförderung ist zu stärken. Es braucht ein proaktives Vorgehen, das das körperliche, psychische und moralische Wohlbefinden der Menschen schützt und unterstützt.

Contributing to the development of a competent healthcare workforce: Auf der Mikroebene der Pflegebeziehung sichern die Kammermitglieder das wirksame System eines gleichberechtigten Zugangs über individuelle Dienstleistungen für die einzelnen Menschen mit Pflegebedarf. Sie beraten sie und übernehmen eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem, damit Versorgungsbrüche reduziert werden. Eine Meldestelle in der Pflegekammer, wie es die Berufsordnung heute schon anbietet, berät und unterstützt Pflegefachpersonen, gibt ihnen die nötigen Informationsmaterialien an die Hand und kann Schulungen zu abgeleiteten Bedarfen durchführen. So kann die Pflegekammer einen Beitrag zur Entwicklung von kompetenten Kammermitgliedern leisten, die die Chancengerechtigkeit unterstützen. Das ist *Advocacy*, *Enabling* und *Mediating* der Profession Pflege für die Bevölkerung, wie es sowohl die Ottawa Charta der Gesundheitsförderung als auch die Definition von Pflege und der Ethikkodex des ICN fordern.

Damit dies gelingen kann, braucht es den Paradigmenwechsel im öffentlichen Gesundheitssystem zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und eine erheblich stärkere Betonung und Ausdifferenzierung des Berufsfelds der Pflege. Folgt die Pflegekammer ihrem ethischen Mandat, muss sie maßgebliche Treiberin sein. EPHS #8 vertieft den Aufbau und die Unterstützung von entsprechend qualifiziertem Personal (Abbildung 8.17).

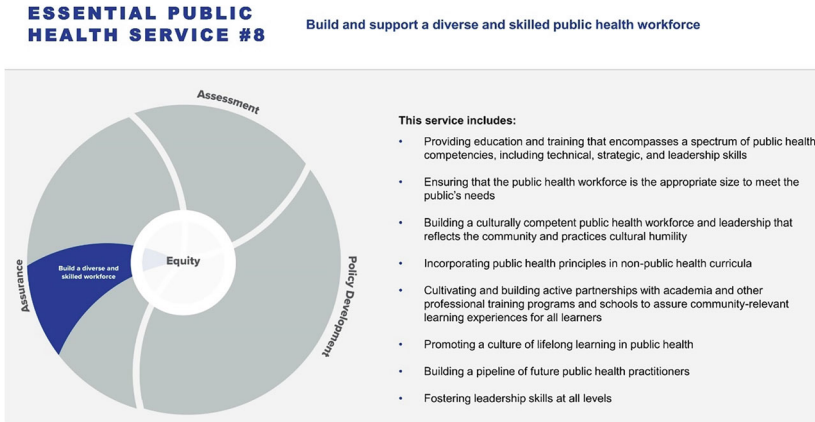


Abbildung 8.17 EPHS #8 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Build and support a diverse and skilled public health workforce beinhaltet EPHS #8: Die Umsetzung der 10 EPHS kann nur qualifiziertes, mit vielfältigen Kompetenzen ausgestattetes Personal leisten. EPHS #8 empfiehlt den Aufbau und die Unterstützung einer passgenauen Belegschaft im Gesundheitswesen. Das englische *Workforce* für das öffentliche Gesundheitssystem trifft die Intention noch besser: Die Pflegekammer sichert über ihre Mitglieder die pflegerische Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im öffentlichen Gesundheitssystem (s. Abschn. 8.1), die Pflegefachpersonen sind die Workforce, die Power, die dies ermöglicht.

Providing education and training that encompasses a spectrum of public health competencies, including technical, strategic, and leadership skills: Ein Baustein zur Stärkung ist die von den Pflegekammern verantwortete Gestaltung der Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen. Für Unterstützungsmaßnahmen bei ethischen Belastungen wurde dies unter EPHS #3 erläutert. Darüber hinaus kann die Pflegekammer passende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bereitstellen, mit deren Hilfe Pflegefachpersonen das nötige breite fachliche Kompetenzspektrum für den Bereich des öffentlichen Gesundheitssystems erwerben. Zum Portfolio gehören technische Fähigkeiten zum Umgang mit digitalen Tools, z. B. virtuelle Konferenzttools, Televisiten, digitale Mindmaps und Dokumentenmanagementsysteme und viele mehr. Zudem sind strategische Fähigkeiten

zu schulen, um Probleme zielgerichtet bearbeiten und Hausforderungen proaktiv begegnen zu können. Prozessorale und systemische Kompetenzen sichern den Umgang mit den Instrumenten der Gesundheitsförderung, wie z. B. den 10 EPHS.

Ensuring that the public health workforce is the appropriate size to meet the public's needs: Der aktuell vielleicht wichtigste Punkt neben dem Kompetenzerwerb ist das Vorhalten einer ausreichenden Zahl von Pflegefachpersonen. Die Pflegekammer muss sich für diese Sicherstellung einsetzen. Die vorgehaltene Human Ressource muss zukünftig die richtige Größe und insbesondere Qualität haben, um die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllen zu können. Davon ist die aktuelle Anzahl der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen weit entfernt, wie diverse Studien zeigten (s. Abschn. 7.3.2), die körperliche, physische und moralische Belastung (s. Abschn. 6.4, 7.3.3, 7.4) ist sehr hoch. Die Pflegekammer muss selbst Aktivitäten zur Sicherung des Berufsverbleibs unternehmen, bestehende Aktivitäten anderer Akteure des öffentlichen Gesundheitssystems unterstützen, wie z. B. die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege des Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (2022) und neue passgenaue Aktivitäten initiieren und einfordern.

Zu den Anstrengungen der Personalsicherung ist der Aufbau eines Netzwerkes zur Gewinnung zukünftiger Pflegefachpersonen durch die Pflegekammer zu zählen. Sie kann z. B. eine Kampagne *Traumberuf Pflege* initiieren und insbesondere die Aufgaben der Profession im öffentlichen Gesundheitssystem zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung einspeisen. Es steht zu vermuten, dass dieser tiefere Sinn von Care und die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten junge Menschen beeindruckt.

Building a culturally competent public health workforce and leadership that reflects the community and practices cultural humility: Um der Vielfältigkeit der Bevölkerung zu begegnen, ist sowohl der Aufbau von kulturellen Kompetenzen beim Pflegepersonal erforderlich als auch eine Führungskompetenz, die kulturelle Offenheit an den Tag legt, zu fördern.

Incorporating public health principles in non-public health curricula: Wie unter EPHS #3 ausgeführt hat die Pflegekammer RLP (noch) keine unmittelbare Möglichkeit der Ausgestaltung der Curricula der grundständigen Ausbildung. Schon heute kann sie aber über Ministerien, Gremien und Verbände politisch aktiv werden und die curriculare Aufnahme grundlegender Public Health Kompetenzen zur Förderung des öffentlichen Gesundheitssystems fordern. Hilfreich sind Aufbau und Pflege aktiver Partnerschaften mit Hochschulen, Anbietern von

Berufsbildungsprogrammen und Pflegeschulen, um bevölkerungsrelevante Lehr-Lernerfahrungen für alle zu gewährleisten.

Cultivating and building active partnerships with academia and other professional training programs and schools to assure community-relevant learning experiences for all learners: Darüber hinaus kann die Pflegekammer bei den interdisziplinären Partnern, die unter EPHS #4 aufgebaut wurden, anregen, dass in anderen Politikfeldern die Grundsätze des öffentlichen Gesundheitswesens in die Lehrpläne der Aus- Fort- und Weiterbildung aufgenommen werden. Ein Modell kann die Implementierung von politikfeldübergreifenden Angeboten sein, wie z. B. interdisziplinäre Studiengänge von Informatik und Pflege oder Architektur und Pflege. Dies würde zur Synergie der Kompetenzen in den Köpfen der Fachpersonen führen und den interdisziplinären Ansatz stärken.

Building a pipeline of future public health practitioners: Schließlich kann das Vorhalten einer Datenbank von zurzeit aus verschiedenen Gründen nicht mehr im Beruf tätigen Pflegefachpersonen, die bereit wären, im Notfall einzuspringen, helfen. Der von der Pflegekammer RLP im Rahmen der Corona-Pandemie etablierte und auch bei der Flutkatastrophe im Ahrtal kurzfristig nutzbare Freiwilligenpool kann dauerhaft für Notfälle vorgehalten werden.

Promoting a culture of lifelong learning in public health: Insgesamt stützt das Fort- und Weiterbildungsprogramm der Pflegekammer die Kultur des lebenslangen Lernens, dies kann sie zukünftig über die Förderung der Kompetenzen für das öffentliche Gesundheitssystem stärken.

Fostering leadership skills at all levels: Das Portfolio nötiger Kompetenzen beinhaltet auch Führungsqualitäten, denn Interventionen brauchen Menschen, die diese führen können und zur Sicherung der Nachhaltigkeit beitragen. Führungsqualitäten werden im Regelbetrieb auf allen Ebenen des öffentlichen Gesundheitssystems und somit auf allen Ebenen des Pflegesystems gebraucht. Gute Führung kann vielen ethischen Belastungen vorbeugen, z. B. über die Wertschätzung der Pflegefachpersonen und ihrer Arbeit sowie über die Steuerung des Arbeitseinsatzes.

Bedarfserhebungen, Weiterentwicklungen und Ergebnissicherungen für Interventionen im öffentlichen Gesundheitssystem benötigen eine wissenschaftliche Grundlage. Forschung unterstützt die Programmtheorie des ethischen Mandats der Pflegekammer, EPHS #9 führt die Aktionen aus (Abbildung 8.18).

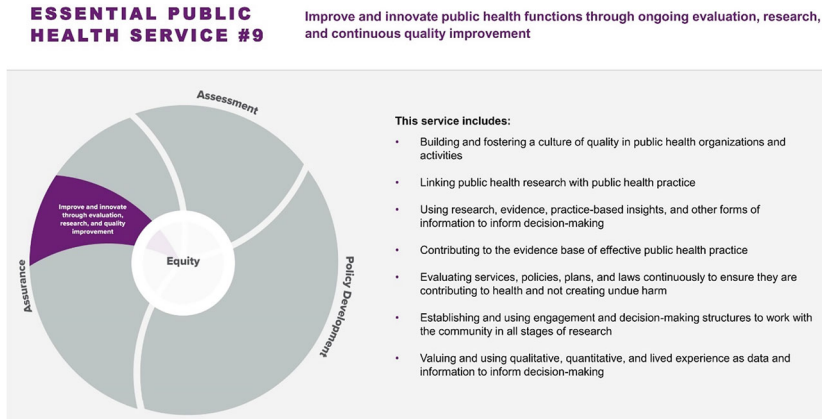


Abbildung 8.18 EPHS #9 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Improve and innovate public health functions through ongoing evaluation, research, and continuous quality improvement: EPHS #9 steht ganz im Lichte von wissenschaftlichen Interventionen zur Optimierung der Funktionen des öffentlichen Gesundheitssystems. Permanente Evaluation, Forschung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung ermöglichen dieses Ziel. Research stand im ursprünglichen EPHS-Cycle 25 Jahre im Kern, es wurde 2020 von der ethischen Kategorie Equity abgelöst (s. Abschn. 8.3.3). Das bedeutet nicht, dass Forschung nun weniger wichtig wäre, vielmehr wurde sie inhaltlich ausdifferenziert und in die Aktivitätenliste übernommen. Forschung beinhaltet viele ethische Aspekte, die dem ethischen Mandat der Pflegekammer auf allen Ebenen Ausdruck verleihen.

Building and fostering a culture of quality in public health organizations and activities: Innerhalb der Pflegekammern ist der Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagements anzuraten. Die Förderung einer Qualitätskultur verleiht den Aktionen der Pflegekammer und den erzielten Ergebnissen für die Mitglieder und die Menschen mit Pflegebedarf Transparenz. Als Körperschaft des öffentlichen Gesundheitssystems ist eine Offenlegung der Ergebnisse gegenüber der Bevölkerung wichtig. Summative Evaluationen können die Ergebnisse der Bemühungen in den 10 EPHS, geclustert nach den Unterthemen der Theory of Action aufzeigen. Formative Evaluationen begleiten und steuern Interventionen, seien es

Strategieentwicklungen, Gesetzesinitiativen, Bildungsaufgaben, usw. Evaluationskategorien wären die Partizipation der Kammermitglieder; die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Chancengerechtigkeit innerhalb der Bevölkerung oder für bestimmte Settings oder für Pflegefachpersonen; die Umsetzung der moralischen Carequalitäten (s. Abschn. 8.3.1).

Linking public health research with public health practice: Zur Verknüpfung der Public-Health-Praxis der Pflegekammer mit der Public-Health-Forschung ist eine Kooperation mit den Hochschulen in Rheinland-Pfalz und mit Forschungsinstituten vorzuschlagen. Dabei sollen sowohl disziplininternen Institutionen der Gesundheit und Pflege genutzt als auch, dem interdisziplinäre Ansatz folgend, themenabhängig mit Forschungsinstituten, z. B. der der Arbeitspsychologie, der IT-Branche oder des Bausektors kooperiert werden.

Using research, evidence, practice based insights, and other forms of information to inform decision-making: Die Pflegekammer kann sich die verschiedenen Forschungsparadigmen zunutze machen: Naturwissenschaftlich ausgerichtete Forschung hilft, evidencebasiert handeln zu können; sozialwissenschaftliche Forschungsansätze können qualitativ ausgerichtete, praxisbezogene Erkenntnisse und andere Informationsformate aufnehmen. Das als Theory of Change empfohlene neue transdisziplinäre Paradigma der Klagenfurter Interventionsforschung ermöglicht die Verortung der Entscheidungsebene bei den in den jeweiligen Prozess eingebundenen Kammermitgliedern (s. Abschn. 8.2). So wird eine kollektive Autonomie der Pflegekammer und ihrer Mitglieder zugunsten der Advocacy für die Menschen mit Pflegebedarf geschaffen. Es kann zudem überlegt werden, ob informelle Organisationen wie z. B. Selbsthilfegruppen und Einzelpersonen mit einbezogen werden (s. Abschn. 8.2.3).

Contributing to the evidence base of effective public health practice: Die Pflegekammer kann über ihr Mitgliederregister selbst einen Beitrag zur Evidenzbasierung für eine wirksame öffentliche Gesundheitspraxis leisten. Erstmals für Rheinland-Pfalz und bisher einzigartig für Deutschland liegen belastbare Zahlen zur Berufsgruppe vor. Zudem bietet der Mailverteiler der Kammer den Zugang zu den Pflegefachpersonen. Sie können darüber, über die Homepage und das Kammermagazin informiert werden, z. B. über stattfindende Befragungen und deren Ergebnisse.

Evaluating services, policies, plans, and laws continuously to ensure they are contributing to health and not creating undue harm: Das ethische Mandat der Pflegekammer umfasst die Forderung nach kontinuierliche Evaluierung der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie von Strategien, Plänen und Gesetzen, die

im öffentlichen Gesundheitssystem formuliert, implementiert und verabschiedet werden. Dies dient der Sicherstellung, dass sie zur Gesundheit beitragen, die Chancengerechtigkeit erhöhen und keinen unangemessenen Schaden anrichten. Die Pflegekammer steht gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf und den Pflegefachpersonen in der Verantwortung (s. Abschn. 7.4, 8.1). Diese Verantwortung kann auf die gesamte Bevölkerung oder auf einzelne Gruppen zielen und hat deren Empowerment zum Ziel.

Establishing and using engagement and decision-making structures to work with the community in all stages of research: Der nächste Baustein ist der Aufbau und die Nutzung von Strukturen der Forschungsethik. Ethikkommissionen der Pflegeforschung können ein ethisches Clearing der Forschungsprojekte vornehmen und die Forschung in Design und Durchführung unterstützen. Aktuell hat die Pflegekammer solche Strukturen noch nicht etabliert, sondern greift auf die Möglichkeiten der Deutschen Gesellschaft für Pflegeforschung zurück (s. Abschn. 5.1.4). Mittelfristig wäre eine eigene Ethikkommission anzuraten, das HeilBG ermöglicht es (s. Abschn. 5.1.2). In die Entscheidungsfindung sind neben Pflegewissenschaftler*innen, der Theory of Change folgend, im zu beforschenden Feld arbeitende Pflegefachpersonen einzubinden. Zudem soll die Ethikkommission mit der jeweilig betroffenen Community zusammenarbeiten, d. h. Menschen mit Pflegebedarf bzw. deren Vertreter*innen sollen themengebunden Mitglied sein.

Valuing and using qualitative, quantitative, and lived experience as data and information to inform decision making: Der Pflegekammer ist anzuraten, zur Verfügung stehende qualitative und quantitative Daten und transdisziplinären Erfahrungswerte zu nutzen, sie wertzuschätzen und der Entscheidungsfindung für eigene Strategien und Pläne zugrunde zu legen. Dies unterstützt die Pflegeforschung, die Pflegekammer und die Bevölkerung, führt das Handeln aus einer möglichen Beliebigkeit heraus und stärkt die Verantwortungsübernahme im Sinne des ethischen Mandates.

Den Abschluss macht EPHS #10, er nimmt Assurance auf Ebene der Organisationen in den Blick.

ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICE #10

Build and maintain a strong organizational infrastructure for public health

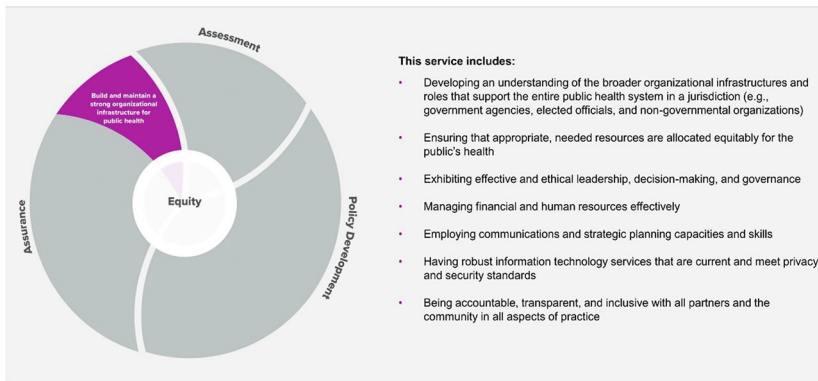


Abbildung 8.19 EPHS #10 (Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020b)

Build and maintain a strong organizational infrastructure for public health: EPHS #10 umfasst Aktivitäten zum Aufbau und der Pflege starker organisatorischer Infrastrukturen für die öffentliche Gesundheit. Der EPHS #10 wurde bei der Überarbeitung neu aufgenommen, weil die Evaluationsergebnisse starke Defizite auf der Mesoebene der Organisationen des öffentlichen Gesundheitswesens erkennen ließen (s. Abschn. 8.3.3).

