

I Grundlagen



1 Das Umfeld pflegeethischer Reflexion

Settimio Monteverde

Abstract und Einführung

Pflegeethik ist ein junger Begriff. Noch bis vor wenigen Jahren war umstritten, ob Pflege eine „eigene“ Ethik habe, resp. haben solle. Unbestritten ist jedoch, dass die berufliche Pflege über eine reiche Tradition an ethischer Reflexion verfügt die auf verschiedene Quellen zurückgreift: Einerseits ist dies das **pflegerische Berufsethos**, das in verschiedenen Kodizes, ethischen Leit- oder Richtlinien und in faktisch vorfindlichen moralischen Überzeugungen **Vorstellungen von guter Pflege** zum Ausdruck bringt. Andererseits kennt die Pflege auch eine explizite ethische Reflexion, die dieses Ethos mit den Instrumenten der philosophischen Ethik untersucht und klärt. Dafür bietet sich ein Verständnis von Pflegeethik als **Bereichsethik** an, das sich auch in anderen Handlungsfeldern etabliert hat. Aus einem solchen Ethikverständnis wird plausibel, dass Pflege als spezifischer Handlungsbereich auch einer spezifischen moralischen Reflexion bedarf. Der Beitrag beleuchtet ausgewählte Traditionen- und Denklinien innerhalb der Pflegeethik, die für das Verständnis ihrer Aufgaben wichtig sind. Gedanken zum Verhältnis von Pflege- und Arztethik und zur Möglichkeit einer integrativen (d. h. diverse Perspektiven miteinschließenden) Medizinethik schließen das Kapitel ab.

Ziele

Nach dem Lesen des Kapitels sind Sie in der Lage, die Begriffe Berufsethos, Berufsethik, Pflegeethik, Arztethik, Medizinethik sowie Bereichsethik zu erklären und zueinander in Beziehung zu setzen. Sie kennen die wichtigsten Konturierungen der Pflegeethik und sehen ihren Beitrag im professionsübergreifenden ethischen Diskurs.

1.1 Der Bezugsrahmen

Herr Schmitt, ein 82-jähriger dementer Bewohner, lebt schon seit fünf Jahren im Alters- und Pflegeheim „Landfrieden“. Seine Bezugspflegende ist Susanne Fröhlich, eine examinierte Altenpflegerin mit langjähriger Berufserfahrung. Immer wieder kommt es vor, dass Herr Schmitt morgens ganz aufgereggt ist, mit dem Schlafanzug im Gang

Warten auf den Bus?





herumläuft, sich schon früh anziehen möchte und „ins Büro gehen möchte, um die Bestellungen fürs kommende Quartal telefonisch aufzugeben“. Er lässt sich durch beruhigendes Zureden nicht davon abbringen. Vor kurzem wurde im Garten des Heims, der sich im Innenhof befindet, eine geschützte „Phantom-Bushaltestelle“ fertig gebaut.

Darf Susanne Fröhlich Herrn Schmitt beim Anziehen helfen und ihn, mit der Aktentasche in der Hand, an die neue „Bushaltestelle“ begleiten und warten, bis er von alleine wieder auf die Station zurückkehrt?

1.1.1 Pflegeethik und philosophische Ethik

Sie werden es gemerkt haben: Auf diese Frage ist mehr als eine Antwort möglich. Diese hängt erstens davon ab, wie die in der Situation vorfindlichen Fakten gewichtet werden. Zweitens sind auch Werte (z. B. Aufrichtigkeit, Empathie) und Normen (z. B. „Du sollst nicht lügen“) entscheidend, die aus der Sicht der Beteiligten in der Situation orientierend sind. Die Frage zielt auf das **Gute** und **Richtige** ab, das die Pflegende dem Bewohner in dieser Situation gewähren will.

Klärung des Guten und
Richtigen

Genau um die Klärung des Guten und Richtigen geht es in der philosophischen Ethik und aus diesem Grund ist die obengenannte Frage auch ethischer Natur. Als praktische Philosophie versucht die Ethik, menschliches Handeln mit vernünftigen, d. h. allgemein einsichtigen Argumenten zu begründen. Was hat nun die Pflegende für Möglichkeiten, wenn sie erwägt, ob sie den Bewohner zur „Bushaltestelle“ begleiten soll, und wie kann sie diese ethisch begründen? Im Folgenden werden – beispielhaft und stellvertretend für weitere – drei Ansätze ethischer Begründung vorgestellt, die in der Pflege-, aber auch in der Arztethik breit rezipiert worden sind, nämlich die Pflicht-, Folgen- und Tugendethik. Sie können zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen über die ethische Zulässigkeit dieser Handlung führen.