Developing an understanding of the broader organizational infrastructures and roles that support the entire public health system in a jurisdiction: Für die Pflegekammer bedeutet dies die Entwicklung eines breiteren Verständnisses für organisatorische Infrastrukturen und Rollen, die das gesamte öffentliche Gesundheitssystem im Land stützen (z. B. Regierungsbehörden, gewählte Beamte und nichtstaatliche Organisationen). Das Verständnis ist bei den aktiven Mitgliedern in der Pflegekammer, seien es die Mitglieder der Vertreterversammlung, der Ausschüsse, der Arbeitsgruppen und des Vorstandes zu schulen und zu verbreitern. Die gleiche Anstrengung ist für alle Kammermitglieder zu unternehmen. Immer wieder wurde in der Literatur von diversen berufspolitisch aktiven Akteuren und nicht zuletzt von der Autorin selbst angeführt, Pflege sei unpolitisch. Dieser Befund darf nicht in Stein gemeißelt sein. Es gilt, Strategien und Angebote zu entwickeln, dass sich das ändert. Fort- und Weiterbildungsprogramme können beim Kompetenzaufbau helfen. Der Kompetenzzuwachs muss allerdings

schon in Ausbildung und Studium beginnen. Die Pflegekammer hat sich für die Aufnahme entsprechender Elemente in die Curricula einzusetzen. Zusammengekommen dient eine solch breitangelegte Initiative der Berufsfeldentwicklung der Profession Pflege. Denn wenn die Profession ihr Berufsfeld stärkt, geschieht dies nicht im luftleeren, sondern im politischen Raum. Also braucht die gesamte Profession Pflege eine Political Literacy, um ihre Verantwortung im öffentlichen Gesundheitssystem wirksamer ausfüllen zu können.

Ensuring that appropriate, needed resources are allocated equitably for the public's health: Ein weiteres Desiderat, das Pflegekammern verfechten können, gehört zur Chancengerechtigkeit. Es muss sichergestellt werden, dass benötigte Ressourcen für die Gesundheit innerhalb der Bevölkerung gerecht verteilt werden. Die Pflegekammer sollte sich dafür einsetzen, dass die Mittelverteilung, seien es Pflegedienstleistungen oder Pflegehilfsmittel den Menschen mit Pflegebedarf in dem Maß zugutekommen, wie es ihrem Bedarf entspricht. Dies meint ausdrücklich sowohl die herkömmlichen Pflegeleistungen nach den Sozialgesetzbüchern als auch neue Konzepte, wie beispielsweise School Nursing, Occupational Nursing und Community Health Nursing. Gerade letztere wären geeignet, Defizite in der Ressourcenverteilung des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Profession Pflege auszugleichen.

Exhibiting effective and ethical leadership, decision-making, and governance: Die Pflegekammer kann über die Kompetenzsteigerung ihrer Mitglieder die Entwicklung der Einrichtungen im öffentlichen Gesundheitssystem unterstützen. Der Einfluss richtet sich an den Funktionen der Mitglieder in den Einrichtungen aus. Führungspersonen in den verschiedenen Einrichtungen sollen Skills und Kompetenzen für eine gleichermaßen effektive wie ethische Führung erwerben können. Dazu gehören Kompetenzen zur ethischen Entscheidungsfindung, wie z. B. bioethischen Entscheidungsfindungen im medizinischen Klinikkontext, pflegeethische Entscheidungen in Akut- und Langzeitpflege und organisationethische Entscheidungen im Kontext der Leitungsfunktion.

Managing financial and human resources effectively: Ein effizientes Management von Finanz- und Personalressourcen in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems mit Pflegebeteiligung muss gelernt sein. Expert*innen unter den Mitgliedern der Pflegekammer können Bildungsmaßnahmen für Kammermitglieder anbieten. Darüber hinaus können interdisziplinäre Kooperationen mit Expert*innen des Personalmanagements, des Wirtschafts- und Finanzwesens zur Steigerung der pflegerischen Fachexpertise in den Einrichtungen geschlossen werden.

Employing communications and strategic planning capacities and skills: Zum Einsatz wirksamer Kommunikationsstrategien gehört die Implementierung von kommunikativen Unterstützungsinstrumenten wie Supervision und Kollegiale Beratung. Sie helfen im Umgang mit problematischen Situationen und fördern die Fehlerkultur in den Einrichtungen. Zielgruppen sind sowohl die Führungsebene als auch das komplette Personal. Strategischen Planungskapazitäten und -fähigkeiten ermöglichen ein vorausschauendes, proaktives Handeln, statt eines reaktiven Abarbeitens von Problemen, wie es heute oft geschieht. Beide Skills brauchen viele Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Funktionen in den Einrichtungen, insbesondere aber im mittleren oder höheren Management. Die Pflegekammer kann die Bedarfe erheben und passgenaue Fortbildungsmaßnahmen anbieten. Es bietet sich die Kooperation mit entsprechenden Expert*innen wie z. B. Kommunikationstrainer*innen und Strategieentwickler*innen an.

Having robust information technology services that are current and meet privacy and security standards: Die Digitalisierung schreitet in allen Bereichen fort, auch des Gesundheitswesens. Sie erfordert die Implementierung robuster Informationstechnologien auf dem neuesten Stand und die Einhaltung von Datenschutz- und Sicherheitsstandards. Die Pflegekammer kann auf politischer Ebene den Einsatz passgenauer Instrumente in den Einrichtungen fordern. Zudem soll sie den Kompetenzerwerb der Mitglieder fördern. Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder technische Hilfsinstrumente bedarfsgerecht einsetzen, um ihr Pflegehandeln zu unterstützen und nicht zu erschweren. Dazu ist ihre Digital Literacy zu steigern, um mit der Technik umzugehen und Anforderungen des Datenschutzes bewerten und erfüllen zu können. Dazu soll die Pflegekammer mit Expert*innen der verschiedenen Technikbereiche (IT, KI etc.) und des Digitalrechts kooperieren. Die formulierten Ansprüche umfassen sowohl monodisziplinäre als auch interdisziplinär genutzte Techniktools, wie z. B. die elektronische Patientenakte. Die Pflegekammer muss sich für die gleichberechtigte Nutzung aller Heilberufe einsetzen, dies schließt die transdisziplinäre Techniknutzung mit ein. Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, Menschen mit Pflegebedarf bei der Nutzung von digitalen Instrumenten, wie z. B. virtuellen Televisiten oder Smartphones als Impfnachweis zu unterstützen und zu beraten. Bei allen genannten Entwicklungsaufgaben sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens und somit das gesamte öffentlichen Gesundheitssystem Nutznießer. Deshalb muss die Pflegekammer bei der Durchföhrung solcher Maßnahmen finanzielle Ressourcen z. B. von den Trägerverbänden und vom Land erhalten. Dies ist aktiv einzufordern. Eine Verlagerung der Kosten auf die Mitglieder wäre ethisch nicht zu rechtfertigen.

Alle Entwicklungsaufgaben für die Organisationen des öffentlichen Gesundheitssystems betreffen auch die Organisation Pflegekammer selbst. Sie muss in der eigenen Organisation sicherstellen, dass die benötigten Ressourcen für die Gesundheit der Belegschaft zur Verfügung stehen und bedarfsgerecht verteilt werden. Von Vorstand und Geschäftsführung wird eine effektive und ethische Führung der Organisation Pflegekammer erwartet. Entscheidungsfindungen sind auch kammerintern, gegenüber den hauptamtlichen und den ehrenamtlichen Mitarbeitenden, nach organisationsethischen Prinzipien vorzunehmen. Von der Pflegekammer ist ein effizientes Management von Personal- und Finanzressourcen zu fordern. Es darf weder verschwenderisch mit den Mitgliedsbeiträgen umgegangen werden, noch darf eine übertrieben restriktive Finanzpolitik zum Erliegen aller Interventionen des Heilberufs Pflege führen. Vielmehr ist dies partizipativ mit den Kammermitgliedern abzustimmen, es muss gemeinsam beschlossen werden, wie viel Geld wofür ausgegeben werden soll. Personalressourcen müssen auch für die Kammerarbeit in ausreichender, an das Arbeitsvolumen angepasster Menge zur Verfügung stehen. Es darf nicht von Mitarbeitenden, egal ob haupt- oder ehrenamtlich, erwartet werden, dass sie sich unentgeltlich über Gebühr für die Kammeridee einzusetzen. Bei den Hauptamtlichen ist die Entlohnung entsprechend sicherzustellen, bei den Ehrenamtlichen muss eine adäquate Aufwandsentschädigung erfolgen. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass einzelne Berufsangehörige, die sich für die Belange der Berufsgruppe einsetzen und die Profession als Ganzes voranbringen, dies umsonst tun sollen. In solchen, immer noch zu hörenden Forderungen von Mitgliedern schwingen alte Werte mit (s. Abschn. 7.2.1). Das Verständnis für organisatorische und politische Zusammenhänge fehlt. Der Entwicklung dieses Verständnisses täte auch der Nachvollzug der Anliegen und Funktionen der Pflegekammer gut. Daran schließen sich der effektive Einsatz von Kommunikationsinstrumenten und Strategien an. Die Pflegekammer muss alle möglichen Wege beschreiten, um mit ihren Mitgliedern in Kontakt zu bleiben und ein gemeinsam getragenes Selbstverständnis des *Wir* als Profession erzeugen. Dabei können robuste digitale Technologien, wie z. B. ein Mitgliederlogin, eine Fortbildungsplattform und die Vernetzung digitaler Instrumente, unter Beachtung des Datenschutzes, helfen.

Ein zweiter Baustein ist eine Öffentlichkeitsarbeit, die sich direkt an die Mitglieder richtet und deren Bedarfe aufnimmt. Die Öffentlichkeitsarbeit hat zudem eine wichtige Funktion nach außen. Sie muss die Anliegen der Mitglieder in der Öffentlichkeit publizieren und an die Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zurückbinden. Für die Zukunft ist zu überlegen, ob die Öffentlichkeitsarbeit der Pflegekammer im Sinne der Partizipation auch direkt die Anliegen der Menschen mit Pflegebedarf transportiert. Dies würde erneut die

Bereitstellung entsprechender finanzieller Ressourcen erfordern. Es ist unverantwortlich, dies dem Portemonnaie der Kammermitglieder aufzuladen. Hier sind noch umfangreiche politische Diskussionen erforderlich, die das Kammerwesen der Heilberufe als solches konstruktiv auf die Passgenauigkeit zu den Bedarfen, die sich aus dem ethischen Mandat der Pflegekammern ergeben, hinterfragen muss.

Being accountable, transparent, and inclusive with all partners and the community in all aspects of practice: EPHS #10 schließt mit ethischen Forderungen an die Pflegekammer: Von ihr ist, wie von allen anderen Akteuren auch, ein verantwortungsbewusstes, transparentes und integratives Verhalten gegenüber allen Partnern und der Bevölkerung in allen Aspekten der Praxis des öffentlichen Gesundheitssystems zu fordern. Die Festlegung eines Wertekodexes, der den ethischen Care-Prinzipien Sichtbarkeit verleiht, kann helfen. Für die Profession Pflege tut dies bisher der ICN-Ethikkodex und auf Rheinland – Pfalz begrenzt die Berufsordnung der Landespflegekammer (s. Abschn. 5.1.4).

Soweit die Diskussion der Thesen zu den Themen, die das ethische Mandat der Pflegekammer füllen und Wirkung für die Pflegefachpersonen und die Menschen mit Pflegebedarf entfalten können. Die 10 EPHS geben einen Überblick der Ausgestaltung des ethischen Mandates der Pflegekammern in seiner Gesamtheit. Sie eignen sich als Theory of Action ebenso zur Bearbeitung von Einzelthemen für jede einzelne Intervention (Abschn. 8.4.4).

8.4.4 EPHS zur Anwendung des ethischen Mandates in Einzelthemen

Die empfohlenen Theory of Action kann für alle Interventionen zur Entwicklung des Berufsfeldes der Profession Pflege zum Einsatz kommen. Jedes einzelne Thema kann mit den 10 EPHS operationalisiert und abgearbeitet werden. Beispiele wären die Ordnungen der Pflegekammer, wie z. B. die Berufsordnung, die Fort- und Weiterbildungsordnungen; die Strukturen der Pflegekammer, wie z. B. Ethikberatung, Schlichtungsausschuss oder Arbeitsgruppen; die Initiativen der Pflegekammer für die Pflegefachpersonen und die Menschen mit Pflegebedarf wie z. B. die Reduktion von Gewalt in der Pflege, die ethische Unterstützung und die Gesundheitsförderung u. v. m. Über den Bezug zu den 10 EPHS wird für jede Intervention die gesundheitliche Relevanz herausgestellt.

Jede Intervention erfordert die drei Schritte Assessment, Policy Development und Assurance: Das Assessment umfasst zwei aufeinander aufbauende

Schritte. Zum Einstieg ist eine themenfokussierte Bewertung und Überwachung des Gesundheitszustands, der gesundheitsbeeinflussenden Faktoren sowie der Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe vorzunehmen (EPHS #1). Nach der Querschnittsanalyse ist im zweiten Schritt ein formatives Assessment durchzuführen, das in Echtzeit die die Zielgruppe betreffende Untersuchung, Diagnose und Bewältigung von Gesundheitsproblemen und Gefahren aufnimmt (EPHS #2).

Im Policy Development sind vier Schritte essentiell. Erstens ist eine wirksame Kommunikation zu führen. Mit den Menschen der jeweiligen Zielgruppe sind die für die Gesundheit relevanten Aspekte des Themas zu kommunizieren. Sie sind über die sie beeinflussenden Faktoren und deren Verbesserung zu informieren und aufzuklären (EPHS #3). Der zweite Schritt ist themenspezifische Vernetzung zur Stärkung der Zielgruppe. Die Unterstützung und Mobilisierung der Gemeinschaft als Ganzes oder spezifischer Gruppen und der Aufbau von themenfokussierenden Partnerschaften trägt zur Verbesserung der Gesundheit im bearbeiteten Themenfeld bei (EPHS #4). Drittens sind gemeinsam mit aktivierten Stakeholdern und der Zielgruppe themenspezifische Strategien, Plänen und Gesetze zu schaffen, zu fördern und umzusetzen, und deren Auswirkungen auf die Gesundheit aufzuzeigen (EPHS #5). Der vierte Schritt ist die themenbezogene Nutzung von bestehenden oder neu entwickelten Rechts- und Verwaltungsvorschriften zur Verbesserung und zum Schutz der Gesundheit der Zielgruppe (EPHS #6).

Zur Assurance, d. h. der Sicherung und Verstetigung der Ergebnisse der Bearbeitung des Themenfeldes, sind weitere vier Schritte zu unternehmen. Erstens ist auf der Strukturebene ein wirksames System sicherzustellen, das einen chancengerechten Zugang zu den für die Gesundheit erforderlichen individuellen Dienstleistungen und Pflegeleistungen der Zielgruppe des Themas ermöglicht (EPHS #7). Zweitens ist, an den Bedarfen des Themas orientiert, eine Belegschaft im Gesundheitswesen aufzubauen, zu qualifizieren und in der Bewältigung des Themas im Setting der Zielgruppe zu unterstützen (EPHS #8). Drittens ist themen- und zielgruppenbezogen die Wirksamkeit des öffentlichen Gesundheitssystems zu überprüfen. Themen- und zielgruppenbezogene Evaluationen, vertiefende Forschung und das kontinuierliche Qualitätsmanagement ermöglichen die Verbesserung und Erneuerung der Funktionen des öffentlichen Gesundheitssystems bezogen auf das gerade behandelte Thema und die Zielgruppe (EPHS #9). Viertens ist die Sicherung und Verstetigung über die Organisationen des Gesundheitssystems zu erreichen. Der Aufbau und die Pflege einer starken organisatorischen Infrastruktur für das jeweilige Thema sichert die Gesundheit der Zielgruppe und stärkt die Gesundheit der Gesamtbevölkerung (EPHS #10).

Die unter jedem EPHS angeführten Dienstleistungen der Theory of Action sind die Zielgruppen des jeweiligen Themas in den Blick zu nehmen. Es ist zu prüfen, ob die im EPHS vorgeschlagenen Services als Aktionen eine Relevanz für die Intervention haben. Wenn diese gegeben ist, ist die Aktion in den Interventionsprozess einzubinden. Darüber hinaus können weitere, in dem Modell nicht explizierten Aktionen themen- oder zielgruppenspezifisch relevant sein, sie wären zu ergänzen.

Über allem steht der ethische Kern der 10 EPHS, die Equity. Die Pflegekammer trägt in jedem einzelnen Themenfeld und für jede einzelne Zielgruppe in jedem einzelnen Setting die Verantwortung, dass sich die Chancengerechtigkeit für die Zielgruppe und somit in der Gesamtbevölkerung erhöht. Nach der vorgeschlagenen orthogonale Caretheorie nach Tronto (2013, S. 35) (s. Abschn. 8.3.1) erfüllen sich so die fünf moralischen Anforderungen an Care/Pflege: Die *Aufmerksamkeit – Caring about* für die Themen der Zielgruppe; die *Verantwortung – Caring for*, den identifizierten Herausforderungen zu begegnen; die pflegefachliche und pflegeethische *Kompetenz – Care giving* sichert die pflegerischen Gesundheitsversorgung der Zielgruppe; die *Reaktionsfähigkeit – Care receiving* nimmt die Reaktion der Zielgruppe auf und beurteilt die Nachhaltigkeit der themenspezifischen Intervention. *Pluralität, Kommunikation, Vertrauen und Respekt; Solidarität – Caring with* ist das übergeordnete ethische Mandat der Pflegekammer. Sie übernimmt zusammen mit ihren Mitgliedern die kollektive Verantwortung für die Zielgruppen und deren Themen in ihren Settings. Gleichzeitig triggert die Pflegekammer die Solidarität der Bürger*innen als Empfänger und als Geber von Care zu jedem einzelnen Thema. Abbildung 8.20 zeigt die Integration der der moralischen Carequalitäten nach Tronto in das 10 EPHS-Modell der Theory of Action.

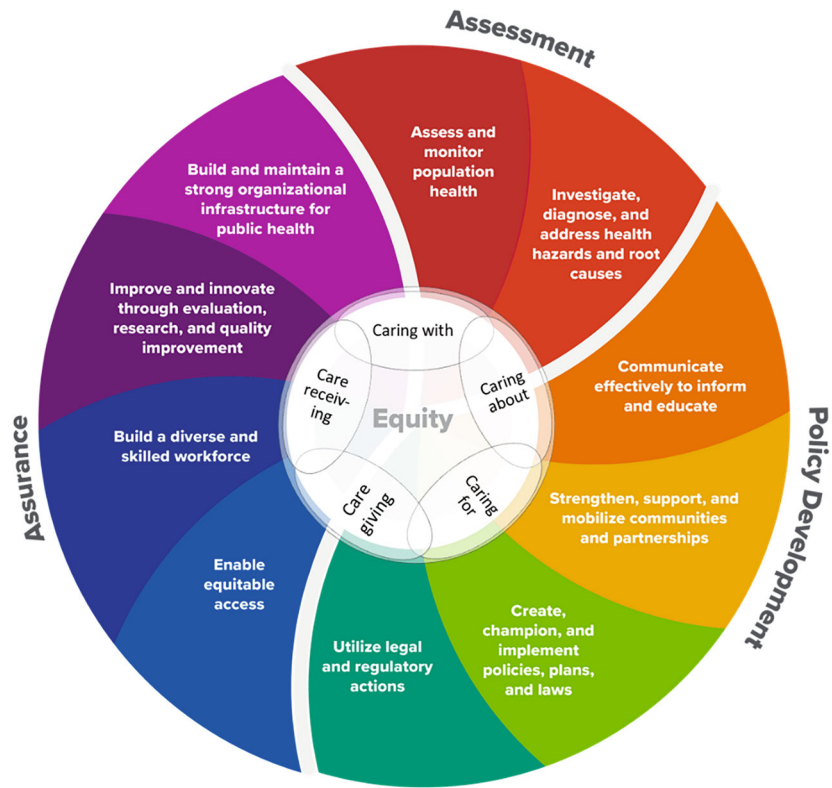


Abbildung 8.20 Fusion Ten Essential Public Health Services²¹ mit den moralischen Carequalitäten²²

Die Integration der moralischen Carequalitäten in den moralischen Kern der Ten Essential Public Health Service, der Equity bietet Vorteile für das ethische Mandat der Pflegekammer, für die Profession Pflege und die Bevölkerung. Diese Integration zeigt zum einen, dass der Care-Prozess zum Public Health Prozess passt. Zu anderen zeigt sie, dass der Prozess der Carequalitäten den Kern der Equity/Chancengerechtigkeit unterstützt. Letzteres ist der ethisch wichtigere Punkt, denn es belegt, dass das Caremodell die Profession Pflege bereichert

²¹ Nach Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c.

²² Toronto 2013.

und so essentiell das ethischen Mandat der Pflegekammer, die Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, unterstützt.

Nun fehlt noch die Zusammenführung der Theory of Action mit der Theory of Change in eine Programmtheorie, damit die Intervention *Ethik in Pflegekammern* gelingt, dies zeigt die letzten Logic Models (Abschn. 8.5).

8.5 Fusion der Subtheorien zur Programmtheorie des ethischen Mandates

Eine wirkungsvolle Programmtheorie besteht nach Funnell und Rogers (2011) aus den Subtheorien einer Theory of Change und einer Theory of Action, diese sind interdependent, sie wirken zusammen (vgl. Funnell und Rogers 2011, 149 f., 235 f.). Aus den Ergebnissen der Scoping Studie zur Situationsanalyse des Falles *Ethik in Pflegekammern* wurden zwei passende Subtheorien abgeleitet.

Die erste ist eine strategische Theory of Change, die in der Lage ist, die Mitglieder der Pflegekammer partizipativ einzubinden. Partizipation kann in unterschiedlicher Intensität ermöglicht werden. Manche Studien sprechen bereits von Partizipation, wenn Zielgruppen befragt werden, bevor oder nachdem eine Intervention erfolgt, dies ist im Kontext der Pflegekammer viel zu wenig. Die Mitglieder der Pflegekammern Deutschlands beklagen immer wieder deren Intransparenz und ihre fehlende Einbindung. Beides führte zur Ablehnung der Körperschaft Pflegekammer bis hin zur Befürwortung den Abwicklungen im Norden (s. Abschn. 5.2.1, 5.2.2). Die Potentiale für die Profession, die Menschen mit Pflegebedarf und somit der Bevölkerung als Ganzes wurden nicht erkannt. Deshalb wurde eine Theory of Change ausgewählt, die den Pflegefachpersonen die demokratische Gestaltung ihrer Pflegekammer ermöglicht, denn sie sind unverzichtbar. Die gesamte Intervention *Ethik in Pflegekammern* soll wissenschaftlich fundiert ablaufen. Die Klagenfurter transdisziplinäre Interventionsforschung bietet einen Rahmen, der in einen transdisziplinären Prozess die Mitglieder der Pflegekammer zum Teil der Wissenschaft macht (s. Abschn. 8.2.2). Das zugrundeliegende dialektische Wissenschaftsmodell der Klagenfurter Interventionsforschung sieht das Wissen als übergreifendes Allgemeine, dass die Wissenschaft expliziert (s. Abbildung 8.3). Dieses Allgemeine, expliziert für die Profession Pflege, setzt sich zusammen aus zwei übergreifenden Arten, dem Wissen der Pflegeforschung und dem Wissen der Pflegepraxis. Die Professionsangehörigen beider Wissensarten stehen auf Augenhöhe, sie gehören zusammen, haben Überschneidungen, beider Wissen geht als das gesamte vorhandene Wissen der Profession ineinander über. Verstärkt wird der Prozess, weil sowohl

die sogenannten Pflegepraktiker*innen als auch die Pflegewissenschaftler*innen Kammermitglieder sind. So entsteht eine Einheit der Dinge, für die lang vermisste Einheit des Heilberufs Pflege entsteht eine neue Grundlage, die kollektive Autonomie. Abbildung 8.21 zeigt das in Abschn. 8.2.3 vorgestellte Prozessdiagramm der als Theory of Change vorgeschlagenen Klagenfurter transdisziplinären Interventionsforschung in einer farblich modifizierten Form.

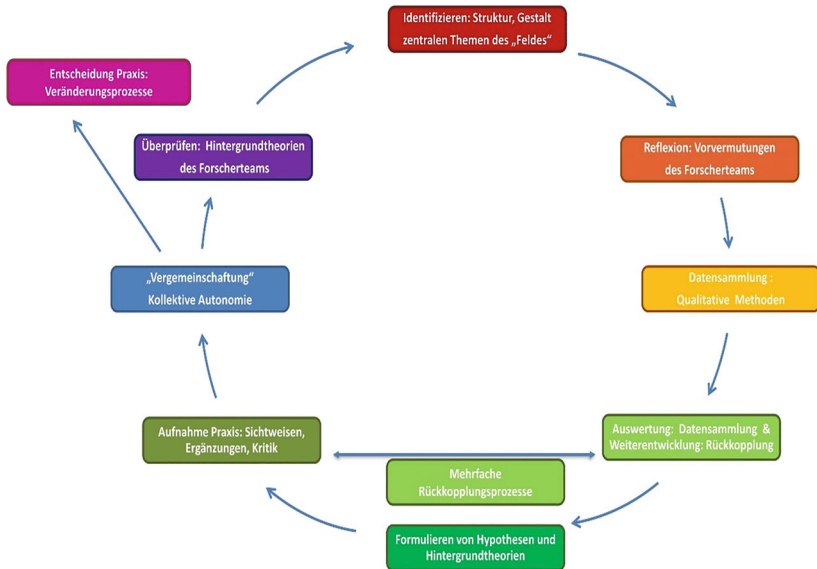


Abbildung 8.21 Prozessdiagramm der Klagenfurter Interventionsforschung (n. Krainer 2006)

Das Prozessdiagramm ist nicht nur als Ablauf eines einzelnen Forschungsvorhabens zu verstehen. Vielmehr ist es die Theory of Change, die Strategie des kompletten Interventionsprozesses der Programmtheorie des ethischen Mandates von Pflegekammern. Die Theory of Change verleiht der Haltung der Pflegekammer gegenüber ihren Mitgliedern Ausdruck. Das Modell kann sowohl übergreifend als die Gesamtstrategie einer Theorie der Veränderung des Heilberufs Pflege als auch für partielle Veränderungen in jedem einzelnen Thema und für jede einzelne Zielgruppe angewendet werden. Je nach Thema und Zielgruppe sind inter- und transdisziplinäre Wissensbestände anderer Zielgruppen und der Partner anderer Professionen einzubeziehen.

Die zweite Subtheorie, die 10 Essential Public Health Services (10 EPHS) zeigen eine zehnstufige Theory of Action. Mit dieser Theory of Action gelingt die Ableitung der diversen Inhalte des ethischen Mandates der Pflegekammer mit dem Ziel der Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Wie in Abschn. 8.4.1 bis 8.4.3 dargelegt, können die zehn essentiellen Serviceleistungen des öffentlichen Gesundheitssystems das ethische Mandat der Pflegekammer mit Aktionen füllen. Abschn. 8.4.4 zeigt darüber hinaus, wie die Theory of Action der politischen Makroebene auf der Mikroebene des Einzelfalles heruntergebrochen werden kann. Die Theory of Action eignet sich genau wie die Theory of Change für die stringente Abarbeitung eines näher zu bestimmenden Themenfeldes oder eng gefassten Einzelthemas einer umgrenzten Zielgruppe bis hin zu Einzelpersonen im jeweiligen Setting.

Der moralische Kern der 10 EPHS ist die Chancengerechtigkeit, sie gilt es in jedem einzelnen EPHS zu stärken. Dass dieser Zugang unverzichtbar für ein gutes Outcome ist, zeigte die ethische Reflexion des Modells im Jahr 2020 (s. Abschn. 8.3.2). Aus Sicht der Profession Pflege fehlte noch eine Caretheorie, die die moralischen Qualitäten der Pflege auf der Mikroebene der Pflegebeziehung mit der Makroebene der Politik verbinden kann. Eine solche Care-politische Ethiktheorie lieferte Joan Tronto zusammen mit Berenice Fisher 1990, Tronto entwickelte sie weiter. Der Definition der moralischen Qualitäten ist wiederum ein Prozessmodell inhärent. Dieses Modell kann als Pflegetheorie zur orthogonalen Überprüfung der 10 EPHS genutzt werden. Beim Abarbeiten des Prozesses der 10 EPHS soll insbesondere die Profession Pflege den fünf moralischen Qualitäten der Pflege: der *Aufmerksamkeit – Caring about*, der *Verantwortung – Caring for*, der *Kompetenz – Care giving*, der *Reaktionsfähigkeit – Care receiving* und der *Pluralität, Kommunikation, Vertrauen und Respekt; Solidarität – Caring with* nachkommen. So kann der ethische Kern der Chancengerechtigkeit der 10 EPHS eine deutliche Stärkung erfahren, egal ob er auf der politischen Makroebene oder auf der Mikroebene der Pflegebeziehung angewandt wird. Insgesamt ist durch die Integration das pflegerische Outcome zu sichern, bei der Bevölkerung sowie bei den Menschen mit Pflegebedarf und den Pflegefachpersonen als Teil davon, wie die zur besseren Nachvollziehbarkeit hier nochmals eingefügte Abbildung 8.22 zeigt.

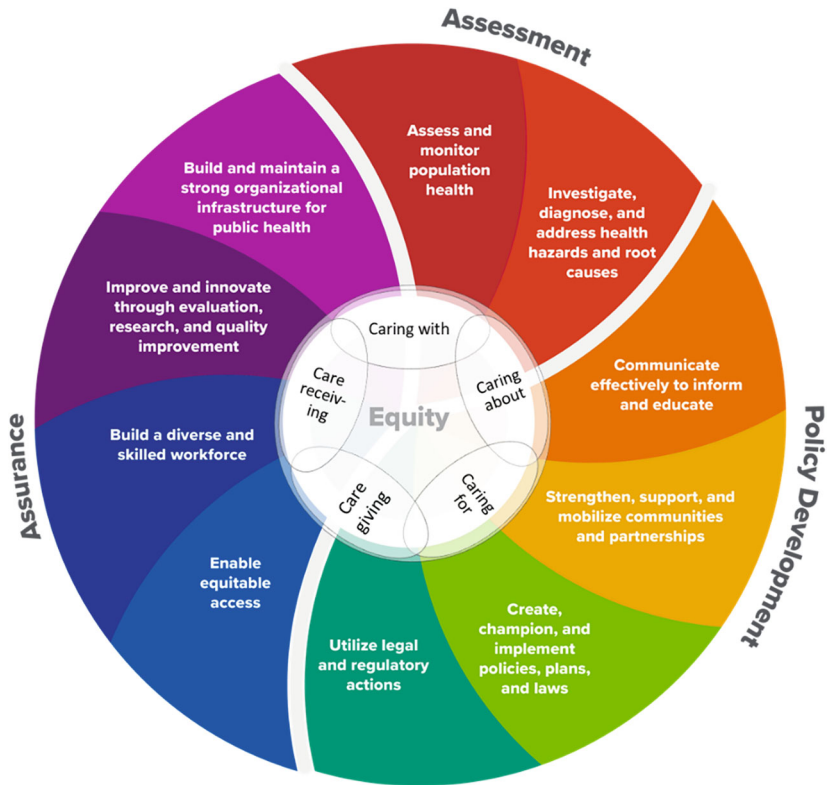


Abbildung 8.22 Fusion Ten Essential Public Health Services²³ mit den moralischen Care-qualitäten²⁴

Nun bleibt nach Funnell und Rogers (2011, 235 ff.) noch, die beiden Subtheorien in eine zweckmäßige und zielgerichtete Programmtheorie (Purposeful Program Theory) zusammenzuführen (s. Abschn. 3.3, 3.3.1). Die Fusion der empfohlenen Theory of Change, Theory of Action und der Caretheorie zur Programmtheorie zeigt Abbildung 8.23.

²³ Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c.

²⁴ Toronto 2013.

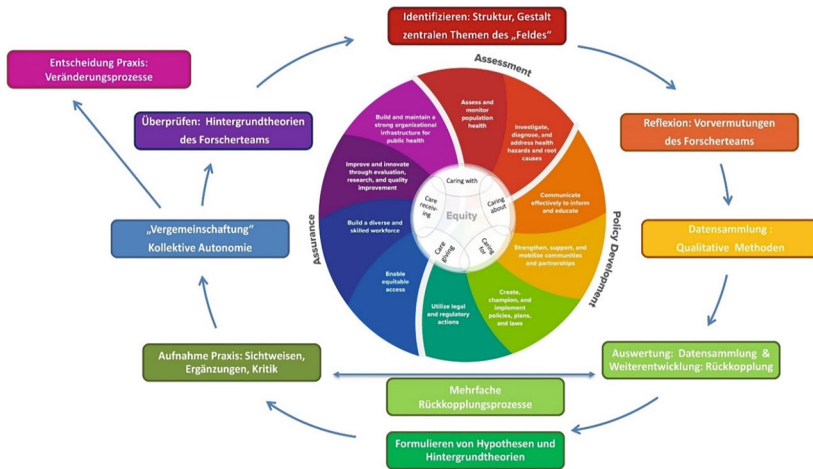


Abbildung 8.23 Programmtheorie: Klagenfurter Interventionsforschung²⁵ – 10 EPHS²⁶ – Care²⁷

Jetzt lässt sich nachvollziehen, warum die farbliche und redaktionelle Modifikation des ursprünglichen Modells der Theory of Change vorgenommen wurden. Die 10 EPHS, erweitert und unterstützt durch die moralischen Care-Anforderungen nach Tronto im Kern, wurden in den Klagenfurter transdisziplinären Interventionsprozess eingebaut.

Man könnte vorschnell die Meinung vertreten, dass es reichen könnte, eines der drei ineinandergefügten Prozessmodelle abzuarbeiten. Dieser Einschätzung widersprechen die Ergebnisse der theoriegenerierenden Situationsanalyse (s. Abschn. 8.1): Wenn die Pflegekammer für ihre Interventionen nur die Theory of Change anwenden würde, wäre zwar dem Desiderat der Partizipation der Mitglieder als Partner genüge getan. Allerdings wäre keine inhaltliche Orientierung möglich. Mutmaßlich würden viele der komplexen Themenfelder des ethischen Mandates zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung liegenbleiben, wertvolle Ressourcen würden weiterhin nicht für die Stärkung der Profession Pflege im öffentlichen Gesundheitssystem genutzt. Auch bei der Betrachtung der Mikroebene einzelner Themenfelder einzelner Zielgruppen in

²⁵ Krainer 2006.

²⁶ Public Health National Center for Innovations (PHNCI) 2020c.

²⁷ Tronto 2013.

einzelnen Settings ist der Prozess der zehn aufeinander aufbauenden EPHS hilfreich, um nichts zu übersehen, sondern zielgerichtet alle Herausforderungen aufzunehmen und Ressourcen zu nutzen. Bei all diesen Aktionen, egal ob klein oder groß, ist die demokratische Partizipation der Kammermitglieder als essentielle Strategie der Veränderung unerlässlich. Das dritte Element, die moralischen Careanforderungen nach Tronto allein können die Situation der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf nicht verbessern, weil nicht klar wird, was wann konkret von wem auf welcher Ebene mit welchem Ziel zu tun wäre. Als orthogonale ethische Metatheorie dagegen kann sie das Outcome der Stärkung und Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung überprüfen und im Dreiklang der Subtheorien einer wirkungsvollen Programmtheorie unterstützen. Zusammengefasst lautet der Dreiklang der ethischen Dimension der Programmtheorie: Im Kern ist es die Chancengerechtigkeit, sie wird gestützt von Aufmerksamkeit, Verantwortung, Kompetenz, Reaktionsfähigkeit und Solidarität. Dies wiederum wird umfasst von Partizipation und kollektiver Autonomie.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Fazit und Ausblick

9

Die vorgelegte Dissertationsschrift unternahm die wissenschaftliche Entwicklung einer Programmtheorie des ethischen Mandates der Pflegekammer als der Körperschaft des öffentlichen Rechts, kurz: eine Programmtheorie für die Intervention *Ethik in Pflegekammern*. Zur Einschätzung der Situation des Heilberufs Pflege in Deutschland war der Überblick über die mannigfaltigen Belastungen im Pflegealltag nötig. Dies geschah ausdrücklich nicht, um in den „Chor des Jammers“ einzufallen. Es hilft der Profession Pflege nicht, nur problematisierend die Finger in die vielen Wunden zu legen. Es braucht die konsequente, konstruktive Lösungsorientierung.

Gezeigt wurde, dass aus dem unspezifisch formulierten Thema *Ethik in Pflegekammern* das *ethische Mandat der Pflegekammern* erwächst. Das ethischen Mandat konkretisiert den Auftrag der Pflegekammern: die Verantwortung für die Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Zur Gestaltung dieser Verantwortung hilft eine Programmtheorie, die sich an der aktuellen Situation ausrichtet. Die detaillierte Situationsanalyse ergab drei miteinander verbundene Argumentationsstränge, die Ethik als normativ gesetzter Baustein von Pflegekammern, die Ethik in den Einrichtungen des deutschen Gesundheitssystems und die Aufnahme der Desiderate der Pflege sowie die das Mandat von Pflegekammern des Heilberufs Pflege auf politischer Ebene. Das Logic Model Building veranschaulichte sowohl die Hintergründe und verursachenden Faktoren als auch Konsequenzen des Falls Ethik in Pflegekammern. In zu errichtenden und bestehenden Pflegekammern wird der Begriff Ethik in den Gesetzen und Ordnungen als wichtiges Element genannt, jedoch mit geringem Konkretisierungsgrad. Verbindlich ist das Erlassen einer Berufsordnung, darin sind fachliche, ethische

und rechtliche Elemente enthalten. Die Berufsordnung ist einklagbares Recht. Sie dient zur Orientierung der Pflegefachpersonen, unterstützt und schützt das professionelle Pflegehandeln. In Rheinland-Pfalz gründet sie auf der internationalen Definition von Pflege und bezieht sich auf international gültige Ethikstandards wie den ICN-Ethikkodex.