1.1.1.1 Pflicht- und Folgenethik

Erstens kann die Pflegende nach dem **Richtigen** fragen, das es in dieser Situation zu tun gilt. Die sog. **Sollensethik** leitet das Richtige aus übergeordneten **moralischen Prinzipien** ab, aus denen sich dann schlüssig ergibt, was zu tun moralisch richtig ist. Die Sollensethik lässt sich weiter aufteilen in die Pflicht- und Folgenethik:

- Pflichtethik
- a) Die **Pflichtethik** ermittelt das Richtige aus Pflichten und Rechten. Deren prominenter Vertreter ist Immanuel **Kant** (1724–1804), der mit dem Kategorischen Imperativ eine rationale Grundlage der Moral herstellen will (vgl. Pauer-Studer 2003, S. 11ff). Der Kategorische Imperativ dient dazu, die persönlichen Grundsätze des Handelns („Maximen“) einem Test der Verallgemeinerung zu unterziehen. Stark vereinfacht könnte das in Bezug auf die „Phantom-Busstation“

folgende Testfrage sein: „Kann ich wollen, dass Menschen immer dann, wenn sie unruhig und weglaufgefährdet sind, eine Wirklichkeit vorgetäuscht wird, die sie beruhigt und ein Weglaufen verhindert?“ Nur der Wille, der der Handlung zugrunde liegt, nicht allfällige Folgen, ist hier für die Bewertung ausschlaggebend. Solch ein allgemeines Gesetz kann niemand wollen, da sich niemand mehr sicher wäre, selbst Opfer einer Täuschung zu sein. Was aber vernünftigerweise nicht gewollt werden kann, würde Kant sagen, ist moralisch verboten. Die Pflegende hätte also gemäß dieser Argumentation die Pflicht, nach anderen Möglichkeiten zu suchen.

- b) Die **Folgenethik** hingegen ermittelt das Richtige einzig aus den Folgen der Handlung. Ihr prominentester Vertreter ist **Jeremy Bentham** (1748–1832), der den **Nutzen einer Handlung** zum alleinigen Bewertungsmaßstab erhebt (vgl. Pauer-Studer 2003, S. 31ff). Anders als bei der Pflichtethik könnten gemäß der Folgenethik durchaus Begründungen angebracht werden, wie eine „Phantom-Busstation“ allen Beteiligten zum Nutzen gereicht (z. B. Ergebnisse aus Interventionsstudien zur Validation® nach Naomi Feil, Wohlbefinden des Bewohners, Entlastung des Personals, erhaltene Tagesstruktur, zufriedene Angehörige etc.). Die Folgenethik lässt also eine Güterabwägung zu. In den aktuellen Ethikdiskussionen kommt sie oft dann zur Anwendung, wenn knappe Güter zu verteilen sind, wie etwa Organe, Beatmungsplätze, oder zeitliche Betreuungsressourcen in der Langzeitpflege. Durch die alleinige Orientierung am Nutzen, resp. am „Glück der größten Zahl“, das für die moralische Bewertung der Handlungsalternativen alleine maßgeblich ist, werden aber zugunsten des Nutzens für die Mehrheit der Betroffenen auch Nachteile für eine Minderheit in Kauf genommen (vgl. zur Folgen- und Pflichtethik auch Düwell et al. 2006, S. 61ff, 122ff).

Folgenethik

1.1.1.2 Tugendethik

Zweitens kann die Pflegende bei sich selbst ansetzen und nach der **Haltung**, resp. der **Tugend** oder Charakterdisposition fragen, die dieser Entscheidung angemessen ist (vgl. Pauer-Studer 2003, S. 55ff). Für die **Tugendethik** fallen das Gute und das Richtige in der **Person des Handelnden** selbst zusammen. Die Pflegende, welche erwägt, ob sie den Bewohner zur „Phantom-Busstation“ begleiten möchte, wird dann keine Pflichten ermitteln oder Folgen abwägen, sondern sich zunächst fragen, welche persönliche Haltung dieser Situation angemessen ist: Ist es der Gehorsam gegenüber Vorgesetzten, die Hilfsbereitschaft, die Gewissenhaftigkeit, die Aufrichtigkeit, die Wahrhaftigkeit oder das Mitgefühl? Zurückgeführt wird die Tugendethik auf den griechischen Philosophen **Aristoteles** (384–347 v. Chr.). Dieser sieht im Streben des Menschen nach Glück und nach einem gelingenden Leben die Quelle der Bewertung des Guten und der persönlichen Entwicklung. Die Tugendethik wird deshalb auch der sog. **Strebensethik** zugeordnet (vgl. Düwell et al. 2006, S. 69ff).