Das Vorhalten von Ethikstrukturen in Pflegekammern ist dagegen unverbindlich, deren Aufgabe und Funktion offen. In den Diskursen wird *Ethik* zwar als Kammerelement angeführt, allerdings unterliegt die Interpretation des Begriffes, dessen Ausgestaltung und Zieldefinition sowie die Dringlichkeit der Umsetzung entsprechender Interventionen der je persönlichen Werthaltung der Akteure. Insgesamt zeichnete sich das Phänomen der Nutzung von Ethik als *Wildcard* ab. Die umfängliche Unterstützung der Pflegefachpersonen in ethischen Fragen über die Möglichkeiten der Berufsordnung hinaus steht weiterhin aus. Unerkannt blieb die ethische Dimension des Umgangs mit der Profession Pflege auf der politischen Makroebene. Dafür liefern die Bemühungen um die Errichtung von Pflegekammern ein Beispiel: Wenn Pflegekammern von den politisch Verantwortlichen in langwierigen Verfahren erst mehr oder weniger halbherzig errichtet und mit eingeschränkten Rechten und mangelhaften finanziellen Startressourcen ausgestattet werden und dann aufgrund den daraus erwachsenden Schwierigkeiten wieder abgewickelt werden, statt nach konstruktiven Lösungen gemeinsam mit der Profession Pflege zu suchen, kann weder von der Wertschätzung des Heilberufs noch von der Akzeptanz seines essentiellen Beitrags im öffentlichen Gesundheitssystem gesprochen werden. Von der Gewährung von Autonomie der Berufsgruppe zur Ausgestaltung ihres Mandates gegenüber der Bevölkerung sind wir in Deutschland noch weit entfernt.

Belegt sind dagegen herausfordernde ethische Fragestellungen auf der Mikroebene. Die Analyse zeigte, dass Ethik im deutschen Gesundheitswesen mit medizinisch ausgerichteter Klinischer Ethikberatung gleichgesetzt wird. Das Feld der Klinischen Ethikberatung wird gestaltet von der Akademie für Ethik in der Medizin, der einzigen Fachgesellschaft für Ethik in Deutschland. Sie ist bioethisch orientiert, diese Brille definiert, was ein ethisches Problem ist. Pflegeethische Probleme wie z. B. Privatheit, Asymmetrie und Sorgebeziehung gelten nicht als (bio)-ethisches Problem. Die pflegeethischen Herausforderungen, die aus den careethischen Qualitäten (nach Tronto) des Erkennens von Pflegebedarfen, der Verantwortung, diesen zu begegnen, der Kompetenz des Pflegehandelns und des Einbezugs der Antwort der Menschen mit Pflegebedarfs zur Steuerung der

Pflegebeziehung für und der Durchführung von Pflege erwachsen können, wurden bislang nicht als *ethische Probleme* gewertet. Folglich kann eine Klinische Ethikberatung, die die biomedizinische Entscheidungsfindung der Behandlung von Patient*innen zum Ziel hat, nur wenig Unterstützung anbieten. Die Situation verschärft, dass Ethikstrukturen vorwiegend im Krankenhäusern etabliert wurden, nur in einigen stationären Altenpflegeeinrichtungen verfügbar sind und die ambulante Pflege bisher kaum im Blick ist. Zusammenfassend ist eine Marginalisierung der professionellen Pflegeperspektive zu attestieren. Die Pflegefachpersonen werden auch als Teil der Ethikstrukturen marginalisiert. Selbst wenn sie sich engagieren, passen pflegeethische Beiträge nicht ins Raster, sie werden, auch aufgrund bestehender Hierarchien, nicht gehört. Dass Pflegefachpersonen selbst ethischen Unterstützungsbedarf haben können, wird infolgedessen ebenfalls nicht erkannt. Pflegefachpersonen sind aber nicht nur Opfer, sondern Teil des Problems. Sie marginalisieren sich häufig selbst, weil sie die eigenen professionellen Positionen der Pflegeethik nicht kennen oder nicht laut genug in den interprofessionellen Diskurs einbringen und gegenüber anderen ethischen Konzepten vertreten. Die Careethik bietet die Lösung im Sinne der Sorge für die Sorgenden.

Care for the Caregivers ist dringend erforderlich. Pflegefachpersonen sind in allen professionellen Einsatzfeldern massiven pflegefachlichen Herausforderungen und damit einhergehenden pflegeethischen Belastungen ausgesetzt. Moralische Belastungen im Pflegealltag führen zu moralischer Unsicherheit, moralischen Dilemmata und Moral Distress. Die moralischen Probleme des öffentlichen Gesundheitssystems können sowohl Pflegefachpersonen moralisch verletzen und sie erkranken lassen als auch Defizite in der Gesundheitsversorgung verursachen und verstärken. Pflegekammern tragen eine komplexe Verantwortung im Gesundheitssystem. In dieser Verantwortung spielen die Mikroebene der Pflegefachpersonen und der Menschen mit Pflegebedarf und die politische Makroebene zusammen. Der gesetzliche Auftrag der Sicherung der pflegerischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde politisch in Pflegekammern umgesetzt. Die praktische Umsetzung erfolgt nun über die Pflegefachpersonen als Kammermitglieder. Bei ethischer Belastung kann die Pflegekammer Räume zur Reflexion und Unterstützung anbieten, denn sie muss die Gesundheit der Pflegefachpersonen fördern und schützen, damit sie gute Pflegearbeit für die Bevölkerung leisten können. Somit wirken die Pflegekammer und die Pflegefachpersonen gemeinsam als moralische Agenten im öffentlichen Gesundheitssystem. Ihre Verantwortung wirkt auf der politischen Ebene. Vielfalt, Kommunikation, Vertrauen und Respekt ermöglichen Solidarität, das *caring with* auf politischer Ebene (nach Tronto). *Caring with* bietet den Rahmen sowohl für *Care for the*

Caregivers als auch für *Care for Care* im öffentlichen Gesundheitssystem. Das Ergebnis sind gesunde Pflegefachpersonen, sie erstellen und bedingen die hohe Sicherheit pflegerischer Gesundheitsversorgung. Beidem gilt das ethische Mandat der Pflegekammern.

Das Ergebnis der Situationsanalyse ist die Konzeption einer Programmtheorie, die auffächert, wie Ethik in Pflegekammer funktionieren kann und an welchen ethischen Prinzipien das festgemacht werden kann. Eine Programmtheorie zur Ausgestaltung des ethischen Mandates der Pflegekammer kann nur funktionieren, wenn die Subtheorien Theory of Change und Theory of Action ethisch wertvolle Grundlagen haben. Das ethische Zentrum der strategischen Theory of Change, der Klagenfurter transdisziplinären Interventionsforschung, bildet die Partizipation zur Herstellung der kollektiven Autonomie von Pflegekammern und ihren Mitgliedern sowie der Pflegewissenschaft. So können alle Akteure ihre Rolle als moralische Agent*innen füllen. Der ethische Kern der Theory of Action, der Ten Essential Public Health Services (10 EPHS), ist Equity, zu Deutsch Chancengerechtigkeit. Dieser Kern erfuhrt über die moralischen Carequalitäten der Pflege (nach Tronto 2013) Stärkung: Achtsamkeit, Verantwortung, Kompetenz, Reaktionsfähigkeit und Solidarität fördern und schützen die Chancengerechtigkeit und damit den kompletten Prozess der essentiellen Serviceleistungen im öffentlichen Gesundheitssystem und die Strategie der transdisziplinären Partizipation.

Thesen schlugen der Theorie der zehn essentiellen Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitssystems folgend ein detailliertes Portfolio von Interventionen zur Ausgestaltung und Sicherung des ethischen Mandates vor. Die vielfältigen Empfehlungen sprachen sowohl die politische Makroebene als auch die individuelle Mikroebene der Pflegebeziehung an. Obwohl Pflegekammern nicht direkt in den Einrichtungen der Pflege agieren, haben die Interventionen naturgemäß starke Auswirkungen auf die auf der Mesoebene geleistete Versorgung in den Organisationen der Pflege.

Die konzipierte Programmtheorie eignet sich sowohl zur zusammenhängenden Bearbeitung des *großen* ethischen Mandates auf der politischen Makroebene als auch für die Einzelthemen und Zielgruppen in diversen Settings der individuellen Mikroebene.

Pflegekammern müssen aktiv werden. Sie dürfen sich nicht von der Vielfalt anspruchsvoller Themen entmutigen lassen, sondern einfach anfangen und auch kleine Erfolge feiern. Die Programmtheorie liefert das Handwerkzeug zur Entwicklung des professionellen Berufsfeldes der Pflege. Sie ermöglicht dem Heilberuf Pflege die immer wieder abgesprochene Politikfähigkeit. Die setzt sich zusammen aus politischem Verständnis, politischer Sprachfähigkeit, politischer

Präsenz und politischer Wahrnehmung der Profession im Reigen der Akteure des öffentlichen Gesundheitssystems.

Im Diskurs um das Gesundheitssystem findet das Bild einer *atomarisierten Gesundheitsversorgung* Verbreitung. Damit wird die Kleinteiligkeit und der Verlust des Blickes für das Ganze kritisiert. Analog brauchen wir nicht noch eine *atomarisierte Ethik*, die nur Mikrofacetten in den Blick nimmt. Wir brauchen vielmehr einen integrativen ethischen Ansatz, der das ethische Mandat der Pflegekammern fördert und schützt. Er muss an der Sicherung des essentiellen demokratischen Wertes, dem Menschenrecht auf Gesundheit, ausgerichtet sein. Im öffentlichen Gesundheitswesen muss proaktives, ressourcenorientiertes Handeln möglich werden, statt sich wie bisher nur reaktiv an Problemen abzuarbeiten.

Dazu wurde eine Programmtheorie geliefert. Diese Theorie kann zukünftig der Blick über den deutschen Tellerrand doppelt stützen. Inhaltlich liegen international mannigfaltige Initiativen vor, die professionelles Pflegehandeln fördern. Das umfangreiche Material wäre in Folgearbeiten zur Unterstützung und Stärkung des ethischen Mandats von Pflegekammern auszuwerten und die Theorie zu adaptieren. Methodisch erfährt die umfassende Entwicklung von Programmtheorien vor dem Start von Interventionen aktuell international hohe Anerkennung. Das wissenschaftliche Analysieren und Interpretieren unter einer gewissen Unsicherheit und die Zusammenführung der Erkenntnisse in Logic Models hilft, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und das Menschenrecht auf Gesundheit als Ganzes zu sichern.

Überschrieben wurde die Arbeit mit den Worten von Silvia Käppeli aus dem Jahr 1988:

„Krankenpflege sollte aufhören, berufliche und politische Fragen so zu behandeln, als ob sie nicht auch moralische Fragen wären.“ (Käppeli 1988)

2022 ist eine positiv gewendete Modifikation zu fordern:

Der Heilberuf Pflege muss beginnen, berufliche, politische und ethische Fragen integrativ zu behandeln und die Instrumente der Gesundheitsförderung zu nutzen, um der Gesellschaft Antworten zu liefern. Das ist ihr ethisches Mandat.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Literaturverzeichnis

- Adam-Paffrath, Renate (2014): Würde und Demütigung aus der Perspektive professioneller Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Ethik im ambulanten Pflegebereich. Hochsch., Diss. u. d. T.: Adam-Paffrath, Renate: Eine Annäherung an das Würdeempfinden von professionell Pflegenden in Bezug auf Ihre Tätigkeit im ambulanten Arbeitsbereich – welche ethischen Dimensionen beschäftigen die professionell Pflegenden? – Vallendar, 2014. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Adam-Paffrath, Renate (2015): Würde und Demütigung in der ambulanten Pflege. Drei-Länder-Kongress Pflege und Pflegewissenschaft. DG Pflegewissenschaft; SBK; ÖGKV; DBfK; GesPW; VFP. Konstanz, 22.09.2015.
- Aldbrecht, Laura (2017): Theoriegeleitete Evaluation zur retrospektiven Überprüfung komplexer pflegerischer Maßnahmen. Erkenntnisse aus der Entwicklung einer Programmtheorie. Forschungswelten. Universität Trier. hpsmedia. Trier, 02.03.2017.
- Aldbrecht, Laura; Bartholomeyczik, Sabine; Mayer, Hanna (2018): Entwicklung einer Programmtheorie als Grundlage für die Evaluation einer Demenzstation. In: *Pflege* 31 (3), S. 125–134. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000610>.
- aerzteblatt.de (Hg.) (2019): Spahn erneuert Forderung nach Bundespflegekammer. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100266/Spahn-erneuert-Forderung-nach-Bundes%C2%ADpflege%C2%ADkammer>, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Hg.) (2017): Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“. Landesärztekammer Hessen K. d. ö. R. Online verfügbar unter https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/Curriculare_Fortbildung_Ambulante_Ethikberatung, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (Hg.) (2011): 25 Jahre Akademie für Ethik in der Medizin e. V. Göttingen.
- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (08.10.2016): Ambulante Ethikberatung in Deutschland. Aktueller Stand und künftige Entwicklung. Frankfurt a. M. Schmidt, Kurt, zuletzt geprüft am 08.10.2016.
- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2018a): Zertifizierung für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Hg. v. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. Göttingen. Online verfügbar unter <http://www.aem-online.de/index.php?id=64>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (Hg.) (2018b): Ziele und Aufgaben. Online verfügbar unter <http://www.aem-online.de/index.php?id=30>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.

- Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e. V. (Hg.) (o. J.): Mobile Ethikberatung in Lippe – MELIP. Unter Mitarbeit von Birgit Bleibaum. Lemgo. Online verfügbar unter <http://www.hospiz-lippe.de/melip-2015/>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36).
- Arksey, Hilary; O'Malley, Lisa (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. In: *International Journal of Social Research Methodology* 8 (1), S. 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- Arnold, Doris (2008): „Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!“. Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Zugl.: Frankfurt (Main), Univ., Diss., 2008. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 107).
- Baden-Württemberg.de (2021): Errichtung einer Landespflegekammer. Beteiligungsportal Baden-Württemberg. Hg. v. Staatsministerium Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://beteiligungsportal.baden-wuerttemberg.de/de/mitmachen/lp-16/landespflegekammer/>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Baumann-Hözlze, Ruth; Meier-Allmendinger, Diana; Arn, Christof; Christen, Markus; Weidmann-Hügler, Tatjana, Baumann, Max (Hg.) (2009): Handbuch Ethik im Gesundheitswesen. Dialog Ethik. 1. Aufl. 5 Bände. Basel: Schwabe.
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) (22.06.2015): Klares Zeichen für die Pflegekammer: E-Petition erreicht Ministerium. München. Anke Röver.
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) (20.08.2015): Pflegeverbände erteilen Pflegering erneut klare Absage. BAY.ARGE schließt Teilnahme an Pflegering-Gründungskonferenz aus / Rechtsform als Körperschaft garantiert weder Augenhöhe noch Leistungsfähigkeit. München. Anke Röver.
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) (Hg.) (2015): UNS! REICHT'S! JETZT! DIE PFLEGE WIRD LAUT! Demonstration. München.
- Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2021): Auftragsbekanntmachung. Gutachten zur Evaluation der Vereinigung der Pflegenden in Bayern. München.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2013): Principles of biomedical ethics. Seventh edition. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Behrens, Johann; Görres, Stefan; Schaeffer, Doris; Bartholomeyczik, Sabine; Stemmer, Renate (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. www.agenda-pflegeforschung.de. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Inst. für Gesundheits- und Pflegewiss. Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung.
- Beneker, Christian (2015): Testlauf mit ambulanter Ethikberatung gestartet. In: *Ärztezeitung*, 27.10.2015. Online verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/895905/goettingen-testlauf-ambulanter-ethikberatung-gestartet.html, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2006): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise. Unter Mitarbeit von Aaron Antonovsky. Erw. Neuauf., Aufl. 9.3.08.06. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).
- Benner, Patricia E. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).

- Benner, Patricia E.; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A. (2009): *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment & ethics*. 2nd ed. New York, NY: Springer.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (20.01.2022): Corona als Berufskrankheit: Rekordzahlen bei der BGW – Unterstützung für Post-COVID-Betroffene – bgw-online. Hamburg. Beckel, Torsten; Berger, Marijke. Online verfügbar unter <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/presse/corona-berufskrankheit-unterstuetzung-post-covid-betroffene-64146>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Bezirksärztekammer Rheinhessen (07.10.2014): Geschäftsordnung der ambulanten Ethikberatung, vom 24.09.2014. Online verfügbar unter https://www.aerztekammer-mainz.de/pdf/Ethik/Geschaeftsordnung_07_10_2014.pdf – 340.8kb, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Bezirksärztekammer Trier (30.05.2012): Geschäftsordnung der ambulanten Ethikberatung. Online verfügbar unter <http://www.aerztekammer-trier.de/pdf/pageDocs/BAeK-Trier-1404190398.pdf>, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Bittingmayer, Uwe H. (2016): Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 23–40.
- Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemittelungen/2019/2019-10-22-PM_DKG_zum_DKI_Gutachten_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007): Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA). In: *Ethik Med* 19 (4), S. 320–330. <https://doi.org/10.1007/s00481-007-0540-4>.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela; Sappa, Sylvia (2009): Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethikberatung in der stationären Altenpflege. In: Jochen Vollmann, Jan Schildmann und Alfred Simon (Hg.): *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Frankfurt/Main: Campus Verlag (29), S. 107–124.
- Böcker, Tobias (2011): Die Rolle klinischer Ethik-Komitees aus Sicht konfessionell getragener Krankenhäuser. In: Horst Kunhardt (Hg.): *Systemisches Management im Gesundheitswesen. Innovative Konzepte und Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela (Hg.) (2005 // 2016): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen // Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. 4., unveränd. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse; Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 95).
- Borngässer, Kati (2017): Wir brauchen ethische Fallbesprechungen. Interview. In: *Pflegemagazin* 1 (5), 27, online 96–99. Online verfügbar unter <https://www.pflegemagazin-rlp.de/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Borutta, Manfred; Giesler, Christiane (2006): *Karriereläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse*. 1. Aufl. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Boßle, Michael (27.2016): Prolog zum Podium Pflegekammer vs Pflegering. München. Online verfügbar unter <http://www.michaelbossle.com/aktuell/pflegemagazin-vs-pflegering/>, zuletzt geprüft am 06.11.2016.

- Brandenburg, Hermann (2019): Einige Bemerkungen zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2), S. 139–150.
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2007): Public Health Nursing. Stuttgart: W. Kohlhammer (Pflegepraxis).
- Bundesarbeitsgericht, Pressemitteilung vom 24.06.2021, Aktenzeichen 5 AZR 505/20. In: *juris Das Rechtsportal*.
- Bundesärztekammer (2017): Weltärztebund verabschiedet neues ärztliches Gelöbnis. YouTube Video. Berlin. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?time_continue=104&v=glmeFk5TX80, zuletzt geprüft am 07.03.2018.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2020): Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten („Zentrale Ethikkommission“) bei der Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-und-ethik/zentrale-ethikkommission-bei-der-bundesaerztekammer/>, zuletzt aktualisiert am 04.09.2020, zuletzt geprüft am 11.04.2022.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung; Kultusministerkonferenz (Hg.) (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur -Zielsetzungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2020): Sofortprogramm Pflege. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>, zuletzt aktualisiert am 15.04.2020, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5. 1. Aufl. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_1_Auflage.pdf, zuletzt geprüft am 04.06.2019.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Referententwurf. Berlin, zuletzt geprüft am 16.06.2019.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hg.) (2018): Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege. Informationen für Arbeitgeber. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ausbildung-und-Beruf/ausbildung-und-beschaeftigung-von-fluechtlingen-in-der-altenpflege.html>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Bundesregierung Bundesrepublik Deutschland (Hg.) (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Hospiz- und Palliativgesetz – HPG. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesrepublik Deutschland (23.05.1949): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. GG, vom 15.11.2019. In: *Bundesgesetzblatt* 1, S. 1. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/gg>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Bundesrepublik Deutschland (20.12.1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung -, SGB V, vom 22.03.2020. In: www.gesetze-im-internet.de, zuletzt geprüft am 30.01.2018.

- Bundesrepublik Deutschland (07.08.1996): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit, ArbSchG, vom 31.08.2015. In: www.gesetze-im-intern.de, zuletzt geprüft am 26.01.2018.
- Bundesrepublik Deutschland (16.07.2003): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege, (Krankenpflegegesetz – KrPflG, vom 2017. In: www.gesetze-im-internet.de, zuletzt geprüft am 27.06.2018.
- Bundesrepublik Deutschland (25.08.2003): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege, Altenpflegegesetz – AltPflG, vom 2017. In: www.gesetze-im-internet.de, zuletzt geprüft am 27.06.2018.
- Bundesrepublik Deutschland (17.12.2014): Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I. In: *Bundesgesetzblatt* (Teil I Nr. 61), S. 2222–2230.
- Bundesrepublik Deutschland (21.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II. In: *Bundesgesetzblatt* (Teil I Nr. 54), S. 2424–2463.
- Bundesrepublik Deutschland (23.12.2016): Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III. In: *Bundesgesetzblatt* (Teil I Nr. 65), S. 3191–3220.
- Bundesrepublik Deutschland (17.07.2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Pflegeberufereformgesetz – PfBerRefG. Fundstelle: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49. In: *Bundesgesetzblatt* (49), S. 2581–2614.
- Bundesrepublik Deutschland (11.12.2018): Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals, Pflegepersonalstärkungsgesetz -PsSG. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s2394.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1586946891352, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (Hg.) (2017): Liste der zugeordneten Qualifikationen. DQR: Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dqr.de/dqr/de/service/downloads/downloads_node.html, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg; CDU-Landesverband Baden-Württemberg (Hg.) (2016): Baden-Württemberg gestalten: Verlässlich. Nachhaltig. Innovativ. Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen Baden-Württemberg und der CDU Baden-Württemberg 2016–2021. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/regierung/landesregierung/koalitionsvertrag/>, zuletzt geprüft am 13.01.2018.
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg, CDU Baden-Württemberg (Hg.) (2021): JETZT FÜR MORGEN. DER ERNEUERUNGSVERTRAG FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG. Koalitionsvertrag 2021–2026. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://www.gruene-bw.de/wp-content/uploads/2021/06/Jetzt-fuer-morgen-Der-Erneuerungsvertrag-fuer-Baden-Wuerttemberg-gruen-schwarze-Koalition-2021-2026.pdf>, zuletzt geprüft am 13.07.2021.

- Canadian Nurses Association (2017): Code of ethics for registered nurses. 2017er Edition. 2017 edition. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association. Online verfügbar unter <https://cna-aipc.ca/en/on-the-issues/best-nursing/nursing-ethics>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Castello, Melanie; Dalichau, Dirk; Lauxen, Oliver; Schäfer, Lisa (2017): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 31). Online verfügbar unter <https://msagd.rlp.de/de/unsere-the-men/gesundheits-und-pflege/pflege/infothek-pflege/>, zuletzt geprüft am 02.09.2019.
- CDU Hessen; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen (Hg.) (2013): Verlässlich gestalten – Perspektiven eröffnen. Hessen 2014 bis 2018. Koalitionsvertrag zwischen der CDU Hessen und Bündnis 90/Die Grünen Hessen für die 19. Wahlperiode des Hessischen Landtages 2014–2019. Wiesbaden.
- CDU Hessen; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Hessen (Hg.) (2018): Aufbruch im Wandel durch Haltung, Orientierung und Zusammenhalt. Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.cduhessen.de/data/documents/2019/02/01/313-5c53f4c0d9690.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- CDU Landesverband Schleswig-Holstein, Bündnis 90/Die Grünen Landesverband SH; FDP Landesverband Schleswig-Holstein (Hg.) (2017): Das Ziel verbindet – weltoffen – wirtschaftlich wie ökologisch stark – menschlich. Koalitionsvertrag für die 19. Wahlperiode des Schleswig-Holsteinischen Landtages (2017–2022). Kiel.
- CDU Niedersachsen (Hg.) (2017): Niedersachsen nach vorne bringen. Regierungsprogramm der CDU in Niedersachsen 2017–2022. Hannover.
- CDU Nordrhein-Westfalen, FDP Nordrhein-Westfalen (2017): Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017–2022. Düsseldorf.
- Center for Community Health and Development (Hg.) (2022): Community Tool Box. University of Kansas. Online verfügbar unter <https://ctb.ku.edu/en>, zuletzt aktualisiert am 14.02.2022, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Clarke, Adele E. (2011): Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): Grounded theory reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 207–232.
- Conradi, Elisabeth (2001): Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Zugl.: Basel, Univ., Diss., 1999. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Cornelsen Verlag (Hg.) (2020): duden.de. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Not>, zuletzt geprüft am 20.04.2020.
- Craig, Peter; Dieppe, Paul; Macintyre, Sally; Michie, Susan; Nazareth, Irwin; Petticrew, Mark (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>.
- Craig, Peter; Dieppe, Paul; Macintyre, Sally; Michie, Susan; Nazareth, Irwin; Petticrew, Mark (2019): Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019. Hg. v. Medical Research Council. Swindon. Online verfügbar unter www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance, zuletzt geprüft am 29.04.2022.
- Daudt, Helena M L; van Mossel, Catherine; Scott, Samantha J. (2013): Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and

- O'Malley's framework. In: *BMC medical research methodology* 13, S. 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>.
- Davis, Kathy; Drey, Nick; Gould, Dinah (2009): What are scoping studies? A review of the nursing literature. In: *International journal of nursing studies* 46 (10), S. 1386–1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>.
- DBfK (Hg.) (2012): Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- DBfK (2013): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Deutsche Übersetzung des ÖGKV, SBK und DBfK. Hg. v. ICN – International Council of Nurses. Berlin.
- DBfK Südwest (03.05.2018): Einmalige Chance in Hessen: Sozial- und Integrationsministerium Hessen startet Online-Befragung zur Errichtung einer Pflegeberufekammer. Stuttgart, Geschäftsstelle Eduard-Steinle-Straße 9, 70619 Stuttgart.
- DBfK Südwest (18.09.2020): Wir geben nicht auf! Errichtung der Landespflegekammer Baden-Württemberg wird in nächste Legislaturperiode verschoben. Stuttgart. Uwe Seibel, Eduard-Steinle Straße 9, 70619 Stuttgart.
- DBfK Südwest e. V. (Hg.) (2020): Anhörung zum Entwurf des Gesetzes zur Errichtung einer Landespflegekammer. Stuttgart.
- Destatis (Hg.) (2019): Statistisches Jahrbuch Deutschland 2019. 1., Auflage. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hg.) (2015): Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum vorliegenden Referentenentwurf zur Reform der Pflegeberufe. Duisburg. Online verfügbar unter www.dg-pflegewissenschaft.de, zuletzt geprüft am 19.12.2015.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hg.) (2016): Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Duisburg. Online verfügbar unter <http://dg-pflegewissenschaft.de/ethikkommission/ethikkodex/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hg.) (2018): Stellungnahme zum Referentenentwurf der APv zum Pflegeberufegesetz. Duisburg. Online verfügbar unter <http://dg-pflegewissenschaft.de>, zuletzt geprüft am 14.06.2019.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV); Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (09.06.2020): COVID-19 als Berufskrankheit: DIVI und DGUV informieren zu Voraussetzungen sowie Versicherungsleistungen – bgw-online. Berlin. Boltz, Stefan. Online verfügbar unter <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/presse/covid-19-als-berufskrankheit-divi-und-dguv-informieren-zu-29362>, zuletzt geprüft am 24.02.2022.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (1999): Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 59. Sitzung. Plenarprotokoll 14/59, Stenographischer Bericht. Berlin.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.; Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (Hg.) (1997): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Freiburg.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (Hg.) (2019): Mindestlohn für Gerüstbauer steigt ab Juni 2019. Branchen-Mindestlöhne im Überblick. Online verfügbar unter <https://www.dgb.de/schwerpunkt/mindestlohn/hintergrund/branchenmindestloehne/++co++8d230242-cb39-11e1-4164-00188b4dc422>, zuletzt geprüft am 25.06.2019.

- Deutschlandfunk (Hg.) (2022): Corona-Hotspots in Köln – Gesundheitsamt: Armut und Wohnen sind maßgebliche Gründe. Köln. Online verfügbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/corona-hotspots-in-koeln-gesundheitsamt-armut-und-wohnen-100.html>, zuletzt geprüft am 25.02.2022.
- Dörge, Christine (2009): Dienstleistung »Professionelle Pflege« – Lippenbekenntnis oder Handlungswirklichkeit? In: Johann Behrens (Hg.): »Pflegebedürftig« in der »Gesellschaftsgesellschaft«. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Tagungsband 26.–28. März 2009, Halle (Saale). Halle (Saale) (Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jg. Nr. 1), S. 117–133.
- Dörries, Andrea; Hesse-Jungesblut, Katharina (2007): Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. In: *Ethik Med* 19 (2), S. 148–156. <https://doi.org/10.1007/s00481-007-0498-2>.
- Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hg.) (2010): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege. W. Kohlhammer GmbH. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Dörries, Andrea; Simon, Alfred; Marckmann, Georg (2015): Ethikberatung im Krankenhaus – Sachstand und kritischer Ausblick. In: *Ethik Med* 27 (3), S. 249–253. <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0361-9>.
- Dudenverlag (Hg.): duden.de. Wörterbuch. Bibliographisches Institut GmbH. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- DWDS (2021): DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Hg. v. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/wb/Intervention#wb-1>, zuletzt geprüft am 01.06.2021.
- Emunds, Bernhard (2016): Menschenunwürdige Pflegearbeit in deutschen Privathaushalten. Sozialethische Bemerkungen zu den Arbeitsverhältnissen mittel- und osteuropäischer Live-Ins. In: Marianne Heimbach-Steins (Hg.): Sozialethik der Pflege und Pflegepolitik, Bd. 57. Münster: Aschendorff Verlag (Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften, 57. Band (2016)), S. 199–224.
- Errichtungsausschuss der Pflegekammer Niedersachsen (18.06.2018): Gebührenordnung, vom 06.06.2018. In: *Niedersächsisches Ministerialblatt* 68 (24), S. 639–641.
- Errichtungsausschuss Pflegekammer Niedersachsen (18.06.2018): Kammersatzung der Pflegekammer Niedersachsen, vom 06.06.2018. In: *Niedersächsisches Ministerialblatt* 68. (73.) (24), S. 641–644.
- Errichtungsausschuss Pflegekammer NRW (Hg.) (2021): Errichtungsausschuss – Pflegekammer NRW. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nrw.de/der-errichtungsausschuss/>, zuletzt geprüft am 09.07.2021.
- Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union (30.09.2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Richtlinie 2005/36/EG, vom 07.09.2005. In: *Amtsblatt der Europäischen Union* (L 255), 22–142.
- Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union (20.11.2013): Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt- Informationssystems. IMI-Verordnung. In: *Amtsblatt der Europäischen Union* (L354), S. 132–170.

- Fahr, Uwe; Herrmann, Beate; May, Arnd T.; Reinhardt-Gilmour, Antje; Winkler, Eva C. (2011): Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen. In: *Ethik Med* 23 (2), S. 155–159. <https://doi.org/10.1007/s00481-010-0086-8>.
- Fathi, Karim (2019): Kommunikative Komplexitätsbewältigung. Integrierter Methodenpluralismus Zur Optimierung Disziplinübergreifender Kommunikation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5940323>.
- Fisher, Berenice; Tronto, Joan (1990): Toward a Feminist Theory of caring. In: Emily K. Abel (Hg.): *Circles of care. Work and identity in women's lives*. Albany, N.Y.: State Univ. of New York Press (SUNY series on women and work), S. 35–62.
- Fleck, Ludwik (2015): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. 10. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 312).
- Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege (Hg.) (2018): Forschungsprojekte des Frankfurter Netzwerks Ethik in der Altenpflege. Online verfügbar unter <http://www.ethiknetzwerk-altenpflege.de/begleitforschung.php>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege (Hg.) (2021): Das Netzwerk „NAEHE“. Online verfügbar unter <http://www.ethiknetzwerk-altenpflege.de/naehe.php>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hg.) (2014): Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.hamburg.de/contentblob/4272292/37918fa032999268583298b747e601c0/data/abschlussbericht-befragung.pdf>, zuletzt geprüft am 08.07.2021.
- Friesacher, Heiner (2011): «Vom Interesse an vernünftigen Zuständen...» Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 24 (6), S. 373–388. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000153>.
- Fry, Sara T. (1995): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung. Eschborn: Dt. Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).
- Funnell, Sue C.; Rogers, Patricia J. (2011): Purposeful program theory. Effective use of theories of change and logic models. San Francisco, CA: Jossey-Bass (Research Methods for the Social Sciences, v.31).
- Gerlach, Anke (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 2012. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Gerst, Thomas (2008): Eins, zwei, drei im Sauseschritt. Tätigkeitsbericht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (22), A1186–A1187. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/60338/Taetigkeitsbericht-Eins-zwei-drei-im-Sauseschritt>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Glinski-Krause, Beate (Hg.) (2018): Frankfurter Forum für Altenpflege. Online verfügbar unter <http://www.ffa-frankfurt.de/>, zuletzt geprüft am 06.04.2018.
- Global Conference on Primary Health Care (Hg.) (2018): Declaration of Astana. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.

- Glouberman, Sholom; Zimmerman, Brenda (2002): Complicated and complex systems. What would successful reform of Medicare look like? [Saskatoon]: Commission on the Future of Health Care in Canada (Discussion paper, no. 8).
- Gold, Andreas (2017): Die Rolle der Pflege in Klinischen Ethikkomitees. Bachelorthesis. Hochschule Ludwigshafen, Ludwigshafen am Rhein.
- Goldmann, Harald (2012): Der weite Raum zwischen mir und den anderen. In: Larissa Krainer und Ruth E. Lerchster (Hg.): Interventionsforschung. Band 1: Paradigmen, Methoden, Reflexionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 245–264.
- Groß, Ilona; Kuhn, Andrea (2018a): Die Berufsordnung der Profession Pflege. Chancen und Nutzen. Session I. Pfl egetag Rheinland-Pfalz. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz, 17.04.2018.
- Groß, Ilona; Kuhn, Andrea (2018b): Die Berufsordnung der Profession Pflege. Was bedeutet die Berufsordnung für die Pflegepraxis? Wie kann die Berufsordnung Wirkung entfalten? Session II. Pfl egetag Rheinland-Pfalz. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz, 17.04.2018.
- Großklaus-Seidel, Marion (2002): Ethik im Pflegealltag. Stuttgart: W. Kohlhammer (Pflegepraxis).
- Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP (2013): Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Informationsveranstaltung. Das ist meine Kammer. Ludwigshafen am Rhein, 2013. Online verfügbar unter http://www.pflegekammer-gruendungskonferenz-rlp.de/fileadmin/Praesentation-GKvO-Version-2014_140110.pdf, zuletzt geprüft am 24.01.2015.
- Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP (Hg.) (2014): Informationen zur Einrichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. ...das ist meine Kammer. Ludwigshafen am Rhein.
- Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP (17.12.2014): Rheinland-Pfalz schreibt Geschichte für die Pflege. Der Landtag verabschiedet einstimmig das Heilberufsgesetz als Grundlage für die erste deutsche Pflegekammer. Ludwigshafen am Rhein, Mainz, Neuwied. Andrea Kuhn, zuletzt geprüft am 19.07.2015.
- Hamric, Ann Baile (2020): Ethische Kompetenzen von Advanced Practice Nurses. In: Settimio Monteverde (Hg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 102–112.
- Hartmann, Heinz (1972): Arbeit, Beruf, Profession. In: Thomas Luckmann und Walter M. Sprondel (Hg.): Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch (Neue wissenschaftliche Bibliothek Soziologie, 55), S. 36–52.
- Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2022): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Hg. v. BZgA (Leitbegriffe). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/>, zuletzt geprüft am 15.02.2022.
- Heinemann, Wolfgang (Hg.) (2010): Ethik in Strukturen bringen. Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen. Fachtagung. Orig.-Ausg. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Heintel, Peter (2005): Zur Grundaxiomatik der Interventionsforschung. Hg. v. Peter Heintel, Larissa Krainer und Ina Paul-Horn. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (Klagenfurt-Graz-Wien) (IFF)Institut für

- Interventionsforschung und Kulturelle Nachhaltigkeit. Klagenfurt (Klagenfurter Beiträge zur Interventionsforschung, Band 1).
- Herzer, Renate (2018): Pflegeethik. Hg. v. Landespflegekammer RLP. Mainz. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/ag-ethik.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Hessisches Statistisches Landesamt (Hg.) (2018): Befragung zur Einrichtung einer Pflegekammer in Hessen – 2018. Wiesbaden.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Ref. Öffentlichkeitsarbeit (Hg.) (2018): Eine Pflegekammer in Hessen? Ihre Meinung ist gefragt! Wiesbaden.
- Hodson, Randy (2001): Dignity at work. 1. publ. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hübner, Renate (2012): Interventionsbegriffe im Vergleich. In: Larissa Krainer und Ruth E. Lerchster (Hg.): Interventionsforschung. Band 1: Paradigmen, Methoden, Reflexionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 155–172.
- INFO GmbH Markt- und Meinungsforschung (Hg.) (2018): Interessenvertretung der Pflege. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter <https://www.mags.nrw/interessenvertretung-pflege>, zuletzt geprüft am 06.03.2020.
- Institut für Pflegewissenschaft (Hg.) (2021): Dissertationen am Institut für Pflegewissenschaft. Laufende Dissertationen. Universität Wien. Online verfügbar unter <https://pflege.wissenschaft.univie.ac.at/forschung/dissertationen/>, zuletzt geprüft am 29.04.2021.
- Interaction Institute for Social Change (IISC) (Hg.) (2016): Illustrating Equality VS Equity. Unter Mitarbeit von Angus Maguire. Online verfügbar unter <https://interactioninstitute.org/illustrating-equality-vs-equity/>, zuletzt geprüft am 16.04.2023.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2002): Definition of Nursing. Genf. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2007): Ethische Prinzipien bei der Anwerbung von Pflegekräften. ICN Position. Genf. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2019/icn-position-berufsmobilitaet.php>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2015a): Nurses and social media. Genf. Online verfügbar unter https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10a_Nurses_Social_Media.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2015b): Pflegefachpersonen und die Sozialen Medien. Deutsche Übersetzung: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Genf. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN_deutsch_Pflege-und-die-Sozialen-Medien_2015.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2019): International Council of Nurses. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2021a): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Deutsche Übersetzung. Überarbeitet 2021. Genf: ICN-International Council of Nurses. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.