Tugendethik

Pflegerische Berufsethik hat sich lange Zeit als Tugendethik artikuliert, die diejenigen Charakterdispositionen beschreibt, welche durch das sozio-kulturelle Umfeld der Pflege und den Berufsstand selbst je-

weils gefordert wurden. Auch das Konzept des **Caring** und die **Care-Ethik**, welche in der Pflegetheorie und Pflegeethik breit rezipiert wurden, weisen große tugendethische Bezüge auf (Beauchamp & Childress 2009, S. 36). Dabei reflektiert Caring die Haltung der Sorge als Gestaltungsmerkmal pflegerischer Beziehung (vgl. Abschnitt 1.3.2, ferner Davis et al. 2006, Armstrong 2007, Behrens & Langer 2006).



In ethischen Fragen des Pflegealltags hängt die Wahl des ethischen Begründungsansatzes wie z. B. Pflicht-, Folgen- oder Tugendethik auch von der Natur des Problems selber ab. Bei Fragen der Verteilung knapper Güter (z. B. Zeit- und Personalressourcen in der Notfalltriage) stehen oft folgenethische Überlegungen im Vordergrund, bei solchen der Beziehungsgestaltung (z. B. „Wahrheit am Krankenbett“, adäquate Patientenaufklärung, Umgang mit Demenz) oft pflicht- und tugendethische.

1.1.1.3 Ethik und Moral

Die Begriffe „ethisch“ und „moralisch“ werden in der Alltagssprache weitgehend synonym verwandt. Trotzdem gilt es, diese Begriffe zu unterscheiden: In formaler Hinsicht definieren Düwell et al. (2006) Ethik als diejenige Disziplin der Philosophie, „.... die auf den gesamten Bereich menschlicher Praxis reflektiert und ihn in evaluativen (d. h. bewertend, im Sinne der Strebensethik, Anm. S. M.) sowie normativen (d. h. ein Sollen vorschreibend, im Sinne der Sollensethik, Anm. S. M.) Hinsichten zu beurteilen versucht. Moral bezeichnet daher entweder die Gesamtheit der Überzeugungen vom normativ Richtigen und vom evaluativ Guten sowie der diesen Überzeugungen korrespondierenden Handlungen oder aber allein den Bereich des moralisch Normativen. Unter Ethik dagegen verstehen wir hier diejenige Disziplin, welche diese faktischen Überzeugungen und Handlungen einer philosophischen Reflexion unterzieht“ (S. 2, Hervorhebungen S. M.). Für die Vertiefung der philosophischen Ethik sei beispielhaft auf folgende Werke hingewiesen: Fischer (2003), Fischer et al. (2007), Pauer-Studer (2003).

Dies ist ein steiler Einstieg gewesen in die Untersuchung des Verhältnisses von Pflegeethik und philosophischer Ethik sowie von Ethik und Moral. Schon die erste Unterscheidung zwischen Pflicht-, Folgen- und Tugendethik hat gezeigt, dass in Situationen moralischer Ungewissheit die verschiedenen Handlungsoptionen, die Pflegende haben, auch auf verschiedenen Möglichkeiten ethischer Begründung fußen. Die aufgezählten drei Ansätze sind für die Pflegeethik zwar relevant, aber keineswegs vollständig. Die Vertiefung weiterer Ansätze würde den Rahmen dieses Bandes sprengen, sie ist aber den interessierten Lesern ausdrücklich empfohlen.