- International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2021b): The ICN Code of ethics for Nurses. revised 2021. Genf: ICN – International Council of Nurses. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/publications>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip). Köln. Online verfügbar unter https://www.dip.de/projekte/projekt-details/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=56&tx_ttnews%5Btt_news%5D=254&cHash=05679c282d2af35655b3887fd5f964d6, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Jaccard, James; Jacoby, Jacob (2010): Strategies for theory construction in nursing. A practical guide for social scientists. New York: Guilford Press (Methodology in the social sciences).
- Jameton, Andrew (1984): Nursing practice. The ethical issues. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall (Prentice-Hall series in the philosophy of medicine).
- Johnstone, Megan-Jane; Hutchinson, Alison (2015): 'Moral distress' - time to abandon a flawed nursing construct? In: *Nursing ethics* 22 (1), S. 5–14. <https://doi.org/10.1177/0969733013505312>.
- Jox, Ralf J. (2014): Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir? In: *Ethik Med* 26 (2), S. 87–90. <https://doi.org/10.1007/s00481-014-0303-y>.
- Juthberg, C.; Eriksson, S.; Norberg, A.; Sundin, K.; Juthberg, Christina; Eriksson, Sture et al. (2010): Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff residential elder care in // Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. In: *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 392–66 (8), S. 1708–1718. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x>.
- Kagerl, Tobias (2014): Analyse von ethischen Konflikten in der Intensivmedizin bei Ärzten und Pflegenden. Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Universität Regensburg, Regensburg. Fakultät für Medizin. Online verfügbar unter <https://epub.uni-regensburg.de/31908/1/Tobias%20Kagerl%20-%20Analyse%20von%20ethischen%20Konflikten%20-%20Dissertation.pdf>, zuletzt geprüft am 25.02.2017.
- Kallusky, Konstantin (2017): Ethikberatung in der ambulanten Versorgung. Eine Befragung von Hausärzten zur Häufigkeit ethischer Konflikte und zum Beratungsbedarf. Georg-August-Universität zu Göttingen, Göttingen. Medizinischen Fakultät. Online verfügbar unter <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0023-3EEA-1?show=full>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kantar Public (Hg.) (2018): Pflegekräftebefragung in Baden-Württemberg. Abschlussbericht für das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Kantar Deutschland GmbH. München. Online verfügbar unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/>, zuletzt geprüft am 20.03.2020.
- Käppeli, Silvia (1988): Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. In: *Pflege* 1 (1), S. 20–27.
- Kersting, Karin (2016): Was ist Colout? Ludwigshafen am Rhein. Online verfügbar unter <https://www.hwg-lu.de/fachbereiche/fachbereich-sozial-und-gesundheitswesen/team/professorinnen-und-professoren-lehrkraefte-fuer-besondere-aufgaben/prof-dr-karin-kersting>, zuletzt geprüft am 21.05.2020.

- Kersting, Karin (2017): „Coolout in der Pflege“. Wie halten wir den Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit im Pflegealltag aus? 1. Pfl egetag Rheinland-Pfalz. Landespflegekammer RLP. Mainz, 24.05.2017. Online verfügbar unter http://www.pfl egetag-rlp.de/files/pfl egetag/Vortraege/Session02_Kersting_Coolout%20in%20der%20Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2017.
- Khalil, Hanan; Peters, Micah; Godfrey, Christina M.; McInerney, Patricia; Soares, Cassia Baldini; Parker, Deborah (2016): An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. In: *Worldviews on evidence-based nursing* 13 (2), S. 118–123. <https://doi.org/10.1111/wvn.12144>.
- Kiefer, Andrea (2014): Gründungskonferenz der Pflegekammer RLP – Struktur und Aufgaben II. unverbindliche Empfehlungen. Unveröffentlicht. Klinikum Landau-SÜW. Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP. Landau, 11.06.2014.
- Kluth, Winfried (2019): Rechtsgutachten zu einzelnen Fragen der Errichtung einer Pflegekammer NRW. Erstattet im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Halle/Saale. Online verfügbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/kluth_pfl egekanrw.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kohlen, H. (2011): Die Rolle von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees. In: Settimio Monteverde (Hg.): *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 193–201.
- Kohlen, Helen (2008): Hospital Ethics Committees in the USA and in Germany: bioethics qua practice, nurses' participation and the issues of care. Bioethics qua Practice, Nurses' Participation and the Issues of Care. Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Hannover. Philosophische Fakultät. Online verfügbar unter http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44689545/Diss_Vollversion_Helen_Kohlen_4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488970412&Signature=lhsje6dApkR%2B%2FhiYg9BepENywdQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DConflicts_of_Care.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kohlen, Helen (2009): *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*. 1. Aufl. Frankfurt a. Main, New York: Campus (Sozialwissenschaften 2009).
- Kohlen, Helen (2010): *Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege*. 2. Aufl. Berlin: Selbstverlag (IMEW Expertise, 10).
- Kok, Wim (2004): Die Herausforderung annehmen. Die Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung. Nov. 2004. Luxemburg: Amt für Amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften.
- Kollak, Ingrid; Kuck, Joachim; Meyer, Stefan (2015): Studie zur Akzeptanz einer Pflegekammer im Land Berlin. Abschlussbericht. Hg. v. Alice Salomon Hochschule Berlin. Berlin.
- Konzertierte Aktion Pflege (KAP) (Hg.) (2019): KAP AG 5 Übersicht Bruttostudententgelte in (kollektivrechtlichen) Vereinbarungen in der Altenpflege. Stand: 11.02.2019. Anlage 2. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_3_Entlohnungsregelungen_Beitraege.pdf, zuletzt geprüft am 04.06.2019.

- Krainer, Larissa (2006): Interventionsforschung – eine Methode der Prozessethik? In: Peter Heintel, Larissa Krainer und Martina Ukowitz (Hg.): *Beratung und Ethik. Praxis, Modelle, Dimensionen*. Berlin: Leutner (Organisation, Beratung, Mediation), S. 92–119.
- Krampe, Eva-Maria (2007): *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Dissertation. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 106).
- Kreutzer, Susanne (2007): *Modernisierung der Krankenpflege nach 1945. Ergebnisse eines Oral-history-Projekts*. In: Robert Jütte (Hg.): *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*. Band 25. Stuttgart: Franz Steiner, S. 155–180.
- Kreutzer, Susanne (2018): *Sorge für Leib und Seele – Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege, 1950er bis 1970er Jahre*. In: Sylvelyn Hähner-Rombach und Pierre Pfüttsch (Hg.): *Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945. Ein Lehr- und Studienbuch // Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945. Ein Lehr- und Studienbuch*. 1st ed. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 91–119.
- Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hg.) (2010): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Palliative Care und OrganisationsEthik, 21).
- Krohwinkel, Monika (2008): *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken*. 3. Aufl. Göttingen, Bern, Wien: Huber.
- Kuhn, Andrea (2011): *Jetzt auch noch Ethik. Konzeptentwicklung zur Ethikberatung auf der Basis einer Bedarfsanalyse in einer Einrichtung der stationären Altenpflege*. Bachelorthesis. Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Kuhn, Andrea (2015): *Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der Altenpflege*. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Gesellschaft der Pflegewissenschaft im ÖGKV (GesPW), Schweizerischen Verein für Pflegewissenschaft (VFP) (Hg.): *3-Länderkonferenz Pflege und Pflegewissenschaft. Abstractband*. Konstanz.
- Kuhn, Andrea (2016a): *Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Der fehlende Baustein zur Professionalisierung?* Wiesbaden: Springer; Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Best of Pflege).
- Kuhn, Andrea (2016b): *AG Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz*. 1. Sitzung im Westpfalz-Klinikum GmbH in Kaiserslautern. Hg. v. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz.
- Kuhn, Andrea (2017a): *Überführung empirischer Evidence in nachhaltige Innovationen. Der Ansatz der Klagenfurter Interventionsforschung am Beispiel pflegeethischer Fragestellungen*. Forschungswelten. Trier, 03.02.2017.
- Kuhn, Andrea (2017b): *Bedarfsanalyse für Ethikberatung in der Altenpflege*. In: Springer Pflege (Hg.): *5. Interprofessioneller Gesundheitskongress. Internationales Congress Center*. Dresden. Berlin.
- Kuhn, Andrea (2018a): *Pflegeethik – ein Mandat der Berufspolitik? Ethische Belastungen und die Sorge um Unterstützung der Pflege*. In: Annette Riedel und Anne-Christin Linde (Hg.): *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene*. Berlin: Springer, S. 205–211.

- Kuhn, Andrea (2018b): Ethics in Nursing Boards in Germany. 19th International Nursing Ethics Conference; 4th International Ethics in Care Conference. University College Cork. Cork, Ireland, 01.09.2018.
- Kuhn, Andrea (2019a): The ethical mandate of the new established German Nursing Boards. Double responsibility for patients and nursing workforce. Poster-Presentation. KU Leuven. Academic center for nursing and midwifery. Leuven, Belgium, 04.02.2019.
- Kuhn, Andrea (2019b): Pflegeethik und Gesundheitsförderung – neue Perspektiven für Pflegekammern. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Forschungsnetzwerk Gesundheit. Ludwigshafen am Rhein, 21.03.2019.
- Kuhn, Andrea (2019c): Umfrage zur Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Die Berufsordnung ist verabschiedet – Praxistest ab 2020. Hg. v. Forschungsnetzwerk Gesundheit. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen am Rhein. Online verfügbar unter <https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/forschung/umfrage-zur-berufsordnung-landespflegekammer-rlp>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kuhn, Andrea (2020): Pflegekammern als Orte ethischer Reflexion. In: Settimio Monteverde (Hg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 248–257.
- Kuhn, Andrea; Groß, Ilona (2019): Die neue Berufsordnung: Welchen Nutzen habe ich als Mitglied? Pfl egetag Rheinland-Pfalz. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz, 28.11.2019.
- Kuhn, Andrea; Hanika, Heinrich; Mudra, Peter (2020): Beantwortung des Fragenkataloges der Fraktionen zur Stellungnahme 17/2344 der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen im Rahmen der Schriftlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales Landtag Nordrhein-Westfalen zum Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/7926. Stellungnahme 17/2573. Hg. v. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen am Rhein. Online verfügbar unter https://www.landtag.nrw.de/home/dokumente_und_recherche/aktuelle-dokumente.html?webflowexecutionb8d5c5b3_a605_45dc_8cee_6f224edbd2f8__formular=e1s1&_eventId_sendform=1&dokNum= Drs%2017%2F7926&dokTyp=ST&datumsart=ge&page=3, zuletzt geprüft am 09.07.2021.
- Kuhn, Andrea; Mack, Claire; Weinert, Stephan (2021): Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Befragung zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen des Projektes beruflicher Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein angesiedelt bei der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Abschlussbericht. Hg. v. Forschungsnetzwerk Gesundheit, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen am Rhein. Online verfügbar unter <https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/forschung/berufsverbleib-und-wiedereinstieg-von-pflege-fachpersonen>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kuhn, Andrea; Mudra, Peter (2020): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 17/7926. Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen. Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 18. März 2020. Stellungnahme 17/2344. Hg. v. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen am Rhein. Online verfügbar unter <https://>

- www.landtag.nrw.de/home/dokumente_und_recherche/aktuelle-dokumente.html?webflo_wexecutionb8d5c5b3_a605_45dc_8cee_6f224edbd2f8, zuletzt geprüft am 09.07.2021.
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Landesärztekammer Hessen K. d. ö. R. (Hg.) (o. J.): Hippokratischer Eid / Genfer Gelöbnis. Frankfurt a. M. Online verfügbar unter https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Landesärztekammer Hessen K. d. ö. R. (Hg.) (2017): AEBH Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. Unterstützung in ethischen Entscheidungssituationen im heimischen Umfeld. Frankfurt a. Main. Online verfügbar unter <https://www.aebh.de>, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (03–04 2021): Digitale Fragerunden rund um die Berufsordnung. Online-Webinare. Mainz. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/playlist?list=PLu7z-QOtRqSpiaxUJG_B8te3SFrNbyTIm, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (10.06.2016): Hauptsatzung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, vom 18.02.2016. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/lpflk-rlp.html>, zuletzt geprüft am 30.01.2017.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2016): Newsletter Landespflegekammer RLP November 2016. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/newsletter-lesen/newsletter-lpflk-rlp-november-2017.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (06.11.2017): Gewalt in der Pflege wird thematisiert. Mainz. Postel, Sandra.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017): Kultur der Wertschätzung und des Hinschauens. Tabus abbauen, in dem man über sie spricht. Mainz. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/termine-anzeigen/gemeinsamer-fachtag-kultur-der-wertschaetzung-und-des-hinschauens.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2018a): Landespflegekammer RLP. Das sind wir. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/lpflk-rlp.html>, zuletzt geprüft am 07.01.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2018b): Pflege als Beruf entwickeln. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf-entwickeln.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (12.01.2018): Gewalt in der Pflege bleibt auch 2018 Thema der Landespflegekammer. Thema muss aus Tabuzone herausgeholt werden – Inhaltliche Auseinandersetzung auch beim Pflegeetag Rheinland-Pfalz. Mainz. Postel, Sandra. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/news-lesen/gewalt-in-der-pflege-bleibt-auch-2018-thema-der-landespflegekammer.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (17.01.2018): Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html>, zuletzt geprüft am 01.02.2018.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2019): Pflege als Heilberuf. Weiterbildung. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html>, zuletzt geprüft am 25.06.2019.

- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (01.01.2020): Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. BO. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html#berufsordnung-228>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2020): 100 % Unterstützung in der Corona Krise. Die Landespflegekammer informiert. Online verfügbar unter <https://corona.pflegekammer-rlp.de/startseite.html>, zuletzt geprüft am 09.08.2022.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (02.09.2020): Hauptsatzung, vom 06.11.2020. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/fuer-mitglieder.html>, zuletzt geprüft am 01.07.2021.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2021a): Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Für Ausbildung, Weiterbildung, Hochschullehre und alle Interessierten. Mainz. Online verfügbar unter https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html?file=files/pflegekammer/images/downloads/satzungen%20und%20ordnungen/Berufsordnung/LPfK%20RLP%20Berufsordnung%20f%20d%20Lehre%20_%20Juni%202021.pdf, zuletzt geprüft am 06.08.2022.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2021b): Zwischenbericht zur Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz. Online verfügbar unter https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html?file=files/pflegekammer/images/downloads/satzungen%20und%20ordnungen/Zwischenbericht%2018.%20Monate_finale%20Version_15.09.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2022): Coronavirus- Landingpage Corona. Online verfügbar unter <https://corona.pflegekammer-rlp.de/startseite.html>, zuletzt geprüft am 25.02.2022.
- Landesregierung Baden-Württemberg (22.03.2020): Gesetz über das Berufsrecht und die Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufekammergesetz – HBKG) in der Fassung vom 16. März 1995 | gültig ab: 24.12.1994, HBKG, vom 16.03.1995. Online verfügbar unter <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/eh6/page/bsbawueprod.psml?doc.hl=1&doc.id=jlr-HeilBKGBW1995rahmen%3Ajuris-lr00&documentnumber=1&numberofresults=112&showdoccase=1&doc.part=X¶mfromHL=true>, zuletzt geprüft am 22.03.2020.
- Landesregierung Bayern (24.04.2017): Gesetz zur Errichtung einer Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Pflegervereinigungsgesetz – PflVG). PflVG. In: *Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt* (7), S. 78–80.
- Landesregierung Hessen (21.12.2010): Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011). HKHG 2011, vom 25.11.2015. Online verfügbar unter [http://www.recht.jurion.de/dokument/?user_nvurlapi_pil\[did\]=419](http://www.recht.jurion.de/dokument/?user_nvurlapi_pil[did]=419), zuletzt geprüft am 31.05.2018.
- Landesregierung Niedersachsen (14.12.2016): Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege. PflegeKG, zuletzt geprüft am 21.01.2018.
- Landesregierung Niedersachsen (08.05.2021): Gesetz über die Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen. PflKAufG ND, vom 28.04.2021. Fundstelle: VORIS PflKAufG ND. Online verfügbar unter http://www.nds-voris.de/jportal/portal/t/2vhx/page/bsvorisprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-PflKAufGNDp1&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=0#focuspoint, zuletzt geprüft am 04.07.2021.

- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (09.05.2000): Heilberufsgesetz. HeilBerG, vom Fn 26. Fundstelle: Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000065, zuletzt geprüft am 18.02.2020.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2019): Gesetzentwurf zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen. MMD17-7926. Düsseldorf.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen: Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, vom 30.06.2020. In: *Gesetz- und Verordnungsblatt GV* (29), S. 643–696. Online verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=18603&vd_back=N650&sg=0&menu=1, zuletzt geprüft am 09.07.2021.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (19.12.2014): Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz. HeilBG RLP, vom 16.02.2016. In: *GVBl*. Online verfügbar unter <http://landesrecht.rlp.de/jportal/?quelle=jlink&query=HeilBerG+RP&psml=bsrlprod.psml>, zuletzt geprüft am 03.01.2017.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (16.07.2015): Gesetz über die Kammer und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe in der Pflege. PBKG. Fundstelle: GVOBl. 2015, 206. Online verfügbar unter http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/x8i/page/bsshoprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/PfBerG_SH.pdf, zuletzt geprüft am 30.01.2017.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (29.02.1996): Gesetz über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe – Heilberufekammergesetz. HBKG, vom 18.04.2017. Fundstelle: GVOBl. 1996, 248, zuletzt geprüft am 21.01.2018.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (27.05.2021): Gesetz zur Umsetzung der Auflösung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, vom 10.06.2021. In: *Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein* (9), S. 567–569.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2019): Plenarprotokoll 17/75. Düsseldorf. Online verfügbar unter [Landtag NRW \(Hg.\) \(2021\): Aktuelle Dokumente: Stellungnahmen. Düsseldorf. Online verfügbar unter \[https://www.landtag.nrw.de/home/dokumente_und_recherche/aktuelle-dokumente.html?webflowexecutionb8d5c5b3_a605_45dc_8cee_6f224edbd2f8_for_mular=e1s1&_eventId_sendform=1&dokNum= Drs%2017%2F7926&dokTyp=ST&datumart=ge&page=3\]\(https://www.landtag.nrw.de/home/dokumente_und_recherche/aktuelle-dokumente.html?webflowexecutionb8d5c5b3_a605_45dc_8cee_6f224edbd2f8_for_mular=e1s1&_eventId_sendform=1&dokNum= Drs%2017%2F7926&dokTyp=ST&datumart=ge&page=3\), zuletzt geprüft am 09.07.2021.

Landtag Rheinland-Pfalz \(Hg.\) \(2014\): Gesetzentwurf der Landesregierung Heilberufsgesetz \(HeilBG\). Drucksache 16/3626. Online verfügbar unter <http://www.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/3626-16.pdf>, zuletzt geprüft am 27.06.2014.

Landtag von Sachsen-Anhalt \(Hg.\) \(2015\): Das Für und Wider der Einrichtung einer Pflegekammer prüfen. Drucksache 6/4301. Magdeburg.