Zu weiteren Ansätzen philosophischer Ethik, die für die Pflegeethik und die Bereichsethiken im Gesundheitswesen bedeutsam sind, zählen zuvorderst die **Care-Ethik** (vgl. Abschnitt 1.3.2 sowie die Kapitel 2 und 12 in diesem Band), dann auch die **Verantwortungs-, Diskurs-, Gemeinschafts- und Vertragsethik** sowie die **Kasuistik** (vgl. Müller 2003, Düwell & Steigleder 2003). Unter den neueren Ansätzen hat vor allem der sog. **kohärentistische Ansatz des Principlism** von Beauchamp & Childress (2009) eine herausragende praktische Bedeutung in der Arbeit von Klinischen Ethikkomitees, im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen und im Ethikunterricht erlangt (vgl. Childress 2007, Beauchamp & Childress 2009, Düwell 2008). Der Principlism wird im Abschnitt 1.3.5 erörtert.



1.1.2 Pflegeethik und die Entwicklung des Pflegeberufs

Nur ein kleinerer Teil der Literatur zur Pflegeethik befasst sich explizit mit der Verhältnisbestimmung von der philosophischen Ethik zur Pflegeethik und von der pflegerischen Bereichsethik zur Pflegepraxis. Trotzdem verfügt berufliche Pflege über eine lange und reiche Geschichte ethischer Auseinandersetzung, die aber vorwiegend an die Entwicklung der Pflege, an ihre Anerkennung als eigenständigem Handlungsbereich, als Beruf und schließlich als Wissenschaft gebunden ist (Storch 2009). Religiöse, sozial-karitative und humanistische Werte haben dabei normierend gewirkt und zu Aussagen darüber geführt, worin gute Pflege besteht und welches Verhalten von Pflegenden gefordert wurde, um diese zu leisten (Horton et al. 2007).

Ein durch zunehmende **Komplexität** charakterisiertes Umfeld zeigt heutzutage die Notwendigkeit, das allgemein akzeptierte, jeweils geltende moralische Verständnis beruflicher Pflege hinsichtlich seiner Aktualität und Plausibilität zu befragen oder aber neu zu ermitteln, worin das Gute besteht, das Pflege gewähren will (vgl. Vanlaere et al. 2007). Fragen der gerechten Zuteilung von Pflegeressourcen in Zeiten der Knappheit, die Anwesenheit von Pflegenden bei Handlungen aktiver Sterbehilfe oder bei Suizidbeihilfe (wo diese gesetzlich erlaubt sind), aber auch die Migration hochqualifizierter Fachpersonen aus Entwicklungsländern in reiche Länder mögen als Beispiele hierfür genügen (vgl. die Kapitel 6, 13 und 14 in diesem Band).

Pflegerisches Handeln war schon immer eingebettet in gesamtgesellschaftliche Kontexte. Heute ist es in erster Linie ein Gesundheitswesen, welches zu einem Schauplatz gesellschaftlicher Transformationsprozesse und medikalisierter Konflikte geworden ist, wie das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit zeigt (zur Medikalisierung vgl. Conrad 2007). Darin wird das Zusammenspiel demografischer, epidemiologischer, technischer, ökonomischer, soziokultureller, lokal- aber auch globalpolitischer Einflüsse sichtbar. Diese wirken auch auf die Art und Weise ein, wie berufliche Pflege erbracht wird.

Horizontale Spezialisierung

Eine **strukturelle Komplexität** therapeutischen Handelns resultiert aus dieser Vielzahl an Einflüssen, die den Alltag von allen Akteuren im Gesundheitswesen prägt. Professionelle Pflege hat in Industrie- und Schwellenländern auf die neuen Herausforderungen mit einem hohen Maß an **horizontaler Spezialisierung** geantwortet: So etwa in den Bereichen Case Management, ambulante Versorgung, Palliative Care, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Public Health. Dazu gehört auch eine Diversifizierung von Fertigkeits- und Ausbildungsgraden, der sog. „Skill- und Grademix“, die dem Bedarf des Praxisfelds angepasst ist. Vielerorts etablieren sich für definierte Krankheitsbilder Modelle des patientenorientierten Versorgungsmanagements (z. B. Disease Management Programme bei Diabetes mellitus, Asthma und COPD). Diese deuten eine Permeabilität der Berufsprofile von Arzt- und Pflegepersonen an, die im globalen Vergleich unterschiedlich ausgeprägt ist und im deutschsprachigen Raum bislang vorwiegend Gegenstand delegationsrechtlicher Erörterungen ist (Stemmer et al. 2008). Pflegende mit fortgeschrittenener Praxis können darin Aufgaben im Assessment, in der Diagnostik und Therapie wahrnehmen.