Lauxen, Oliver \(2008\): Moralische Probleme in der ambulanten Pflege. Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt. Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften.](https://landtag.nrw.de/portal/WWW/Webmaster/GB_II/II.2/Suche/Landtagsdokumentation_ALWP/Suchergebnisse_Ladok.jsp?wp=17&view=berver&w=native(%27+(vtyp+%3D+%27%271%27%27)+AND+(reihnr+%3D+%27%270100%27%27)+)+AND+(+(nummer%2Cgn+phrase+like+%27%271706531%2F0100%27%27)+and+(ev+%3D+%27%27g%27%27)+)+%27))

- Lauxen, Oliver (2009): Moralische Probleme in der ambulanten Pflege – Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. In: *Pflege* 22 (6), S. 421–430. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.6.421>.
- Lauxen, Oliver; Larsen, Christa; Slotala, Lukas (2019): Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (6), S. 792–797. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02956-4>.
- Lay, Reinhard (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlüter (Schlütersche Pflege).
- Lehmann, Yvonne; Schaepe, Christiane; Wulff, Ines; Ewers, Michael (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? 1. Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- Leppo, Kimmo; Ollila, Eeva; Peña, Sebastián; Wismar, Matthias; Cook, Sarah (Hg.) (2013): Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies. Vereinte Nationen. s.l.: Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Ley, Christian (2006): Beiträge der Reichssektion Gesundheitswesen im Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter zur Professionalisierung der Pflege zwischen 1918 und 1933. Diplomarbeit. Fachhochschule, Münster. Pflege. Online verfügbar unter <http://www.christian-ley.de/Dokumente/Diplomarbeit.pdf>, zuletzt geprüft am 04.08.2014.
- Ludwig, Corinne (2013): EU-Berufeanerkennungsrichtlinie – „Ein Sieg sieht anders aus“. Hg. v. BibliomedPflege. Melsungen. Online verfügbar unter <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/29471-ein-sieg-sieht-anders-aus/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Mai, Markus (2014): Gründungskonferenz der Pflegekammer RLP – Struktur und Aufgaben. unverbindliche Empfehlungen. Unveröffentlicht. Gründungskonferenz. Haus der Gesundheitsberufe. Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP. Mainz, 10.04.2014.
- Maio, Giovanni (2009): Medizin – Reichweite und Grenzen der Prinzipienethik. In: C. Arn, Christof Arn und Tatjana Weidmann-Hügler (Hg.): Ethikwissen für Fachpersonen, Bd. 2. 5 Bände. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverl. (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen / Dialog Ethik (Hrsg.)), Bd. 2), S. 33–50.
- Martin, Claire (2016): Reflexionen über Krankheit – Ein Plädoyer für die Perspektive der ersten Person. In: Elisabeth Conradi und Frans Vosman (Hg.): Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus-Verl, S. 149–166.
- Mayer, Hanna (2017): Partizipative Forschung als integrativer Bestandteil der Entwicklung und Testung komplexer Interventionen – Möglichkeiten und Grenzen. Ein Diskussionsbeitrag zur Erweiterung des Spektrums der Interpretation und Anwendung rezenter methodischer Modelle. Forschungswelten. Universität Trier. Trier, 02.03.2017.
- Mayer, Hanna (2019): Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2), S. 110–122.
- Mazzola, Rosa (2020): Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen Stellungnahme der Hochschullehrenden der Hochschule Osnabrück, Studiengänge Pflege Dual und Pflegewissenschaft, Pflege- und Hebammenwissenschaft. Stellungnahme der Hochschullehrenden der Hochschule Osnabrück, Studiengänge Pflege Dual und Pflegewissenschaft, Pflege- und Hebammenwissenschaft. Hg. v. Hochschule Osnabrück. Institut für Duale Studiengänge Studiengang Pflege (dual). Osnabrück.

- McCarthy, Joan; Deady, Rick (2008): Moral distress reconsidered. In: *Nursing ethics* 15 (2), S. 254–262. <https://doi.org/10.1177/0969733007086023>.
- McCarthy, Joan; Gastmans, Chris (2015): Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. In: *Nursing ethics* 22 (1), S. 131–152. <https://doi.org/10.1177/0969733014557139>.
- McCarthy, Joan; Monteverde, Settimio (2018): The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It. In: *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 30 (4), S. 319–328. <https://doi.org/10.1007/s10730-018-9349-4>.
- Medical Research Council (2000): A FRAMEWORK FOR DEVELOPMENT AND EVALUATION OF RCTs FOR COMPLEX INTERVENTIONS TO IMPROVE HEALTH. Lambertville, N.J.: FitnessLink, Inc. Online verfügbar unter <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/rcts-for-complex-interventions-to-improve-health/>, zuletzt geprüft am 05.03.2017.
- Mediendienst Integration (Hg.) (2019): Pflege in Privathaushalten – Viele Überstunden, wenig Privatsphäre. Berlin. Online verfügbar unter <https://mediendienst-integration.de/artikel/viele-ueberstunden-wenig-privatsphaere.html>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Medizinische Hochschule Hannover (Hg.) (2018): Aufgaben der Ethikkommission. Online verfügbar unter <https://www.mh-hannover.de/16575.html>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.) (2020): Pflegekammer NRW. Online verfügbar unter <https://www.mags.nrw/pflegekammer>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (Hg.) (2015): Sozialberichterstattung zur Situation der Pflegeberufe in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin. Online verfügbar unter <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1568337>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hg.) (2019): Dialog Pflegekammer. Abschlussbericht. Potsdam. Online verfügbar unter https://www.dialog-pflegekammer.de/fileadmin/website/Downloads/Abschlussbericht/Pflegekammer_Brandenburg_Abschlussbericht__web.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (Hg.) (2022): Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0. 2018–2022. Online verfügbar unter <https://mastd.rlp.de/de/unsere-themen/arbeit-und-transformation/berufe-des-gesundheitswesens/fachkraefte-und-qualifizierungsinitiative/>, zuletzt geprüft am 25.02.2022.
- Ministerium für Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Hg.) (2021): Einführung einer Landespflegekammer Baden-Württemberg verschoben. Online verfügbar unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/>, zuletzt aktualisiert am 07.07.2021, zuletzt geprüft am 07.07.2021.
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2019): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Unter Mitarbeit von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Köln. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/files?download_page=0&product_id=686&files=download/pdf/lb-gesundheitsberufe-web-pdf_von_landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nordrhein-westfalen-2017_vom_mags_3008.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.

- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hg.) (2018a): Eine Pflegekammer in Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/>, zuletzt geprüft am 29.01.2018.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hg.) (2018b): Pflegekammer in Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/>, zuletzt geprüft am 29.01.2018.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hg.) (2018c): Welche Aufgaben übernimmt eine Pflegekammer? Online verfügbar unter <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/pflege/pflegekammer-in-baden-wuerttemberg/aufgaben-einer-pflegekammer/>, zuletzt geprüft am 29.01.2018.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hg.) (2019): Zuhause in Mainz – miteinander sorgenfrei leben. Online verfügbar unter <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/wohnen/beispiele-aus-den-regionen/wohnen-mit-versorgungssicherheit-in-mainz/>, zuletzt geprüft am 27.08.2019.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hg.) (2012): Pflegekammer. Information zur Einrichtung einer Pflegekammer für die Berufsangehörigen der Pflege. Mainz.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (22.03.2013): Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe, LWTGDVO, vom 02.03.2016. Fundstelle: GVBl. 2013, 43. In: www.landesrecht.rlp.de, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (2013): Pflegekammer Rheinland-Pfalz. Pressekonferenz vom 28.03.2013. MSAGD RLP. Mainz, 28.03.2013. Online verfügbar unter www.pflegekammer-rlp.de/2013/03/, zuletzt geprüft am 23.12.2013.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2013): Pflegekammer in Schleswig-Holstein. Informationen zur Errichtung einer Pflegekammer. Kiel.
- Ministerkonferenz Baden-Württemberg (Hg.) (2020a): Begründung des Gesetzentwurfes zur Errichtung einer Landespflegekammer. Stuttgart.
- Ministerkonferenz Baden-Württemberg (Hg.) (2020b): Gesetzentwurf zur Errichtung einer Landespflegekammer. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://beteiligungsportal.baden-wuerttemberg.de/de/mitmachen/lp-16/landespflegekammer/>, zuletzt geprüft am 07.07.2021.
- Moers, Martin; Schaeffer, Doris; Schnepf, Wilfried (2011): Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: *Pflege* 24 (6), S. 349–360. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000151>.
- Monteverde, Settimio (2009): Pflege – Die Ethik fürsorglicher Zuwendung. In: C. Arn, Christof Arn und Tatjana Weidmann-Hügler (Hg.): *Ethikwissen für Fachpersonen*, Bd. 2. 5 Bände. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverl. (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen / Dialog Ethik (Hrsg.)), Bd. 2), S. 51–73.
- Monteverde, Settimio (2011): Das Umfeld pflegeethischer Reflexion. In: Settimio Monteverde (Hg.): *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 19–26.

- Monteverde, Settimio (2015): Pflegeethik – Eine Standortbestimmung. In: *Pflege* 28 (6), S. 317. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000455>.
- Monteverde, Settimio (2019): Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. In: *Ethik Med* 9, S. 345–360. <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>.
- Monteverde, Settimio (2020): Grundlagen der Pflegeethik. In: Settimio Monteverde (Hg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 21–44.
- Montgomery, Frank Ulrich; Parsa-Parsi, Ramin Walter; Wiesing, Urban (2018): Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds. In: *Ethik Med* 30 (1), S. 67–69. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0471-2>.
- Moser, Sarah Anna; Monteverde, Settimio (2016): Moralischer Stress und was dagegen hilft. Umgebungsfaktoren richtig einschätzen. In: *Intensiv* 24 (5 // 05), S. 252–257. <https://doi.org/10.1055/s-0042-110558>.
- Nagel-Studer, Elisabeth (2009): Der ältere Patient – Leben mit zunehmend gebrechlicher Gesundheit. In: Ruth Baumann-Hölzle, Diana Meier-Allmendinger, Christof Arn, Markus Christen und Weidmann-Hügler, Tatjana, Baumann, Max (Hg.): Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 1. 1. Aufl. 5 Bände. Basel: Schwabe, S. 189–201.
- Neitzke, Gerald (2007): Ethische Konflikte im Klinikalltag. Ergebnisse einer empirischen Studie. 1. Aufl. Bochum: Eigenverlag (Medizinethische Materialien, 177).
- Neitzke, Gerald; Riedel, Annette; Brombacher, Lilo; Heinemann, Wolfgang; Herrmann, Beate (2015): Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: *Ethik Med* 27 (3), S. 241–248. <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0354-8>.
- Neitzke, Gerald; Riedel, Annette; Dinges, Stefan; Fahr, Uwe; May, Arnd T. (2013): Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: *Ethik Med* 25 (2), S. 149–156. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0230-8>.
- Nerheim, Hjørdis (2001): Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege).
- Nessler, Susanne (2015): Schwerstarbeit in der Fremde. Spanisches Pflegepersonal in Deutschland (Studio 9), 04.02.2015. Online verfügbar unter https://www.deutschlandfunkkultur.de/spanisches-pflegepersonal-in-deutschland-schwerstarbeit-in.2165.de.html?dram:article_id=310590, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG) (Hg.) (2016): Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG). Online verfügbar unter <https://negoe.de/index.php?page=1>, zuletzt geprüft am 16.05.2018.
- Netzwerk Hospiz (2018): Außerklinische Ethikberatung. Hg. v. Kliniken Südostbayern. Traunstein. Online verfügbar unter <http://www.kliniken-suedostbayern.de/de/leistungs-spektrum/weitere-angebote/ethikberatung/ausserklinische-ethikberatung.htm#a9169>, zuletzt geprüft am 08.05.2018.
- Niedersächsische Landesregierung (08.12.2000): Kammergesetz für die Heilberufe, HKG, vom 23.09.2016. In: www.nds-voris.de, zuletzt geprüft am 21.01.2018.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (25.09.2019): Evaluation der Niedersächsischen Pflegekammer beginnt: Auftrag an unabhängiges Institut vergeben | Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Hannover. Hildebrandt, Uwe. Online verfügbar unter <https://www.ms.niedersachsen.de/start>

- [eite/service_kontakt/presseinformationen/evaluation-der-niedersaechsischen-pflegekammer-beginnt-auftrag-an-unabhaengiges-institut-vergeben-181012.html](https://www.niedersachsen.de/service_eite/service_kontakt/presseinformationen/evaluation-der-niedersaechsischen-pflegekammer-beginnt-auftrag-an-unabhaengiges-institut-vergeben-181012.html), zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (07.09.2020): Pflegekammer Niedersachsen. Pflegekammer Niedersachsen wird aufgelöst. Hannover. Online verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/soziales_inklusion/soziales/pflege_in_niedersachsen/pflegekammer/pflegekammer-niedersachsen-110014.html, zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2020): Entwurf Gesetz zur Umsetzung der Auflösung der Pflegekammer Niedersachsen. Hannover.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; Kienbaum (Hg.) (2020a): Evaluation der Pflegekammer Niedersachsen. Fragebogen (Online-Befragung). Hannover.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; Kienbaum (Hg.) (2020b): Fragebogen (Online-Befragung). Fragebogen für den Neustart der Online-Befragung. Hannover.
- Oh, Younjae; Gastmans, Chris (2015): Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. In: *Nursing ethics* 22 (1), S. 15–31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>.
- openPetition (Hg.) (2017): JA ZUR PFLEGEKAMMER IN HESSEN. Online Petition. Online verfügbar unter <https://www.openpetition.de/petition/online/ja-zur-pflegekammer-in-hessen>, zuletzt geprüft am 18.03.2020.
- Ortmann, Leonard W.; Barrett, Drue H.; Saenz, Carla; Bernheim, Ruth Gaare; Dawson, Angus; Valentine, Jo A.; Reis, Andreas (2016): Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. Public Health Ethics: Global Cases, Practice, and Context. In: Drue H. Barrett, Leonard H. Ortmann, Angus Dawson, Carla Saenz, Andreas Reis und Gail Bolan (Hg.): Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. Cham, s.l.: Springer International Publishing (Public Health Ethics Analysis, 3).
- Pesting, Martina (2007): Ethische Konflikte im klinischen Alltag. Fragebogen. Aachen.
- Pesting, Martina (2010): Bedarfsanalyse zur Klinischen Ethikberatung im Universitätsklinikum Aachen. Zugl.: Aachen, Univ., Diss., 2009. Aachen: Shaker (Aachener Dissertationen zur Palliativmedizin, 1).
- Peter, Elizabeth; Liaschenko, Joan (2013): Moral distress reexamined: a feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. In: *Journal of bioethical inquiry* 10 (3), S. 337–345. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9456-5>.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.): Abstimmung 2021. Neumünster. Online verfügbar unter <https://pflegeberufekammer-sh.de/informationen/abstimmung-2021/>, zuletzt geprüft am 03.03.2021.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2021a): Empfehlung zur mehrdimensionalen Ethikberatung für beruflich Pflegende. Dreiklang aus Mobiler Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein e. V. (MEGSH), Schleswig-Holstein Ethik Referat in der Pflege (SHERP) und Pflegeethikrat Schleswig-Holstein (PERSH). Neumünster.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (25.03.2021): Deutliche Mehrheit der Mitglieder stimmt gegen Kammer. Neumünster. Dreckmann, Jan.

- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2021b): Vermerk zum gesetzmäßigen Auftrag der PBK als Gründungsmitglied dem Verein „Mobile Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein“ beizutreten. Neumünster.
- Pflegekammer Niedersachsen (Hg.) (2018a): Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung. Legislatur 2018 bis 2023. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/wahlergebnis-kammerversammlung>, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
- Pflegekammer Niedersachsen (03.07.2018): Beitragsordnung der Pflegekammer Niedersachsen. In: *Niedersächsisches Ministerialblatt* 68. (73.) (27), S. 677–681.
- Pflegekammer Niedersachsen (Hg.) (2018b): Feierliche Atmosphäre // Rückblick auf den Festakt der Konstituierenden Sitzung. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/nachrichten-ansehen/rueckblick-festakt-zur-konstituierenden-sitzung>, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
- Pflegekammer Niedersachsen (Hg.) (2018c): Ihr Mitgliedsbeitrag. Für Ihre Pflegekammer – Ihre Pflegekammer für Sie! Hannover. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.
- Pflegekammer Niedersachsen (Hg.) (2019): Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://ethikkommission.pflegekammer-nds.de/ethik>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.
- Pflegekammer Niedersachsen (10.01.2019): Satzung für die Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://ethikkommission.pflegekammer-nds.de/ethik>, zuletzt geprüft am 12.06.2019.
- Pflegekammer Niedersachsen (17.06.2019): Bundesweit erste Ethikkommission einer Pflegekammer in Niedersachsen. Die Pflegekammer Niedersachsen beruft die deutschlandweit erste Ethikkommission einer Pflegekammer. Hannover. Müller, Natalie. Online verfügbar unter <https://ethikkommission.pflegekammer-nds.de/aktuelles>, zuletzt geprüft am 24.06.2019.
- Pflegekammer Niedersachsen (Hg.) (2020): Offener Brief an die Niedersächsische Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann zur Befragung zur Zukunft der Pflegekammer Niedersachsen. Hannover. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/pressemitteilungen/pressemitteilung-kammerversammlung-fordert-neustart-der-umfrage-mit-klaren-fragen>, zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Pflegekammer Niedersachsen (09.06.2020): Stopp der Umfrage zur Pflegekammer. Hannover. Natalia Müller. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/pressemitteilungen/pressestatement-stop-der-umfrage-zu-pflegekammer>, zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Pflegekammer Niedersachsen (16.06.2020): Kammerversammlung fordert Neustart der Umfrage mit klaren Fragen. Hannover. Nathalia Müller. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/pressemitteilungen/pressemitteilung-kammerversammlung-fordert-neustart-der-umfrage-mit-klaren-fragen>, zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Pflegekammerkonferenz. Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer (14.06.2019): Gemeinsam stark für gute Pflege: Pflegekammerkonferenz. Berlin. Henze, Benjamin, Alt-Moabit 91, 10559 Berlin. Online verfügbar unter <https://pflegekammerkonferenz.bundespflegekammer.de/>, zuletzt geprüft am 21.06.2019.
- Pflegerat NRW (Hg.) (2019): Gute Gründe für eine Pflegekammer. NRW braucht eine Pflegekammer. Werne. Online verfügbar unter <http://www.pflegekammer-nrw.de/index.php/materialien>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.

- Prüfer, Thomas; Stollorz, Volker (2003): Bioethik. Hamburg: Sabine Groenewold (Wissen 3000).
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2019): Defining Public Health Practice: 25 Years of the 10 Essential Public Health Services. Environmental Scan. Alexandria/USA. Online verfügbar unter <https://phnci.org/uploads/resource-files/Defining-Public-Health-Practice-25-Years-of-the-10-Essential-Public-Health-Services.pdf>, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2020a): 10 Essential Public Health Services. EPHS Toolkit. Online verfügbar unter <https://express.adobe.com/page/Qy1veOhGWyeu5/#introduction>.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2020b): The 10 Essential Public Health Services. To protect and promote the health of all people in all communities. Alexandria/USA. Online verfügbar unter <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf>, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2020c): THE 10 ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICES. Alexandria/USA. Online verfügbar unter <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-Graphic-English.pdf>, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2020d): The 10 Essential Public Health Services Glossary. Alexandria/USA. Online verfügbar unter <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-Glossary-English.pdf>, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2021): The Futures Initiative: How the 10 Essential Public Health Services Framework Was Updated in 2020. Alexandria/USA. Online verfügbar unter https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-Final-Report_Final.pdf, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2022a): About | PHNCI. Online verfügbar unter <https://phnci.org/about>, zuletzt geprüft am 17.02.2022.
- Public Health National Center for Innovations (PHNCI) (Hg.) (2022b): Public Health National Center for Innovations | PHNCI. Online verfügbar unter <https://phnci.org/>, zuletzt aktualisiert am 2022, zuletzt geprüft am 16.02.2022.
- Rabe, Marianne (2017): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber; Hogrefe (Pflegeethik – Pflegepädagogik).
- Rester, Christian; Grebe, Christian; Bauermann, Elisabeth; Pankofer, Ramona; Bleyer, Bernhard (2017): Klinische Ethikberatung und subjektive Belastungen von Mitarbeitern in der unmittelbaren Patientenversorgung. In: *HBScience* 8 (1), S. 3–9. <https://doi.org/10.1007/s16024-016-0290-7>.
- Ridder, Hans-Gerd (2017): The theory contribution of case study research designs. In: *Bus Res* 10 (2), S. 281–305. <https://doi.org/10.1007/s40685-017-0045-z>.
- Riedel, Annette; Linde, Anne-Christin (Hg.) (2018): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene. Berlin: Springer.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege ; mit systematischer Begründung und Materialien. Robert Bosch Stiftung. 6. Aufl. Stuttgart (Gesundheitspflege, 28).

- Salomon, F. (2015): Einrichtung einer Ethikberatung. Wege und Hindernisse. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 110 (3), S. 204–209. <https://doi.org/10.1007/s00063-014-0393-9>.
- Sauer, Timo (2010): Ethik-Komitees in der Altenpflege. Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege. In: *Schwester Pflege* 49 (05/10), S. 458–461.
- Sauer, Timo (2015): Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. In: *Ethik Med* 27 (2), S. 123–140. <https://doi.org/10.1007/s00481-014-0291-y>.
- Sauer, Timo (2017): Ethikbeauftragte in hessischen Kliniken. Ergebnisse einer Umfrage zur Qualität der Ethikberatung. In: *Ludwigshafener Ethische Rundschau* (02), S. 7–12.
- Sauer, Timo; Dansou, Renate; Bockenheimer-Lucius, Gisela (2012): Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH (Kultur der Medizin, 31).
- Sauer, Timo; Trost, Martin (2009): Ethikberatung in der stationären Altenhilfe. Vorstellung des Frankfurter Ethik-Projektes. In: Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod. Hilfestellung und Entlastung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung. 6. Fachtagung. Hofgeismar, S. 40–59.
- Schafarat, Thomas (2021): Abstimmungsausschreiben zur Mitgliederbefragung über den Fortbestand der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Kiel.
- Scheuring, Anne; Gold, Andreas (2016): Evaluation der Rahmenbedingungen in der Arbeit klinischer Ethikkomitees. Studentisches Forschungsprojekt. Forschungsbericht, unveröffentlicht. Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Ludwigshafen am Rhein. FB 4 Sozial- und Gesundheitswesen.
- Schirmer, Dieter (1997): Ärzte und Sozialversicherung (I)– Der Weg zum Kassenarztrecht. 1947/1997: Bundesärztekammer im Wandel (VIII). In: *Deutsches Ärzteblatt* 94 (26), S. 1790–1793. Online verfügbar unter [https://www.aerzteblatt.de/archiv/6913/1947-1997-Bundesaeztekammer-im-Wandel-\(VIII\)-Aerzte-und-Sozialversicherung-\(I\)-Der-Weg-zum-Kassenarztrecht](https://www.aerzteblatt.de/archiv/6913/1947-1997-Bundesaeztekammer-im-Wandel-(VIII)-Aerzte-und-Sozialversicherung-(I)-Der-Weg-zum-Kassenarztrecht), zuletzt geprüft am 27.08.2019.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (Hg.) (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege. Drucksache 18/2569. Kiel.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (Hg.) (2019): Änderungsantrag Fraktionen von CDU, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Drucksache 19/1877(neu). Kiel, zuletzt geprüft am 01.07.2021.
- Schmeiser, Martin (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: *SozWelt* 57 (03), S. 295–318.
- Schmidbaur, Marianne (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Zugl.: Frankfurt am Main, Univ., Diss., 2000. Königstein/Taunus, Frankfurt am Main: Helmer (Frankfurter feministische Texte Sozialwissenschaften, 3).
- Schmidt, Sarah; Schneekloth, Ulrich (2013a): Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein. Abschlussbericht. Hg. v. TNS Infratest Sozialforschung GmbH. München. Online verfügbar unter http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht__blob=publicationFile.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2013.
- Schmidt, Sarah; Schneekloth, Ulrich (2013b): Bayerische Pflegekräftebefragung Abschlussbericht. November 2013. Hg. v. TNS Infratest. München. Online verfügbar unter <http://>

- w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/presse/news_1/dokumente_46/2013_2/12_11/Pflegekammer_Abschlussbericht_HM_021213x.pdf., zuletzt geprüft am 23.12.2013.
- Schmitt-Mannhart, Regula (2009): Langzeitpflege – Vom Umgang mit Leiden und Abhängigkeit. In: Ruth Baumann-Hölzle, Diana Meier-Allmendinger, Christof Arn, Markus Christen und Weidmann-Hügler, Tatjana, Baumann, Max (Hg.): Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 2. 1. Aufl. 5 Bände. Basel: Schwabe, S. 253–271.
- Schneider, Ralf (2010): Fallorientiertes und Forschendes Lernen in der Lehrerbildung. Hg. v. Hochschuldidaktisches Zentrum. Technische Universität Dortmund. Dortmund.
- Schnell, Martin W.; Dunger, Christine (2019): Zur Bedeutung der Pflegeethikbildung aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2), S. 101–110.
- Schochow, M.; May, A. T.; Schnell, D.; Steger, F. (2014): Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? In: *Dtsch Med Wochenschr* 139 (43), S. 2178–2183. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370307>.
- Schochow, Maximilian; Schnell, Dajana; Steger, Florian (2015 // 2019): Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. In: *Science and engineering ethics* 25 (4), S. 985–991. <https://doi.org/10.1007/s11948-015-9709-2>.
- Schöne-Seifert, Bettina; Eickhoff, Clemens (1996): Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignettenstudie. In: *Ethik Med* 8, S. 183–216.
- Schrems, Berta (2011): Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert. In: *Pflege* 24 (6), S. 343–344. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000164>.
- Schweikardt, Christoph (2008): Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik. München: Meidenbauer.
- Seifart, Carola (2015): Projektbeschreibung für die ambulante klinische Ethikberatung im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Hg. v. Landesärztekammer Hessen K. d. ö. R. Frankfurt a. M.
- Seifart, Carola (2019): Positive Entwicklung der Ambulanten Ethikberatung. Mittlerweile 40 Projekte deutschlandweit / Zweite Tagung in Frankfurt am Main. In: *Hessisches Ärzteblatt* (3), S. 178.
- Sell, Stefan (2019): Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Groß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* herausgegeben von Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Groß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 85–101, zuletzt geprüft am 02.09.2019.
- Sevenhuijsen, Selma L. (1998): *Citizenship and the ethics of care. Feminist considerations on justice, morality and politics.* London: Routledge.
- Siebert, Horst (2004): Sozialkonstruktivismus. Gesellschaft als Konstruktion. In: *Journal of Social Science Education* 3 (2), S. 95–103. Online verfügbar unter <https://www.google.de/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwjgkardwMD-AhUAAAAAHQAAAAQBQ&url=https%3A%2F%2Fwww.jssse.org%2Findex.php%2Fjsse%2Farticle%2Fdownload%2F307%2F304%2F2>

- 5245&psig=AOvVaw3o-QP1DdtgGDtv75SU9Xo0&ust=1682356389958248, zuletzt geprüft am 10.04.2023.
- Simon, Alfred; Burger, Leopold; Goldenstein, Sigrid (2010): Ethikberatung in der Altenpflege. In: Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Alfred Simon und Jochen Vollmann (Hg.): *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 186–195.
- Simon, Alfred; May, Arnd T.; Neitzke, Gerald (2005): Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. In: *Ethik Med* 17 (4), S. 322–326. <https://doi.org/10.1007/s00481-005-0397-3>.
- Skivington, Kathryn; Matthews, Lynsay; Simpson, Sharon Anne; Craig, Peter; Baird, Janis; Blazeby, Jane M. et al. (2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 374, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>.
- SPD Landesverband Niedersachsen; CDU Niedersachsen (Hg.) (2017): Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen. Für Innovation, Sicherheit und Zusammenhalt. Koalitionsvereinbarung für die 18. Wahlperiode des niedersächsischen Landtages 2017 bis 2022. Hannover.
- springerpflege.de (Hg.) (2019): Empathie in der Pflege – eine Frage von Nähe und Distanz. Berlin. Online verfügbar unter https://www.springerpflege.de/rahmenbedingungen/empathie/17069814?fulltextView=true&wt_mc=nl.upd.SCARE_NL_UPDATE_PFLERGE.Empathie%20und%20professionelle%20Distanz%20%E2%80%93%20wie%20gelingt%20uns%20das%3F.x, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Station 24 (15.02.2016): Pflegeforschung gegen Aufschub der Generalistik. Melsungen. Online verfügbar unter <https://www.station24.de>, zuletzt geprüft am 15.02.2016.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html, zuletzt geprüft am 13.07.2021.
- Statistisches Bundesamt (2022): Durchschnittliche Bruttoverdienste 2021. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/verdienste-branchen.html>, zuletzt geprüft am 26.05.2022.
- Stemmer, Renate (2004): Aktueller Stand und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft* 9 (4), Artikel 127–132.
- Steppe, Hilde (2000): Das Selbstverständnis der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung. In: *Pflege* 13 (2), S. 77–83.
- SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hg. v. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>, zuletzt geprüft am 13.06.2019.
- tagesschau.de (Hg.) (2019): Spahn wirbt im Kosovo um Pflegekräfte. Personalnot in Deutschland. Unter Mitarbeit von Hanni Hüscher. ARD (Tagesthemen), zuletzt geprüft am 30.08.2019.

- Techniker Krankenkasse (Hg.) (2019): Gesundheitsreport 2019 Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf>, zuletzt geprüft am 19.09.2022.
- Thiersch, Sandra Magdalena (2017): „Außerklinische Ethikberatung“ in den Landkreisen Traunstein und Berchtesgadener Land: Eine explorativ-empirische Evaluation des Implementierungsprozesses und des ethischen Beratungsangebots. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität zu München, München. Medizinische Fakultät.
- Tronto, Joan C. (1993): *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York, NY.: Routledge.
- Tronto, Joan C. (2013): *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.
- Tronto, Joan C. (2015): *Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics*. Ithaca: Cornell University Press (Brown Democracy Medal).
- Tronto, Joan C. (2020): An Interview with Joan Tronto on Care Ethics and Nursing Ethics. In: Helen Kohlen und Joan McCarthy (Hg.): *Nursing Ethics: Feminist Perspectives*. 1st ed. 2020, S. 93–96.
- Ukowitz, Martina (2012): Interventionsforschung im Kontext transdisziplinärer Wissenschaften. In: Larissa Krainer und Ruth E. Lerchster (Hg.): *Interventionsforschung*. Band 1: Paradigmen, Methoden, Reflexionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 75–101.
- Ukowitz, Martina (2016): Transdisziplinäre Forschung zwischen Grundlagenforschung und Anwendungsorientierung, oder: Was bedeutet es, Interventionsforschung anzuwenden? In: Larissa Krainer und Ruth E. Lerchster (Hg.): *Interventionsforschung*. Band 2: Anliegen, Potentiale und Grenzen transdisziplinärer Wissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 9–30.
- University of Kansas (Hg.) (2022): Chapter 2. Other Models for Promoting Community Health and Development Community Tool Box. Section 7. Ten Essential Public Health Services. Center for Community Health and Development. Online verfügbar unter <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/ten-essential-public-health-services/main>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- University of Kansas (Hg.) (2023): Help Sustain the Community Tool Box | Community Tool Box. What is the Community Tool Box, and what does it do? Center for Community Health and Development. Online verfügbar unter <https://ctb.ku.edu/en/donate>, zuletzt aktualisiert am 25.06.2023, zuletzt geprüft am 25.06.2023.
- van der Arend, Arie (1998): *Pflegeethik*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- van Meijel, B.; Gamel, C.; van Swieten-Duijfjes, B.; Gryphonck, M. H. F. (2004): The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. In: *Journal of advanced nursing* 48 (1), S. 84–92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x>.
- van Meijel, Berno (2003): *Relapse prevention in patients with schizophrenia. A nursing intervention study*. Utrecht: Eigenverlag.
- Varcoe, Colleen; Pauly, Bernadette; Webster, George; Storch, Janet (2012): Moral distress: tensions as springboards for action. In: *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 24 (1), S. 51–62. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9180-2>.

- vdek (Hg.) (2020): Mehrwert:Pflege. Ein Angebot der Ersatzkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter <https://www.mehrwert-pflege.com/vorgehen/#c289>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (Hg.) (2016): Versorgungssicherheit – Gesundheit muss erreichbar sein. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.vzbv.de/dokument/faktenblatt-zur-versorgungssicherheit>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.): Standpunkte & Aufgabenverständnis. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/standpunkte-aufgabenverstaendnis/>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2018): Gemeinsam. Direkt. Stark. Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.gemeinsam-direkt-stark.de/>, zuletzt geprüft am 29.01.2018.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (03.04.2019): Hauptsatzung der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/historie-satzung/>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2020a): Das Beratungsangebot auf einen Blick – Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/kostenlose-berufsrechtliche-beratung/das-beratungsangebot-auf-einen-blick/>, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2020b): Historie & Satzung. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/historie-satzung/>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2021a): Corona Krisenberatung. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/beratung-service-downloads/corona-krisenberatung/>, zuletzt geprüft am 11.07.2021.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (Hg.) (2021b): Corona Krisenberatung – Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/beratung-service-downloads/corona-krisenberatung/>, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
- Vilsmeier, Frank (2015): Selbstbestimmung für die berufliche Pflege! Der Weg zur Selbstverwaltung in Schleswig-Holstein, 13.04.2015. Online verfügbar unter www.bflk.de/sites/.../130415_bflk_jt_13_vilsmeier_pflegekammer_pflegerat_s-h.pdf, zuletzt geprüft am 30.04.2016.
- Virtueller Campus Rheinland-Pfalz (Hg.) (2022): Startseite – VCRP. Online verfügbar unter <https://www.vcrp.de/>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Voigt-Radloff, S.; Stemmer, R.; Behrens, J.; Horbach, A.; Ayerle, GM.; Schäfers, R. et al. (2013): Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen. GFB_Leitfaden. 1. Aufl. Freiburg, zuletzt geprüft am 09.09.2016.
- Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: *Ethik Med* 22 (2), S. 149–153. <https://doi.org/10.1007/s00481-010-0053-4>.
- Wachsmuth, Elisabeth; Hense, Jan (2015): Programmtheorien zur Unterstützung von Wissensgenerierung und -kommunikation in Evaluationen. am Beispiel einer internen Evaluation im Qualitätspakt Lehre (QPL). DeGEval Jahrestagung 2015. Speyer, 17.09.2015. Online verfügbar unter http://www.degeval.de/fileadmin/users/Arbeitskreise/AK_Beruf

- [iche_Bildung/Praesentation_Programmtheoriegesteuerte_interne_Evaluation.pdf](#), zuletzt geprüft am 17.07.2017.
- Walker, Lorraine Olszewski; Avant, Kay Coalson (2019): *Strategies for theory construction in nursing*. Sixth edition. New York, NY, Boston: Pearson.
- Walter, Anja (2015): Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In: *bwp@Spezial* (10). Online verfügbar unter http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf, zuletzt geprüft am 17.08.2019.
- Weidner, Frank (2013): Registrierung und Befragung zur möglichen Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Aus der Arbeit der BRS- Befragungs- und Registrierungsstelle. Pressekonferenz 28.3.2013 in Mainz. MSAGD RLP. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz, 28.03.2013, zuletzt geprüft am 28.12.2013.
- Weidner, Frank; Laag, Ursula; Gehlen, Danny; Graßme, Hendrik (2013): Abschlussbericht Befragungs- und Registrierungsstelle zur Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BadP21_Abschlussbericht_Pflegekammer_Endf.pdf, zuletzt geprüft am 23.12.2014.
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. WHO autorisierte Übersetzung. Ottawa, zuletzt geprüft am 24.07.2016.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (22.07.1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*, zuletzt geprüft am 11.12.2019.
- Werthern, Anna von (2020): *Theoriebasierte Evaluation. Entwicklung und Anwendung eines Verfahrensmodells zur Programmtheoriekonstruktion*. 1st ed. 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Williams, John (2008): The Declaration of Helsinki and public health. In: *Bull World Health Organ* 86 (8), S. 650–651. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.050955>.
- Wils, Jean-Pierre (2009): Ethik – Über Werte nachdenken. In: C. Arn, Christof Arn und Tatjana Weidmann-Hügler (Hg.): *Ethikwissen für Fachpersonen*. 5 Bände. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverl. (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen / /Dialog Ethik (Hrsg.)), Bd. 2), S. 21–32.
- Wingenfeld, Klaus; Kleina, Thomas; Franz, Simone; Engels, Dietrich; Mehlan, Silke; Engel, Heike (2011): *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld/Köln. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93206/2dda7f65c418478da3260d2f7996daa2/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe-data.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Winter, Reiner: Was ist Dialektik? Versuch einer Annäherung. Online verfügbar unter http://hegel.net/Hegelfunde2014-01/Winter-dialektik-Versuch_einer_Annaeherung.pdf, zuletzt geprüft am 13.02.2017.
- WIR IN NRW Das Landesportal (02.07.2019): Minister Laumann: „Der Pflege eine Stimme geben“. Kabinett beschließt Einleitung der Verbändeanhörung zum Pflegekammergesetz. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/minister-laumann-der-pflege-eine-stimme-geben>, zuletzt geprüft am 26.03.2020.

- WIR IN NRW Das Landesportal (19.11.2019): Minister Laumann: Die Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen ist auf einem guten Weg. Kabinett beschließt Einbringung des Pflegekammergesetzes. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.land.nrw/de/pressmitteilung/minister-laumann-die-pflegekammer-nordrhein-westfalen-ist-auf-einem-guten-weg>, zuletzt geprüft am 26.03.2020.
- Wissenschaftsrat (Hg.) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln (Drucksache / Wissenschaftsrat, 2411–12), zuletzt geprüft am 13.06.2019.
- Wissenschaftsrat (Hg.) (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Köln.
- Wollek, Christoph (2013): Ein Einblick in die Kammerarbeit. Bildung einer Kammer. Mindestanforderungen. Unveröffentlicht. Verbundkrankenhaus Bernkastel / Wittlich. Gründungskonferenz Landespflegekammer RLP. Wittlich, 11.12.2013.
- World Health Organization (Hg.) (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, zuletzt geprüft am 27.10.2019.
- World Health Organization (Hg.) (1986): Health Promotion. The Ottawa Charter. The move towards a new public health. Ottawa, zuletzt geprüft am 27.10.2019.
- World Health Organization (Hg.) (2010): The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly – WHA63.16. Genf. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/m/item/migration-code>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- World Health Organization (Hg.) (2014): Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action. Kopenhagen. Online verfügbar unter <https://www.afro.who.int/publications/health-all-policies-framework-country-action>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- World Health Organization (2020): State of the World's Nursing Report 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2006): Stellungnahme „Ethikberatung in der klinischen Medizin“ der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (24), S. 1703–1707.
- Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2020): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. „Außerklinische Ethikberatung“ 117 (12), A1–A8. https://doi.org/10.3238/baek_sn_aeb_2019.
- Zuzelo, Patti Rager (2007): Exploring the moral distress of registered nurses. In: *Nursing ethics* 14 (3), S. 344–359.