Pflegewissenschaft und **Pflegeforschung** tragen wesentlich zu einer solchen horizontalen Spezialisierung durch die Sicherung und den Ausbau von Wissens- und Erfahrungsbeständen bei. Diese können für die veränderten Rahmenbedingungen der Pflegepraxis fruchtbar gemacht werden und den Patienten, der Bevölkerung und dem Beruf selbst zum Nutzen gereichen. Auch im **Bildungsbereich** versuchen zahlreiche Neuordnungen der Curricula beruflicher Aus- und Weiterbildung, den mit den Herausforderungen des Praxisfelds verbundenen Bedarf an Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen beruflich Pflegender zu übersetzen (vgl. Kapitel 7 in diesem Band).

Vertikale Spezialisierung

Als Antwort auf die neuen Bedürfnisse der Praxis hat auch eine **vertikale Spezialisierung** stattgefunden: Pflegende sind in die institutionelle Verantwortung eingebunden, nehmen vermehrt Funktionen und Aufgaben wahr in der Allokation (lat. Zuteilung) von Ressourcen, im operativen und strategischen Management, im Qualitätsmanagement, in der Forschung sowie in der Verwaltung.

1.1.3 Rollenexpansion Pflegender

Ob mit der horizontalen und vertikalen Spezialisierung und der damit verbundenen **Rollenexpansion Pflegender** auch eine „Aufwertung“ des Pflegeberufs einhergeht, hängt davon ab, wie stark die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure dabei den Blick für das „Ganze“ einnehmen. Sie ist deshalb auch kritisch zu betrachten. Dies belegen für Deutschland Diskussionen über das sog. „Pflege-Weiterentwicklungsgebet“ (Deutscher Bundestag 2010) und für die Schweiz Diskussionen über das Potential einer solchen Rollenexpansion zur Rationalisierung, resp. Eindämmung der Gesundheitskosten (vgl. dazu Brügger 2005, Gut 2007).

Jede Rollenexpansion Pflegender bedingt eine Anpassung von Kompetenzprofilen und eine Beleuchtung der interprofessionellen Schnitt-

stellen und Interaktionsmuster. Eine Analyse dieser Schnittstellen erweist sich für das Verhältnis von Arzt- und Pflegeberuf als besonders wichtig aufgrund ihrer Proximität (lat. Unmittelbarkeit, Nähe) in der Patientenversorgung. Wird sie aus einem gemeinsamen Verständnis für die Ziele der Versorgung gestaltet, hat sie das Potential, einen positiven Beitrag zur Patientenzufriedenheit, Patientensicherheit, Effektivität und Effizienz ärztlich-pflegerischen Handelns zu leisten (vgl. Schanz 2006, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007). Konfliktträchtig ist die Rollenexpansion, wenn sie nur von außen her angeordnet ist und eines systemischen Blicks auf die vor- oder nachgeschalteten Teilprozesse der Versorgung entbehrt, z. B. weil Pflegende oder Angehörige medizinisch-technischer Berufe als „günstigere“ Dienstleistungserbringer betrachtet werden. Dann schafft sie im Kontext dieser Proximität ein Konkurrenz- und Wettbewerbsverhältnis, das die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert und erhoffte kosteneindämmende Effekte vereitelt (vgl. Kapitel 4 in diesem Band, ferner Rosenstein 2009). Abschließend kann festgehalten werden, dass jede Rollenexpansion Pflegender Chancen und Gefahren aufweist. Diese sind ethisch relevant, weil sie unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit, das Patientenoutcome, die interprofessionelle Zusammenarbeit und das Organisationsklima haben. Im Vorfeld bedarf jede Rollenexpansion deshalb der Klärung der Fragen,

1. in Bezug auf das pflegerische Selbstverständnis: Worin der pflegerische Auftrag besteht, resp. welches Verständnis pflegerischen Handelns darin zum Ausdruck kommt (vgl. Käppeli 2006)
2. in Bezug auf die Arbeitsteiligkeit therapeutischer Berufe: Durch welches Kompetenzprofil sich Pflege auszeichnet und von anderen Berufen unterscheiden soll (Döhler 1997)
3. in Bezug auf die Gerechtigkeit: Wie und von wem traditionelle pflegerische Aufgaben und neue Aufgaben erbracht werden, Pflegequalität erhalten bleibt und verhindert wird, dass traditionelle Aufgaben aufgrund der höheren „Attraktivität“ neuer Aufgaben vernachlässigt werden, so z. B. eine regelmäßige Patientenmobilisation nach Schlaganfall zugunsten invasiver diagnostischer Maßnahmen (vgl. Stemmer et al. 2008, Bryant-Lukosius et al. 2004).

Pflegerisches
Selbstverständnis

Arbeitsteiligkeit

Gerechtigkeit

Aus globaler Perspektive bleibt zu bedenken, dass jede Diskussion über die Rollenexpansion und über Fragen pflegerischer Autonomie immer von der Versorgungssituation und den lokal verfügbaren Ressourcen abhängig ist (Tschudin 2001). In Entwicklungsländern kann es gerade die Rollenexpansion Pflegender sein – bspw. im Bereich der Geburtshilfe – welche den Zugang zu einer minimalen medizinischer Grundversorgung für breite Teile der Bevölkerung erst ermöglicht (Mullan et al. 2007).



In reichen Ländern ändern sich angesichts massiv gesteigerter Gesundheitsausgaben und damit verbundener Priorisierungen die Versorgungslandschaften. Die Einführung von Fallpauschalen (Diagnose Related Groups, DRG) für den stationären Bereich, Modelle der Kostendecke-

lung und regionale Unterschiede in der Dichte an Hausärzten und ambulanten Pflegediensten können zu einer Konzentration von Leistungserbringern führen, die z. B. neue Gefahren der Unterversorgung für zentrumsferne Regionen oder gewisse Patientenpopulationen bergen (für die Schweiz: vgl. Neff 2010). Sie lassen auch hier Fragen der Gerechtigkeit aufkommen und zeigen Potentiale einer Rollenexpansion. Aufgrund der genannten Konfliktpotentiale bedarf diese jedoch einer klaren Strategie und umfassenden Evaluation (vgl. Laabs 2007).

1.2 Pflegeethik als Antwort auf die ethische Komplexität pflegerischen Handelns

Worin Pflege besteht, erscheint heute aufgrund der strukturellen Komplexität, der veränderten Rahmenbedingungen, der Bedürfnisse des Praxisfelds und der damit verbundenen Rollenexpansion Pflegender erneut klärungsbedürftig. Aus der strukturellen Komplexität heutiger Gesundheitsversorgung folgt auch eine **ethische Komplexität**, die pflegerisches Alltagshandeln charakterisiert. Paradigmatische Beispiele dafür sind:

- in der Pflegepraxis: die Gestaltung der Übergänge zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation in einem Kontext individualisierter Pflege und zunehmend standardisierter Behandlungspfade (vgl. Kapitel 3 in diesem Band)
- auf gesellschaftlicher Ebene: die Debatte über die Strafbefreiung, resp. Legalisierung der Suizidbeihilfe, welche zurzeit in etlichen europäischen Ländern geführt wird. Diese betrifft normative Unsicherheiten bezüglich der Bewertung der Beihilfe und der Rolle, die Angehörige therapeutischer Berufe dabei einnehmen können oder sollen, ferner die Betrachtung des Suizids als etablierte und anerkannte Praxis (vgl. Kapitel 6 in diesem Band, ferner auch Zimmermann-Acklin 2009, Bosshard et al. 2009).

Sichtbares Zeichen ethischer Komplexität im Pflegealltag ist die Tatsache, dass Pflegende in institutionsinternen Klinischen Ethikkomitees, in Ethikkommissionen zur Begutachtung von Forschung mit Menschen, in interdisziplinären Fallbesprechungen sowie in Leitungs- und Verwaltungsgremien zunehmend mit ethischen Fragen direkt konfrontiert sind (vgl. Kapitel 12 in diesem Band). Parallel dazu findet eine explizite curriculare Verankerung von Pflegeethik in der Aus- und Weiterbildung statt (vgl. Kapitel 7 in diesem Band). Pflegende leisten in diesen Kontexten Übersetzungsarbeit, indem sie die Außen- und Innenansicht auf die eigene Praxis in einen Dialog bringen (Milton 2001, vgl. Liaschenko & Peter 2004).



Aus dem bisher Gesagten ergibt sich ein Verständnis von Pflegeethik, das sowohl philosophische und pflegepraktische Aspekte als auch die soziale Wirklichkeit integriert, in der pflegeethische Fragen verortet sind. Demzufolge kann **Pflegeethik definiert** werden als (vgl. Lay 2004, S. 87ff, Monteverde 2009a, S. 55f):